

GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA NO BRASIL

Vozes de Meninas e de Especialistas



“Vocês querem
entender a gravidez
na adolescência?
Então é preciso
olhar para além
da nossa barriga,
ouvir também
nossa cabeça e
nosso coração.”

(depoimento de uma adolescente
participante da Oficina sobre
Gravidez na Adolescência:
Voz de Adolescentes e Especialistas)

BRASÍLIA / JUNHO / 2017

GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA NO BRASIL

Vozes de Meninas e de Especialistas



{ EXPEDIENTE }

Instituto dos Direitos da Criança e do Adolescente – INDICA

Carla Cristie de França Silva
Presidenta

Gabriela Dias Martins
Diretora Administrativa

Mara Alves de Lira Cavalcanti
Diretora Financeira

Benedito Rodrigues dos Santos
Diretor Executivo

Alan Gomes dos Anjos
Assistente Social e de Projetos

Endereço:
SCLN 315, Bloco C, Sala 209 – 70774-530 – Brasília, DF
Telefone: 55 (61) 3202-1354
Site: <http://www.indica.org.br>
E-mail: indicainstituto@gmail.com

Fundo das Nações Unidas para a Infância – UNICEF

Gary Stahl
Representante do UNICEF no Brasil

Esperanza Vives
Representante adjunta do UNICEF no Brasil

Mário Volpi
Coordenador do Programa Cidadania dos Adolescentes

Gabriela Goulart Mora
Oficial do Programa Cidadania dos Adolescentes

Daniel Graziani
Assistente do Programa Cidadania dos Adolescentes

Jucilene Rocha
Oficial de Monitoramento e Avaliação do UNICEF

Escritório do Representante do UNICEF no Brasil:
SEPN 510, Bloco A, 2º andar – 70750-521 – Brasília, DF
Telefone: 55 (61) 3035-1900
Site: www.unicef.org.br
E-mail: brasil@unicef.org

Fundo de População das Nações Unidas – UNFPA

Jaime Nadal
Representante do UNFPA no Brasil

Yves Sassenrath
Representante Adjunto do UNFPA no Brasil

Fernanda Lopes
Representante Auxiliar do UNFPA no Brasil

Anna Cunha
Oficial de Programa

Jennifer Gonçalves
Assistente de Programa (Saúde Reprodutiva)

Ulisses Lacava
Consultor de Comunicação

Raila Alves
Consultora de Juventude

Aline Souza
Estagiária de Juventude

Jacqueline Lopes
Estagiária de Juventude

Endereço:
Casa da ONU - Setor de Embaixadas Norte - SEN, Quadra 802
Conjunto C Lote 17 - CEP: 70800-400 - Brasília-DF
Fone: (55 61) 3038-9252
Site: <http://www.unfpa.org.br>
E-mail: unfpa@unfpa.org.br

Equipe responsável pela publicação

Coordenação Técnica

Benedito Rodrigues dos Santos
(responsável pela concepção do projeto)
Professor da Universidade Católica de Brasília (UCB)
e diretor executivo do INDICA

Gabriela Goulart Mora
Oficial do Programa Cidadania dos Adolescentes do UNICEF

Anna Cunha
Oficial de Programa do UNFPA

Pesquisa, redação e edição

Daniella Rocha Magalhães
(mestre em comunicação, gestora social e consultora do INDICA)

Edição final

Benedito Rodrigues dos Santos (UCB/INDICA)

Projeto Gráfico e Diagramação

DUO Design

Esta publicação foi elaborada pelo Instituto dos Direitos da Criança – INDICA em projeto executado em parceria com o Fundo das Nações Unidas para a Infância – UNICEF e o Fundo de População das Nações Unidas – UNFPA. A reprodução do todo ou de parte deste documento é permitida somente para fins não lucrativos e com a autorização prévia do INDICA, do UNICEF e do UNFPA, desde que citada a fonte.

O masculino genérico foi utilizado em algumas partes deste texto para se referir a meninas e meninos, mulheres e homens. Não obstante essa escolha estilística, reforça-se a compreensão de que os sujeitos são distintos, caracterizados por suas diversidades e singularidades, que devem ser respeitadas e valorizadas.

Ficha bibliográfica

Gravidez na Adolescência no Brasil – Vozes de Meninas e de Especialistas / Benedito Rodrigues dos Santos, Daniella Rocha Magalhães, Gabriela Goulart Mora e Anna Cunha.

Benedito Rodrigues dos Santos. – Brasília: INDICA, 2017.

108 p.: il.: 21cm. (Documentos técnico, 4)

ISBN: 978-85-62539-48-0

1. Adolescente. 2. Gênero. 3. Gravidez. 4. Direitos da Criança e do Adolescente. I. Santos, Benedito Rodrigues dos II. Magalhães, Daniela Rocha III. Mora, Gabriela Goulart IV. Cunha, Anna.

