

UNIVERSIDADE DO GRANDE RIO
PROF. JOSÉ DE SOUZA HERDY
ESCOLA DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
CURSO DE SERVIÇO SOCIAL

DANIELLE DA SILVA VICENTE
ROSANGELA MACHADO MELO DA CUNHA

**GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA: Um estudo a partir do olhar das
Assistentes Sociais que atuam na Maternidade de um Hospital do
Município de Duque De Caxias.**

DUQUE DE CAXIAS - RJ
2019

DANIELLE DA SILVA VICENTE
ROSANGELA MACHADO MELO DA CUNHA

**GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA: Um estudo a partir do olhar das
Assistentes Sociais que atuam na Maternidade de um Hospital do
Município de Duque De Caxias.**

Monografia, apresentado ao curso de
Serviço social da Universidade do
Grande Rio *Prof. Jose de Souza Herdy*
como parte dos requisitos para
obtenção de título de Bacharel em
Serviço Social.

Orientador(a):Diego Augusto Rivas dos
Santos

**DANIELLE DA SILVA VICENTE
ROSANGELA MACHADO MELO DA CUNHA**

**GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA: Um estudo a partir do olhar das Assistentes
Sociais que atuam na Maternidade de um Hospital do Município de Duque De
Caxias.**

Monografia apresentada ao
Curso de Serviço Social da
Universidade do Grande Rio
Prof. José de Souza Herdy,
como parte dos requisitos
parciais para obtenção do Título
de Bacharel em Serviço Social.

Aprovado com grau 10.0 (DEZ) em 19 de novembro de 2019.

Banca Examinadora:

Diego A. Rivas dos Santos
Prof. Diego A. Rivas dos Santos
Universidade do Grande Rio

Érica Silva de Oliveira
Prof.^a Érica Silva de Oliveira
Universidade do Grande Rio

Vaniele S. da B. Copello
Prof.^a Vaniele Soares da Cunha Copello
Universidade do Grande Rio

CATALOGAÇÃO NA FONTE

UNIGRANRIO – NÚCLEO DE COORDENAÇÃO DE BIBLIOTECAS

V632g

Vicente, Danielle da Silva.

Gravidez na adolescência: um estudo a partir do olhar das assistentes sociais que atuam na maternidade de um hospital do município de Duque De Caxias / Danielle da Silva Vicente, Rosangela Machado Melo da Cunha. – Duque de Caxias, 2019.

81 f. ; 30 cm.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação em Serviço Social) – Universidade do Grande Rio “Prof. José de Souza Herdy”, Escola de Ciências Sociais Aplicadas, 2019.

“Orientador: Prof. Diego Augusto Rivas dos Santos”.

Referências: f. 74-77.

1. Serviço social. 2. Gravidez na adolescência. 3. Assistentes sociais. 4. Hospital Municipal de Duque de Caxias. I. Cunha, Rosangela Machado Melo da. II. Santos, Diego Augusto Rivas dos. III. Universidade do Grande Rio “Prof. José de Souza Herdy. IV. Título.

CDD – 361.3

DEDICATÓRIA

Porque para Deus nada é impossível.

Lucas 1:37

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer a Deus em primeiro lugar, por ter me concedido chegar até aqui pois foram grande as luas que tive que enfrentar nesses 4 anos. Agradecer também a minha família, em especial a meu esposo que sempre me incentivou e me ajudou muito nesse processo e esteve comigo em todos os momentos, cuidou de mim nos momentos em que eu pensei em desistir devido a tudo que enfrentamos nesses últimos tempos, deixo registrado aqui todo meu amor e gratidão por tê-lo comigo, certamente essa vitória também é sua. Agradeço a minha mãe mulher trabalhadora e guerreira, minha inspiração e minha irmã, minha amiga e incentivadora, vocês são muito importantes na minha vida, amo muito vocês.

Agradeço também a Universidade Unigranrio por nos possibilitar um curso de altíssima qualidade, com professores que são referência em todas as discussões, reflexões e debates que realizamos em sala de aula, meu agradecimento a todos esses profissionais mais do que especiais, que nos ensinaram e nos capacitaram durante toda caminhada para sermos profissionais críticos, propositivos e comprometidos com os direitos dos usuários.

Em especial a nosso mestre e orientador que ao longo deste ano nos direcionou nessa jornada que é o trabalho de conclusão de curso, confiando em nossa capacidade, sempre buscando nos levar além do que imaginávamos, e que também está conosco desde o primeiro período sempre nos ensinando com excelência e qualidade. Obrigada por nos auxiliar em todas as etapas, e por compartilhar conosco seu conhecimento e experiência.

Não poderia deixar de agradecer também a minha supervisora de campo de estágio Victoria, que teve parte crucial no meu processo de formação profissional e as profissionais, Geusa e Tatiane, que me apresentaram a prática do Serviço Social na Maternidade Mariana Bulhões, obrigada a todas pelas reflexões, e contribuições durante esses quase dois anos de convivência.

A minha parceira nesta pesquisa, Rosangela minha gratidão eterna por tudo que vencemos juntas nestes anos, você foi mais do que especial, obrigada por toda força e amparo que dedicamos mutuamente, obrigada por sua amizade.

Dedico essa grande conquista a meu filho Rafael, que foi nesses últimos meses minha inspiração para que eu pudesse concluir, minha motivação para continuar e seguir em frente em todos os momentos.

E a todos aqueles que contribuíram para este momento mesmo que de forma direta ou indireta meu muito obrigado.

Danielle da Silva Vicente

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar agradeço a Deus, por me possibilitar chegar até esse momento, embora sabendo que esse é apenas o começo pela busca do conhecimento. Agradecer também a minha família, em especial ao meu esposo e companheiro João Carlos, que através de muita luta e trabalho me possibilitou a concretização desse sonho, a ele meu eterno agradecimento.

Agradeço também às minhas filhas: Bruna e Rafaela e minha neta Isabela por estarem sempre ao meu lado me incentivando e me apoiando em todos os momentos de desânimo ao longo dessa jornada. Especialmente minha filha Bruna que desde o início me auxiliou nos momentos de dificuldade, principalmente nos momentos de formatação de texto dentro das normas da ABNT, que sempre me tiravam do sério.

Grata também aos meus pais, Antônio Francisco e Jorgina, que mesmo com pouca formação sempre nos passou a importância do respeito ao próximo.

Quero agradecer também a Universidade Unigranrio, instituição que através de seus professores extremamente competentes e dedicados à educação, nos possibilitou o acesso a um curso com total comprometimento ao Projeto Ético - Político da profissão de Serviço Social. Com reflexões críticas acerca da sociedade capitalista, das suas lutas de classe e suas refrações. Nos possibilitando um posicionamento crítico, reflexivo, propositivo e comprometido com a viabilização dos direitos dos usuários.

Minha gratidão ao nosso professor, orientador Diego Rivas, que nos direcionou de um modo todo especial nessa longa jornada de produção de conhecimento que é o trabalho de conclusão de curso. Obrigada por estar sempre disponível e sempre nos auxiliando de maneira competente e comprometida em cada orientação.

Em especial, quero agradecer as minhas supervisoras de campo de estágio: Ana Maria Pacheco, fonte de inspiração para esse trabalho de conclusão de curso e Darci Cassia, profissionais competentes e comprometidas com a profissão, que eu tive a honra de conhecer, pessoas que estiveram ao meu lado durante toda fase de estágio no meu processo de formação. Quero agradecer a todas as profissionais que tive o prazer de conhecer no H.M.D.C, grata pela troca de conhecimento e pelas reflexões. Meu muito obrigada!

Agradeço a minha parceira e amiga que vou levar para sempre em meu coração: Danielle Vicente, sem essa parceria nada disso seria possível, mesmo passando pelo momento mais importante da sua vida, a chegada de seu filho Rafael, ela sempre esteve presente e comprometida com o nosso trabalho de conclusão de curso. A ela todo meu respeito, meu carinho e minha admiração.

Rosangela Machado Melo da Cunha

RESUMO

O presente trabalho busca uma reflexão sobre quais as causas e consequências da gravidez na adolescência na concepção das Assistentes Sociais que atuam na Maternidade do Hospital Municipal de Duque de Caxias que foi o campo empírico da pesquisa, unidade esta que se caracteriza como um dos principais hospitais de emergência da Baixada Fluminense. A partir da percepção do alto índice de adolescentes grávidas internadas na maternidade, o que despertou-nos enquanto estagiárias, partícipes deste processo, a necessidade de se discutir e refletir acerca da temática. A pesquisa objetiva analisar quais as causas de uma gravidez precoce e as consequências adquiridas pela mesma, envolvendo neste sentido a relevância do profissional de Serviço Social na articulação dos processos de informação e acompanhamento das adolescentes e familiares envolvidos neste contexto. Inicialmente, buscamos conhecer de forma mais aprofundada o trabalho realizado pelas Assistentes Sociais neste espaço, a partir da observação participante. Posteriormente, o referencial teórico foi construído pautado na teoria social crítica de Marx. Ainda referente à metodologia do estudo, buscou-se através de uma, pesquisa bibliográfica, a partir da consulta a vários artigos e publicações de autores que aproximam-se da temática, uma profundidade na reflexão. Para complementar a pesquisa, escolhemos a abordagem qualitativa, compreendida como uma análise do contexto, que pode ser claramente visto pela observação participante, ao qual surgem indagações, e se expande o campo para novas investigações. Utilizou-se também a entrevista como método para coleta de dados. Após esse movimento, definiu-se as categorias teóricas de análise e os conceitos a serem discutidos, que foram: adolescência, gravidez na adolescência e sexualidade na adolescência, os direitos sexuais e reprodutivos e família. Também fez-se necessário apreender a importância da política de saúde, identificar os limites existentes na concepção da equipe de Serviço Social que atua neste espaço institucional, reconhecer as estratégias que têm sido abordadas pelos mesmos e de que forma estes profissionais atuam, a fim de apreender o fenômeno analisado em sua totalidade.

Palavras-chave: Gravidez, Gravidez na adolescência, Serviço Social

ABSTRACT

This paper seeks to reflect on the causes and consequences of teenage pregnancy in the conception of Social Workers who work in the Maternity Hospital of Duque de Caxias Municipal Hospital, which was the empirical field of research, a unit that is characterized as one of the main hospitals. of the Baixada Fluminense. From the perception of the high rate of pregnant adolescents hospitalized in the maternity ward, which awakened us as interns, participants in this process, the need to discuss and reflect on the subject. The research aims to analyze the causes of an early pregnancy and the consequences acquired by it, involving in this sense the relevance of the social work professional in the articulation of information and monitoring processes of adolescents and family members involved in this context. Initially, we sought to know more deeply the work done by the Social Assistants in this space, from the participant observation. Subsequently, the theoretical framework was built based on Marx's critical social theory. Still referring to the methodology of the study, we searched through a bibliographic research, from the consultation to various articles and publications by authors that approach the theme, a depth in reflection. To complement the research, we chose the qualitative approach, understood as a context analysis, which can be clearly seen by the participant observation, to which questions arise, and expands the field for further investigation. The interview was also used as a method for data collection. After this movement, we defined the theoretical categories of analysis and the concepts to be discussed, which were: adolescence, teenage pregnancy and adolescent sexuality, sexual and reproductive rights and family. It was also necessary to understand the importance of health policy, to identify the limits that exist in the conception of the Social Work team that works in this institutional space, to recognize the strategies that have been approached by them and how these professionals act, in order to grasp the phenomenon analyzed in its entirety.

Keyword: Pregnancy, Teenage Pregnancy, Social Work

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	13
CAPÍTULO 1: OS CAMINHOS CONSTRUÍDOS PARA ALCANÇAR O OBJETO DE ESTUDO	15
1.1- A definição do objeto de estudo.	15
1.2- Relevância acadêmica, social e institucional do estudo.	16
1.4 - Os caminhos metodológicos adotados para realização da pesquisa.	18
CAPÍTULO 2: REFLETINDO SOBRE A GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA: Fundamentação teórica pertinente a essa discussão.	21
2.1- Sexualidade na adolescência.	21
2.3- Direitos humanos e direitos sexuais reprodutivos	32
2.4- Política de saúde no Brasil: Um breve histórico da trajetória desta política a partir de 1900 até os dias atuais.....	37
2.5- A profissão do Serviço Social no Brasil e a inserção do assistente social na política de saúde.	46
2.6 - Um olhar sobre o campo empírico da pesquisa: O histórico do hospital municipal de Duque de Caxias.	54
CAPÍTULO 3: A PESQUISA DE CAMPO: O que os dados obtidos nos revelam? ...	59
3.1 A aproximação com o campo empírico da pesquisa.....	59
3.2 Eixo I: As causas da gravidez na adolescência na concepção das Assistentes Sociais que atuam na Maternidade do Hospital Municipal de Duque de Caxias.....	60
3.3 Eixo II: As consequências da gravidez na adolescência na concepção das Assistentes Sociais que atuam na Maternidade do Hospital Municipal de Duque de Caxias.	62
3.4 Eixo III: O trabalho realizado pelas Assistentes Sociais junto às adolescentes grávidas e seus familiares na Maternidade do Hospital Municipal de Duque de Caxias.....	64
3.5 - A contribuição do Serviço Social acerca do tema das causas e consequências da gravidez na adolescência.....	68
3.6- As três dimensões do saber e fazer profissional alinhados ao estudo realizado.....	70
3.7 A contribuição das autoras desse estudo para os fenômenos pesquisados: Uma discussão acerca da dimensão investigativa do Assistente Social.	71
CONSIDERAÇÕES FINAIS	73
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:	75
ANEXO A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE.	79
ANEXO B – TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM E DEPOIMENTOS	81
.....	82
APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA.....	82

LISTA DE ABREVIATURAS DE SIGLAS

ABRASCO - Associação Brasileira de Saúde Coletiva

ACB - Ação Católica Brasileira

ACCR - Acolhimento com Classificação de Risco

AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

CAPS – Caixas de Aposentadorias e Pensões

CEBES - Centro Brasileiro de Estudo de Saúde

CEDAW - Comitê para a Eliminação de todas as Formas de Discriminação contra a Mulher.

CEP - Comitê de Ética e Pesquisa

CFESS – Conselho Federal de Serviço Social

CIPD - Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento

CONEP - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa

CRESS – Conselho Regional de Serviço Social

CTI - Centro de Tratamento e Terapia Intensiva

DST – Doença sexualmente transmissível

ECA – Estatuto da Criança e do adolescente

FABOR – Fábrica de Borracha Sintética

FHC – Fernando Henrique Cardoso

FUNASA – Fundação Nacional da Saúde

HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana

HMDC -Hospital Municipal de Duque de Caxias

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MS – Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial da Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

PFST – Programa de Formação em Saúde e Trabalho

PHPN – Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento

PNH – Política Nacional de Humanização

PROSAD – Programa Saúde do adolescente

PSE – Programa Saúde na Escola

REDUC – Refinaria Duque de Caxias

SUDS - Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TAUID - Termo de Autorização de Uso de Imagem e Depoimento

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

UNFPA – Fundo de População das Nações Unidas

UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a infância

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

VDRL – Venereal Disease Research Laboratory

INTRODUÇÃO

Compreendendo que a pesquisa na formação acadêmica deve ser vista como uma forma de contribuição no processo de ensino e pesquisa, esse estudo tem por objetivo conhecer e analisar de forma crítica e reflexiva, na concepção das Assistentes Sociais que atuam no setor de Maternidade do Hospital Municipal de Duque de Caxias, as causas e as consequências da gravidez na adolescência.

Para melhor desenvolvimento da pesquisa este trabalho foi dividido em três capítulos. O primeiro capítulo, intitulado de: “Os caminhos construídos para alcançar o objeto de estudo”: apresenta o que levou a escolha do surgimento do problema de pesquisa em tela, que deu-se através da inserção e vivência no campo empírico de estágio na área de Serviço Social de ambas autoras em unidade de saúde no setor de maternidade, que resultou na necessidade de problematizar de maneira crítica e reflexiva as causas da gravidez na adolescência e as consequências adquiridas pelas mesmas na concepção das Assistentes Sociais que atuam no setor de Maternidade da instituição já citada.

O segundo capítulo intitulado de: “Refletindo sobre a gravidez na adolescência: fundamentação teórica pertinente a essa discussão.” Aborda conceitos e concepções de autores acerca das causas e consequências da gravidez na adolescência, na tentativa de melhor compreensão à essa temática. Portanto, torna-se indispensável discutir sexualidade na adolescência; Concepções teóricas e a influência do contexto familiar na adolescência; Direitos Humanos e direitos reprodutivos.

Ainda neste capítulo, temos um breve histórico da Política de Saúde no Brasil, desde a década de 1900; a gênese do Serviço Social no Brasil e a inserção desse profissional na área de saúde. Finalizando o capítulo, apresenta-se um olhar sobre o Hospital Municipal de Duque de Caxias, campo empírico da pesquisa.

O capítulo terceiro denominado de: A pesquisa de campo: O que os dados obtidos nos revelam? Trata da pesquisa de campo, onde apresenta-se também o recorte utilizado para a realização das entrevistas, analisou-se os dados coletados que buscaram responder os objetivos previamente traçados para a pesquisa como: As causas que levam a gravidez na adolescência na concepção das Assistentes Sociais que atuam na maternidade do Hospital Municipal de Duque de Caxias; As consequências que levam a gravidez na adolescência na concepção das mesmas; E o trabalho realizado pelas Assistentes Sociais, junto às adolescentes no setor de maternidade desta unidade de saúde.

Ao final deste capítulo, tecemos algumas considerações finais acerca da pesquisa em tela, onde podemos compreender que a gravidez na adolescência é uma condição sócio

histórica posta em nossa sociedade. Bem como salienta Bocardi(1998), a sociedade possui uma moral sexual na qual o sexo é permitido dentro do casamento. A adolescente grávida transgrede essa norma e sente-se culpada. Sua conduta provoca o afastamento de seu grupo de amigos e, conseqüentemente, o isolamento social, tendo como reflexo a perda do apoio afetivo, que é muito importante para a sua vida.

Nesse sentido, destaca-se a importância do debate sobre gravidez na adolescência em todos os espaços e de políticas públicas de fácil acesso para esse segmento.

CAPÍTULO 1: OS CAMINHOS CONSTRUÍDOS PARA ALCANÇAR O OBJETO DE ESTUDO.

1.1- A definição do objeto de estudo.

O surgimento do problema de pesquisa em tela, deu-se através da inserção e vivência no campo empírico de estágio na área de Serviço Social de ambas autoras em unidade de saúde no setor de maternidade, onde percebe-se um alto número de adolescentes grávidas que chegam à unidade de saúde com idade entre treze e dezessete anos, que nos despertou o interesse em problematizar de maneira mais aprofundada as causas de uma gravidez na adolescência e as consequências adquiridas pelas mesmas na concepção dos Assistentes Sociais que atuam no setor de maternidade do Hospital Municipal, localizado no município de Duque de Caxias que vem a ser campo de estágio de uma das autoras dessa pesquisa.

Neste sentido faz-se necessário discutir um pouco sobre a adolescência, a Organização Mundial de Saúde (OMS) define adolescência como sendo o período da vida que começa aos 10 anos e termina aos 19 anos completos. Já, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) instituído pela Lei nº 8.069 considera a adolescência, a faixa etária dos 12 até os 18 anos de idade completos, sendo referência, desde 1990, para criação de leis e programas que assegurem os direitos desta população.

Durante a adolescência ocorrem mudanças de ordem emocional que são de extrema importância para o indivíduo, tais como o desenvolvimento da autoestima e da autocrítica; questionamento dos valores dos pais e dos adultos em geral” (FRIEDMAN, 1994). Trata-se de um período da existência em que o sujeito começa a interagir com o mundo externo de modo mais autônomo sem, aparentemente, ter de assumir as responsabilidades da vida adulta. Contudo, esta situação é de extrema ambivalência, visto que, se por um lado não lhe é exigido assumir os compromissos da vida adulta, por outro, não lhe é permitido “comportar-se” como uma criança. Na indecisão de como se conduzir, o adolescente se arrisca, oscilando entre condutas de risco “calculado” – decorrente de uma ação pensada – e do risco “insensato”, em que, gratuitamente, se expõe, com grande chance de ocorrerem insucessos, podendo comprometer sua saúde de forma irreversível (DiCLEMENTE, 1996).

No Brasil, em 2015, foram cerca de 574 mil crianças nascidas vivas de mães entre 10 e 19 anos. Em todo o mundo, uma em cada cinco mulheres será mãe antes de terminar a adolescência, os dados são do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos, do Ministério da Saúde, divulgado em 2017, e do relatório Maternidade precoce: enfrentando o desafio da

gravidez na adolescência, do Fundo de População das Nações Unidas, de 2013.

A gravidez precoce tem consequências sérias para a vida das jovens e para o país, além de riscos para a mãe, o bebê, devido ao fato da mulher não estar totalmente pronta fisicamente para uma gestação, há maior chance de parto prematuro, rompimento precoce da bolsa e aborto espontâneo, conforme Agência Senado, 2017.

Além disso, a gravidez na adolescência, segundo Agência do Senado Federal (2017), também pode levar as adolescentes a enfrentar conflitos psicológicos e familiares, abandonar os estudos e ter maior dificuldade para acessar o mercado de trabalho. Também não podemos ignorar o fato de que as adolescentes morrem por complicações evitáveis na gravidez, parto e puerpério.

1.2- Relevância acadêmica, social e institucional do estudo.

A gravidez na adolescência constitui tema de importante relevância na realidade social da população, tendo em vista que em alguns casos podem causar impactos sociais e econômicos na vida das adolescentes e seus familiares.

O presente trabalho de pesquisa agrega contribuições para a academia, pois esse estudo se torna de suma importância do ponto de vista científico, na produção de conhecimento sobre esta temática, estimulando assim novas pesquisas que poderão resultar na mobilização da sociedade como um todo diante desta problemática. Além disso, tais estudos poderão desdobrar-se em programas de saúde que possibilite às adolescentes, maior acesso a informações e meios que lhes permitam desenvolver e praticar uma postura crítica, consciente e responsável no exercício da sua sexualidade.

Neste sentido, torna-se indispensável discutir sexualidade em vários espaços: família, escola, universidade, principalmente a sexualidade na adolescência, pois falar sobre esse assunto ainda é um tabu que perdura em nossa sociedade nos dias atuais, mesmo este tema estando presente em programas de televisão, músicas, revistas e tantos outros mecanismos, que fazem parte do nosso cotidiano. Para a sociedade, essa pesquisa é importante para demonstrar a relevância da inserção do Assistente Social na área da saúde, propiciando a este espaço informação e acompanhamento aos indivíduos e seus familiares, trazendo uma contribuição, no que diz respeito à saúde e bem estar favorável ao adolescente, bem como a família e o contexto social que as mesmas estão inseridas.