{ SUMÁRIO }

{ INTRODUÇÃO }	10
{ CAPÍTULO 1 } Concepções sobre gravidez na adolescência	13
{ CAPÍTULO 2 } Cenários da gravidez na adolescência no Brasil	22
{ CAPÍTULO 3 } Oficina sobre Gravidez na Adolescência	39
{ CAPÍTULO 4 } Gestação na adolescência numa perspectiva interativa intersetorial	47
{ CAPÍTULO 5 } Gargalos da prevenção e da atenção à gravidez na adolescência	74
{ CAPÍTULO 6 } Conclusões e recomendações	95
{ REFERÊNCIAS }	103
{ ANEXOS }	107



PREFÁCIO



Com a publicação *Gravidez na Adolescência no Brasil – Vozes de Meninas e de Especialistas*, UNICEF, UNFPA e INDICA convidam para uma reflexão sobre possíveis caminhos para aprimorar políticas públicas, programas e serviços que garantam os direitos sexuais e reprodutivos de adolescentes brasileiros(as), assim como o desenvolvimento integral da mãe adolescente e da criança que dela nasce.

O material apresenta dados estatísticos, revisão bibliográfica e os resultados de uma análise de gargalos e determinantes sobre o tema, realizada em consulta a especialistas em saúde e juventude e a adolescentes que vivenciaram a gravidez e/ou a maternidade. O debate aqui proposto traz novos elementos para que a família, o Estado e a sociedade se mobilizem para resgatar os direitos de adolescentes também quando ocorre uma gravidez, conforme prevê o Estatuto da Criança e do Adolescente, inclusive o direito à educação e à convivência familiar ou comunitária.

O livro também se propõe a discutir o complexo fenômeno da violência e exploração sexual de meninas, sobretudo na faixa etária de 10 a 14 anos, que, além dos impactos à saúde e integridade física e psicológica, pode resultar na gravidez. Com base em coleta de dados oficiais, depoimento de meninas e pesquisas sobre o tema, fica evidente a necessidade de que o País se mobilize para reverter essa situação, com grande impacto sobre a saúde física e psicológica de meninas brasileiras.

Esperamos que esse debate ganhe destaque no Brasil, especialmente em um contexto de implementação dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, em particular do ODS 3, sobre vida saudável e bem-estar em todas as idades, do ODS 4, sobre educação inclusiva e equitativa de qualidade para todos e do ODS 5, sobre igualdade de gênero e empoderamento de mulheres e meninas. Este material oferece elementos que apoiam o processo de monitoramento dos ODS, para que, até 2030, todas as meninas e todos os meninos tenham acesso universal aos serviços de saúde sexual e reprodutiva, com informação e educação, e que as meninas recebam todo o apoio de suas famílias, escolas, profissionais de saúde e rede de proteção para que conheçam e reivindiquem os seus direitos, inclusive nos casos de gravidez.

Boa leitura!

Gary Stahl
Representante do
UNICEF no Brasil

Jaime Nadal
Representante do
UNFPA no Brasil

Carla Cristie de França
Silva
Presidenta do INDICA

{ INTRODUÇÃO }



“Vocês querem entender a gravidez na adolescência? Então é preciso olhar para além da nossa barriga, ouvir também nossa cabeça e nosso coração.”

A frase, formulada por um grupo de adolescentes brasileiras grávidas ou mães, é reveladora da complexidade que envolve o tema e sintetiza o sentimento das meninas quanto à forma com que são representadas pela sociedade.

A publicação *Gravidez na Adolescência no Brasil – Vozes de Meninas e de Especialistas* apresenta uma reflexão sobre a gravidez na adolescência, abrangendo conceitos, determinantes e gargalos que ajudam a entender o cenário atual da sua ocorrência no país. Também traz algumas recomendações para que as políticas públicas para a garantia dos direitos de crianças e adolescentes incluam de forma mais assertiva seus direitos sexuais e reprodutivos.

O texto busca abordar o tema a partir de um olhar sistêmico, relacionando as causas que levam à gestação, com as barreiras para sua vivência e os significados que a sociedade atribui aos conceitos de adolescência, sexualidade e gravidez desse grupo social.

Para fazer essa análise a publicação é baseada em três tipos de subsídios: breve revisão da literatura especializada sobre o tema; cenário do fenômeno no país, com o levantamento de alguns dados estatísticos; opiniões e percepções de especialistas da área pública e social e de adolescentes.

A literatura e os dados sobre o atual cenário brasileiro foram pesquisados em bases de dados digitais, relacionados na bibliografia. Já a opinião de especialistas e adolescentes foi proveniente da Oficina sobre Gravidez na Adolescência – Voz de Adolescentes e Especialistas, promovida pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), o Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA) e o Instituto dos Direitos da Criança e do Adolescente (INDICA).

O evento ocorreu nos dias 11 e 12 de novembro de 2015 em Brasília e teve como objetivo propiciar um espaço dialógico entre profissionais, principalmente da área de saúde, e adolescentes grávidas ou que já são mães e seus companheiros. Em 2 dias de debates, eles problematizaram o tema e identificaram causas, gargalos e lacunas, contribuindo, assim, para qualificar as demandas relativas às políticas de promoção dos direitos de adolescentes, inclusive no que diz respeito à saúde sexual e reprodutiva.

A metodologia da publicação envolveu diferentes instrumentos e técnicas. Para a Oficina sobre Gravidez na Adolescência foi utilizado o quadro analítico Monitoring Results for Equity System (Mores), utilizado amplamente pelo UNICEF em seus programas e detalhado no capítulo 3.