Apesar de o Brasil ter avançado nas últimas décadas na disseminação do uso de anticoncepcionais entre as mulheres, entre as adolescentes de classes mais baixas o acesso a

esses métodos ainda é deficiente. Além do mais, a incidência de gravidez na adolescência é mais frequente entre mulheres de grupos de maior vulnerabilidade social, conforme afirma o oficial do programa para juventude do Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA), Anna Cunha, durante debate promovido pelas procuradorias da mulher do Senado e da Câmara no fim de maio de 2016.

A relevância do estudo para as acadêmicas se dá em discutir o tema gravidez na adolescência e analisar quais são as principais demandas e necessidades apresentadas por essas adolescentes que são atendidas na maternidade do HMDC na concepção das (os) Assistentes Sociais que atuam neste espaço.

Para a Instituição o trabalho de pesquisa é importante pois, se dá na produção de conhecimento acerca da realidade da gravidez na adolescência contribui para se pensar e refletir sobre esta questão do porque o número de adolescentes grávidas, partos demandam serviços e abordagens específicas para as adolescentes, que já são um segmento que demanda proteção social, sendo prevista esta proteção principalmente no Estatuto da Criança e do Adolescente.

Ao trazer uma criança ao mundo, a demanda por proteção é dobrada, pois, não raro, esta adolescente precisa de ajuda da família para garantir a sua sobrevivência (alimentação, cuidados de saúde, educação...) e agora a de um novo ser, ou seja, há que se pensar em políticas públicas que deem suporte a este seguimento que com gravidez e maternidade fica ainda mais vulnerabilizadas. Neste sentido a produção de conhecimento, através da pesquisa para o trabalho de conclusão de curso, contribui, trazendo elementos da realidade das adolescentes que têm seus filhos na maternidade do HMDC.

O objetivo geral do presente estudo é: analisar as causas e consequências da gravidez na adolescência na concepção das Assistentes Sociais que atuam na Maternidade do Hospital Municipal de Duque de Caxias.

Dentre os específicos estão: apreender as causas que levam a gravidez na adolescência na concepção das Assistentes Sociais que atuam na Maternidade do Hospital Municipal de Duque de Caxias. Identificar as consequências de uma gravidez na adolescência na concepção das Assistentes Sociais que atuam na Maternidade do Hospital Municipal de Duque de Caxias. Conhecer o trabalho realizado pelas Assistentes Sociais junto às adolescentes grávidas atendidas na Maternidade do Hospital Municipal de Duque de Caxias.

1.3 - As hipóteses iniciais frente as causas da gravidez na adolescência.

Parte-se da hipótese de que dentre os fatores que tornam a gravidez na adolescência um problema de saúde pública está a dificuldade do acesso às políticas públicas voltadas especificamente para as adolescentes. A gravidez na adolescência é considerada como uma gestação de risco, pois a idade materna é vista por situações de risco, como a pobreza, baixa escolaridade, falta de assistência pré-natal adequado dentre outros.

O motivo evidente e direto da gravidez na adolescência é o fato de que os adolescentes mantêm relações sexuais sem determinados cuidados contraceptivos. Portanto, duas condutas precisam existir para que ocorra a gravidez cedo: a atividade sexual do adolescente e a falta de medidas contraceptivas adequada, uma abrangência das causas desse acontecimento deve considerar a inter-relação entre essas condutas.

A gravidez na adolescência pode estar relacionada aos fatores; que são: falta ou negligência de informações, qualidade de vida, ausência de métodos contraceptivos, planejamento familiar, falta de informações educacional no ambiente familiar aliada à ausência do acompanhamento dos pais. Acredita-se que as possíveis soluções para este problema não cabe somente aos adolescentes e aos programas destinados ao atendimento desta população, mas a sociedade em conjunto, uma vez que não existe uma saída para este problema que não seja coletiva.

E o Assistente Social tem sua parcela de contribuição neste processo à medida que trabalha na orientação aos jovens, quanto à Educação Sexual visando à diminuição dos índices de gestação em adolescentes, deve também fazer encaminhamentos para poder articular com outras redes, incluindo os mesmos em políticas públicas para sanar as dificuldades existentes, o profissional assistente social deve construir sugestões criativas, que admitam a efetivação dos direitos de acordo com a realidade existente.

1.4 - Os caminhos metodológicos adotados para realização da pesquisa.

A metodologia caracteriza-se de forma ampla, por ser a descrição do método que se utiliza de técnicas, instrumentos e procedimentos que serão usados para coleta e análise dos dados levantados na pesquisa. Segundo Minayo (2002, p.16), “a metodologia inclui concepções teóricas de abordagem, o conjunto de técnicas que possibilitam a construção da realidade.”

O método utilizado na pesquisa encontra-se fundamentado e baseado na teoria social crítica elaborada por Marx, onde busca-se a essência do problema aqui apresentado, para que

se tenha de forma ampla o conhecimento e estratégias que utilizamos com os fins de elucidar em nossa pesquisa o conhecimento necessário, para que assim, possamos traçar metas e desafios que vislumbre as possibilidades e limites para a atuação das Assistentes Sociais da Maternidade do Hospital Municipal de Duque de Caxias

Para o estudo deste trabalho de pesquisa foi utilizado um levantamento bibliográfico através de publicações científicas, realizada a partir de um buscador “Google Acadêmico” e de uma base de dados, “SciELO” (Scientific Eletronic Library Online), tendo como descritores: Gravidez, Adolescência, Sexualidade. Foi abordada a expressão “AND” no cruzamento das palavras. Os critérios de inclusão foram os artigos publicados de acordo o disponibilizado.

Também para complementar a pesquisa, escolhemos a abordagem qualitativa, compreendida como uma análise do contexto, que pode ser claramente visto pela observação participante, ao qual surgem indagações, e se expande o campo para novas investigações, ou seja, ao mesmo tempo em que buscamos responder uma pergunta, vamos elaborando novos questionamentos através das dúvidas que vão surgindo no decorrer da efetivação da pesquisa. “O método qualitativo é o que se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões” (MINAYO, 2014, p. 57), e entendemos que por ser algo complexo essa investigação, a abordagem qualitativa, contribui de forma mais efetiva para o conhecimento da realidade.

Essa pesquisa foi realizada, através de entrevistas com as Assistentes Sociais que trabalham no HMDC promovendo o conhecimento da realidade das adolescentes grávidas. Então buscamos com o presente trabalho o entendimento dos fenômenos sociais, com base no método materialismo dialético que se atenta às estruturas sociais abrangendo a totalidade.

O universo / amostra dessa pesquisa é composto pelas sete (07) assistentes sociais que compõem o setor da Maternidade do Hospital Municipal, localizado no Município de Duque de Caxias. Conseguimos alcançar uma amostra de cinco (05) Assistentes Sociais.

Também utiliza-se como instrumento/procedimento para coleta de dados, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE e o Termo de Autorização de Uso de Imagem e Depoimento- TAUID, que é o documento de extrema importância para realização de uma pesquisa envolvendo seres humanos dentro da ética.

Pela nossa legislação, o TCLE é o documento que garante ao participante da pesquisa o respeito aos seus direitos. Por isso, é um documento obrigatório nos projetos, inclusive nos quais serão realizadas entrevistas, grupos focais etc. O TCLE deve ser redigido de forma clara e conter todas as informações sobre a pesquisa e sobre seu responsável.

Cabe ressaltar que esses documentos, visam ao entrevistado maiores esclarecimentos para aceitação de participação da pesquisa e que tenha conhecimento e o esclarecimento da proposta da pesquisa a qual está sendo submetido. Portanto, é necessário que o participante da pesquisa tenha compreensão do seu papel e a da relevância da pesquisa em questão. Além disso, a participação é concedida por opção e aceitação de cada entrevistado.

Segundo (MINAYO, 2014 p.57), partindo do princípio que a observação participante é o processo pelo qual o pesquisador se coloca também como observador do campo a ser pesquisado, utilizaremos deste procedimento para compor nossa pesquisa empírica. Na medida em que a nossa escuta será ativa e a observação do pesquisador incidir diretamente na coleta de dados e, posteriormente, na transcrição e análise das entrevistas.

O observador fica, nesta perspectiva, em relação direta com seus interlocutores no espaço social da pesquisa. Por isso, faz parte do contexto em que observa e, assim, modifica tal contexto.

Esse trabalho foi anexado na plataforma Brasil que é um sistema eletrônico criado pelo Governo Federal para sistematizar o recebimento dos projetos de pesquisa que envolvam seres humanos nos Comitês de Ética em todo o país. Essa plataforma, é uma base nacional e unificada de registros de pesquisas envolvendo seres humanos para todo o sistema de Comitê de Ética e Pesquisa e Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, CEP/CONEP. Ela permite que as pesquisas sejam acompanhadas em seus diferentes estágios - desde sua submissão até a aprovação final pelo CEP e pela CONEP, quando necessário - possibilitando inclusive o acompanhamento da fase de campo, o envio de relatórios parciais e dos relatórios finais das pesquisas (quando concluídas). O sistema permite, ainda, a apresentação de documentos também em meio digital, propiciando ainda à sociedade o acesso aos dados públicos de todas as pesquisas aprovadas. Pela Internet é possível a todos os envolvidos o acesso, por meio de um ambiente compartilhado, às informações em conjunto, diminuindo de forma significativa o tempo de trâmite dos projetos em todo o sistema CEP/CONEP.

CAPÍTULO 2: REFLETINDO SOBRE A GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA: Fundamentação teórica pertinente a essa discussão.

Neste capítulo trata-se a discussão sobre as causas e as consequências da gravidez na adolescência na concepção de autores que abordam o tema, na tentativa de melhor compressão à essa questão. Nesse sentido torna-se indispensável discutir Sexualidade na adolescência; Concepções teóricas e a influência do contexto familiar na adolescência; Direitos humanos e direitos reprodutivos. Realizaremos também um breve histórico da Política de Saúde no Brasil; da gênese da profissão de Serviço Social no Brasil e a inserção desse profissional na área da saúde. Finalizando o capítulo apresentaremos um olhar sobre o campo empírico da pesquisa.

2.1- Sexualidade na adolescência.

A sexualidade tem passado por diversos estágios, iniciando-se nos primórdios da civilização e passando por mudanças consideráveis em relação à forma como é percebida no contexto da sociedade. O passar do tempo e as transformações econômicas e sociais das pessoas tiveram influência direta na forma como a sexualidade foi, e é percebida em cada momento.

A Organização Mundial da Saúde - OMS (1975) considera que a sexualidade humana é parte integrante da responsabilidade de cada um, não é sinônimo de coito e não se limita à presença ou não do orgasmo. É energia que motiva a encontrar o afeto, contato e intimidade, e se expressa na forma de sentir, nos movimentos das pessoas e como estas se tocam e são tocadas, é ser-se sensual e ao mesmo tempo sexual; ela influencia pensamentos, sentimentos, ações e interações e, por isso, influencia também a nossa saúde física e mental. (BOLETIM DST/AIDS, Recife, 2000.)

Dessa forma, entendemos que os desejos, sentimentos e comportamentos são frutos das relações entre os sujeitos. Para adolescentes e jovens, a dimensão da sexualidade se traduz em um campo de descobertas, experiências e vivências, como também de construção de capacidade para a tomadas de decisões, de escolha, de responsabilidades e de afirmação de identidades, tanto pessoais como políticas. A sexualidade se destaca como campo em que a busca por autonomia de projetos e práticas é exercida de forma singular e com urgência própria da juventude (ONU, 2003).

De acordo com Brandão, a sexualidade especialmente na adolescência é entendida da seguinte forma:

(...) a sexualidade é um domínio cercado de mistério, tabus, proibições, ao mesmo tempo em que tem sido, secularmente, um discurso repetido até a exaustão, uma fala pública para uma prática privada, vivida como domínio de pura emoção, da natureza. A sexualidade, como já afirmamos anteriormente, tem sido fortemente regulada, não tanto no âmbito da legislação, mas das relações cotidianas: é a religião, a família, a medicina, a psicanálise, a mídia que se constituem em elaboradores e repassadores de códigos e definições. Paralelamente, ela é o lugar por excelência de transgressão, numa eterna e séria brincadeira de ocultação e desvelamento. Brandão (1999, p.166-167)

A sexualidade faz parte da vida e está ligada ao desenvolvimento global do indivíduo, constituindo um dos elementos da personalidade. No que diz respeito à adolescência, um dos motivos que mais tem preocupado é a iniciação da vida sexual precocemente, onde os adolescentes têm sua primeira relação sexual com idades entre 12 a 15 anos, sendo que essa iniciação precoce não vem acompanhada de informações e cuidados.

Anteriormente, era comum identificarmos a adolescência como uma etapa transitória entre a infância e a vida adulta, e sua caracterização era evidenciada somente pelas mudanças biológicas que marcam tal momento evolutivo do ser humano.

Contudo, atualmente, a adolescência têm se constituído num importante objeto de estudo e de preocupação para diversos segmentos, tendo em vista a grande expressão que passa a assumir no interior das transformações da sociedade contemporânea.

Segundo Barroso (1991), grande parte dos adolescentes tem exercido a sexualidade com mais frequência e precocidade, sendo que a vivência da prática sexual precoce pode trazer consequências sociais e psicológicas. Considerando este fato uma manifestação frequente durante a adolescência, tem-se observado hoje um aumento da frequência de doenças sexualmente transmissíveis, aumento de gestações indesejadas, abortos, casamentos forçados e toda uma gama de conflitos intrapsíquicos e preconceitos sociais decorrentes desses fatos.

Medeiros e Oliveira (2015) vão afirmar que um dos fatores que influenciam essa iniciação sexual precoce, sem os cuidados necessários, é a falta de diálogo na relação familiar, pois as marcas culturais perpetuadas através das gerações têm dificultado o diálogo sobre sexualidade entre pais e filhos, em especial quando se refere à sexualidade feminina. Na maioria das vezes, quando esse diálogo acontece vem cercado de “tabus”, onde o sexo e o prazer principalmente para meninas são considerados como algo proibido, perigoso e até mesmo pecaminoso, podendo ser realizado só depois do casamento.

Reforçando assim, a ideia de que, a relação sexual na adolescência deve ser algo reprimido e sigiloso Medeiros:

Essa influência se dá muitas vezes por causa da religião, onde o sexo antes do casamento é visto como algo errado e pecaminoso. A maioria dos rapazes são pressionados por boa parte da sociedade, a iniciar sua vida sexual logo cedo, pra mostrar que ele é capaz de exercer seu papel de dominador. Já as moças, muitas vezes, não recebem uma orientação sexual adequada, devido a uma concepção da maioria dos familiares de que isso despertaria o desejo sexual nas meninas, uma vez que essa mesma sociedade patriarcal que julga necessário o rapaz começar sua vida sexual cedo, diz que as moças devem se resguardar para o marido, e só perder a virgindade após o casamento. (2015, p28)

Um dos maiores mitos que caracterizam a sexualidade feminina está vinculado justamente à questão da virgindade, por isso, os rapazes tendem a começar a praticar relações sexuais antes das moças. Diferentemente do homem, se a mulher chegar a perder a virgindade sem estar mantendo um compromisso sério com o parceiro, adolescente “pervertida” ou “vulgar”.

Portanto, segundo Nogueira (2016), a sociedade patriarcal caracterizou-se pela influência que exerceu na organização social da família. O patriarca tinha sob o seu poder a mulher, os filhos, os escravos, e os vassalos, além do direito de vida e de morte sobre todos eles. O patriarcado centrava-se na figura masculina, onde se tinha a desvalorização da identidade feminina e atribuição funcional do ser mulher, apenas para a procriação, a mulher deveria ter sua sexualidade reprimida, resguardando-se até o dia do casamento.

Ainda com base neste autor, mesmo com a discussão a respeito da proteção à dignidade feminina e busca pela igualdade, ainda encontramos indícios a forte influência do patriarcado na nossa formação como indivíduos. E com isso quando o pensamento da mulher diverge daquilo que é esperado pela sociedade, ela será alvo de algum tipo de agressão ou discriminação.

Entretanto, apesar das mudanças ocorridas ao longo das décadas, e a inserção da mulher no mercado de trabalho, o dever de criar e orientar os filhos ainda continua sendo de responsabilidade da mesma. Podemos exemplificar, tal fato, quando a mulher para conseguir entrar no mercado de trabalho, passa a recorrer de sua rede familiar como: mãe, tias e amigos mais próximos para dar conta do cuidado dos filhos, Já que a mesma não consegue vaga em creches públicas.

A responsabilidade de transmitir informações sobre sexualidade não deve se limitar apenas ao seio familiar. A escola também tem o dever de contribuir nesse processo, conforme preconizado na Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (Lei nº. 9.394, de 20 de dezembro de 1996), que a educação sexual é prevista como um dos temas transversais a serem

incluídos nos Parâmetros Curriculares Nacionais, em todas as áreas de conhecimento – do ensino fundamental ao ensino médio. Com isso, é perceptível que incluir o tema da sexualidade no ensino dos jovens é de suma relevância. Contudo, para além das informações acerca dos métodos contraceptivos que sem dúvidas é importante, mas é necessário o conhecimento do corpo, entendendo o ciclo menstrual, o período de fertilidade, o próprio ato sexual e consequentemente os benefícios dos contraceptivos.

O ambiente escolar deve esclarecer dúvidas e ampliar os conhecimentos dos adolescentes, para que através disso, eles e elas tenham mais opções de escolher; além de consciência e autonomia sobre seu corpo como sujeito sexual e sujeito de direitos. Evitando assim, que num futuro próximo se tornem adultos frustrados com seus próprios desejos, repassando para seus descendentes, as concepções conservadoras e patriarcais que introduziram na juventude. No que diz respeito ao acesso aos serviços de saúde, este também nem sempre consegue responder às demandas dos adolescentes nas áreas da saúde sexual, da saúde reprodutiva e os demais serviços de saúde. Afinal, vivemos em uma cultura e em uma sociedade em que se fala sobre sexo o tempo todo, mas, devido a uma série de crenças e tabus, acaba-se, muitas vezes, por violar os direitos dessa população à informação e ao acesso aos serviços e insumos de prevenção, principalmente quando nos referimos aos adolescentes. (MEDEIROS, OLIVEIRA, 2015).

A gravidez precoce gera muitas angústias as adolescentes e seus parceiros, pois na grande maioria das vezes não se sabem como vão criar os filhos e não sabem se vão poder ter um lar juntos, muitos nem trabalham, somente estudam, surgindo assim várias dúvidas, esse é um fato que não está restrito somente camadas menos favorecidas, mais abrange todas as categorias sociais, causando modificações na estrutura da família, é uma problemática a ser refletida e encaminhada a programas e projetos, primeiro diminuir esse acontecimento, pois é de extrema relevância é muito preocupante. (DIAS, TEIXEIRA, 2010).

Esse período é de grande alteração para mulher, seu corpo se transforma, se modifica, para mantimento do feto, com tantas novidades, essa fase pode acabar gerando sentimentos de fragilidade de insegurança e ansiedade (MOREIRA, ET AL, 2007). A maternidade gera conflitos com a família, com o pai da criança, pelo fato de também ser adolescente e consigo mesma. É um momento delicado, que precisa de muita atenção e cuidado. É também um momento de dúvidas e anseios e é a fase onde a adolescente assumirá uma nova identidade, a de mãe. Nesse período ocorre muita evasão escolar, pois muitas não têm com quem deixar o filho para ir para a escola (MOREIRA, ET AL, 2007).

2.2 – Família: Concepções teóricas e a influência do contexto familiar na adolescência.

Entende-se a adolescência como uma etapa de desenvolvimento do ser humano, marcadas por inúmeras transformações físicas, emocionais e sociais, um dos aspectos mais importantes desse período é a busca da autonomia e da independência. Por isso, a importância da família neste momento em que o diálogo se faz tão necessário e indispensável. Com isso, neste item, iremos trabalhar o conceito de família a partir de um referencial teórico com autores especializados nesta discussão.

A família, nas suas mais diversas configurações constitui-se como um espaço altamente complexo. É construída e reconstruída histórica e cotidianamente, através das relações e negociações que estabelece entre seus membros e outras esferas da sociedade, tais como o: Estado, trabalho e mercado. Reconhece-se também que além de sua capacidade de produção de subjetividades, ela também é uma unidade de cuidado e de redistribuição interna de recursos.

Portanto, ela não é apenas uma construção privada, mas também política e tem um papel importante na estruturação da sociedade em seus aspectos sociais, políticos e econômicos. E, nesse contexto, pode-se dizer que é a família que “cobre as insuficiências das políticas públicas, ou seja, longe de ser um “refúgio num mundo sem coração” é atravessada pela questão social”’. (MIOTO, CAMPOS, LIMA, 2006).

O Código Civil de 2002 trouxe inovações em termos de direito da família, uma vez que consagrou diferentes arranjos familiares, considerando as evoluções sociais que o país sofreu ao longo dos anos. Essas mudanças foram consequências das primeiras transformações trazidas pela Constituição Federal de 1988, mas, em caráter complementar e mais abrangente, buscando contemplar os direitos fundamentais, consagrando as exigências de justiça e valores éticos, objetivando a preservação da harmonia do Poder Judiciário nacional, posto que fosse capaz de modernizá-lo aos novos arranjos familiares.

Em termos do Código Civil de 2002, o direito de família foi reforçado a partir dos princípios da dignidade da pessoa humana, da igualdade jurídica entre os cônjuges, da igualdade jurídica de todos os filhos. Além do pluralismo familiar, da liberdade de construir uma comunhão de vida familiar, da consagração do poder familiar, do superior interesse da criança e do adolescente, da afetividade e da solidariedade familiar.

Sendo assim, pensar sobre família, significa pensá-las em suas relações tanto com a sociedade mais ampla onde se inserem, quanto nas formas como estas se organizam no cotidiano, buscando ir para além da aparência, ampliando os horizontes, construindo propostas capaz de preservar e efetivar direitos no que tange as novas construções familiares e suas

realidades social.

Não obstante, a profissão de Serviço Social tem uma relação histórica com a família, que surge desde a sua gênese e das suas protoformas. A família é o sujeito privilegiado da ação do profissional de Serviço Social, onde cada vez mais tem-se requerido do profissional um conhecimento teórico e metodológico para se atuar com a família e as diversas expressões da questão social advindas do contexto histórico onde elas se inserem.

Segundo Bocardi (1998), a família é de fundamental importância para o desenvolvimento sadio do adolescente. Ela exerce o importante papel de modelo que deverá ser adotado pelo adolescente, o que não quer dizer que sempre terá a ela como um modelo a ser seguido, pois muitas vezes a estrutura familiar é questionada pelo adolescente que está em busca de sua identidade própria e não aceita interferência ou modelos a serem seguidos.

Para a autora, as mudanças que ocorrem nesse processo de desenvolvimento dos adolescentes devem acontecer de forma simultânea, entre pais e filhos, de forma espontânea, tranquila, para que os pais possam estar próximos, detectando e acompanhando as transformações dos jovens, sem necessariamente ter que mudar radicalmente sua forma de pensamento ou seu modo de agir, mas tentando compreender as mudanças e apoiar os jovens nesta fase de transição, quando eles deixam de ser crianças para viver como adultos.

A gravidez precoce na adolescência pode trazer implicações na família, favorecendo muita complicações, causando até mesmo a ruptura de laços familiares. A partir do descobrimento da gestação a família é informada e começa um novo processo de aceitação, ainda existe o preconceito social onde a sociedade vê a maternidade precoce como um erro, muitas pessoas se distanciam e ainda tem o estigma de mãe solteira, por esses fatos muitas famílias não aceitam, provocando um conflito familiar, expulsão de casa, imposição do casamento, questionamentos sobre aborto, abandono, violência física e verbal, aumentando ainda os problemas que essa adolescente terá que enfrentar.

De acordo com Soares e Lopes:

A rejeição da família à filha adolescente solteira e grávida, baseada no estigma de mãe solteira. Esses argumentos (culturais e, sobretudo morais) estão assentados nas desigualdades de gênero em relação à repressão sexual e na dupla moral ainda vigente. Existe um maior controle sobre o comportamento sexual feminino do que sobre o masculino, que impõe a responsabilização à mulher pela prevenção da gravidez. Dessa maneira, a culpa é amenizada quando a mulher tem a sorte de o pai da criança assumir a responsabilidade e aceitar a união. Soares e Lopes, (2011, s/p).

Por isso, a importância de um diálogo aberto entre pais e filhos, que vai possibilitar uma melhor comunicação entre duas gerações distintas, respeitando as necessidades, os seus pensamentos e as suas próprias decisões.

Sabemos que o conceito de família vem se alterando ao longo das décadas, e devido aos novos arranjos familiares e a inserção da mulher no mercado de trabalho, as famílias vêm se utilizando das redes familiares, a fim de viabilizar a existência da família. Sarti (2008), aponta que a sobrevivência dos grupos domésticos das mulheres “chefes de família” é possibilitada pela mobilização cotidiana de uma rede familiar que ultrapassa os limites da casa. Tal como acontece o deslocamento dos papéis masculinos, os papéis femininos, na impossibilidade de serem exercidos pela mãe-esposa-dona de casa, são igualmente transferidos para outras mulheres, fora ou dentro da unidade doméstica.

Sarti (2008), ainda cita que nas famílias que cumpriram sem rupturas os ciclos de desenvolvimento da vida familiar, o pai/marido tem papel central numa relação complementar e hierárquica com a mulher, concentrada no núcleo conjugal, ainda que essa situação não exclua a transferência de atribuições à rede mais ampla, em particular quando a mãe trabalha fora; nas que são desfeitas e refeitas, os arranjos deslocam-se mais intensamente do núcleo conjugal/doméstico para a rede mais ampla, sobretudo para a família consanguínea da mulher, que muitas das vezes essa mulher por precisar trabalhar vai recorrer à tia, a vizinha, a avó.

Contudo, a família mesmo sendo ela formada em rede, tem um papel importante na formação do indivíduo, baseando-se nela que construímos nossa identidade, valores éticos, morais e aprendemos a viver em sociedade, que ao longo das décadas vem passando por inúmeras transformações, alterando o seu significado e sua estrutura familiar em si, onde desde o advento da Constituição Federal de 1988, as famílias passaram a ser juridicamente reconhecidas, tendo seus direitos resguardados por lei.

Diante disso, identificamos que não existe um modelo ideal de família que deva ser seguido e procuramos listar algumas configurações familiares da atualidade como:

- Nuclear – pai, mãe e filhos todos juntos.
- Monoparental – os filhos vivem apenas com um dos pais.
- Recompota ou reconstituída – após o divórcio, a mãe ou o pai passa a viver com outra pessoa.
- Alargada ou ampliada – dentro da mesma casa residem os pais, os filhos, os avós, os tios, os primos etc.
- Homo parental – composta por duas pessoas do mesmo sexo, sejam homens ou mulheres que residem juntos.

- Bi nuclear – composta por dois lares que se formaram após o divórcio. Ambos os pais permanecem responsáveis pelos cuidados dos filhos, atendendo as necessidades deles de forma integral.
- Família Poli afetiva – consiste na relação entre mais de duas pessoas. Na relação poli afetiva todos são casados entre si, podendo inclusive lavrar escritura pública para documentar a relação.
- Família Substituta – em hipótese, quando a família natural não está sendo capaz por alguma circunstância garantir os direitos decorrentes do princípio da proteção integral, será promovida a colocação da criança e adolescente em família substituta, compreendendo três espécie: a guarda, a tutela e a adoção.
- Família unipessoal – é composta por apenas uma pessoa.

Entretanto, as novas configurações familiares não descartam a necessidade da circulação de crianças em redes familiares, no qual a transferência ou partilha de responsabilidades de uma criança entre adultos da família, parentes, amigos ou vizinhos configura-se uma estratégia de sobrevivência para as famílias que não encontram creches públicas e não possuem condições financeira de custear uma creche particular para deixar os filhos. Sendo assim, as famílias, como bem enfatiza Sarti (2008a), desencadeiam arranjos que envolvem a rede de parentesco como um todo, a fim de viabilizar a existência da família. Nesse contexto, os avós têm um importante papel na vida familiar, pois muita das vezes eles são o suporte afetivo e financeiro de pais e filhos, auxiliando na educação e na criação dos netos.

A expressão “circulação de crianças” denomina a transferência e/ou partilha de responsabilidades de uma criança entre um adulto e outro. A coletivização no cuidado das crianças vem caracterizar o que Cláudia Fonseca (1990 e 2003) chama de “circulação de crianças” – um conceito que consideramos central para o estudo das famílias brasileiras. Este fenômeno pode ser entendido relacionado aos rearranjos conjugais (com a realização de novas uniões, por exemplo), mas não só a esses. Frente às grandes dificuldades econômicas, a internação dos filhos em escolas particulares ou a sua circulação entre amigos ou parentes aparece como uma alternativa importante em vários segmentos de classe.

Segundo Sarti (2008b), o cuidar dos filhos dos outros, muitas vezes, seus próprios netos, faz com que se mantenha “aceso” os vínculos de sangue, junto aos de criação, atuando ambos na definição dos laços de parentesco, o que vem atualizar um padrão de incorporação de agregados que lembra aquela mesma família brasileira descrita por Freyre (2005).

Como o aborto, moralmente é recusado, uma alternativa para essas mulheres é dar os filhos para criar, o que não é necessariamente uma expressão de desafeto. Não temos dúvidas

em afirmar que o fenômeno da circulação de crianças é central para discutirmos a família brasileira, pois faz parte de nossa “cultura familiar”.

Sarti (1995), afirma que, no universo cultural dos pobres, não estão dados os recursos simbólicos para a formulação deste projeto individual que pressupõe condições sociais específicas de educação e valores sociais também específicos, muitos dos quais alheios ao seu universo cultural.

Em relação aos chamados “pobres”, argumenta que:” Pensam seu lugar no mundo a partir de uma lógica de reciprocidade de tipo tradicional em que o que conta decisivamente é a solidariedade dos laços de parentesco e de vizinhança com os quais viabilizam sua existência. Sua busca em serem modernos, ou seja, de usufruírem da possibilidade, dada por nossa época, de conceber e realizar projetos individuais, quando chega a ser formulada, torna-se uma busca frustrada, em que aparece o peso de sua subordinação social.”

A autora vai dizer, que as relações sociais vão se transformando através das famílias, e nesse contexto pensar família vai além de pensar em parentesco, pensar família abrange diferentes realidades e diferentes contextos sociais.

As potencialidades do mundo contemporâneo são amplas, mas é árdua a tarefa de realizá-las. Assim, família para o pobre é definida, como aqueles em quem se pode confiar: não havendo status ou poder a ser transmitido, o que vai definir a extensão da família é a rede de obrigações construídas: “são da família aqueles com quem se pode contar, isto quer dizer, aqueles que retribuem ao que se dão aqueles, portanto, para com quem se tem obrigações” (SARTI, 1995, p. 52).

A circulação de crianças envolve aspectos econômicos e culturais – não existindo sempre de forma harmônica, deve-se ressaltar – sendo uma das estratégias de sobrevivência possíveis às nossas classes trabalhadoras. É dentro dessa experiência que ganha sentido nossas noções de parentesco e de relações familiares – que se nutrem das várias relações sociais travadas ao longo de nossas vidas (FONSECA, 2002).

Também torna-se necessário falarmos do papel dos avós nesse processo já que eles são fonte de apoio, carinho e afeto para filhos e netos, o que os torna, em muitos casos, amados, admirados e respeitados (Dias, Hora & Aguiar, 2010). Eles podem exercer apoio moral, financeiro e suporte afetivo tanto para os filhos como para os netos (Cardoso, 2011), apoiando e/ou substituindo os pais, contribuindo para que as crianças consigam lidar com a ausência física dos pais.

O aumento da longevidade tem permitido a convivência mais prolongada de três ou mais gerações, levando os idosos a participarem mais ativamente da vida de seus familiares. As mulheres idosas em especial, assumem papel importante frente às novas configurações familiares.

As mulheres costumam ter participação ativa na vida familiar ao longo do ciclo vital e segundo Kipper e Lopes (2006), essa participação é renovada quando se tornam avós. De acordo com os autores, esse é um marco evolutivo e fato importante no processo de individuação e na identidade feminina, por ser considerado uma fonte de renovação e renascimento, possibilitando a chance de repensar antigos conflitos. Além disso, o futuro genético representado pela chegada de um neto, em meio às tarefas de aposentadoria, doenças e perda do cônjuge, traz à mulher uma nova importância e utilidade e os netos têm o poder de reavivar desejos, sonhos e ideais adormecidos.

Para Rabinovich, Moreira e Franco (2012) às avós sucedem aos pais na importância nos papéis familiares e há mais uma interdependência emocional do que econômica/funcional com relação à criança. As avós costumam fazer-se presentes na vida dos netos pela transmissão de histórias de vida e informações (Rabinovich & Moreira, 2008), na tarefa de cuidar de netos cujas mães estão trabalhando (Coutrim et al, 2007), oferecendo cuidados e apoio à família quando do nascimento de uma criança com problemas de saúde (Simioni & Geib, 2008) ou com necessidades especiais, minimizando a ausência das mães, envolvidas nas intensas demandas de cuidados (Matsukura & Yamashido, 2012).

Por outro lado, têm-se evidenciado situações em que as avós se tornam cuidadoras integrais e até legais dos netos. Pesquisas apontam diversos problemas relacionados aos pais das crianças que motivam as avós a assumirem a criação dos menores: pais adolescentes despreparados para cuidar dos filhos, desempregados, usuários de drogas, em conflito com a lei, portadores de doenças mentais, falecidos precocemente, separados, recasados sem a aceitação das crianças por parte do novo cônjuge e ainda, abuso infantil e/ou abandono por parte dos progenitores (Lopes, Neri & Park, 2005; Osório & Silva Neto, 2008).

Quanto aos resultados da criação dos netos para as avós, o levantamento da literatura realizado por Lopes, Neri e Park (2005) ressalta que a maioria dos estudos sobre o tema apontam para os efeitos negativos sobre diversos âmbitos da vida das avós que criam os netos, como: sobrecarga financeira, conflitos com os filhos devido à divergências na educação das crianças e às vezes pela custódia legal dos netos. Além disso, queda na qualidade de saúde física e emocional das avós, com incidência de depressão e baixa saúde percebida, interferência na vida social e familiar, cansaço e esgotamento emocional.

Quanto aos aspectos positivos Lopes, Neri e Park (2005) citam o sentimento de renovação pessoal, oportunidade de ter companhia e gratificação por estarem provendo uma nova geração com cuidados e ensinamentos.

No estudo de Araújo e Dias (2010) sobre avôs e avós que criam seus netos foi constatado que não medem esforços para cuidar de netos e os querem em sua companhia, pois eles lhes trazem alegrias, amor e um objetivo para viver.

Pensando nas crianças que são criadas pelos avós, Lopes, Neri e Park (2005) ressaltam que pode ser benéfico tê-los como mentores, porque na ausência do pais poderão ter uma sensação de pertencimento à sua família de origem. Nesse mesmo sentido, Fu-I e Mararazzo (2001) concluem que as crianças que são adotadas intrafamiliar mente, ou seja, que passam a ser cuidadas pelos avós, tios ou outros parentes, possuem uma saúde mental melhor do que aquelas que são adotadas por outras famílias. Porém, do ponto de vista psicológico não há segurança de que a família relativamente bem estabelecida do ponto de vista social e legal não produza nenhum tipo desvio em seus membros. Como explica Ceccarelli (2007), não há uma forma de organização familiar ideal que garanta um desenrolar mais sadio ou mais patológico para a constituição do sujeito.

O senso comum de que os avós “mimam” os netos e são permissivos, foi desmistificado no estudo de Coutrim (2007) que comprovou que o rendimento escolar é o mesmo entre crianças cuidadas pelas avós em relação às demais. Embora muitas avós tenham baixa escolaridade, transmitem valores e oferecem apoio emocional às crianças sob sua tutela e isso aparece refletido no bom desempenho escolar dessas crianças.

Compreende-se que a gravidez na adolescência não implica apenas problemas individuais, mas afeta todo o contexto de vida da adolescente, sendo a família um elemento-chave para a organização ou desorganização desse processo, assim como a ausência ou presença do companheiro, um elemento crucial na aceitação e condução da maternidade. A gravidez na adolescência pode representar um momento de conflito para a família, exigindo uma redefinição de crenças, valores e atitudes, além da necessidade de novos arranjos no espaço físico no lar, de tempo e de finanças. Para a adolescente, a gravidez pode significar uma reformulação sobre seus projetos de vida e a necessidade de assumir o papel de mãe para o qual ainda não está e muitas vezes não se sente preparada (Dias e Aquino, 2006).

Para o adolescente pode gerar sentimentos ambivalentes de vergonha no momento inicial e de orgulho posteriormente, por assumir o papel de pai perante a sociedade (Piccinini e outros, 2004; Brandão e Heilborn, 2006; Meincke e Carraro, 2009).

Inicialmente, a família da adolescente não reage favoravelmente à gravidez da filha, afirmando que ela é muito jovem. Entretanto, após esse primeiro momento, algumas famílias aceitam o fato, posicionando-se inclusive contra o aborto.

A gravidez então passa a ser vivida por toda a família, sendo o filho um traço de

união entre os seus membros (Silva e Tonete, 2006).

Em muitos casos os pais se desresponsabilizam dessa gestação precoce, muito por conta de ainda vivermos em uma sociedade com uma forte herança patriarcal, onde na dimensão privada a responsabilidade do cuidado com os filhos e com a casa fica com a mulher. Portanto, as adolescentes que ainda estão passando por uma faixa de auto afirmação, encontram-se numa situação de vulnerabilidade dupla, tanto por ser adolescente, quanto por ser mulher e sofrer os rebatimentos dessa raiz patriarcal tão presente em nossa sociedade.

2.3- Direitos humanos e direitos sexuais reprodutivos.

É possível perceber que a família, a escola, os meios de comunicação e os serviços de saúde têm um papel fundamental na vida dos adolescentes de maneira geral, principalmente quando a iniciação sexual acontece precocemente. Entendendo assim, a necessidade de discutirmos a respeito dos direitos sexuais e reprodutivos para os adolescentes e principalmente os fatores que asseguram esses direitos.

A Declaração Universal dos Direitos Humanos, adotada pela Organização das Nações Unidas (ONU) no ano de 1948, período pós- segunda guerra mundial, estabelece os direitos humanos básicos que devem ser garantidos. Esta declaração introduziu uma nova concepção de direitos humanos e incitou o nascimento e desenvolvimento de área do Direito Internacional, guardião dos Direitos Humanos, com elaboração de Convenções e Pactos que permitiram a formação de um sistema normativo de proteção destes direitos. Os direitos sexuais e os direitos reprodutivos se constituem de certos direitos humanos fundamentais já reconhecidos nas leis nacionais e internacionais, e nascem a partir da definição de saúde reprodutiva, buscando interagir os direitos sociais, principalmente, o direito à saúde, à educação, à informação, com os direitos individuais de não interferência e de não discriminação.

A legislação brasileira tem avançado em relação aos direitos humanos, sexuais e reprodutivos, principalmente a partir da Constituição de 1988, considerada constituição cidadã. Porém, o processo de construção destes direitos sofre interferências que, por vezes, o comprometem, a exemplo de grupos com orientação religiosa considerados conservadores. Outras questões também ameaçam a garantia destes direitos, como, por exemplo, as desigualdades sociais, raciais, étnicas e de gênero.

Taquette, 2013 vai citar como avanços na garantia dos direitos sexuais e reprodutivo no Brasil:

As mudanças no Código Civil no ano de 1962, que liberaram a mulher casada, por

exemplo, de precisar da permissão do marido para utilizar procedimentos contraceptivos; a Lei do Divórcio, promulgada em 1977; o movimento pela igualdade de gênero e de enfrentamento à violência contra a mulher, que resultou na criação das DEAMs, Delegacia Especializada no Atendimento às Mulheres, sendo a primeira implantada na cidade de São Paulo em 1985; o PAISM, Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, lançado em 1983; a regulamentação da assistência ao abortamento legal através do SUS, iniciada em São Paulo em 1989 e em 1997 em nível nacional; a Lei do Planejamento Familiar, promulgada em 1996; e a permissão da interrupção da gravidez em casos de anencefalia aprovada pelo Supremo Tribunal Federal em 2012.

A Lei do Planejamento Familiar - Lei nº 9.263, de 12/01/1996 - veio regulamentar um conjunto de ações para a saúde sexual e saúde reprodutiva, dentre elas: assistência à concepção e contracepção; atendimento pré-natal; assistência ao parto, ao puerpério e ao neonato; controle das doenças sexualmente transmissíveis; e controle e prevenção do câncer cérvico-uterino, do câncer de mama e do câncer de pênis. Algumas questões relevantes para a garantia dos direitos sexuais e reprodutivos ainda estão em discussão, como a descriminalização do aborto e o acesso a tecnologias de reprodução assistida, independentemente da esterilidade da mulher. (TAQUETTE, 2013)

De acordo com a autora, garantir direitos sexuais e reprodutivos para as mulheres significa romper com a visão de submissão da sexualidade da mulher à reprodução e promove uma nova relação de poder entre homens e mulheres. A saúde reprodutiva é um elemento importante na saúde das mulheres e dos homens, mas ela é mais crítica para as mulheres. Um grande número de doenças que afetam as mulheres está relacionado às suas funções e ao seu potencial reprodutivo e ao modo como as sociedades, influenciadas por questões de gênero, cuidam ou deixam de cuidar delas.

Segundo o Ministério da Saúde em uma cartilha que fala sobre os Direitos Sexuais e Direitos reprodutivos - Uma prioridade do Governo, (2005), o Governo brasileiro pauta-se pelo respeito e garantia aos direitos humanos, entre os quais se incluem os direitos sexuais e os direitos reprodutivos, para a formulação e a implementação de políticas em relação ao planejamento familiar e a toda e qualquer questão referente à população e ao desenvolvimento.

A Constituição Federal inclui no Título VII da Ordem Social, em seu Capítulo VII, art. 226, § 7º, a responsabilidade do Estado no que se refere ao planejamento familiar, nos seguintes termos:

Fundado nos princípios da dignidade da pessoa humana e da paternidade responsável, o planejamento familiar é livre decisão do casal, competindo ao Estado propiciar recursos para

o exercício desse direito, vedada qualquer forma coercitiva por parte de instituições oficiais ou privadas.

Os Programas e as Plataformas de Ação enfatizam a necessidade de promover-se a igualdade entre homens e mulheres, como requisito essencial para a conquista de melhores condições de saúde e de qualidade de vida, e de promover-se, de igual modo, o efetivo envolvimento e corresponsabilidade dos homens nas questões referentes à saúde sexual e reprodutiva. Exortam, também, os governos a propiciar aos adolescentes informações e serviços adequados para atenção à sua saúde sexual e reprodutiva.

O Brasil, nas últimas décadas, viveu uma importante modificação demográfica relacionada à queda da mortalidade infantil e da fecundidade, ao aumento da expectativa de vida, aos movimentos migratórios e de urbanização. Houve uma desaceleração do ritmo de crescimento da população adolescente e jovem com a expectativa de que esse segmento continue crescendo, embora em ritmo decrescente, e de que haja um aumento do peso de outros grupos etários, em especial, o dos idosos. Mesmo com a desaceleração do ritmo de crescimento da população jovem, hoje, a geração de adolescentes e jovens de 10 a 24 anos de idade é a mais numerosa em toda a história do Brasil, representando, no censo de 2002, um total de 51.429.397 pessoas – 30,3% da população brasileira –, sendo 35.287.882 adolescentes de 10 a 19 anos e 16.141.515 jovens com idades entre 15 e 24 anos (IBGE, 2002).

A grande maioria (84%) dos adolescentes e jovens brasileiros (10 a 24) vive em áreas urbanas, enquanto que 16% vivem em áreas rurais (IBGE, 2002). Há uma prevalência de homens jovens nas áreas rurais (15-17 anos: 52,90% e de 18-24 anos: 53,16%) e, na zona urbana, prevalecem as mulheres jovens (15-17: 50,47% e de 18-24: 50,99%). O segmento jovem de 15 a 24 anos, que em 2002 tinha um contingente de 16.141.515 pessoas (IBGE, 2002), é um recorte etário que requer especial atenção por parte dos responsáveis diretos. A escolaridade pelo planejamento nacional. Entre os anos de 2000 a 2010 abre-se a melhor janela de oportunidades (CASTRO; ABRAMOVAY; LEON, 2007, p. 20-21) como o momento mais favorável para se investir na juventude como integrante e sujeito da aceleração do crescimento econômico nacional.