Com base nesse quadro analítico e na revisão de literatura especializada, foi elaborado um modelo conceitual de macrofatores causais, fatores condicionantes/intervenientes e fatores estruturantes/transversais para análise dos determinantes e dos gargalos da gravidez na adolescência. Tal modelo gerou um novo quadro analítico, com a recategorização de alguns itens do Mores, agregando tanto os determinantes como os gargalos (confira no Anexo).

O material está dividido em seis capítulos. O capítulo 1 discute brevemente as conceituações sobre gravidez na adolescência, constantes na produção acadêmica e reunidas em torno de duas principais abordagens: problema/risco e fenômeno. O capítulo 2 apresenta o cenário da gravidez adolescente no Brasil, com dados estatísticos que indicam como ela se relaciona a questões socioeconômicas. O capítulo 3 aborda em detalhes a Oficina sobre Gravidez na Adolescência e a metodologia Mores, que serviram de subsídio para a elaboração da publicação.

O capítulo 4 debate os determinantes da gestação, a partir do modelo conceitual proposto, elencando diversas categorias de análise para aprofundar alguns elementos dos macrofatores causais e fatores condicionantes e estruturantes. O capítulo 5 discute os gargalos, também com base no modelo proposto. O capítulo 6 elenca algumas recomendações para qualificar programas e serviços hoje existentes e avançar em direção à elaboração de uma política pública sobre direitos sexuais e reprodutivos de adolescentes.

{ CAPÍTULO 1 }

CONCEPÇÕES SOBRE GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA



Dois posicionamentos podem ser encontrados na literatura sobre gravidez na adolescência. Um a concebe como problema social e é sustentado por estudos que, embora reconheçam a multifatorialidade das causas, se centram nas vulnerabilidades e nos riscos/perigos que acometem parte das adolescentes gestantes.

Outro posicionamento a conceitua como um fenômeno social, no qual uma série de elementos do contexto social, cultural e subjetivo de meninas e de meninos e de seus familiares deve ser levado em consideração. Aqui, embora se reconheça os eventuais problemas que os/as adolescentes possam ter com a gravidez, o foco de atenção se assenta nos diversos fatores que levam esse público a uma situação de gestação, incluindo os significados atribuídos a ela pelos próprios adolescentes.

Essas maneiras diferenciadas de ‘conceber’ a gravidez afetam decisivamente as atitudes dos próprios adolescentes, de seus familiares e dos profissionais dos programas sociais e dos serviços de atenção às mulheres gestantes. Consequentemente, essas visões e atitudes repercutem nas intervenções concretas dos diversos atores que interagem com a adolescente gestante, o pai/parceiro e seus familiares.

ADOLESCÊNCIA: CONSTRUCTO HISTÓRICO-SOCIAL

Antes, porém, de aprofundar essa discussão, é necessário abordar os dois conceitos que embasam as diferentes concepções sobre o tema: adolescência e gravidez. São eles que modulam as concepções que os gestores das políticas públicas, as famílias, os estudiosos e a sociedade possuem sobre o fenômeno. O que é adolescência? Como a gestação se relaciona a esse grupo social?

Do ponto de vista jurídico, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) define adolescente como a pessoa entre 12 e 18 anos incompletos. Do ponto de vista biomédico e orgânico, a adolescência é definida pela faixa etária: pré-adolescência de 10 a 14 anos e adolescência de 15 a 19 anos, idades que a Organização Mundial de Saúde (OMS) categoriza como de ocorrência da ‘gravidez na adolescência’¹.

¹Ramos, Pereira e Rocha, 2001; Silva *et al.*, 2010; Horta e Sena, 2010.

Mas, para além dos parâmetros etários, muitos pesquisadores defendem que a adolescência é uma construção histórica. Portanto, só pode ser compreendida a partir de contextos sociais, culturais, econômicos e subjetivos, que determinam características, comportamentos e opções de vida tanto individuais como coletivas. Minayo (1999) salienta que história, tradição e cultura contribuem para a expressão de valores que marcam a cultura juvenil.

Ayres (1993) ressalta que entender o conceito de adolescência somente pelo paradigma biomédico, portanto como fase do desenvolvimento humano ou de transição para a vida adulta, é atribuir uma natureza a-histórica ao conceito. Segundo ele, é preciso superar uma visão generalista sobre esse grupo social, compreendendo-o historicamente. Isso significa somar ao viés biológico as condições concretas da sua existência social.

Por essa perspectiva, mesmo que haja uma faixa etária que congregue determinadas macrocaracterísticas, a adolescência não pode ser vista de forma universal, com prescrições que possam ser aplicadas para todo esse grupo social indistintamente. Por isso, diversas/os especialistas falam em adolescências, no plural, termo capaz de abarcar todas as possibilidades de vivência e atribuição de sentido que esses sujeitos dão às suas vidas².



UNICEF/BRZ/Rayssa Coe

²Ramos, Pereira e Rocha, 2001; Pantoja, Bucher, Queiroz, 2007; Dias e Teixeira, 2010; Horta e Sena, 2010; Fariase Moré, 2012; Heilborn, 2012.