É preciso ressaltar que são esses mesmos jovens os que estão expostos às mais elevadas taxas de mortalidade por causas externas. E, além disso, é a fecundidade das mulheres nessa faixa etária que, atualmente, mais tem contribuído para o nível geral prevalecente no Brasil. De início, basta citar a necessidade de acesso a serviços de saúde que os acolham em suas necessidades e demandas específicas e que sejam eficazes na integralidade da atenção à saúde.

Taquette, 2013 vai dizer que a primeira causa de internação para o sexo feminino são as

complicações da gravidez, parto e puerpério. Ressalta-se a necessidade de inclusão de ações políticas que contemplem, de fato, este estrato populacional. Contudo, na sociedade brasileira, a adolescência tem sido tratada mais pela ótica do controle que pela ótica do reconhecimento de direitos e de proteções. A saúde sexual e reprodutiva de adolescentes e jovens envolve educação sexual, anticoncepção/planejamento familiar, atendimento ginecológico, prevenção e tratamento de DST/AIDS e acompanhamento da gravidez, parto e puerpério.

Importante entrave à garantia dos direitos sexuais e reprodutivos dos adolescentes é o não reconhecimento destes como sujeitos de direitos e o não respeito aos princípios éticos da atenção ao adolescente. Incluem-se como princípios o respeito à privacidade, à confidencialidade, à autonomia, contido no Capítulo II, Art. 17º do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), e o respeito ao sigilo, regulamentado pelo artigo 74º do Código de Ética Médica. Apenas em situações especiais, justifica-se a quebra do sigilo, como, por exemplo, gravidez, AIDS, ou quando o adolescente coloca em risco a própria vida ou a de outrem, na percepção da ideia de suicídio ou homicídio, na recusa ao tratamento e a drogadição.

(Taquette 2013), destaca que a situação não incomum de desrespeito aos direitos sexuais e reprodutivo: a violência sexual que acomete adolescentes, principalmente do sexo feminino. As/os adolescentes vítimas de violência sexual devem receber atendimento diferenciado, e as equipes de saúde e educacional têm a obrigatoriedade de comunicar ao Conselho Tutelar casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos contra crianças e adolescentes, para as providências e ou intervenções legais cabíveis.

Os Conselhos Tutelares têm o poder de requisitar serviços públicos necessários às autoridades competentes, atender e aconselhar adolescentes e seus responsáveis; encaminhar ao Ministério Público notícia de fato que constitua lesão ao direito do adolescente. No ano de 2009, houve mudança na legislação penal brasileira no que diz respeito à violência contra menores de 14 anos. A Lei 12.015 de agosto de 2009 revogou o art. 224 do Código Penal a presunção da violência e acrescentou o art. 217-A, contendo o tipo penal de estupro de vulnerável, assim definido: "Ter conjunção carnal ou praticar outro ato libidinoso com menor de 14 (catorze) anos, ou com alguém que, por enfermidade ou deficiência mental, não tem o necessário discernimento para a prática do ato, ou que, por qualquer outra causa, não pode oferecer resistência".

Há alguns desafios para a garantia dos direitos sexuais e reprodutivos dos adolescentes, o principal entrave à garantia dos direitos dos adolescentes se refere ao dilema de conciliar a independência, recém-adquirida, de tomar decisões, com a necessidade de proteção desses indivíduos, potencialmente vulneráveis. Existem diversas adolescências,

cujas vivências variam conforme a classe social, nível de escolaridade, organização familiar, e as características específicas devem ser levadas em consideração.

No que diz respeito aos cuidados com a saúde integral de adolescentes e jovens, especificamente, o Ministério da Saúde tem buscado estabelecer programas, projetos e políticas específicas. Essas ações político-programáticas, necessariamente, apontam para a necessidade de um diálogo e uma interface com outras áreas da gestão pública, a exemplo da educação, da cultura e do trabalho, na medida em que remetem à construção de seus projetos de vida.

Segundo cartilha do SUS e a saúde Sexual e Reprodutiva de Adolescentes e Jovens no Brasil (2013), o reconhecimento dos direitos sexuais e reprodutivos entre os direitos fundamentais dos adolescentes está alinhado aos compromissos assumidos pelo Estado brasileiro durante a Conferência Mundial de Direitos Humanos, Viena 1993; na Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD), Cairo 1994; bem como aos princípios da Convenção para Erradicar, Sancionar e Punir a Violência contra as Mulheres (CEDAW), também de 1994. Esses eventos e os documentos dele derivados, em especial o Programa de Ação da CIPD, foram essenciais para a inserção das e dos adolescentes como sujeitos do direito à saúde sexual e reprodutiva a ser alcançado por normas, programas e políticas públicas.

No contexto mais amplo do debate sobre Saúde e Juventude no SUS (2013), os direitos sexuais e direitos reprodutivos de adolescentes e jovens devem receber uma atenção especial, haja vista que no centro da afirmação desses direitos está o fortalecimento da autonomia e o empoderamento dos indivíduos. Esse bloco de direitos fundamentais implica que as e os jovens também têm: direito de viver plenamente a sexualidade sem medo, vergonha, culpa e falsas crenças; direito de viver a sexualidade independentemente de estado civil, idade ou condição física; direito de escolher o(a) parceiro(a) sexual; direito de escolher se quer ou não quer ter relação sexual; direito de viver e expressar livremente a sexualidade sem violência, discriminações e imposições, e com total respeito pelo corpo do(a) parceiro(a); direito de ter relação sexual, independentemente da reprodução; direito de decidir, de forma livre e responsável, se querem ou não ter filhos, quantos filhos desejam ter e em que momento de suas vidas; direito ao acesso à informação, a meios e técnicas para ter ou não ter filhos; direito de exercer a sexualidade e a reprodução livre de discriminação, imposição e violência; direito ao sexo seguro para prevenção da gravidez e de doenças sexualmente transmissíveis (DST) e AIDS; direito a serviços de saúde que garantam privacidade, sigilo e um atendimento de qualidade, sem discriminação; direito à informação e à educação sexual e reprodutiva.

2.4- Política de saúde no Brasil: Um breve histórico da trajetória desta política a partir de 1900 até os dias atuais.

Analisando a gravidez na adolescência como um fato que traz rebatimentos não só na vida das adolescentes, das famílias e que também implica um problema de saúde pública, realizaremos um breve histórico da saúde pública no Brasil.

Segundo, a Fundação Nacional da Saúde (FUNASA, 2017) em 05 de maio de 1900 foi criado, o Instituto Soroterápico Federal, com o objetivo de fabricar soros e vacinas contra a peste. Pois o Rio de Janeiro no início do século XX era considerado um desafio ao desenvolvimento do país. O Presidente Rodrigues Alves, ciente da importância de ter uma capital moderna, estabeleceu como prioridade o saneamento e a reforma urbana da cidade. Para isso, convidou o engenheiro Pereira Passos para a Prefeitura e o Sanitarista Oswaldo Cruz para a Diretoria Geral da Saúde Pública, o que iria inaugurar a nova era para a higiene nacional. Ampliou as atividades do Instituto Soroterápico Federal, que não mais se restringiu à fabricação de soros, mas passou a dedicar-se também à pesquisa básica e qualificação de recursos humanos.

Ainda com base na Fundação Nacional de Saúde (2017), Oswaldo Cruz criou o Serviço de Profilaxia da Febre Amarela e a Inspetoria de Isolamento e Desinfecção (com responsabilidade de combate à malária e à peste no Rio de Janeiro). Decreto Legislativo nº 1.151, de 01/01/1904. Tornando obrigatória, em toda a República, a vacinação contra a varíola (Decreto nº 1.261, de 01/10/1904). Oswaldo Cruz reformou o Código Sanitário e reestruturou todos os órgãos de saúde e higiene do país. Em 1909 ele deixou a Diretoria Geral de Saúde Pública, passando a dedicar-se apenas ao Instituto de Manguinhos, que fora rebatizado com o seu nome. Em 1913, Oswaldo Cruz foi eleito para Academia Brasileira de Letras. Em 1915 por motivos de saúde, abandonou a direção do Instituto Oswaldo Cruz e mudou-se para Petrópolis. Carlos Chagas assumiu a direção do Instituto Oswaldo Cruz, em 14 de fevereiro de 1917, onde realizou uma nova reforma sanitária que reorganizando os Serviços de Saúde Pública, criou o Departamento Nacional de Saúde.

A política de saúde pública, na década de 1920, no Brasil, segundo BRAVO, (2008), adquire novo relevo no discurso do poder. Com a reforma Carlos Chagas, em 1923, tenta-se ampliar o atendimento à saúde por parte do poder central, constituindo uma das estratégias da União de ampliação do poder nacional no interior da crise política em curso, sinalizada pelos tenentes, a partir de 1922. Neste período, também foram colocadas as questões de higiene e

saúde do trabalhador, sendo tomadas algumas medidas que se constituíram no embrião do esquema previdenciário brasileiro, sendo a mais importante a criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs) em 1923, conhecida como Lei Elói Chaves.

As CAPs eram financiadas pela União, pelas empresas empregadoras e pelos empregados. Elas eram organizadas por empresas, de modo que só os grandes estabelecimentos tinham condições de mantê-las. O presidente das mesmas era nomeado pelo presidente da República e os patrões e empregados participavam paritariamente da administração. Os benefícios eram proporcionais às contribuições e foram previstos: assistência médica-curativa e fornecimento de medicamentos; aposentadoria por tempo de serviço, velhice e invalidez, pensão para os dependentes e auxílio funeral.

Bravo (2008) nos conta que a conjuntura de 1930, com suas características econômicas e políticas, possibilitou o surgimento de políticas sociais nacionais que respondessem às questões sociais de forma orgânica e sistemática. As questões sociais em geral e as de saúde em particular, já colocadas na década de 1920, precisavam ser enfrentadas de forma mais sofisticada. Necessitavam transformar-se em questão política, com a intervenção estatal e a criação de novos aparelhos que contemplassem, de algum modo os assalariados urbanos, que se caracterizavam como sujeitos sociais importantes no cenário político nacional, em decorrência da nova dinâmica da acumulação. Este processo, sob domínio do capital industrial, teve como características principais a aceleração da urbanização e a ampliação da massa trabalhadora, em precárias condições de higiene, saúde e habitação. A política de saúde formulada nesse período era de caráter nacional, organizada em dois subsetores: o de saúde pública e o de medicina- previdenciária.

O subsetor de saúde pública predominou até meados de 1960 e centralizou-se na criação de condições sanitárias mínimas para a população urbana e, restrita para a população do campo. O subsetor de medicina previdenciária só virá sobrepujar o de saúde pública a partir da década de 1966. Conforme explicita Maria Inês Bravo, (2008):

Dando prosseguimento, a medicina previdenciária, que surgiu na década de 1930, com a criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), pretendeu estender para um maior número de categorias de assalariados urbanos os seus benefícios como forma de “antecipar” as reivindicações destas categorias e não proceder uma cobertura mais ampla. A Política Nacional de Saúde, que se esboçava desde a década de 1930, foi consolidada no período de 1945-1950. O Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) foi criado durante a 2ª Guerra Mundial, em convênio com órgão do governo americano e sob o patrocínio da Fundação Rockfeller. No final dos anos de 1940, com o Plano Salte, de 1948, que envolvia as áreas de Saúde, Alimentação, e Energia: a Saúde foi posta como uma de suas finalidades principais. Bravo, (2008, s/p)

O Plano apresentava previsões de investimentos de 1949 a 1953, mas não foi implementado. A situação da Saúde da população, no período de 1945 a 1964 (com algumas variações identificadas principalmente nos anos de 50, 56 e 63, em que gastos com saúde pública foram mais favoráveis, havendo melhoria das condições sanitárias), não conseguiu eliminar o quadro de doenças infecciosas e parasitárias e as elevadas taxas de morbidade e mortalidade infantil, como também a mortalidade em geral.

Contudo, a estrutura de atendimento hospitalar de natureza privada, com fins lucrativos, já estava montada a partir dos anos de 1950 e apontava na direção de empresas médicas. A corporação médica ligada aos interesses capitalistas do setor era, no momento, a mais organizada e pressionava o financiamento através do Estado, da produção privada, defendendo claramente a privatização. Entretanto, apesar das pressões, a assistência médica previdenciária até 1964, era fornecida basicamente pelos serviços próprios dos Institutos. As formas de compra dos serviços médicos a terceiros aparecem como minoritários e pouco expressivas no quadro geral da prestação da assistência médica pelos institutos.

Para Bravo (2008), a ditadura, significou para a totalidade da sociedade brasileira a afirmação de uma tendência de desenvolvimento econômico-social e político que modelou um país novo. Em face da questão social no período de 1964 a 1974, o Estado utilizou para a sua intervenção o binômio repressão-assistência, sendo a política assistencial ampliada, burocratizada e modernizada pela máquina estatal com a finalidade de aumentar o poder de regulação sobre a sociedade, suavizar as tensões sociais e conseguir legitimidade para o regime, como também servir de mecanismo de acumulação do capital. A unificação da Previdência Social, com a junção dos IAPs em 1966, se deu atendendo a duas características fundamentais: o crescente papel interventivo do Estado na sociedade e o alijamento dos trabalhadores do jogo político, com sua exclusão na gestão da previdência, ficando-lhes reservado apenas o papel de financiadores. A medicalização da vida social foi imposta, tanto na Saúde Pública quanto na Previdência Social. O setor saúde precisava assumir as características capitalistas, com a incorporação das modificações tecnológicas ocorridas no exterior. A saúde pública teve no período um declínio e a previdenciária cresceu, principalmente após a reestruturação do setor, em 1966.

Bravo (2008) ainda nos diz que a política nacional de saúde enfrentou permanente tensão entre ampliação dos serviços, a disponibilidade de recursos financeiros, os interesses advindos das conexões burocráticas entre os setores estatal e empresarial médico e a emergência do movimento sanitário. As reformas realizadas na estrutura organizacional não conseguiram reverter a ênfase da política de saúde, caracterizada pela predominância da participação da

Previdência Social, através de ações curativas, comandadas pelo setor privado. O Ministério da Saúde, entretanto, retomou as medidas de saúde pública, que embora de forma limitada, aumentaram as contradições no Sistema Nacional de Saúde.

Nos anos de 1980, a saúde contou com a participação de novos sujeitos sociais na discussão das condições de vida da população brasileira e das propostas governamentais apresentadas para o setor, contribuindo para amplo debate que permeou a sociedade civil. Saúde deixou de ser interesse apenas dos técnicos para assumir uma dimensão política, estando estreitamente vinculada à democracia. Dos personagens que entraram em cena nessa conjuntura, destaca-se: os profissionais de saúde, representados pelas suas entidades, que ultrapassaram o corporativismo, defendendo questões mais gerais como a melhoria da situação saúde e o fortalecimento do setor público; o movimento sanitário, tendo o Centro Brasileiro de Estudo de Saúde (CEBES) como veículo de difusão e ampliação do debate em torno da Saúde e Democracia e elaboração de contrapropostas; os partidos políticos de oposição, que começaram a colocar nos seus programas a temática e viabilizaram debates no Congresso para discussão da política do setor e os movimentos sociais urbanos, que realizaram eventos em articulação com outras entidades da sociedade civil. BRAVO, (2008)

As principais propostas debatidas por esses sujeitos coletivos foram a universalização do acesso; a concepção de saúde como direito social e dever do Estado, a reestruturação do setor através da estratégia do Sistema Unificado de Saúde visando um profundo reordenamento setorial com um novo olhar sobre a saúde individual e coletiva; a descentralização do processo decisório para as esferas estadual e municipal, o financiamento efetivo e a democratização do poder local através de novos mecanismos de gestão – os Conselhos de Saúde.

De acordo com a autora em 1986, ocorreu em Brasília – Distrito federal a 8ª Conferência Nacional de Saúde com o temário central sobre: A Saúde como direito inerente à personalidade e à cidadania; II Reformulação do Sistema Nacional de Saúde, III Financiamento setorial. Numa articulação bem diversa das anteriores, a 8ª Conferência contou com a participação de cerca de quatro mil e quinhentas pessoas, dentre as quais mil delegados. Representou, inegavelmente, um marco, pois introduziu no cenário da discussão da saúde a sociedade. Os debates saíram dos seus fóruns específicos (ABRASCO, CEBES, Medicina Preventiva, Saúde Pública) e assumiram outra dimensão com a participação das entidades representativas da população: moradores, sindicatos, partidos políticos, associações de profissionais, parlamento. A questão da Saúde ultrapassou análise setorial, referindo-se à sociedade como um todo, propondo-se não somente o Sistema Único, mas a Reforma Sanitária.

A Assembleia Constituinte com relação à saúde transformou-se numa arena política em que os interesses se organizam em dois blocos polares: os grupos empresariais, sob a liderança da Federação Brasileira de Hospitais (setor privado) e da Associação de Indústrias Farmacêuticas (Multinacionais), e as forças propugnadores da Reforma Sanitária, representadas pela Plenária Nacional pela Saúde na Constituinte, órgão que passou a congrega cerca de duas centenas de entidades representativas do setor. A politização da saúde foi uma das primeiras metas a serem implementadas com o objetivo de aprofundar o nível da consciência sanitária, alcançar visibilidade necessária para inclusão de suas demandas na agenda governamental e garantir o apoio político à implementação das mudanças necessárias. A 8ª Conferência foi o acontecimento mais importante nesta direção.

Em consequente, Bravo (2008) nos aponta que a mudança do arcabouço e das práticas institucionais foi realizada através de algumas medidas que visam o fortalecimento do setor público e a universalização do atendimento; a redução do papel do setor privado na prestação de serviços à saúde; a descentralização política e administração do processo decisório da política de saúde e a execução dos serviços ao nível local, que culminou com a criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) em 1987 e depois, em 1988, SUS (Sistema Único de Saúde), passo mais avançado na reformulação administrativa no setor. No final da década de 1980, já havia algumas dúvidas, e incertezas com relação à implementação do Projeto de Reforma Sanitária cabendo destacar: a fragilidade das medidas reformadoras em curso, a ineficácia do setor público; as tensões com os profissionais de saúde, a redução do apoio popular face a ausência de resultados concretos na melhoria da atenção à saúde da população brasileira e a reorganização dos setores conservadores contrários à reforma que passam a dar a direção no setor, a partir de 1988.

Bravo (2008), ainda cita que no contexto dos anos 1990, com o redirecionamento do papel do Estado, influenciado pela Política de Ajuste Neoliberal. A proposta de Política de Saúde construída na década de 1980 tem sido desconstruída. A saúde fica vinculada ao mercado, enfatizando-se as parcerias com a sociedade civil, responsabilizando a mesma para assumir os custos da crise. A refilantropização é uma de suas manifestações com utilização de agentes comunitários e cuidadores para realizarem atividades profissionais, com o objetivo de reduzir os custos. Algumas questões comprometeram a possibilidade de avanço do SUS como política social, cabendo destacar: o desrespeito ao princípio da equidade na alocação dos recursos públicos pela unificação dos orçamentos federal, estaduais, e municipais; afastamento do princípio da integralidade ou seja, indissolubilidade entre prevenção e atenção curativa havendo prioridade para a assistência médico – hospitalar em detrimento das ações

de promoção e proteção da saúde. O Projeto de Reforma Sanitária, tem como uma de suas estratégias o Sistema Único de Saúde (SUS) e foi fruto de lutas e mobilização dos profissionais de saúde, articulados ao movimento popular. Sua preocupação central é assegurar que o Estado atue em função da sociedade pautando-se na concepção de Estado democrático e de direitos, responsável pelas políticas sociais e, por conseguinte, pela saúde.

O Sistema Único de Saúde (SUS) representa uma conquista da sociedade brasileira, porque promove a justiça social, com atendimento a todos os indivíduos. Além disso, é o maior sistema público de saúde do mundo, atendendo a milhares de pessoas que dependem exclusivamente do sistema para tratar da saúde.

A Constituição federal de 1988, definiu em seu artigo 196 que a saúde é um direito todos e dever do Estado. Para atingir este objetivo, foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS), de acordo com as diretrizes de descentralização, atendimento integral e participação popular, respeitando os princípios de universalização onde a saúde é um direito de cidadania de todas as pessoas e cabe ao Estado assegurar este direito, sendo que o acesso às ações e serviços deve ser garantido a todas as pessoas, independentemente de sexo, raça, ocupação, ou outras características sociais ou pessoais. De equidade que tem por objetivo diminuir desigualdades. Apesar de todas as pessoas possuírem direito aos serviços, as pessoas não são iguais e, por isso, têm necessidades distintas. Em outras palavras, equidade significa tratar desigualmente os desiguais, investindo mais onde a carência é maior. De integralidade que considera as pessoas como um todo, atendendo a todas as suas necessidades. Para isso, é importante a integração de ações, incluindo a promoção da saúde, a prevenção de doença, o tratamento e a reabilitação. Juntamente, o princípio de integralidade pressupõe a articulação da saúde com outras políticas públicas, assegurar uma atuação intersetorial entre as diferentes áreas que tenham repercussão na saúde e qualidade de vida.

Em continuação, a descentralização do (SUS), significa redistribuir poder e responsabilidade entre os três níveis de governo: Federal, Estadual e Municipal. Com relação à saúde, descentralização objetiva prestar serviços com maior qualidade e garantir o controle e a fiscalização por partes dos cidadãos. No SUS, a responsabilidade pela saúde deve ser descentralizada até o município, ou seja, devem ser fornecidas ao município condições gerenciais, técnicas, administrativas e financeiras para exercer esta função. Para que valha o princípio da descentralização, existe a concepção constitucional do mando único, onde cada esfera de governo é autônoma e soberana nas suas decisões e atividades, respeitando os princípios gerais e a participação da sociedade.

Na Regionalização e Hierarquização, os serviços devem ser organizados em níveis

crescentes de complexidade, circunscritos a uma determinada área geográfica, planejados a partir de critérios epidemiológicos, e com definição e conhecimento da população a ser atendida. A regionalização é um processo de articulação entre os serviços que já existem, visando o comando unificado dos mesmos, já a hierarquização deve proceder à divisão de níveis de atenção e garantir formas de acesso a serviços que façam parte da complexidade requerida pelo caso, nos limites dos recursos disponíveis numa dada região.

Portanto, a sociedade deve participar no dia-a-dia do sistema. Para isso, é necessário a criação de Conselhos e Conferências de Saúde, que visam formular estratégias, controlar e avaliar a execução da Política de Saúde.

No que tange, ao atendimento das adolescente gestantes, esse processo de descentralização e hierarquização da saúde, possibilita a adolescente realizar o pré-natal em seu município de origem, tendo o acesso às redes básicas, médias e de alta complexidade.

Entretanto, podemos perceber que o SUS idealizado pela Reforma Sanitária foi permeado nos 1990 e 2000 por reformas estruturais na Seguridade Social ditada pela lógica neoliberal, que tende a não realização e mesmo a ruptura do direito universal à saúde. De modo que as contrarreformas iniciam-se na década de 1990, e se intensificam no decorrer do governo de Fernando Henrique Cardoso (FHC). Este governo ignorou o marco legal da saúde (Constituição Federal de 1988 e Leis 8.080/90 e 8142/90) como direito fundamental de todos e obrigação do Estado, provocando o desfinanciamento, recentralização das decisões e recursos e a não implantação do plano único de carreira, cargos e salários para funcionários do SUS. Com isto foi efetivado um conjunto de privatizações estatais e investiu-se no fortalecimento dos planos privados de saúde como alternativa ao atendimento disponibilizado na rede pública. A redução do orçamento da União destinado à saúde pública tende à inviabilização da assistência integral e universal disponibilizada pelo SUS a todos os brasileiros. Por consequência houve o fortalecimento dos planos de saúde privados de saúde se comparado ao crescimento do SUS.

Embora, mesmo com alguns retrocessos que ocorreram na saúde pública ao longo das décadas. Foi criado através Da Lei 8.069/90 o Estatuto da Criança e Adolescente – ECA, que carrega consigo a bandeira de defesa dos direitos de crianças e adolescentes garantidos na Carta Magna, de modo que esta população, sem distinção de raça, cor ou classe social seja reconhecida como sujeitos de sua história.

Compreendendo que a promoção à saúde é de fundamental importância para o desenvolvimento da população adolescente e jovem, o Ministério da Saúde – MS, criou o Programa governamental “Saúde do Adolescente” (PROSAD), instituído pela Portaria do

Ministério da Saúde, nº 980/GM em 21/12/1989, foi o primeiro programa criado para intervir na prevenção de doenças e promoção da saúde de todos os adolescentes de idade entre 10 e 19 anos. Nasceu para atender aos novos direitos do adolescente à saúde instituídos pelo ECA, em 1990. Teve suas diretrizes e ações revisadas em 1996 e uma finalidade de promover, integrar, apoiar e incentivar práticas em prevenção de doenças e promoção da saúde nos locais onde o Programa fosse implantado (estados, municípios, universidades, ONGs ou outras instituições). Suas ações se concentravam nos aspectos promoção da saúde, identificação dos grupos de risco, detecção precoce dos agravos, tratamento adequado e reabilitação dos indivíduos (BRASIL, 1996).

O PROSAD é um programa que definiu uma série de diretrizes e ações a serem implantadas e realizadas na saúde dos adolescentes brasileiros. Suas diretrizes preconizavam que todas as ações deveriam partir de uma visão de adolescência como um fenômeno socialmente construído. Neste sentido, deveriam considerar o desenvolvimento, os processos de saúde-doença, as características pessoais dos adolescentes resultantes de interações biológicas, psicológicas e sociais e diferentes contextos. Os princípios das ações reconheciam que nessa fase da vida o adolescente passa por transformações físicas, psíquicas e sociais que conduzem à definição da identidade (BRASIL, 1996).

Neste contexto, as ações direcionadas a este público eram embasadas nos princípios básicos do SUS: equidade, resolubilidade, acessibilidade e integralidade. Assim, todo adolescente deveria ter direito igual à saúde integral e ao acesso aos serviços de saúde pública, nos quais os profissionais deveriam ser capazes de resolver seus problemas, evitando a transferência de responsabilidade profissional. Com base nessas concepções, as atividades realizadas pelo programa buscavam contemplar intervenções capazes de promover a saúde integral dos adolescentes através de ações que incluíam diferentes áreas temáticas: o crescimento e o desenvolvimento, a sexualidade, a saúde bucal, mental, reprodutiva e escolar, a violência e dos maus-tratos, a família, o trabalho, a cultura, o esporte e o lazer. Estas ações deveriam ser dirigidas e executadas por profissionais capacitados a prestar serviços de qualidade na promoção de saúde dos adolescentes.

Não obstante, embora as ações prioritárias do PROSAD considerassem o atendimento integral da saúde do adolescente, é importante destacar que suas ações se concentravam na sexualidade e na saúde reprodutiva desta população. Isto foi consequência de uma visão de feminino pautada na reprodução que caracterizou programas anteriores voltados à saúde da mulher brasileira, como evidencia, por exemplo, o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), criado em 1983 (OSIS, 1988).

Assim, o foco na sexualidade e na reprodução durante a adolescência não nasce, necessariamente, com o PROSAD e não foi uma inovação, uma vez que preocupações relacionadas à área já haviam sido demarcadas em outros programas voltados especificamente para a saúde da mulher e da criança. A condução dessas questões, em termos de políticas públicas, foi influenciada pela I V Conferência Mundial de População e Desenvolvimento, realizada em 1994 na cidade do Cairo. Esta Conferência apontou a necessidade de se abordar a saúde sexual e reprodutiva da perspectiva dos direitos humanos. Além disso, foi destacado que os adolescentes e jovens deveriam ser a população-alvo, por exemplo, de campanhas que destacassem a importância da igualdade de gênero ou que estivessem voltadas à prevenção de doenças sexualmente transmissíveis.

A partir das diretrizes do PROSAD, de suas reformulações e do controle social exercido pela participação da sociedade civil organizada, nesse debate sobre afirmação dos direitos humanos e igualdade gênero foi possível gradualmente incorporar a uma visão de promoção de saúde e de direitos sexuais e reprodutivos na formulação e execução de políticas públicas de saúde. Isto se configurou como inovador, gerando uma nova perspectiva, na qual os adolescentes e jovens são sujeitos de direitos (OLIVEIRA E LYRA, 2010).

O programa reconheceu a necessidade de um preparo “estrutural” dos serviços de saúde, no sentido de proporcionar um espaço para discussões de assuntos de interesse dos adolescentes (Ministério da Saúde, 1996). Estas discussões poderiam acontecer individualmente, em grupo, na comunidade ou na escola. No âmbito da Educação essas discussões tiveram respaldos nos Parâmetros Curriculares Nacionais (PCN). Estes parâmetros entendiam a orientação sexual como um tema transversal que deveria ser trabalhado em todas as disciplinas escolares (Ministério da Educação, 1997).

A justificativa para tal ação era que a participação do adolescente como promotor de saúde junto a seus pares seria um meio efetivo de promover conhecimentos, detectar situações e discutir o fenômeno da adolescência, levando em consideração sua multiplicidade.

O Ministério da Saúde (1996) definiu algumas estratégias para a efetividade do Programa: incentivo às práticas e saúde que viam o adolescente como um ser integral; adequação das ações à cultura local; aumento da cobertura de maneira que as ações estivessem disponíveis a todos; aperfeiçoamento dos sistemas de referências; capacitação de profissionais para atuar conforme as diretrizes do Programa; promoção da participação do adolescente em ações educativas que lhe permitam se conhecer melhor, tanto individualmente quanto como parte de seu contexto sociocultural; criação de fóruns de debates sobre os direitos dos adolescentes; supervisão e avaliação constantes do programa através de indicadores

institucionais, percepções da comunidade e dos adolescentes/ usuários.

Cabe ressaltar que essas estratégias correspondem a uma proposta de atenção à saúde baseada num modelo centralizado (de média e alta complexidade), especializado e multidisciplinar. Com a incorporação das ações do PROSAD no modelo de atenção básica à saúde, via Estratégia de Saúde da Família, com intuito de melhor atender esse segmento, algumas reformulações foram necessárias a fim de preservar os eixos transversais da universalidade, integralidade e equidade, em um contexto de descentralização e controle social da gestão.

2.5- A profissão do Serviço Social no Brasil e a inserção do assistente social na política de saúde.

Tendo em vista que, a pesquisa trabalha a concepção das Assistentes Sociais sobre as causas e consequências da gravidez na adolescência, torna-se indispensável realizar um resgate da profissão de Serviço Social no Brasil.

O surgimento do Serviço Social no Brasil, bem como, sua institucionalização, está inserido nas décadas de 1930 e 1940, onde com a emergência da Questão Social, que surge no estágio do capitalismo monopolista, vincula-se a gênese do Serviço Social ao aparecimento das mazelas sociais advindas desse contexto histórico.

O primeiro processo é o redimensionamento do Estado – consequência da fase monopólica do capital. Compartilhamos com Netto (2009) o entendimento de que o Estado intervém no processo econômico desde a ascensão da burguesia, mas que, no capitalismo monopolista, essa intervenção muda estrutural e funcionalmente. Isto é, “no capitalismo monopolista, as funções políticas do Estado imbricam-se organicamente com as suas funções econômicas” Netto, (2009, p. 25). Nesta mesma compreensão, Forti (2013) se expressa que nisso temos a evidência da(s) política(s) como elemento funcional, estratégico da ordem monopolista, por constituir(em) a resposta necessária aos interesses da burguesia e à consequente necessidade de legitimação do Estado burguês face às “novas” configurações dos conflitos de classe, suscitados por essa ordem do capital e pela consequente conformação política dos movimentos operários – mecanismo tomado como eficiente para aplacar os conflitos que ameaçam pôr em xeque a ordem societária estabelecida, ou seja, os antagonismos da relação capital/trabalho, objetivados nas múltiplas e tipificadas expressões da “questão social” (FORTI, 2013, p. 51). “O segundo processo que devemos destacar é a busca pela recuperação da hegemonia ideológica da Igreja Católica, através do fortalecimento

da chamada Ação Católica e, por conseguinte, a Ação Católica Brasileira (ACB)”. AGUIAR (2011)

Como profissão inscrita na divisão do trabalho, o Serviço Social surge como parte de um movimento social mais amplo, de bases confessionais, articulado à necessidade de formação doutrinária e social do laicato, para uma presença mais ativa da Igreja Católica no “mundo temporal”, nos inícios da década de 30. Na tentativa de recuperar áreas de influências e privilégios perdidos, em face da crescente secularização da sociedade e das tensões presentes nas relações entre Igreja e Estado, a Igreja procura superar a postura contemplativa IAMAMOTO, (2013, p. 18).

Em 1945, se tem a Política Nacional de Saúde e com ampliação dos gastos na área, o Assistente Social passa a atuar nos hospitais, juntamente com a equipe multidisciplinar, que tem sua prática na Saúde voltadas a campanhas sanitárias do Serviço Social Médico, foi inicialmente ligada a puericultura e à profilaxia de doenças transmissíveis e hereditárias.

As funções exercidas pelos profissionais eram: triagem socioeconômica, elaboração de fichas informativas sobre o cliente para ajudar o médico no tratamento, distribuição de auxílios financeiros para possibilitar a ida do cliente à instituição médica, conciliação do tratamento com os deveres profissionais do cliente mediante entendimentos com o empregador, cuidados com relação aos fatores emocionais e psicológicos do tratamento. BRAVO,(2013 p.,156).

Segundo Iamamoto (2013), a gênese do Serviço Social no Brasil, enquanto profissão inscrita na divisão social do trabalho está relacionada ao contexto das grandes mobilizações da classe operária nas duas primeiras décadas do século XX, pois o debate acerca da “questão social”, que atravessa a sociedade nesse período, exige um posicionamento do Estado, das frações dominantes e da Igreja.

Porém, o processo de institucionalização do Serviço Social, como profissão reconhecida na divisão social do trabalho, está vinculado à criação das grandes instituições assistenciais, estatais, paraestatais ou autárquicas, especialmente na década de 40.

A burguesia industrial adquire supremacia no poder de Estado, aliada aos grandes proprietários rurais, e tem de se defrontar com o crescimento do proletariado urbano, reforçado pelos fluxos populacionais liberados pela capitalização da agricultura. Em face de tal expansão, surge a necessidade de absorver e controlar esses setores.

O desejo do desenvolvimento econômico com justiça social não se concretizou e o que podemos observar é a forte presença de capital estrangeiro no país, entendida como necessária para o desenvolvimento nacional. O que se observa, em verdade, é a construção de uma indústria no Brasil e não uma indústria do Brasil. O surgimento de uma economia urbano-industrial traz à tona a necessidade de entidades assistenciais para atender às demandas postas e controlar as lutas sociais.

As grandes instituições assistenciais desenvolvem-se num momento em que o Serviço Social, como profissão legitimada dentro da divisão social do trabalho [...] é um projeto ainda em estado embrionário; é uma atividade profundamente marcada e ligada à sua origem católica, e a determinadas frações de classes, as quais ainda monopolizam seu ensino e prática. Nesse sentido, o processo de institucionalização do Serviço Social será também o processo de profissionalização dos Assistentes Sociais formados nas Escolas especializadas [...] O Serviço Social reaparece modificado, dentro do aparelho de Estado e grandes instituições assistenciais, guardando, contudo, suas características fundamentais. [...] o Serviço Social mantém sua ação educativa e doutrinária de “enquadramento” da população cliente (IAMAMOTO e CARVALHO, 2008, p. 309-310.).

Para o Serviço Social brasileiro, os anos 60 do século XX representaram o início de um processo de reformulação global que se prolongará por, pelo menos, três décadas, suscitando um redimensionamento e um amadurecimento profissional indubitável. Esse processo não está finalizado, como explicita Ortiz (2010), “está em curso [...] um processo de construção de uma nova imagem para o Serviço Social brasileiro, iniciado em meados dos anos 60”. Nessa época, na América Latina, surge o Movimento de Reconceituação, que pode ser considerado como “um marco decisivo do processo de revisão crítica do Serviço Social no continente” e que explicita uma preocupação dos profissionais em repensar a estrutura excludente do capitalismo. O Movimento de Reconceituação, como aponta Netto (2010), “é, sem qualquer dúvida, parte integrante do processo internacional de erosão do Serviço Social ‘tradicional’”.

Assim, a Reconceituação questionava o papel dos Assistentes Sociais no processo de superação da condição de subdesenvolvimento dos países latino-americanos em um cenário no qual os projetos desenvolvimentistas nacionais de corte democrático liberal davam claros sinais de ineficácia e incompatibilidade com os reais interesses e necessidades da população [...]. Questionavam, portanto, a condição e a posição dos países latino-americanos no contexto de dominação burguesa, está fundamentada no grande monopólio internacional. Ou seja, pode-se afirmar que a Reconceituação foi, indubitavelmente, um fenômeno organicamente vinculado à conjuntura da sua época marcada mundialmente por uma crise sem precedentes da ordem capitalista em sua fase monopólica (ORTIZ, 2010, p. 162).

O Movimento de Reconceituação do Serviço Social latino-americano se vê diante de ditaduras burguesas no continente, que visavam uma modernização conservadora das economias locais, ou seja, objetivavam a manutenção da ordem imperialista do capital.

No Brasil, no ano de 1964, ocorre uma ditadura militar. Esse fato, segundo Cardoso (2013, p. 129-130), “fez com que a influência da Reconceituação no Brasil tivesse características distintas do restante da América Latina”, pois as possibilidades concretas de participação ativa dos brasileiros nesse processo foram minadas.

Muitas são as transformações sofridas pela sociedade brasileira com a instauração do regime militar. A repressão e a violação de direitos para a manutenção da ditadura é, sem

dúvida, o aspecto mais triste desse cenário. É erguido, após o golpe de 1964, um Estado que tem como função assegurar a reprodução do grande capital. Tem-se a instauração de um Estado “antinacional e antidemocrático”, que passa a enfrentar a “questão social” não apenas com repressão, mas também com políticas sociais compensatórias. Esse ambiente promove profundas alterações também no âmbito do Serviço Social, que se vê diante de novas demandas. Ainda que a requisição continue sendo executar políticas sociais para atender à funcionalidade do Estado e das elites, uma novidade lhe é posta, a exigência de uma atuação profissional realizada com “caráter técnico e científico, que dê conta da burocracia estatal e dos investimentos privados”, como a referência de Cardoso (2013, p. 133).

“A renovação do Serviço Social é, portanto, fruto de um processo histórico que possibilita o pluralismo no seio do Serviço Social, ao encontrarmos a diversidade no que diz respeito às maneiras de enfrentar a realidade social, de compreender a questão social e o próprio Serviço Social. Diversidade teórico- metodológica, ético política e técnico-operativa na profissão: do modo de pensar, fazer e escolher”. (CARDOSO, 2013, p. 135).

Este processo constitui, também, o processo de profissionalização do Assistente Social, que se torna categoria assalariada, alargando-se sua base social de recrutamento, especialmente entre os setores médios ou da pequena burguesia, que buscam uma profissão remunerada.

O Serviço Social deixa assim de ser um mecanismo de distribuição de caridade privada das classes dominantes para se transformar em uma das engrenagens de execução das políticas sociais do Estado e setores empresariais, que se tornam seus maiores empregadores. É nesse sentido que se apresenta, para a análise da profissão e de seu significado social, a impossibilidade de desvinculá-la da relação com as formas de enfrentamento da questão operária, criadas pelo Estado e pelo empresariado, consolidadas em medidas de política social, implementadas pelas grandes instituições assistenciais.

Segundo Bravo (2013), as primeiras escolas de Serviço Social já são ligadas a questão da saúde, em São Paulo através da igreja com as Santas Casas de Misericórdia, e no Rio de Janeiro de caráter técnico, tendo relação com a Secretaria Geral de Saúde, com o pensamento de que as doenças seriam controladas através de higiene, e que era justamente por falta de conhecimento das classes subalternas que se aumentava as doenças. Inicialmente os Assistentes Sociais tem sua visão de recuperação do homem entrelaçada às práticas da igreja católica, segundo Bravo (2013) ele é usado como mecanismo do Estado para controlar as ações, a partir do momento que a industrialização avança e a situação de pobreza se alastra, surgem os movimentos dos trabalhadores reivindicando melhorias, nessa época as epidemias

e a mortalidade estão em crescente, e o povo desprovido de Saúde.

Os avanços conquistados pela profissão no exercício profissional são considerados insuficientes, pois o Serviço Social chega à década de 1990 ainda com uma incipiente alteração do trabalho institucional; continua enquanto categoria desarticulada do Movimento da Reforma Sanitária, sem nenhuma explícita e organizada ocupação na máquina do Estado pelos setores progressistas da profissão (encaminhamento operacionalizado pela Reforma Sanitária) e insuficiente produção sobre “as demandas postas à prática em saúde” BRAVO, (2013), ou seja, assim, compreende-se que cabe ao Serviço Social – numa ação necessariamente articulada com outros segmentos que defendem o aprofundamento do Sistema Único de Saúde (SUS) – formular estratégias que busquem reforçar ou criar experiências nos serviços de saúde que efetivem o direito social à saúde, atentando que o trabalho do Assistente Social que queira ter como norte o projeto. As dimensões subjetivas devem ser analisadas à luz das condições de vida e trabalho, ou seja, a partir dos determinantes sociais do processo saúde-doença.

O Assistente Social se insere no modelo médico clínico, contribuindo para o trabalho dos médicos, também eram conhecidos como paramédico esse termo era usado: “Para definir outros profissionais não médicos que trabalhavam na saúde, ficando sua atuação para aquilo que os médicos lhes delegava”. (Matos, 2013, p.57).

Conforme os Parâmetros para atuação do Assistente Social na Política de Saúde do ano de 2010, pensar e realizar uma atuação competente e crítica do Serviço Social na área da saúde consiste em: estar articulado e sintonizado ao movimento dos trabalhadores e de usuários que lutam pela real efetivação do SUS; conhecer as condições de vida e trabalho dos usuários, bem como os determinantes sociais que interferem no processo saúde-doença; facilitar o acesso de todo e qualquer usuário aos serviços de saúde da instituição e da rede de serviços e direitos sociais, bem como de forma compromissada e criativa não submeter à operacionalização de seu trabalho aos rearranjos propostos pelos governos que descaracterizam a proposta original do SUS de direito, ou seja, contido no projeto de Reforma Sanitária; buscar a necessária atuação em equipe, tendo em vista a interdisciplinaridade da atenção em saúde; estimular a intersetorialidade, tendo em vista realizar ações que fortaleçam a articulação entre as políticas de seguridade social, superando a fragmentação dos serviços e do atendimento às necessidades sociais; tentar construir e/ou efetivar, conjuntamente com outros trabalhadores da saúde, espaços nas unidades que garantam a participação popular e dos trabalhadores de saúde nas decisões a serem tomadas; elaborar e participar de projetos de educação permanente, buscar assessoria técnica e sistematizar o trabalho desenvolvido, bem

como realizar investigações sobre temáticas relacionadas à saúde; efetivar assessoria aos movimentos sociais e/ou aos conselhos a fim de potencializar a participação dos sujeitos sociais contribuindo no processo de democratização das políticas sociais, ampliando os canais de participação da população na formulação, fiscalização e gestão das políticas de saúde, visando ao aprofundamento dos direitos conquistados.

Para explicitar os parâmetros de atuação profissional na saúde é importante caracterizar o entendimento de ação profissional que, segundo Miotto (2006, MIOTTO; NOGUEIRA, 2006), se estruturam sustentadas no conhecimento da realidade e dos sujeitos para os quais são destinadas, na definição dos objetivos, na escolha de abordagens e dos instrumentos apropriados às abordagens definidas. A ação profissional, portanto, contém os fundamentos teórico-metodológicos e ético-políticos construídos pela profissão em determinado momento histórico e os procedimentos técnico-operativos.

O conceito de saúde contido na Constituição Federal de 1988 e na Lei nº 8.080/1990 ressalta as expressões da questão social, ao apontar que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (CF, 1988, artigo 196) e indicar como fatores determinantes e condicionantes da saúde, “entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País” (Lei nº 8.080/1990, artigo 3º). Essas expressões da questão social devem ser compreendidas, segundo Iamamoto (1982), como o conjunto das desigualdades da sociedade capitalista, que se expressam por meio das determinações econômicas, políticas e culturais que impactam as classes sociais

O atendimento direto aos usuários se dá nos diversos espaços de atuação profissional na saúde, desde a atenção básica até os serviços que se organizam a partir de ações de média e alta complexidade, e ganham materialidade na estrutura da rede de serviços brasileira a partir das unidades da Estratégia de Saúde da Família, dos postos e centros de saúde, policlínicas, institutos, maternidades, Centros de Apoio Psicossocial (CAPs), hospitais gerais, de emergência e especializados, incluindo os universitários, independente da instância a qual é vinculada seja federal, estadual ou municipal.