CICLOS DE VIDA

Dos Santos (1996) desenvolveu a seguinte conceituação sobre os ciclos de vida da infância e da adolescência:

As noções mais gerais e usuais dos termos infância e adolescência referem-se aos períodos do ciclo da vida que têm dimensões biológicas e culturais. A infância é uma fase da vida do ser humano que vai do nascimento até a puberdade, e a adolescência a sucede, até a idade adulta. Ambas se caracterizam por um crescimento extremamente dinâmico e concomitante em vários domínios do ser: são mudanças anatômicas, fisiológicas, psíquicas e sociais. Embora o desenvolvimento biológico seja universal, o recorte desse *continuum* obedece às diferenças do ritmo fisiológico, e varia de indivíduo para indivíduo e de acordo com o sexo. A idade cronológica não constitui um critério válido de maturação física, pois observa-se mudanças nisso de geração para geração. Cada uma delas pode sofrer diferenciações internas, ou seja, ser subdividida, e a definição do tempo de duração porta conotações diferentes em diferentes sociedades e culturas.

Também os conteúdos e significados sociais - papéis, funções e atributos - da infância e adolescência são singulares e dotados de características próprias em cada época, sociedade e cultura. Existe consenso em relação ao fato de que o lazer, as brincadeiras e a educação (socialização) são atividades próprias da infância nas sociedades ocidentais atuais, destinadas a preparar as crianças para a vida em sociedade, tanto enquanto crianças quanto como adultos. Por fim, as duas categorias não são vividas de forma homogênea, mesmo nas culturas que têm consciência de suas particularidades em relação às outras idades do ciclo vital. Concorrem para o estabelecimento de variações intraculturais os cortes de gênero, etnia, contexto urbano/rural e mesmo o porte das cidades. Cada sociedade e cultura constrói uma escala de valores que confere importâncias distintas a cada fase da vida e define as idades privilegiadas ou paradigmáticas. Desse modo, acredita-se que, ao invés de nos referirmos à infância e à adolescência como se fossem categorias homogêneas, seria mais apropriado falarmos de infâncias e adolescências, para afirmar a diversidade de situações que se ocultam sob o manto dessas terminologias. Além do que, sugere-se que sejam sempre adjetivadas, para fazer emergir da realidade social o máximo das especificidades que os significados dessas categorias podem conotar.

GRAVIDEZ: CONCEITO HISTÓRICO-SOCIAL

Assim como a adolescência, a literatura sociológica também conceitua a gravidez como um fenômeno social. Ela é uma das possibilidades de ocorrência na trajetória de meninas e meninos, tendo significados diferenciados, a depender do lugar que a sociedade atribui ao adolescente em dado momento histórico.

Estudos demonstram o quanto a maternidade é uma construção social que orienta os conceitos, as práticas e os afetos, estabelecendo normatizações para sua ocorrência nas diversas faixas etárias, como a adolescência. As gerações nascidas nos anos 1920, 1930 e antes tiveram filhos ainda muito jovens. Engravidar entre 14 e 19 anos era basicamente uma norma social vigente em muitas regiões do país. Portanto, ser adolescente mãe e pai, com todas as suas implicações, provém da forma como a adolescência e a maternidade foram sendo definidas ao longo da modernidade³.

GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA COMO ‘PROBLEMA SOCIAL’

Do ponto de vista da literatura especializada, são as pesquisas do campo da saúde que mais representam a gravidez como um problema social. Como vimos, adolescência e gravidez são conceitos históricos e sociais, marcados por diferentes concepções, a depender das escolhas epistemológicas e teóricas feitas pelos sujeitos. Tais escolhas vão demarcar os posicionamentos das pesquisas e das práticas sociais sobre o tema, analisando-o como problema social e de saúde pública.

De forma geral, as pesquisas do campo biomédico costumam enfatizar os aspectos negativos da gestação na adolescência, com o levantamento e/ou reforço de dados que comprovem o caráter de problema de saúde pública. Dentre as intercorrências médicas sofridas pelas meninas gestantes estão tentativa de abortamento, anemia, desnutrição, hipertensão, sobrepeso, eclampsia e pré-eclampsia, desproporção céfalo-pélvica, trabalho de parto prematuro, complicações obstétricas e depressão pós-parto⁴.

³ Giuliani, 2012.

⁴ Dias e Teixeira, 2010; Silva et al. 2010; Silva e Tonete, 2006; Farias e Moré, 2012.

Alguns autores afirmam que o bebê também pode ter a saúde afetada devido à gravidez adolescente associada a situações de prematuridade. Dentre os problemas apontados estão baixo peso ao nascer, morte perinatal, epilepsia, deficiência mental, transtorno de desenvolvimento, baixo quociente intelectual, cegueira, surdez, aborto natural, dificuldade de adaptação à vida extrauterina devido à imaturidade dos órgãos e maior vulnerabilidade no desenvolvimento de doenças⁵.

Há ainda estudos que correlacionam os problemas de saúde das gestantes não propriamente à idade, mas à situação de pobreza. Segundo esses estudos, grande parcela das adolescentes grávidas se encontra em situação socioeconômica precária, o que se associa à ausência de condições adequadas de saúde, higiene, alimentação e habitação⁶.

Do ponto de vista social, as pesquisas apontam correlação da gestação adolescente à evasão e/ou abandono escolar, situação de pobreza, vulnerabilidade, desemprego, entrada precoce no mercado de trabalho, situações de violência e negligência, mobilidade social etc.⁷

Ao focar nos problemas da gravidez na adolescência, esses estudos reafirmam, sem apresentar um parâmetro de idade adequada para a maternidade, que esse ciclo de vida não é o mais adequado para a reprodução, contribuindo para o estabelecimento de uma norma social subliminar: gravidez na adolescência é um problema para a sociedade.

⁵Ibidem.

⁶Kassar *et al.*, 2006.

⁷Dias e Teixeira, 2010.



GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA COMO UM FENÔMENO SOCIAL

No entanto, muitos estudos de cunho mais antropológico apontam aspectos faltantes nesse debate, como, em geral, as pesquisas acima mencionadas não levarem em consideração o ponto de vista das adolescentes. Além disso, criticam o fato de essa construção normativista não ter um olhar mais abrangente sobre as diversas adolescências, para as quais as trajetórias de vida são distintas e nas quais nem sempre a gravidez pode ser entendida com um sentido único. Ao contrário, deve ser refletida a partir de aspectos sociais, psicológicos e históricos. Alertam, ainda, que é necessário incluir nessa discussão os direitos sexuais e reprodutivos de meninas e meninos.

Nessa perspectiva, ao constatar que a gravidez na adolescência e no início da juventude passou de norma socialmente aceita a problema social, cabe perguntar: o que mudou então? A literatura aponta uma série de fatores, tais como as mudanças culturais em relação às mulheres, para as quais o papel de mãe deixa de ser hegemônico e elas podem exercer outras funções na vida; a expansão do mercado de trabalho para as mulheres; o aumento do nível de escolarização; a disponibilidade de métodos contraceptivos; a crescente urbanização, dentre outros⁸.

Outro fator é que as transformações ocorridas no conceito de infância e de adolescência na modernidade podem causar estranhamento, por parte de alguns segmentos sociais, ao relacioná-lo com a gravidez. Historiadores afirmam que o conceito de adolescência emergiu como ciclo de vida intermediário entre a infância e a juventude⁹, motivado por fatores como prolongamento do número de anos considerados infância e adolescência (antes eram muito curtos); segmentação/diversificação dos espaços de socialização de crianças e adolescentes; o ofício de crianças/adolescentes se tornou estudar e realizar outras atividades que os preparassem para vida adulta; e a entrada no mercado de trabalho ficou para mais tarde na adolescência ou na juventude¹⁰.

Desta forma, o que hoje se concebe como adolescência e como idade certa para o exercício da maternagem é diferente do que se concebia nos séculos XVII e

⁸Ipea, 2008; Dias e Teixeira, 2010; Giuliani, 2012.

⁹Ariés, 2012.

¹⁰Santos, 1996.

XVIII. Até então, a infância era uma etapa muito curta na vida das pessoas, que na sequência já adentravam no mundo adulto. Para as meninas, a menarca era o ponto de passagem, quando já estavam aptas para o casamento e a reprodução. Ter filhos era uma atribuição na qual o *status* maternal como o conhecemos hoje não existia e as crianças eram criadas no seio da comunidade, cabendo aos pais uma posição coercitiva¹¹.

Mas do ponto de vista sociológico, antropológico e psicológico a menarca deixou de ser símbolo de chegada à vida adulta e à idade adequada para a reprodução. Estudos no campo da Psicanálise apontam que, na sociedade contemporânea, a falta de um rito de passagem da vida de criança para o de pessoa adulta faz que essa mudança de *status* seja convencionalizada de lugar para lugar, de família para família ou de pessoa para pessoa¹². Assim, embora não se tenha consenso sobre a idade apropriada para a maternidade, diversos segmentos acreditam que essa é uma tarefa para mais tarde na trajetória de uma mulher.

A maternidade, a partir da modernidade, ganhou estatuto positivo, cabendo à mulher um novo papel social de mãe e conferindo-lhe as atribuições de cuidado e afeto. A gestação adolescente, que antes não era vista como um problema¹³, começa a mudar quando novas concepções sobre adolescência são definidas, gerando outras expectativas quanto às suas trajetórias de vida e prescrevendo a maternagem para a fase adulta, já de mulher.

Aos adolescentes caberiam agora o avanço na escolarização, a preparação para o trabalho e a construção da identidade. Soma-se a isso o conceito de adolescência que passou a constituir alguns discursos da literatura, ligando-os à instabilidade, a rebeldia, a crises e a contradições. Nesse cenário, uma gravidez intensificaria os transtornos inerentes à sua condição, além de frustrar as expectativas postas sobre elas e eles.

Dessa forma, foi sendo forjada uma ideia de que a gestação não constitui uma experiência normativa para as meninas e os meninos. Ao contrário, significa desvio de percurso e mudanças na trajetória de vida, atrapalhando a vivência do que seria considerada uma boa adolescência¹⁴.

¹¹Aryés, 1981.

¹²Peter Blos.

¹³Giuliani, 2012.

¹⁴Idem.

Contudo, aqueles que veem a gravidez na adolescência como um fenômeno social, sem desconsiderar a ocorrência de problemas e registrar potenciais consequências na vida desses sujeitos, tendem a se perguntar (ou mesmo acreditar) se parte dos problemas sofridos pelas meninas ao engravidar não estaria relacionada com a própria construção normativista da gravidez da adolescência como algo 'precoces', portanto, fora de 'lugar' e de 'época', e com o papel e *status* econômico que a sociedade contemporânea constrói para as/os adolescentes.