O Serviço Social e recebem também a denominação de educação em saúde. O seu enfoque abrange diversos aspectos: informação e debate sobre rotinas e funcionamento das unidades tendo por objetivo a sua democratização e as necessárias modificações; análise dos

determinantes sociais das situações apresentadas pelos usuários; democratização dos estudos realizados pela equipe (com relação à rede de serviços, perfil epidemiológico, socioeconômico e cultural dos usuários); análise da política de saúde e dos mecanismos de participação popular.

Diante dos interesses antagônicos em relação à consolidação do SUS a inserção do Assistente Social na Saúde também é contraditória e apresenta diferentes demandas para atuação deste profissional. Segundo Iamamoto (2008) a organização social capitalista insere diversas armadilhas no cotidiano profissional que devem ser objetos de atenção. E é com essa perspectiva que o Assistente Social deve enxergar as contradições postas no seu cotidiano profissional.

Segundo o documento Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Saúde (2010) os profissionais são direcionados pelo projeto privatista a trabalharem “a seleção socioeconômica dos usuários, atuação psicossocial por meio de aconselhamento, ação fiscalizatória aos usuários dos planos de saúde, assistencialismo por meio da ideologia do favor e predomínio de práticas individuais”, e em contrapartida, o projeto de Reforma Sanitária apresenta como principais demandas do serviço social na saúde questões como: “democratização do acesso às unidades e aos serviços de saúde; estratégias de aproximação das unidades de saúde com a realidade; ênfase nas abordagens grupais; acesso democrático às informações e estímulo à participação popular” (CFESS, 2010, p. 26).

No que concerne o posicionamento do Serviço Social diante das demandas expostas, sabe-se que há uma estreita relação entre o Projeto Ético-Político profissional e o de Reforma Sanitária, através da afinidade entre os princípios, aportes e referências teóricas e metodológicas, além da semelhança no momento histórico em que estes Projetos são construídos, ambos no processo de redemocratização da sociedade brasileira nos anos de 1980.

Para Bravo e Matos (2009), uma atuação competente do Serviço Social na Saúde pressupõe:

- Esta articulado e sintonizado ao movimento dos trabalhadores e de usuários que lutam pela real efetivação do SUS;
- Conhecer as condições de vida e trabalho dos usuários, bem como os determinantes sociais que interferem no processo saúde-doença;
- Facilitar o acesso de todo e qualquer usuário aos serviços de saúde da instituição e da rede de serviços e direitos sociais, bem como de forma compromissada e criativa não submeter à operacionalização de seu trabalho aos rearranjos propostos pelos governos que descaracterizam a proposta original do SUS de direito, ou seja, contido no projeto de Reforma Sanitária; buscar a necessária atuação em equipe, tendo em vista a interdisciplinaridade da atenção em saúde;
- Estimular a intersetorialidade, tendo em vista realizar ações que fortaleçam a articulação entre as políticas de seguridade social, superando a

fragmentação dos serviços e do atendimento às necessidades sociais;

- Tentar construir e/ou efetivar, conjuntamente com outros trabalhadores da saúde, espaços nas unidades que garantam a participação popular e dos trabalhadores de saúde nas decisões a serem tomadas;
- Elaborar e participar de projetos de educação permanente, buscar assessoria técnica e sistematizar o trabalho desenvolvido, bem como realizar investigações sobre temáticas relacionadas à saúde;
- Efetivar assessoria aos movimentos sociais e/ou aos conselhos a fim de potencializar a participação dos sujeitos sociais contribuindo no processo de democratização das políticas sociais, ampliando os canais de participação da população na formulação, fiscalização e gestão das políticas de saúde, visando ao aprofundamento dos direitos conquistados (CFESS, 2010, p.30).

O CFESS regularizou o Assistente Social como profissional da saúde, a partir da Resolução CFESS N°383 de 29 de março de 1999, em que esclarece e explicita no Art. 2 que “O assistente social atua no âmbito das políticas sociais e, nesta medida, não é um profissional exclusivamente da área da saúde, podendo estar inserido em outras áreas, dependendo do local onde atua e da natureza de suas funções”. Assim, a resolução foi feita, considerando a necessidade e relevância da atuação do assistente social não só área da saúde, junto à política de saúde, mas sim para atuar no âmbito social, de forma macro, fazendo-se compreender que o contexto social do indivíduo pode ter grande influência em seu estado de saúde psicológica, física e mental.

O assistente social, enquanto defensor intransigente dos direitos humanos, que tem a liberdade como valor ético central e defensor da democracia e justiça social, é consequentemente um defensor dos direitos da criança e do adolescente, que estão previstos na lei nº 8. 069, de julho de 1990, o ECA.

Tendo em vista que, o Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA, tem em seu corpo a defesa dos direitos humanos desses sujeitos, como o direito à vida, à saúde, a liberdade, a dignidade, a educação, como sujeitos sociais que estão em desenvolvimento. Nessa perspectiva, o/a assistente social irá contribuir na realidade desses sujeitos não apenas na defesa dos seus direitos humanos, mas também por meio de sua prática profissional, através de suas dimensões ético-política, teórico-metodológica e técnico- operativa.

O profissional de Serviço Social poderá também contribuir através de estudo que se proponham o debate do tema sobre crianças e adolescentes a partir da realidade desses sujeitos, haja vista que esse profissional atua diretamente com os usuários dos serviços.

Nesse sentido, o Assistente social exerce um papel fundamental neste contexto, haja vista que o profissional de serviço social tem que ser propositivo e não só executivo, tem que conhecer a realidade para poder intervir. Este profissional visa trabalhar de forma a prevenir a gravidez na adolescência, fazendo palestras, atendimentos individuais, domiciliares,

acompanhando não só a adolescente, mas a sua família inteira para conhecer o que realmente se passa, fazendo encaminhamentos articulando com outras redes.

Portanto, como em todas as áreas abrangentes que o serviço social atual, na área da saúde este precisa detectar as expressões da questão social que afetam a qualidade de vida e da saúde dos usuários, pois estas serão suas demandas de trabalho, e após identificá-las, deverá intervir por meios de estratégias de ações, em que poderá se utilizar não só de seu conhecimento, como também da equipe interdisciplinar da saúde e da rede de serviços, tendo estes como colaboradores para execução de trabalhos amplos e complexos, que deverão atender ao sujeito em sua totalidade.

2.6 - Um olhar sobre o campo empírico da pesquisa: O histórico do hospital municipal de Duque de Caxias.

Conforme pesquisa no site Jornal da Baixada, atualizado em 25 de julho de 2011, que consta a História de Duque de Caxias, esse município está localizado na Região Metropolitana do Estado do Rio de Janeiro, e juntamente com os municípios de Nova Iguaçu, São João de Meriti, Belford Roxo, Queimados e Nilópolis conformam uma região comumente chamada de Baixada Fluminense¹, que se caracteriza pela grande concentração de pobreza e de carência de infraestrutura urbana.

A área total do município é de 442 Km², correspondendo a 6,8% da área da Região Metropolitana e a 35% da área da Baixada Fluminense. Tem como limites, ao norte os municípios de Miguel Pereira e Petrópolis, ao sul o município do Rio de Janeiro, a leste o município de Magé e a Baía de Guanabara, e a oeste os municípios de São João de Meriti e Nova Iguaçu.

Os pontos extremos do município são definidos, segundo Lazaroni 2011, “O Município de Duque de Caxias”, ao norte pelo alto da Pedra Riscada, na Serra da Estrela, ao sul pela foz do rio Meriti, a leste pela confluência do rio Imbariê com o rio Estrela e a oeste pela confluência do ribeirão das Piabas com o rio Otum.

Situa-se a 19 metros do nível do mar, sendo que cerca de 65% de seu território é

¹ A Baixada Fluminense é uma região do estado do Rio de Janeiro, no Brasil. Era apenas uma Região pertencente à Vila Iguaçu ou "Iguaçu Velho", atual Nova Iguaçu. Hoje a Baixada Fluminense apresenta duas definições: uma em sentido estrito, outra em sentido amplo. Segundo a definição em sentido estrito, que é a mais utilizada atualmente, abrange, dessa região, somente os municípios que se localizam ao norte do município do Rio de Janeiro, sendo eles Duque de Caxias, Nova Iguaçu, São João de Meriti, Nilópolis, Belford Roxo, Queimados, Magé, Guapimirim e Mesquita, municípios esses que ficam localizado na região antigamente conhecida como Baixada da Guanabara.

constituído por planície, que se estende desde o rio Meriti até o rio Estrela, a partir da orla da baía de Guanabara até a base da serra do Mar. Aí estão contidas grandes áreas alagadiças resultantes do assoreamento dos cursos d'água que cortam estas terras baixas, como os rios Sarapuí, Iguaçu e Meriti, além de outros de importância mais restrita, como os rios Capivarí, Tinguá, Pilar, Saracuruna e Estrela. O clima é úmido, típico da baixada litorânea tropical quente, sendo mais ameno nas áreas mais montanhosas. (Secretaria Municipal de Planejamento de Duque de Caxias, 1992).

Segundo a Secretaria Municipal de Planejamento, o município está dividido em quatro Distritos, quais sejam:

1º Distrito: Duque de Caxias

2º Distrito: Campos Elíseos (Distrito Sede)

3º Distrito: Imbariê

4º Distrito: Xerém

O Primeiro Distrito, Duque de Caxias, com características de área predominante urbana, ocupa 41 Km², está situado ao sul, estando constituído pelos seguintes bairros: Centro, Gramacho, Olavo Bilac, Bar dos Cavaleiros, Parque Duque, Jardim 25 de Agosto, Vila São Luís, Dr. Laureano, Periquitos e Parque Sarapuí.²

O Segundo Distrito, Campos Elíseos, ocupando uma área de 98 Km² na região centro-oeste do município, também apresenta características de área predominantemente urbana, compreendendo os seguintes bairros: Campos Elíseos (sede), Jardim Primavera, Saracuruna, parte de Santa Cruz da Serra, Parque Fluminense, Pilar, Vila São José, São Bento, parte da Cidade dos Meninos, Figueira, Cangulo, parte da Chácara Rio-Petrópolis e Arcompo, e parte do Parque Eldorado.

O Terceiro Distrito, Imbariê, situado à nordeste do município, com cerca de 64 Km², e ocupado por grandes áreas rurais, abrange os seguintes bairros: Imbariê (sede), Parada Angélica, parte de Sta. Cruz da Serra, parte de Sto. Antônio, parte do Meio da Serra, Parada Morabí, Jardim Anhangá, Cidade Parque Paulista, Bairro Branco, Santa Lúcia e Taquara.

O Quarto e último Distrito, Xerém, a noroeste, possui características predominantemente rurais. É o maior dos distritos, ocupando uma área de cerca de 239 Km² e compreendendo os seguintes bairros: Xerém (sede), Mantiquira, Capivarí, Amapá, parte da Cidade dos Meninos, parte da Chácara Rio-Petrópolis, parte do Parque Eldorado, Lamarão, parte de Sto. Antônio, e parte do Meio da Serra.

Ainda segundo a Secretaria Municipal de Planejamento, a ocupação urbana compromete

cerca de 37% (163 Km²) da área do território municipal, sendo mais adensada no 1º e 2º distritos, e mais dispersa no 4º Distrito.

O 3º e 4º distritos abrigam ainda extensas área de preservação ambiental, quais sejam: Reserva Municipal, ao norte, no 3º e 4º distritos; área de Preservação Ambiental de Petrópolis, ao norte do 3º Distrito e a nordeste do 4º Distrito; Reserva Biológica do Tinguá, ao norte do 4º Distrito; Floresta Protetora da União, ao norte do 4º Distrito, nas proximidades da Barragem de Saracuruna; e os manguezais, que outrora formavam extensas área nos contatos dos rios com a Baía de Guanabara, e que hoje estão restritos às áreas próximas da foz do rio Iguaçu.

Duque de Caxias é o segundo pólo industrial da Região Metropolitana e do Estado do Rio de Janeiro, respondendo por 27,1% do valor da produção (VP), sediando aproximadamente 5,2% das empresas do estado e cerca de 6,7% das empresas da Região Metropolitana.

A produção industrial do município está fortemente concentrada na indústria química, responsável por 90,7% do VP em 1985. Os demais gêneros respondiam pelos seguintes percentuais: têxtil: 1,5%; vestuário: 0,9%; alimentares: 1,1%; diversos: 1,7%; outros: 4,1%. Abriga a Refinaria de Caxias (REDUC), maior unidade industrial da área do Grande Rio e a Fábrica de Borracha Sintética (FABOR), indústrias que foram de grande importância para o desenvolvimento da região. Em torno da REDUC (produção de combustíveis, nafta, GPL, etc) surgiram uma série de indústrias químicas, algumas de grande porte e associadas à refinaria como a PETROFLEX, NITRIFLEX e outras independentes, além de um conjunto de médias e pequenas empresas produtoras de resinas, tintas, velas, parafinas e outros produtos químicos.

Alguns segmentos industriais vêm ganhando importância ultimamente, como é o caso das confecções, indústria moveleira e a de alimentos, de tal forma que atualmente pode-se considerar que, com exceção do complexo da Petrobrás, o parque industrial de Duque de Caxias é formado por médias e pequenas empresas.

É considerado como "Zona de Produção Secundária" pela Petrobrás em função de procedimentos de escoamento de produção através de ductos situados no 2º Distrito, Campos Elíseos, fazendo portanto parte do conjunto de municípios que têm direito a indenização em função da extração de óleo e gás natural na plataforma continental.

Alves (2003) descreve todo o histórico da baixada fluminense, de suas origens territoriais marginalizadas e excludentes e suas relações de poder na instituição do Estado, relações estas que estão postas até hoje na gestão do município.

Duque de Caxias também apresenta uma série de problemas ambientais que, de acordo com a Fundação Estadual de Engenharia do Meio Ambiente 1990/1991, foram classificados

em: críticos: com relação a eficiência de sistemas de esgoto sanitário, degradação de áreas de preservação, deficiência de cobertura arbórea, precárias condições de vida, vetores, favelização e sub habitação, refúgios de flora e fauna ameaçados, risco de acidentes, poluição de águas, inundações e enchentes, resíduos sólidos, poluição do ar, assoreamento de corpos de água, poluição de praias, aterros de corpos d'água, vazamento e lançamento de óleo; semicríticos: erosão do solo, ocupação de encostas e poluição sonora; e em estado de alerta: com agrotóxicos, loteamento em áreas frágeis, deslizamentos e mineração.

Tomando por base o censo do IBGE de 2009, Duque de Caxias apresenta cerca de 194 estabelecimentos de saúde, sendo eles 60 de esfera pública, onde 59 são municipais e 134 privados. Tomando por base o levantamento realizado pelo plano municipal de saúde de 2010, em 2009 a produção ambulatorial em Duque de Caxias realizou 8.989.735 procedimentos, 40,5% destes foram prestados pelo município, porém quando analisados estes dados, 99,99% das ações de prevenção e promoção da saúde, 90,98% dos procedimentos clínicos, 96,81% dos procedimentos cirúrgicos e 100% das ações complementares foram realizadas pela rede municipal, seu menor desempenho é com relação às órteses, próteses e materiais especiais, estes que em sua totalidade, no período avaliado foram realizados integralmente pela rede privada. É importante salientar que, a demanda por estes serviços têm crescido expressivamente na região, pois diante da observação participante, possibilitada através do estágio em Serviço Social na unidade de saúde que descreveremos abaixo, esta que configura o campo empírico de nossa pesquisa, foi possível identificar o crescimento clamoroso de procedimentos de amputação no setor de clínica médica, configurando muita das vezes em sua principal demanda no setor, muitos destes, em consequência de péssimas condições relacionadas aos seus determinantes de saúde e sociais e suas péssimas condições de vida como um todo.

Com relação aos procedimentos de diagnóstico, ainda em conformidade com o plano municipal de saúde de 2010, a rede municipal foi responsável por cerca de 43,86%, sendo o restante realizado pelo setor privado. No que se refere a todas as consultas do SUS realizadas em 2009 em Duque de Caxias, exceto as odontológicas, 98,81% foram realizadas pela rede municipal. Se confrontarmos esses dados pelos níveis de complexidade na atenção à saúde, a atenção básica e média se mantém em sua maioria sendo realizada no município, enquanto a alta complexidade é realizada por prestadores privados e filantrópicos conveniados, dados do DATASUS de 2009.

De acordo com o Plano de estágio elaborado em 2017, o Hospital Municipal de Duque de Caxias - HMDC é a unidade da Secretaria Municipal da Saúde de Duque de Caxias com

maior nível de complexidade, composto por setor de Pronto Atendimento, Maternidade, Emergência de Clínica Médica, Cirurgia Geral e Cirurgia Ortopédica dentre outros. Atende adultos idosos do município e adjacências em geral o público é de baixa renda e com múltiplas expressões da questão social.

A unidade já atende a mais de dez anos foi inaugurada em 13 de Setembro de 2008 e realiza atendimento através do SUS - Sistema Único de Saúde, em seus diversos setores na emergência e internação (maternidade, ortopedia, psiquiatria, clínica médica e cirúrgica) seguindo normas da Política Nacional de Humanização que tem como diretriz a classificação de risco.

Com o intuito de diminuir o déficit de leitos na região, o hospital foi construído na gestão do Prefeito Washington Reis, com investimento do Ministério da Saúde (R\$ 20 milhões), do Estado (R\$25 milhões) e da Prefeitura municipal (R\$27 milhões), e teve em sua inauguração a presença do ex-presidente Lula e do então governador Sérgio Cabral.

A unidade conta atualmente com 252 leitos distribuídos entre os setores apontados acima, havendo a possibilidade de alteração de acordo com a demanda, atendendo adolescentes, adultos e idosos que buscam os serviços oferecidos, sendo estes, 60% moradores da cidade e 40% de municípios vizinhos, aproximadamente, em geral com baixa renda, e com múltiplas expressões da questão social, passando a ser responsável também por atendimentos de média complexidade da população, dando suporte aos setores secundários e terciários de saúde no município.

O Serviço Social atua na unidade desde a sua inauguração, os profissionais atuam na emergência\trauma, emergência\sala amarela isolamento psiquiatria, acolhimento no SPA “Serviço de Pronto Atendimento”, hipodermia clínica, hipodermia da maternidade, pré parto, sala verde, CTI 1 e 2, maternidade, UTI Neonatal, clínica médica, clínica cirúrgica e clínica ortopédica. Esses profissionais atendem em regime de 12h no horário diurno. A atuação desse profissional são desenvolvidas através de métodos e técnicas inerentes ao Serviço Social, norteado pela Lei de Regulamentação de Profissão, pelo Código de ética Profissional, pelo parâmetros de Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde e também pela orientações básicas da Comissão de Saúde o CRESS - Conselho Regional de Serviço Social “Leis N 8.142\90 e 8.162\93 são elas: atendimento individual ou em grupo, entrevista social, promoção de grupos sócios educativos , elaboração de relatórios e pareceres técnicos de acordo com o código de ética, pesquisa, articulação com a rede intra e extra institucional, elaboração e divulgação de materiais informativos, supervisão de estagiários acompanhamento dos casos sociais, etc.

CAPÍTULO 3: A PESQUISA DE CAMPO: O que os dados obtidos nos revelam?

3.1 A aproximação com o campo empírico da pesquisa

Conforme já mencionado anteriormente, a aproximação com o campo empírico deu-se a partir da inserção de uma das pesquisadoras, enquanto estagiária de Serviço Social nesta unidade. Essa experiência de estágio possibilitou observar os crescentes números de adolescentes grávidas internadas na Maternidade, o que nos levou a refletir de forma mais aprofundada sobre as causas de uma gravidez na adolescência e as consequências adquiridas pelas mesmas na concepção dos Assistentes Sociais que atuam no setor de maternidade do Hospital Municipal de Duque Caxias.

Para a realização da pesquisa foi necessário entrar em contato com Centro de Estudos do Hospital, para que houvesse a liberação da pesquisa, com essa liberação efetuamos o convite as Assistentes Sociais que atuam no setor da maternidade desta unidade de saúde, para que as mesmas pudessem fazer parte da pesquisa através de seus relatos oriundos da vivência com as adolescentes.

No que se refere à coleta de dados, a equipe de Serviço Social que atua na unidade se mostrou muito interessada na pesquisa, reforçando tamanha a necessidade de se discutir a temática. Houve uma boa recepção dos profissionais à entrevista, porém também apontamos, em linhas gerais, dificuldades no processo para a efetivação das entrevistas em tempo hábil.

A periodicidade da realização da coleta de dados ocorreu durante duas semanas do mês de outubro, onde entrevistamos as participantes da pesquisa em seus respectivos dias de plantão, onde precisamos aproveitar em curto espaço de tempo, ou no final do plantão dos mesmos para estar realizando a pesquisa na unidade devido a intensificação do ritmo de trabalho. As entrevistas duraram aproximadamente o tempo de trinta minutos no total.

A participação das entrevistadas deu-se, respondendo algumas questões previamente elaboradas acerca da temática deste estudo. Utilizamos o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e o Termo de Autorização de Uso de Imagem e Depoimento, pois pela nossa legislação, esses documentos que garantem ao participante da pesquisa o respeito aos seus direitos. Por isso, é um documento obrigatório nos projetos, inclusive nos quais serão realizadas entrevistas, grupos focais etc. deve ser redigido de forma clara e conter todas as informações sobre a pesquisa e sobre seu responsável.

Realiza-se também a transcrição da coleta de dados através de análise e classificação.

3.2 Eixo I: As causas que levam a gravidez na adolescência na concepção das Assistentes Sociais que atuam na Maternidade do Hospital Municipal de Duque de Caxias.

Este item foi construído a partir de uma indagação acerca das causas que levam a gravidez na adolescência na concepção das Assistentes Sociais que atuam na maternidade do Hospital Municipal de Duque de Caxias.

Com base nas entrevistas realizadas, conseguimos discorrer sobre os seguintes aspectos: A compreensão expressada pelo discurso de cada entrevistada, a respeito do assunto, grande parte dos profissionais entendem que não existe uma única causa que leva a gravidez na adolescência e sim várias como: socioeconômica, psicológica e cultural. Podemos perceber essa concepção por parte das profissionais nas falas abaixo:

“A gravidez na adolescência é um fenômeno que tem vários determinantes. Com relação a causa cultural, há uma tendência muito grande da adolescente repetir a história dos pais, principalmente da mãe. Pois no setor de maternidade do hospital posso observar, quando realizo uma entrevista com o responsável legal, que a mãe da adolescente geralmente também foi mãe enquanto adolescente, existe uma repetição dessa história familiar que muito das vezes é difícil de se romper.