Nos capítulos seguintes, aprofundamos essas duas visões acima discutidas. Apresentamos suas consequências para as intervenções sociais junto às adolescentes grávidas, seus parceiros ou parceiras e pais biológicos e aportamos o ponto de vista das próprias meninas participantes da Oficina sobre Gravidez na Adolescência – Voz de Adolescentes e Especialistas.



{ CAPÍTULO 2 }

CENÁRIOS DA GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA NO BRASIL



Os dados demográficos sobre gravidez na adolescência, levantados por órgãos de pesquisa e de gestão das políticas públicas, como também pela academia, apontam que esse fenômeno está relacionado a situações de vulnerabilidade presentes na vida de parte das meninas e de meninos que vivenciam a maternidade e a paternidade.

No entanto, muitas/os especialistas e teóricos ressaltam a necessidade de interpretar tais dados à luz do conceito de gravidez como fenômeno complexo, que afeta de forma diferenciada as adolescências, a partir de contextos específicos da sua ocorrência.

As pesquisas indicam um discreto decréscimo no número de mães entre 15 e 19 anos a partir da década de 2000 no Brasil. Entre 2004 e 2014 o registro de nascidos vivos passou de 78,8 para 60,5 filhos por mil mulheres nesse grupo etário, o que indica uma diminuição de 18,4% para 17,4% no mesmo período. Tal queda contrasta com dados da década anterior, quando esse indicador subiu de 75 para 89,7, entre 1980 e 2000¹⁵.

O decréscimo do último período segue a tendência dos demais grupos etários acima de 19 anos. A taxa de fecundidade total no Brasil em 2014 foi de 1,74 filhos por mulher, contra 2,14 filhos por mulher em 2004, representando uma queda de 18,6% nesse indicador¹⁶.

Tal decréscimo pode ser explicado pela mudança de concepção sobre a maternidade devido aos custos sociais de se ter filhos na sociedade contemporânea. A diminuição do número de filhos por famílias é uma tendência histórica, iniciada nos primeiros séculos da modernidade, como atestam muitos estudos históricos¹⁷.

No caso de adolescentes, alguns fatores podem ser elencados para essa diminuição, tais como campanhas nacionais dirigidas para esse grupo sobre prevenção de infecções sexualmente transmissíveis e Aids; implementação de ações de saúde sexual e reprodutiva específicas para adolescentes, inclusive contracepção de emergência; inclusão do tema da educação sexual nas escolas;

¹⁵IBGE, 2015.

¹⁶IBGE, 2015.

¹⁷Ariés; Shorter; Stone.

e exposição na mídia de massa sobre as consequências da gravidez não planejada¹⁸. São fatores que podem estar convencendo os/as adolescentes a prorrogar para mais tarde a decisão de engravidar.

As taxas brasileiras de gravidez na adolescência são similares às de outros países da América Latina e do Caribe (66,5 por mil para o período 2010-2015). Porém, são taxas menores do que as de países africanos (98,5 por mil) e bem mais altas do que as da Europa (16,2 por mil) e da América do Norte (28,3 por mil)¹⁹.

Em relação aos percentuais brasileiros, verifica-se que no grupo situado entre os ciclos de vida da infância e do início da adolescência (de 10 a 14 anos) as taxas de fecundidade são baixas e os números mais estáveis: no ano 2000 foram registrados 28.973 nascimentos de bebês de mães nessa faixa etária, representando 1% em relação ao grupo de 10 a 19 anos, enquanto que em 2014 esse número foi de 28.244, representando 0,9% do total de mães adolescentes²⁰.

Em que pese nas faixas etárias mais novas os percentuais serem baixos em relação às faixas etárias mais velhas, em termos absolutos ainda são altos. A gravidez nesse grupo (10 a 14 anos) pode estar mais associada a problemas de saúde, emocionais e sociais para as meninas, cuja maturidade para a maternidade ainda não está formada. Além disso, a gravidez pode ser resultado de violência sexual, como abordamos em maior detalhe na página 67.

O casamento adolescente é outro fator que pode estar associado à gestação nessa fase da vida. Pesquisa do Instituto Promundo (2015) levanta alguns fatores explicativos para o matrimônio adolescente e aponta dentre eles o desejo de proteger a reputação da menina e da família e de garantir a responsabilidade do homem, no caso de uma gravidez indesejada.

O Censo de 2010 indica que na faixa etária de 10 a 17 anos 2,9% das meninas já tinham tido pelo menos um filho e que grande parte dessas mães era ou já tinha sido casada ou vivido em união consensual. Das adolescentes nessa mesma faixa que nunca viveram com cônjuge ou com companheiro, cerca de 1,3% tinha tido filho, enquanto que 40,4% das que tinham vivido com o marido tinham tido ao menos um filho.

¹⁸Ipea, 2008.

¹⁹IBGE, 2015.

²⁰Observatório da Criança, Fundação Abrinq, 2016.

CARACTERÍSTICAS GERAIS DAS ADOLESCENTES GRÁVIDAS

Alguns estudos apontam correlação entre gravidez na adolescência e baixos índices de escolaridade e renda. Observa-se ainda um viés de raça/etnia na sua ocorrência, com maior prevalência entre meninas pobres, negras e/ou indígenas e com menor escolaridade²¹.

O IBGE indica as seguintes características da população de adolescentes entre 15 e 19 anos que tinham ao menos um filho nascido vivo em 2014:

- **Idade:** Maior concentração de adolescentes grávidas no final da adolescência e início da juventude, com 65,9% de meninas entre 18 ou 19 anos de idade.
- **Cor/raça:** 69% das meninas eram negras (pretas ou pardas).
- **Trabalho:** 59,7% das meninas não trabalhavam nem estudavam e 92,5% cuidavam dos afazeres domésticos.
- **Estado civil:** Enquanto 37,1% estavam na condição de filha na unidade domiciliar, outras 34,2% estavam na condição de cônjuge.
- **Região geográfica:** 35,8% das meninas residiam na Região Nordeste.



²¹UNFPA

ESCOLARIZAÇÃO

Em relação à escolarização, os dados do IBGE indicam que, em 2013, 88,4% das meninas de 15 a 17 anos que não tinham filhos estudavam, enquanto somente 28,4% daquelas que tinham um filho ou mais estavam estudando. Ao se cruzar esse dado por grupo racial percebe-se que o fenômeno atinge de forma equilibrada meninas negras e brancas. Se 70,53% das adolescentes negras que tinham filho não estudavam em 2014, 68,15% das brancas também não. A escolaridade das meninas foi, em média, de 7,7 anos de estudo, sendo que somente 20,1% ainda estavam estudando em 2014.

Vale ressaltar que algumas pesquisas apontam que tanto meninas como meninos adolescentes muitas vezes já haviam abandonado a escola ou tinham uma vivência de estudos bastante irregular quando da ocorrência da gravidez. Assim, segundo essas pesquisas, a gravidez acentua um quadro já dramático em relação à escolarização de adolescentes e jovens²².

É preciso ressaltar ainda que as adolescentes têm direito à educação e que esta deve ser garantida tanto na fase de gravidez como após o nascimento da criança. No entanto, como veremos nos capítulos 4 e 5, nem sempre esse direito é efetivado, seja porque as instituições de ensino não priorizam a situação das estudantes gestantes ou mães, seja pelo contexto social no qual a gravidez ocorre e que acaba afastando as meninas da escola.

As instituições de ensino devem ter políticas para acolher as meninas grávidas e mães, propondo alternativas para questões como frequência escolar e outras necessidades pedagógicas, evitando-se, assim, que elas abandonem os estudos ou percam o ano por faltas. Há inclusive um projeto de lei no legislativo federal (PL 2350/2015, do deputado federal Jean Wyllys) garantindo às adolescentes grávidas direito ao regime de exercícios escolares domiciliares.

SAÚDE

Na saúde, os dados demonstram que, em 2013, 38,61% das adolescentes grávidas entre 10 e 14 anos e 48,61% entre 15 a 17 anos fizeram sete ou mais consultas de pré-natal. O número mínimo de consultas recomendado pelo Ministério da Saúde é seis. Porém, 21,83% das meninas de 10 a 14 anos e

²²Dias e Aquino, 2006; Pantoja, Bucher e Queiroz, 2007; Ipea, 2008; Dias e Teixeira, 2010.

²³MS/UNICEF, 2013

14,58% de 15 a 17 anos fizeram até três consultas de pré-natal. Ressalta-se o percentual significativo, sobretudo para o grupo etário mais novo.²³

Outras questões ligadas ao contexto da maternidade no Brasil atingem as meninas da mesma forma que as mulheres adultas, como o alto número de cirurgias cesáreas. Pesquisa da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) indica que, entre 2011 e 2012, 43% das adolescentes grávidas fizeram cesarianas, num universo de quase 24 mil mulheres grávidas pesquisadas.

A Fiocruz alerta que a proporção elevada dessa cirurgia é preocupante nessa faixa etária, uma vez que mulheres que iniciam a vida reprodutiva mais cedo tendem a ter mais filhos e, conseqüentemente, estarão mais expostas a riscos nas gestações futuras.

LEGISLAÇÃO SOBRE IDADE PARA RELAÇÃO SEXUAL E CASAMENTO

A legislação brasileira normatiza duas situações que podem ter impacto na gravidez adolescente: idade a partir da qual a relação sexual é permitida e idade para o casamento. No primeiro caso, o Código Penal²⁴ estabelece como estupro de vulnerável a conjunção carnal ou prática de ato libidinoso com criança ou adolescente menor de 14 anos, ainda que haja consento. A pena para esse crime é de 8 a 15 anos de reclusão.

Já para o casamento, a idade mínima estabelecida pelo Código Civil é de 16 anos, desde que com autorização de ambos os pais ou dos responsáveis legais, enquanto não atingida a maioridade civil²⁵.

Ainda que nesse texto não proponhamos uma análise mais aprofundada sobre as leis e a prática social, é possível notar sua correlação com a gravidez na adolescência. O número de gestações de meninas entre 10 e 14 anos e o de casamentos abaixo dos 16 anos atesta o descumprimento da idade mínima estabelecida pelas normativas.

²⁴ Art. 217-A, 226 e 234-A do Código Penal, modificado pela Lei nº 12.015, 2009.

²⁵ Artigo 1.517 do Novo Código Civil, 2003.