Existe uma causa socioeconômica, que eu penso ser a ausência de perspectiva de vida e ausência de oportunidade. Como eu observo essa questão: as adolescentes que têm um objetivo na vida, tendem a se cuidar e se preservar, para evitar uma gravidez que possa atrapalhar o seu objetivo. Outro ponto que percebo é que junto à falta de perspectiva de objetivo de vida e a falta de sonhos, existe uma questão psicológica, ou seja, a adolescente não tem perspectiva, seus horizontes são curtos pelo ambiente social em que vive.”

“[...] Existe também, uma questão de prevenção, permeada pela falta de acesso aos serviços básicos de saúde, onde a rede de atenção básica prove os programas de atenção à saúde do adolescente, porém o acesso a eles é bem limitado por terem um número de vagas reduzidos. Nesse contexto, é fundamental uma articulação entre as de rede básica de saúde e a rede de educação a fim de promover um trabalho de conscientização e prevenção da gravidez na adolescência.” (Entrevistada A)

“[...]Uma das causas que levam a gravidez na adolescência é o fato dos adolescentes iniciarem sua vida sexual cada vez mais cedo, ocorrendo de forma prematura e sem orientação. Onde percebo adolescentes com doze, treze anos dando entrada na maternidade para ter seus bebês. Outra causa é a falta de informação dos métodos contraceptivos e a falta de acesso a eles. Pois muita das vezes a adolescente faz uso do anticoncepcional, porém quando chega ao posto de saúde o mesmo está em falta.” (Entrevistada B)

“[...]Sexo, na nossa realidade brasileira é visto como um tabu, então as famílias não

dialogam sobre sexualidade, e não tendo esse espaço da conversa sobre sexualidade, os adolescentes se tornam mais vulneráveis a situações como essa.

Na minha concepção, a gravidez na adolescência é um dos menores problemas que podem acontecer no que concerne a questão de adolescência e sexualidade” (Entrevistada D)

Nesse sentido, faz-se necessário algumas reflexões mediante a seguinte fala:

“Existe também, uma questão de prevenção, permeada pela falta de acesso aos serviços básicos de saúde, onde a rede de atenção básica prove os programas de atenção à saúde do adolescente.”(Entrevistada A)

Portanto mediante a fala da entrevistada A, segundo MEDEIROS, OLIVEIRA, 2015, no que diz respeito ao acesso aos serviços de saúde, este também nem sempre consegue responder às demandas dos adolescentes nas áreas da saúde sexual, da saúde reprodutiva e os demais serviços de saúde. Afinal, vivemos em uma cultura e em uma sociedade em que se fala sobre sexo o tempo todo, mas, devido a uma série de crenças e tabus, acaba-se, muitas vezes, por violar os direitos dessa população à informação e ao acesso aos serviços e insumos de prevenção, principalmente quando nos referimos aos adolescentes.

Neste contexto é fundamental uma articulação entre as redes básicas de saúde e a rede de educação a fim de promover um trabalho de conscientização e prevenção da gravidez na adolescência.

“Uma das causas que levam a gravidez na adolescência e o fato dos adolescentes iniciarem sua vida sexual cada vez mais cedo, ocorrendo de forma prematura e sem orientação.” (Entrevistada B)

Mediante a fala da Entrevistada B ao salientar o entendimento sobre as causas que levam a gravidez na adolescência, não existe um único fator, entretanto nas camadas mais vulneráveis, menos favorecidas, o risco de uma gravidez na adolescência é muito maior. Podemos assim sintetizar segundo Barroso (1991), grande parte das adolescentes tem exercido a sexualidade com mais frequência e precocidade, sendo que a vivência da prática sexual precoce pode trazer consequências sociais e psicológicas. Considerando este fato uma manifestação frequente durante a adolescência, tem-se observado hoje um aumento da frequência de doenças sexualmente transmissíveis, aumento de gestações indesejadas, abortos, casamentos forçados e toda uma gama de conflitos intrapsíquicos e preconceitos sociais decorrentes desses fatos.

Em outra fala a Entrevistada D nos relata sobre o tabu que ainda existe na sociedade brasileira:

“Sexo, na nossa realidade brasileira é visto como um tabu, então as famílias não dialogam sobre sexualidade. (Entrevistado D)

Medeiros e Oliveira (2015) vão afirmar que um dos fatores que influenciam essa iniciação sexual precoce, sem os cuidados necessários, é a falta de diálogo na relação familiar, pois as marcas culturais perpetuadas através das gerações têm dificultado o diálogo sobre sexualidade entre pais e filhos, em especial quando se refere à sexualidade feminina. Na maioria das vezes, quando esse diálogo acontece vem cercado de “tabus”, onde o sexo e o prazer principalmente para meninas são considerados como algo proibido, perigoso e até mesmo pecaminoso, podendo ser realizado só depois do casamento.

Portanto a compreensão que as entrevistadas possuem sobre as causas que levam a gravidez na adolescência condiz com o texto referenciado, onde discutir sexualidade e gênero na escola é prevenção de gravidez na adolescência, discutir sexualidade na família é prevenção de gravidez na adolescência de meninos e meninas.

3.3 Eixo II: As consequências da gravidez na adolescência na concepção das Assistentes Sociais que atuam na Maternidade do Hospital Municipal de Duque de Caxias.

Em consequente esse item foi construído a partir de uma análise crítica e reflexiva, sobre as consequências da gravidez na adolescência na concepção das Assistentes Sociais que atuam na maternidade do Hospital Municipal de duque de Caxias.

Com base nas entrevistas realizadas conseguimos discorrer sobre os seguintes aspectos descrito nas falas das entrevistadas, de que a gravidez na adolescência possuem diversas consequências como por exemplo, o impacto sócio econômico que gera na família, evasão escolar, risco a saúde pela imaturidade do organismo da adolescente entre outros.

Percebemos essa concepção por parte das profissionais nas falas abaixo:

“Existe uma questão também de evasão escolar, muito preocupante, porque a maioria das adolescentes por conta da gravidez, acaba abandonando a escola e com isso, a tendência é de perpetuar a situação de pobreza e de vulnerabilidade social, pois é mais despesa em uma renda que já é precária.” (Entrevistada A)

“Como consequência, o risco para a saúde da adolescente pois o corpo da mesma ainda está em formação, podendo desenvolver uma pré eclampsia, trazendo riscos a sua saúde e a saúde do bebê.” (Entrevistada B)

“Outra questão é o projeto de futuro que passa ser interrompido, onde elas deixam de estudar para cuidar do bebê. Pois as famílias sem uma estrutura financeira, não conseguem dar o suporte que as adolescentes necessitam.

Outro ponto, é o suporte que não é oferecido na escola. Pois em famílias em vulnerabilidade, com uma estrutura financeira precária, é comum essa questão de gestação na adolescência nesses lares.” (Entrevistada C)

“No caso da mulher, gera dependência, pois ela passa a depender da própria família, da família do namorado e muitas vezes essa adolescente não consegue se inserir no mercado de trabalho, ficando dependente e isso pode desencadear situação de violência. Pois a adolescente se coloca numa relação que talvez ela não quisesse, por dependência.” (Entrevistada D)

De acordo com a fala das entrevistadas poucas adolescentes conseguem dar continuidade aos estudos a maioria abandonam a escola durante a gravidez ou após o nascimento do bebê.

“Existe uma questão também de evasão escolar, muito preocupante”.
(Entrevistada A)

MOREIRA, ET AL, 2007 fala que a maternidade gera conflitos com a família, com o pai da criança, pelo fato de também ser adolescente e consigo mesma. É um momento delicado, que precisa de muita atenção e cuidado. É também um momento de dúvidas e anseios e é a fase onde a adolescente assumirá uma nova identidade, a de mãe. Nesse período ocorre muita evasão escolar, pois muitas não têm com quem deixar o filho para ir para a escola.

“Como consequência, o risco para a saúde da adolescente pois o corpo da mesma ainda está em formação...” (Entrevistada B)

MOREIRA, ET AL, 2007, também complementa que nesse período é de grande alteração para mulher, seu corpo se transforma, se modifica, para mantimento do feto, com tantas novidades, essa fase pode acabar gerando sentimentos de fragilidade de insegurança e ansiedade.

“Outra questão é o projeto de futuro que passa ser interrompido, onde elas deixam de estudar para cuidar do bebê...” (Entrevistada C)

A gravidez precoce gera muitas angústias as adolescentes e seus parceiros, pois na grande maioria das vezes não se sabem como vão criar os filhos e não sabem se vão poder ter um lar juntos, muitos nem trabalham, somente estudam, surgindo assim várias dúvidas, esse é um fato que não está restrito somente camadas menos favorecidas, mais abrange todas as categorias sociais, causando modificações na estrutura da família, é uma problemática a ser refletida e encaminhada a programas e projetos, primeiro diminuir esse acontecimento, pois é de extrema relevância é muito preocupante. (DIAS, TEIXEIRA, 2010).

No caso da mulher, gera dependência, pois ela passa a depender da própria família...” (Entrevistada D)

A gravidez precoce na adolescência pode trazer implicações na família, favorecendo muita complicações, causando até mesmo a ruptura de laços familiares. A partir do descobrimento da gestação a família é informada e começa um novo processo de aceitação, ainda existe o preconceito social onde a sociedade vê a maternidade precoce como um erro, muitas pessoas se distanciam e ainda tem o estigma de mãe solteira, por esses fatos muitas famílias não aceitam, provocando um conflito familiar, expulsão de casa, imposição do casamento, questionamentos sobre aborto, abandono, violência física e verbal, aumentando ainda os problemas que essa adolescente terá que enfrentar.

Ainda ocorre a questão da desigualdade de gênero, profundamente enraizada onde existe o discurso sobre a existência de diferenças nas relações de gênero, demonstrando que a adolescente carrega a visão da sociedade antiga de que o homem a partir da faixa etária reprodutiva pode exercer livremente sua sexualidade, adquirindo uma concepção de que essa prática é absolutamente normal para os homens, ocorrendo desvantagem entre as mulheres. Pelo fato biológico que a mulher é quem engravida e amamenta, tem sido atribuído a ela a totalidade do trabalho reprodutivo. Às mulheres, portanto, se atribui o ficar em casa, cuidar dos filhos e realizar o trabalho doméstico, limitando-as ao mundo do lar; com menos possibilidade de educação, menos acesso à informação, menos acesso à formação profissional, etc.

3.4 Eixo III: O trabalho realizado pelas Assistentes Sociais junto às adolescentes grávidas e seus familiares na Maternidade do Hospital Municipal de Duque de Caxias.

Tendo em vista que, a pesquisa em tela buscou trabalhar a concepção das Assistentes Sociais sobre as causas e consequências da gravidez na adolescência, torna-se indispensável realizar uma análise acerca do trabalho realizado pelas assistentes sociais junto às adolescentes

no setor de maternidade do Hospital Municipal de Duque Caxias. Percebemos essa concepção por parte das profissionais nas falas abaixo:

“[...] O acompanhamento, realizado pelo serviço social junto as adolescentes, ocorre a partir do momento que as mesmas dão entrada no setor de maternidade, onde as Assistentes Sociais realiza uma entrevista junto ao responsável legal com intuito de conhecer e ter uma melhor compreensão da realidade socioeconômica em que a adolescente está inserida.

(...) Através do acompanhamento, a Assistente Social busca realizar orientações acerca dos direitos e deveres dos pais. Entretanto, o trabalho preventivo é de orientar o responsável legal da adolescente sobre o acesso a rede básica de saúde para que a mesma possa optar pelo melhor método de prevenção de uma nova gravidez na adolescência. O acompanhamento as adolescentes e seus familiares acontecem desde a internação até o momento da alta, em alguns casos específicos é realizado um trabalho de articulação com os órgãos de defesa de direitos como: O Conselho Tutelar, Vara da Infância entre outros.

(...) Através de relatórios e parecer social. Porém esse procedimento vai depender do suporte familiar da adolescente.” (Entrevistada A)

“Todas as adolescentes que estão internadas na unidade de saúde em maternidade, realizam uma ficha social, através do acompanhamento efetuo as orientações cabíveis em relação a escola, a prevenção de uma nova gravidez, a importância do aleitamento materno, oriento sobre o bolsa família e outros programas sociais que são para as adolescentes. É através das fichas sociais que realizo o acompanhamento junto as adolescentes e no caso de adolescentes menores de quatorze anos, realizo uma notificação ao Conselho Tutelar por estupro de vulnerável. Nos casos de adolescente sem documentação, realizo encaminhamento para as respectivas redes”. (Entrevistada C)

“Realizo também orientação sobre os meios de prevenção, sobre o planejamento familiar nos postos de saúde, sobre o método que melhor se adequa a adolescente. Entretanto, muitas famílias não gostam dessa orientação, por entender que isso seja uma permissão para a adolescente fazer sexo, mas a adolescente faz sexo, independentemente de se permitir ou não. Mas quando ela é bem orientada ela pode evitar uma gravidez indesejada.” (Entrevistada D)

Nesse sentido, faz se necessário algumas reflexões mediante a seguinte fala:

“Assistentes Sociais realiza uma entrevista junto ao responsável legal com intuito de conhecer e ter uma melhor compreensão da realidade socioeconômica em que a

adolescente está inserida.” (Entrevistada A)

Conforme os Parâmetros para atuação do Assistente Social na política de Saúde do ano de 2010, pensar e realizar uma atuação competente e crítica do Serviço Social na área da saúde consiste em: estar articulado e sintonizado ao movimento dos trabalhadores e de usuários que lutam pela real efetivação do SUS.

“Realiza uma ficha social, através do acompanhamento efetuo as orientações cabíveis em relação a escola, a prevenção de uma nova gravidez, a importância do aleitamento materno, oriento sobre o bolsa família e outros programas sociais que são para as adolescentes.” (Entrevistada C)

O Assistente Social enquanto defensor intransigente dos direitos humanos, que tem a liberdade como valor ético central e defensor da democracia e justiça social, é consequentemente um defensor dos direitos da criança e do adolescente que estão previstos na lei N° 869 de Julho de 1990 o ECA.

“Entretanto, muitas famílias não gostam dessa orientação, por entender que isso seja uma permissão para a adolescente fazer sexo.” (Entrevistada D)

A rejeição da família à filha adolescente solteira e grávida, baseada no estigma de mãe solteira. Esses argumentos (culturais e, sobretudo morais) estão assentados nas desigualdades de gênero em relação à repressão sexual e na dupla moral ainda vigente. Existe um maior controle sobre o comportamento sexual feminino do que sobre o masculino, que impõe a responsabilização à mulher pela prevenção da gravidez. Dessa maneira, a culpa é amenizada quando a mulher tem a sorte de o pai da criança assumir a responsabilidade e aceitar a união. Soares e Lopes, (2011, s/p).

Entendemos que o trabalho realizado pela Assistentes Sociais junto às adolescentes, no setor de maternidade não é um trabalho preventivo, por ser um hospital de emergência, o ideal é que esse trabalho preventivo seja realizado na rede básica de saúde.

“O objetivo é de acompanhamento e orientação, pois o hospital por ser de emergência, não possui um projeto específico para as adolescentes, por conta do número elevado de demandas. Entretanto, o trabalho de acompanhamento e orientação é realizado junto as adolescentes e seus familiares, visando a garantia de direitos da adolescente e a prevenção de uma nova gravidez na adolescência.” (Entrevistada A)

“Na questão do planejamento familiar, como as adolescentes vão continuar tendo vida sexual ativa é importante que as mesmas procure os postos de saúde para obter o conhecimento dos métodos contraceptivos e do acesso a eles para que se evite uma nova gravidez na adolescência. Portanto, a importância da informação de existe o planejamento familiar e que a adolescente vai poder fazer uso dos métodos de forma segura e gratuita.” (Entrevistada B)

“O objetivo básico é de garantir que as adolescentes tenha os seus direitos garantido, direito de se desenvolver enquanto ser humano, enquanto cidadão sem prejuízo ao acesso pleno às suas potencialidades. Pois quando você tem um adolescente que para de estudar tão precocemente, você está polindo possibilidades futuras de desenvolvimento humano e desenvolvimento de cidadania.”
(Entrevista D)

Nesse sentido, faz-se necessário algumas reflexões mediante a seguinte fala das entrevistadas:

[...]” Na questão do planejamento familiar, como as adolescentes vão continuar tendo vida sexual ativa é importante que as mesmas procure os postos de saúde para obter o conhecimento dos métodos contraceptivos e do acesso a eles para que se evite uma nova gravidez na adolescência.” (Entrevistada B)

Segundo a autora (TAQUETTE, 2013) a Lei do Planejamento Familiar - Lei nº 9.263, de 12/01/1996 - veio regulamentar um conjunto de ações para a saúde sexual e saúde reprodutiva, dentre elas: assistência à concepção e contracepção; atendimento pré-natal; assistência ao parto, ao puerpério e ao neonato; controle das doenças sexualmente transmissíveis; e controle e prevenção do câncer cérvico-uterino, do câncer de mama e do câncer de pênis. Algumas questões relevantes para a garantia dos direitos sexuais e reprodutivos ainda estão em discussão, como a descriminalização do aborto e o acesso a tecnologias de reprodução assistida, independentemente da esterilidade da mulher.

“O objetivo básico é de garantir que as adolescentes tenha os seus direitos garantido, direito de se desenvolver enquanto ser humano, enquanto cidadão sem prejuízo ao acesso pleno às suas potencialidades.” (Entrevistada D)

Tendo em vista que, o Estatuto da Criança e do Adolescente - CA, tem em seu corpo a defesa dos direitos humanos desses sujeitos, como o direito à vida, à saúde, a liberdade, a dignidade, a educação, como sujeitos sociais que estão em desenvolvimento. Nessa perspectiva, o/a assistente social irá contribuir na realidade desses sujeitos não apenas na defesa dos seus direitos humanos, mas também por meio de sua prática profissional, através

de suas dimensões ético-política, teórico-metodológica e técnico- operativa. Compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população e com o aprimoramento intelectual, na perspectiva da competência profissional. (Código de Ética do/a Assistente Social comentado, p. 130, 2012).

Ao analisarmos o trabalho realizado pelas assistentes sociais junto às adolescentes, podemos compreender que, essas ações visam a compreensão da realidade socioeconômica em que as adolescentes estão inseridas, a fim de viabilizar a garantia dos direitos sociais e da cidadania das adolescentes, neste sentido o Assistente social exerce o papel fundamental haja vista que o profissional de serviço social tem que ser propositivo e não só executivo tem que conhecer a realidade para poder intervir.

3.5 - A contribuição do Serviço Social acerca do tema das causas e consequências da gravidez na adolescência.

Diante da análise das entrevistas realizadas, percebemos a importância do fazer profissional nesse espaço. Embora o Hospital Municipal de Duque de Caxias seja um hospital de emergência, a atuação do Serviço Social tem por objetivo, um trabalho de conscientização da prevenção de uma nova gravidez na adolescência e da viabilização dos direitos da adolescente com está previsto no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA).

Nesse sentido, aborda-se a contribuição do Serviço Social para uma melhor compreensão das causas e consequência da gravidez na adolescência.

Um dos limites apontados pelas Assistentes Sociais considerado no modelo de intervenção profissional no plantão, refere-se a uma não abordagem da totalidade dos problemas sociais apresentados ao Serviço Social, ou seja, individualizava-se o problema, não considerando sua dimensão totalizante. Cabe ao Assistente Social refletir sobre este fazer burocrático, tendo como eixo norteador o projeto político-profissional do Serviço Social, para então vislumbrar novas alternativas profissionais para o atendimento a essas adolescentes.

A questão do acolhimento visa a garantia em termos de saúde pública de qualidade, a integração dos serviços oferecidos realizando encaminhamentos para poder articular com outras redes, incluindo as mesmos em políticas públicas para amenizar as dificuldades existentes, o profissional Assistente Social deve construir sugestões criativas, que garantam a efetivação dos direitos de acordo com a realidade existente.

Pois ao analisar a fala das entrevistas, onde a maioria indica que a gravidez na adolescência é um dos fatores causadores da evasão escolar.

Em síntese, a partir da fala das entrevistadas, concluímos que não ocorre um trabalho preventivo realizado pelas profissionais na maternidade do H.M.D.C, por ser uma unidade de emergência isso não impede das mesmas realizarem uma abordagem mais reflexiva no intuito da conscientização das famílias e da adolescente no que tange a importância da permanência da adolescente na escola.

A legislação que ampara a questão educacional e a estudante gestante, regulando seu período de afastamento em face da gestação, para realizar suas atividades escolares em casa sem receber falta e sem prejuízos ao seu ano letivo é a Lei Federal n.º 6.202, de 17 de abril de 1975, a qual regulamentou o regime de exercícios domiciliares, instituído pelo Decreto-Lei n.º 1.044, de 21 de outubro 1969. Pois a educação é um direito social fundamental que deve ser garantido a toda criança e adolescente.

O desafio do Assistente Social nos dias de hoje é desenvolver propostas de trabalho criativas e inovadoras, que sejam capazes de concretizar direitos sociais dos usuários na saúde pública, visando a ampliação dos canais de participação no âmbito institucional.

“Um dos maiores desafios que o assistente social vive no presente é desenvolver sua capacidade de decifrar a realidade e construir proposta de trabalhos criativas e capazes de preservar e efetivar direitos, a partir de demandas, sendo agente propositivo e não apenas executivo”. (IAMAMOTO, 2011 pág.20).

Nesse sentido o profissional de Serviço Social busca conhecer a realidade social, visando buscar recursos e mecanismo para que venha alcançar a garantia dos direitos sociais, uma melhoria na qualidade vida e da cidadania das adolescentes.

O desafio do Assistente Social nos dias de hoje é desenvolver propostas de trabalho criativas e inovadoras, que sejam capazes de concretizar direitos sociais dos usuários na saúde pública, visando a ampliação dos canais de participação no âmbito institucional.

Atualmente muitos profissionais veem o trabalho cotidiano como um grande obstáculo que lhes impede a um exercício profissional comprometido com o projeto ético-político. No entanto cabe ao Assistente Social, sem a pretensão de uma postura messiânica, racionalizar esse fazer burocrático e pontual, vislumbrando alternativas de ação coletivas para o cotidiano da instituição onde se insere.

Com isso o Assistente Social deve estar sempre atento aos acontecimentos cotidianos, ou seja, buscando sempre se atualizar para acompanhar a evolução da sociedade. Desta forma poderá desenvolver suas habilidades e intervir na realidade social de forma efetiva. Sendo comprometido com seu projeto ético político com este segmento da população com o qual tem a função de atuar.

Em contribuição o Serviço Social visa, a construção de estratégias que não se dá de forma isolada. A sistematização dos serviços e das redes, a reflexão acerca das demandas apresentadas e a

proposição de ações coletivas, determinam a condição e a qualidade do trabalho realizado pelas Assistentes Sociais na unidade em tela.

3.6- As três dimensões do saber e fazer profissional alinhados ao estudo realizado.

Tomando por base a análise da coleta de dados através da entrevista realizada com as profissionais de Serviço Social que atua no setor de maternidade do Hospital Municipal de Duque de Caxias, salientamos a importância do debate acerca das três dimensões do fazer profissional: Teórico Metodológico, Ético Política, Técnico Operativo.

O Assistente Social enquanto inscrito na divisão sócio e técnica do trabalho, ainda que dotado de certa autonomia instrumental-técnica, e embora regulamentado como uma profissão liberal, é um profissional que depende da venda de sua força de trabalho, depende dos recursos fornecidos pelas entidades empregadoras, estando assim alienados neste processo como bem salienta Iamamoto (2015) ou seja, contraditoriamente, como profissional assalariado se enquadra nas relações antagônicas e contraditórias de produção e reprodução das relações de trabalho, sendo indissociáveis da contrarreforma do Estado.

O Projeto Ético e Político do Serviço Social, que orienta o exercício e a formação profissional, resultou de um processo histórico de construção coletiva, sob a direção das entidades nacionais da categoria (CFESS/CRESS, ABEPSS e ENESSO). Este projeto de profissão e sociedade é explicitado no Código de Ética Profissional, na Lei de Regulamentação da Profissão (Lei 8662/93) e nas Diretrizes Curriculares aprovadas pela ABEPSS em 1996.

Se realiza no marco das relações de poder e de forças sociais da sociedade capitalista, relações essas que são contraditórias. Exige posicionamento político frente à realidade social e implica em assumir valores éticos, morais que sustentam à sua prática, estes que estão expressos no código de ética da profissão de Serviço Social.

Guerra (2014) vai enfatizar que a instrumentalidade é uma propriedade que à profissão adquire à medida em que se concretizam seus objetivos no cotidiano de suas ações, é por meio desta capacidade que através da práxis se torna possível modificar as condições objetivas e subjetivas existentes na realidade social. Ao se apropriar da instrumentalidade o Assistente Social detém à capacidade de pensar caminhos, estratégias para alterar o seu cotidiano profissional e das classes sociais que demandam sua intervenção pautadas nas dimensões:

Ético Político - É a dimensão que compõe os fundamentos do trabalho do Assistente Social, relaciona-se aos valores e princípios protegidos pelo código de ética.

Para Iamamoto (2001), no Serviço Social, a dimensão ética não pode ser pensada isoladamente, desvinculada da política, na medida em que o trabalho da profissão tem como

horizonte a construção de sujeitos coletivos em uma sociedade livre e democrática.

Teórico - Metodológica - permite enxergar à dinâmica da sociedade além das aparências, seu movimento e construção de novas possibilidades profissionais, qualificando para reconhecer à realidade social, política, econômica e cultural com a qual trabalha.

Técnico- Operativo - Implica em conhecer e criar um conjunto de habilidades técnicas que permitam desenvolver as ações profissionais junto à população usuária e as instituições de forma a garantir uma inserção qualificada que responda às demandas sociais e objetivos profissionais. Nessa perspectiva o fortalecimento da articulação entre essas dimensões se expressa na potencialidade das respostas profissionais competentes de forma que o trabalho dos assistentes sociais estejam comprometidos com a materialização do Projeto Ético Político da profissão. Nesse contexto, o Assistente Social não pode ser neutro ele deve se posicionar politicamente diante da realidade das adolescentes assistidas no setor de maternidade do H.M.D.C., buscando intervir nela, a fim da concretização do direitos das mesmas.

Guerra (2014), vai enfatizar, a necessidade de atuarmos sobre a realidade é o que nos conduz ao conhecimento. Não obstante, para intervir, é preciso conhecer, para que se possa ter procedimentos adequados.

O Serviço Social se utiliza do estudo científico para intervir no fazer profissional, do Assistente Social onde através do conhecimento do perfil das adolescentes atendidas na maternidade do Hospital Municipal de Duque de Caxias.

O Assistente Social lida com essas múltiplas expressões das relações sociais da vida cotidiana, o que permite dispor de um acervo privilegiado de dados e informações sobre as várias formas de manifestação das desigualdades e da exclusão social em sua vivência pelos sujeitos, de modo que a ele é facultado conhecer a realidade de maneira direta: a partir da sua intervenção na realidade, das investigações que realiza, visando responder a esta realidade. Mas é possível também conhecer através das experiências indiretas, através do que já foi produzido por outras pesquisas e/ou teoricamente. Também, para o assistente social, se exige um investimento na investigação, posto que, ao testar o conhecimento derivado indiretamente, tem-se como resultado uma avaliação sobre o mesmo.

3.7 A contribuição das autoras desse estudo para os fenômenos pesquisados: Uma discussão acerca da dimensão investigativa do Assistente Social.

Partindo do pressuposto que a pesquisa tem um papel decisivo e indispensável na formação acadêmica que possibilita o maior conhecimento acerca da realidade da gravidez na adolescência, que é vista como um problema de saúde pública no Brasil e tem crescido

cada vez mais e que traz rebatimentos na vida das famílias e das adolescentes.

O papel do Serviço Social na saúde é fundamental, no que tange a luta pelos direitos do adolescente no enfrentamento que abrange a gravidez na adolescência, tanto as adolescentes que já estão grávidas, e na prevenção de uma nova gravidez. No sentido da prevenção, na atuação do serviço social é necessário articular as políticas públicas para enfrentamento desta questão considerando que são variadas as determinações da gravidez precoce como o sonho de ser mãe, ser vistas como adultas. Estas determinações extrapolam a ausência de informação e o acesso aos métodos contraceptivos compreendendo que a questão da sexualidade envolve, além do ato sexual em si, valores sociais.

A reflexão sobre o tema apresentado leva a considerar que a adolescência é uma fase da vida caracterizada por transformações físicas, psicológicas e sociais e pela descoberta da sexualidade sendo assim período marcado por sentimentos de medo, dúvidas e ansiedade o que a torna mais complexa no advento de uma gravidez.

A pesquisa contribui na nossa perspectiva como parte integrante do conhecimento da realidade vivida e explicitada pelos adolescentes que são atendidos no setor de maternidade do Hospital Municipal de Duque de Caxias onde a mesma tem um objetivo de intervir de forma crítica reflexiva propondo estratégias para enfrentamento das demandas postas ao Serviço Social.

Neste sentido, como bem aponta Yolanda Guerra (2014), “O Assistente Social lida com as múltiplas expressões das relações sociais da vida cotidiana, o que permite dispor de um acervo privilegiado de dados e informações sobre as várias formas de manifestações das desigualdades e da exclusão social e vivência pelos sujeitos, de modo que a ele é facultado conhecer a realidade de maneira direta: a partir da sua intervenção na realidade, das investigações que realiza, visando responder a esta realidade. Mas é possível também conhecer através das experiências indiretas, através do que já foi produzido por outras pesquisas e/ou teoricamente.”

Portanto este estudo se torna de suma importância para contribuir cientificamente na produção de conhecimento sobre esta temática, estimulando assim novas pesquisas e também mobilização da sociedade como um todo diante desta problemática.

Esse estudo, também visa a possibilidade de se criar ações voltadas para a prevenção da gravidez na adolescência, através de campanhas informativas sobre os riscos da gravidez na adolescência; Com abordagem do tema gravidez na adolescência nas escolas, nas igrejas e nos espaços em que as mesmas se inserem; Com maior acesso aos métodos contraceptivos e informação sobre a utilização dos mesmos; Campanhas educativas sobre métodos

contraceptivos voltados para adolescentes de ambos os sexos, uma vez que a gravidez na adolescência não é responsabilidade apenas da adolescente.

Portanto, a pesquisa torna-se fundamental no contexto social, pois é a partir dela que o Assistente Social busca o aprofundamento do conhecimento que vai lhe possibilitar uma melhor intervenção no seu fazer profissional.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O contato direto com as adolescentes no campo empírico de estágio na área de Serviço Social no setor de maternidade do Hospital Municipal de Duque de Caxias, que nos levou a inquietação e o interesse em problematizar de maneira crítica e reflexiva, as causas e consequências da gravidez na adolescência, na concepção das Assistentes Sociais que atuam no setor de maternidade da unidade de saúde em tela.

Está pesquisa nos possibilitou olhar a gravidez na adolescência de forma mais aprofundada, onde podemos constatar que o contexto familiar tem forte influência na vida das adolescentes. Nesta perspectiva, as adolescentes grávidas percorrem um caminho doloroso de perdas em diferentes aspectos: pessoal, familiar, educacional e social.

Com a pesquisa, constatamos que ao engravidarem, grande parte das adolescentes abandonam os estudos por vergonha ou mesmo por sofrer algum tipo de preconceito. Existem vários fatores que interferem na escolarização, pois em geral as adolescentes tem uma interrupção na sua vida escolar, seja durante a gestação ou após a mesma e essa interrupção pode gerar impactos na formação, onde a mesma acaba se inserindo precariamente nos espaços de trabalho.

Compreendemos também que a falta do diálogo com a família, faz com que as adolescentes iniciem sua vida sexual mais cedo, sem os cuidados necessários ou façam uso incorreto dos contraceptivos causando uma gravidez na adolescência.

Neste sentido, utilizou-se algumas categorias teóricas para melhor compreensão dessa temática, entre elas podemos destacar: a sexualidade na adolescência que tem passado por diversas mudanças em relação à forma como é percebida pela sociedade e salientamos também a família e sua influência no contexto familiar na adolescência, onde nas suas mais diversas configurações constitui-se como um espaço importante na formação da adolescente. Por isso, a importância da família neste momento em que o diálogo se faz tão necessário. Apresentamos também, a gênese do Serviço Social e a inserção desse profissional na área de saúde e o trabalho realizado pelas mesmas junto às adolescentes e seus familiares, atendidos no setor de maternidade do H.M.D.C.

A partir das análises dos dados coletados, percebe-se que o trabalho realizado pelas Assistentes Sociais junto às adolescentes, embora a unidade de saúde seja um hospital de emergência, configura-se um trabalho onde são respeitados os determinantes socioeconômico e visa contribuir para a melhoria da qualidade de vida das adolescentes, realizando ações que viabilizem as adolescentes a garantia do acesso às informações aos direitos sociais.

Neste contexto, ressaltou-se a importância do debate sobre sexualidade e gravidez na adolescência nos espaços em que elas se inserem, pois é nessa fase de descobertas e de auto afirmação que as adolescentes estão mais vulnerabilizadas e propensas a ações que as coloquem em risco. Ressaltamos também, a importância das políticas públicas para esse segmento, no que tange a dificuldade do acesso a rede de atendimento. Onde é necessário a criação de um plano de ação que vise levar essas políticas nas periferias, nas comunidades, nas favelas, nas escolas etc. Por fim, ressalta-se que a realização desta pesquisa não se esgota o debate ao tema, mas sim esperamos ter motivado a sua exploração e continuidade, contribuindo para uma reflexão mais aprofundada sobre as causas e consequências da gravidez na adolescência.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

ALVEZ, Gabriela. A CONSTRUÇÃO DA IDENTIDADE DO ADOLESCENTE E A INFLUÊNCIA DOS RÓTULOS NA MESMA. Criciúma, 2008. Disponível em: <<http://newpsi.bvs-psi.org.br/tcc/GabrielaMacileAlves.pdf>>

BAIXADA ON O PIONEIRO. História de Duque de Caxias. Disponível em: <<http://portal.baixadaon.com.br/duque-de-caxias/historia-de-duque-de-caxias-como-tudo-comecou-seus-personagens/index.html>>. Acesso em: 21 de Abril de 2019.

BARROSO, C., BRUSCHINI, C. Sexo e Juventude: como discutir a sexualidade em casa e na escola. São Paulo: Cortez, 1991 BIBLIOTECAVIRTUALEMSAÚDE. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folhetilho.pdf>. Acesso em: 15 de abril de 2019.

BOLETIM INFORMATIVO DST/AIDS. Secretaria de Saúde: Recife, ano II, n.1, jan- abr. 2000.

BRAGA, Ângela. Gravidez na adolescência, 2015. Disponível em: <<http://www.conteudojuridico.com.br/artigo,gravidez-na-adolescencia-uma-reflexao-sobre-suas-causas-e-consequencias,53575.html>>. Acesso: 02 de abril de 2019.

BRANDÃO, Elaine Reis; HEILBORN, Maria Luiza. Sexualidade e gravidez na adolescência entre jovens de camadas médias do Rio de Janeiro, Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, jul.1999.

BRITO, Débora. GRAVIDEZ PRECOCE AINDA É ALTA, MOSTRAM DADOS, 2017. Disponível em: < <https://www12.senado.leg.br/noticias/especiais/especial-cidadania/gravidez-precoce-ainda-e-alta-mostram-dados> >. Acesso: 02 de abril de 2019.

CAMPOS, Dinah Martins de Souza. Psicologia da adolescência: normalidade e psicopatologia. Petrópolis, RJ Editora. Vozes, 1987.

DIAS, Ana Cristina Garcia; TEIXEIRA, Marco Antônio Pereira. Gravidez na adolescência: um olhar sobre um fenômeno complexo. Paidéia, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/paideia/v20n45/a15v20n45>>. Acesso em: 20 de Maio. 2017.

DIREITOS SEXUAIS E DIREITOS REPRODUTIVOS UMA PRIORIDADE DO GOVERNO. Uma prioridade do governo/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_direitos_sexuais_reprodutivos.pdf. Acesso em 30 de abril de 2019.

DRESCH, Márcia. A instituição familiar na legislação brasileira: conceitos e evolução histórica, 2016. Disponível em: <https://jus.com.br/artigos/51795/a-instituicao-familiar-na-legislacao-brasileira-conceitos-e-evolucao-historica>. Acesso em :21 de abril de 2019.

FORTI, V. Ética, crime e loucura: reflexões sobre a dimensão ética no trabalho profissional. 3 ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2013.

FORTI, V; GUERRA, Y. (org.). Projeto ético-político do Serviço Social: contribuições à sua crítica. Rio de Janeiro, Lúmen Júris, 2013.

FUNASA. Fundação Nacional de Saúde. Disponível em: www.funasa.gov.br:8080/cronologia_historica_da_saude_publica. Acesso em 01 de maio de 2019.

GIL, Antônio Carlos. Metodologia de pesquisa em Serviço Social. Caderno Técnico 23. Brasília: CNI/SESI, 1996.

GUERRA, Yolanda, A Instrumentalidade do Serviço Social. Ed. São Paulo, Cortez. 2014.

GUERRA, Yolanda. A dimensão investigativa no exercício profissional, <http://www.cressrn.org.br/files/arquivos/C8pQHQOyl68c9Bc41x5Y.pdf> , acesso em 08/11/2019

IAMAMOTO, Marilda Vilella. O Serviço Social na Contemporaneidade: trabalho e formação profissional. São Paulo: Cortez, 1998.

IAMAMOTO, Marilda. As dimensões ético-políticas e teórico-metodológicas no Serviço Social contemporâneo. In: MOTA, Ana Elizabete (Org.) Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez; Brasília: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2009c. p.161-196

IAMAMOTO, Marilda Villela. O serviço social na contemporaneidade: trabalho de formação profissional. 22 ed. São Paulo: Cortez, 2012.

MAINETTI, Ana Carolina; WANDERBROOCKE, Ana Claudia Nunes de Souza. Avós que assumem a criação de netos. Porto Alegre, jul. 2013. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679494X2013000100009&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 14 jun. 2019.

OLIVEIRA, T. D. (2015). REFLETINDO SOBRE A SEXUALIDADE NA ADOLESCÊNCIA. Revista Includere , v1(1), p. 27-33. Acesso em 08 de 11 de 2019, disponível em file:///C:/Users/rosan/Downloads/4577-Texto%20do%20artigo-21029-1-10-20160211.pdf

MINAYO, Maria Cecília de Souza & COIMBRA JR, Carlos E. A. Antropologia, Saúde e Envelhecimento. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2002.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14ª edição. São Paulo: Hucitec Editora, 2014.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. A Secretaria de Educação Básica zela pela educação infantil, pelo ensino fundamental e pelo ensino médio. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/seb/arquivos/pdf/orientacao.pdf>>. Acesso em 21 de abril de 2019.

MIOTO, Regina. Família, trabalho com famílias e Serviço Social, 2010. Disponível em: <Família, trabalho com família e Serviço Social(pdf) Regina Celia Mioto.> Acesso em 22 de abril de 2019.

NAÇÕES UNIDAS. Brasil tem sétima maior taxa de gravidez adolescente da América do Sul, 2017. Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/brasil-tem-setima-maior-taxa-de-gravidez-adolescente-da-america-do-sul/>> Acesso: 03 de abril de 2019.

NAÇÕES UNIDAS. Gravidez na adolescência, 2016.

<<https://nacoesunidas.org/gravidez-na-adolescencia-e-mais-frequente-em-grupos-de-maior-vulnerabilidade-social-diz-oficial-do-unfpa/>>. Acesso em: 01 de Abril de 2019.

NETTO, J.P. A construção do Projeto Ético-Político do Serviço Social. Serviço Social e Saúde, Brasília, CFESS/ABEPSS/ CEAD/ UnB, 2001.

OFICINA DE PSICOLOGIA. Adolescência: Uma fase de mudanças. Disponível em:

<<https://www.oficinadepsicologia.com/adolescencia-uma-fase-de-mudanca/>> Acesso: 03 de abril de 2019.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A EDUCAÇÃO, A CIÊNCIA E A CULTURA (Unesco). Juventude e Sexualidade. Brasília, 2003.

ORTIZ, F. G. O Serviço Social no Brasil: os fundamentos de sua imagem e da autoimagem de seus agentes. Rio de Janeiro: E-papers, 2010.

RUZZY, M. GROSMANN, E. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas Saúde do adolescente: competências e habilidades / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília, 2008. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_adolescente_competencias_habilidades.pdf>. Acesso em :10/05/2019.

SARTI, C. A. Família e individualidade: um problema moderno. In: Carvalho, M. C. B. de (Org.). A família contemporânea em debate. São Paulo: Educ, 1995. p. 39-49.

SERRA, A. MILANIM F. NETTO, T. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde. / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção em Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Área Técnica de Saúde do Adolescente e do Jovem. – Brasília, 2010. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_atencao_saude_adolescentes_jovens_promocao_saude.pdf>. Acesso em: 01 de maio de 2019.



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(De acordo com as normas da Resolução nº 466, do Conselho Nacional de Saúde de 12/12/2012)

Você está sendo convidado para participar da pesquisa, Quais as causas e consequências da gravidez na adolescência na concepção das Assistentes Sociais que atuam na maternidade do Hospital Municipal Doutor Moacir Rodrigues do Carmo?

Você foi selecionado por ser Assistente Social do Hospital Municipal Drº. Moacyr Rodrigues do Carmo e sua participação não é obrigatória. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição.

Os objetivos deste estudo são conhecer quais as causas e consequências da gravidez na adolescência na concepção da equipe de Serviço Social.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em participar de uma entrevista previamente elaborada acerca da temática deste estudo.

O risco relacionado com sua participação são, a falta de tempo para responder as perguntas que lhe serão feitas, ou a inadequada compreensão do significado das mesmas. Os benefícios relacionados com a sua participação se dão na perspectiva da crescente e atual necessidade de refletir acerca da temática na unidade, e na sociedade como um todo, bem como para a realização desta pesquisa tendo em vista o escasso nível de produção acadêmica sobre esta temática.

As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação pois a identidade nominal será substituída por letras.

Uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ficará com o senhor (a), podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento com os pesquisadores responsáveis:

Orientador: Diego A. Rivas dos Santos

Tel.: (21)96491-4406

E-mail: diego.santos@unigranrio.edu.br

Diego A. Rivas dos Santos

Pesquisador Responsável

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

O pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UNIGRANRIO, localizada na Rua Prof. José de Souza Herdy, 1160 – CEP 25071-202 TELEFONE (21).2672- 7733 –

ENDEREÇO ELETRÔNICO: cep@unigranrio.com.br

Rio de Janeiro, _____ de _____ de 2019.

Participante da pesquisa

ANEXO B – TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM E DEPOIMENTOS



TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM E DEPOIMENTOS

Eu _____, CPF _____, RG _____, depois de conhecer e entender os objetivos, procedimentos metodológicos, riscos e benefícios da pesquisa, bem como de estar ciente da necessidade do uso de minha imagem e/ou depoimento, especificados no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), AUTORIZO, através do presente termo, os pesquisadores **Danielle da Silva Vicente, Rosangela Machado Melo da Cunha e Diego Augusto Rivas dos Santos** do projeto de pesquisa intitulado **“Quais as causas e consequências da gravidez na adolescência na concepção das Assistentes Sociais que atuam na maternidade do Hospital Municipal de Duque de Caxias?”** a realizar as fotos que se façam necessárias e/ou a colher meu depoimento sem quaisquer ônus financeiros a nenhuma das partes.

Ao mesmo tempo, libero a utilização destas fotos (seus respectivos negativos) e/ou depoimentos para fins científicos e de estudos (livros, artigos, slides e transparências), em favor dos pesquisadores da pesquisa, acima especificados, obedecendo ao que está previsto nas Leis que resguardam os direitos das crianças e adolescentes (Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA, Lei N.º 8.069/ 1990), dos idosos (Estatuto do Idoso, Lei N.º 10.741/2003) e das pessoas com deficiência (Decreto Nº 3.298/1999, alterado pelo Decreto Nº 5.296/2004).

Duque de Caxias, ____ de _____ de 2019.

Pesquisador responsável pelo projeto

Participante da Pesquisa

APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA

1. Na sua concepção, quais as causas que levam a uma gravidez na adolescência?
2. Quais as consequências de uma gravidez na adolescência, na sua opinião como profissional de Serviço Social?
3. Qual é o trabalho realizado pelas Assistentes Sociais junto às adolescentes que têm seus bebês aqui na Maternidade do Município em Duque de Caxias?
4. Qual é o objetivo desta intervenção realizada junto às adolescentes e seus familiares?