OS DIREITOS DA ADOLESCENTE GESTANTE

POR JOÃO BATISTA DA COSTA SARAIVA E MÁRIO VOLPI²⁶

O tema da gravidez na adolescência, com todas as controvérsias que o cercam, vem ganhando cada vez mais visibilidade, em função da preocupação com o desenvolvimento integral da mãe adolescente e da criança que dela nasce.

Alguns tratam o tema como uma ‘questão de saúde pública’, outros com um ‘problema a ser enfrentado’. Há também os que o entendem como um ‘fenômeno resultante de múltiplos fatores’, que faz parte de escolhas, decisões ou estratégias de afirmação da adolescente diante dos seus pares, da sua família e da sociedade.

Como este artigo pretende esboçar uma breve reflexão do ponto de vista do direito, é preciso considerar que há dois sujeitos de direitos neste contexto: a mãe adolescente e a criança.

Em 2004 nasceram 635.014 crianças filhas/os de adolescentes com idade entre 15 e 19 anos. Em 2014 nasceram 534.364. Este dado revela uma queda nos números da gravidez na adolescência nessa faixa de idade. Entretanto, nesse mesmo período nasceram 26.276 crianças de gestantes adolescentes entre 10 e 14 anos de idade. Em 2014 foram 27.610 nascidos vivos filhos de gestantes adolescentes de 10 a 14 anos. (Fonte: MS/SVS/Dasis – Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – Sinasc)

Estes dados revelam uma situação grave, na qual os números da gravidez na adolescência estão decrescendo entre as adolescentes de 15 a 19 anos e crescendo exatamente na faixa etária mais vulnerável, isto é, entre 10 e 14 anos de idade. Além dos problemas decorrentes desta gravidez precoce, há que se considerar que no artigo 217-A do Código Penal Brasileiro, define-se como “estupro de vulnerável o ato de ter conjunção carnal ou praticar outro ato libidinoso com menor de 14 anos”.

Outro dado importante a considerar é que no Censo de 2010 o IBGE encontrou cerca de 43 mil adolescentes com menos de 14 anos de idade vivendo em “situação marital”.

²⁶ João Batista da Costa Saraiva foi juiz da Infância e Juventude; é advogado e professor da Escola Superior da Magistratura do Rio Grande do Sul. Mário Volpi é formado em Filosofia; é mestre em Políticas Sociais e coordenador do Programa Cidadania dos Adolescentes do UNICEF no Brasil.

Não há dúvida de que o país precisa continuar protegendo as adolescentes entre 15 e 19 anos e que as medidas de prevenção adotadas para esta faixa de idade estão obtendo resultados importantes e devem ser fortalecidas e ampliadas. No caso das meninas entre 10 e 14 anos de idade, faz-se urgente adotar medidas protetivas e de prevenção com novas abordagens e perspectivas que obtenham resultados efetivos no objetivo de garantir o direito das crianças de 10 e 11 anos de serem crianças e das adolescentes de 12 a 14 anos de serem adolescentes.

Do ponto de vista do direito, é preciso esclarecer que crianças e adolescentes, isto é, as pessoas com idade inferior a 18 anos, têm, pela Convenção dos Direitos da Criança, de 1989, instrumento jurídico internacional assinado por todos os países do mundo, à exceção dos Estados Unidos, os mesmos direitos. Nesse marco, a Convenção dos Direitos da Criança traz a convergência entre diferenças culturais, do Ocidente ao Oriente, de todas as crenças e convicções políticas.

No caso do Brasil, o Estatuto da Criança e do Adolescente, de 1990, acolheu todos os princípios da Convenção e definiu claramente os direitos assegurados a todas as pessoas com menos de 18 anos.

Não há, portanto, do ponto de vista legal, nenhuma diferença entre os direitos da criança que nasce e da sua mãe adolescente.

A sociedade, as políticas públicas, as instituições, a escola não podem alegar que o fato de a menina ser mãe exclui qualquer direito dela como adolescente.

Continua sendo dever do Estado, da família e da sociedade zelar pela garantia integral dos direitos da mãe adolescente e da criança que dela nasce.

Mesmo antes da Convenção e do Estatuto da Criança e do Adolescente, o Brasil teve a preocupação em garantir, por exemplo, que a gestante adolescente tivesse assegurado o direito à educação, conciliando sua maternidade com o direito de aprender. A Lei 6.202, de 17 de abril de 1975, determina que “a estudante em estado de gravidez ficará assistida pelo regime de exercícios domiciliares” nos casos de, pela sua condição, ficar impedida de frequentar a escola.

Parece-nos, entretanto, que o cumprimento desta lei não vem ocorrendo, uma vez que um estudo do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) realizado em 2009 diz que o percentual de abandono escolar foi de 6,1% entre me-

ninas de 10 a 17 anos sem filhos. Já para meninas na mesma faixa etária com filhos a porcentagem saltou para 75,6%.

Outro dado importante, destacado pela Rede Nacional da Primeira Infância (RNPI) na cartilha *Primeira Infância e Gravidez na Adolescência*, é que a possibilidade de morte infantil duplica para os filhos de adolescentes abaixo dos 15 anos, se compararmos com os de adultas entre 25 e 29 anos.

É importante reafirmar o princípio da isonomia de direitos entre a adolescente mãe e seu bebê para que o desenho das políticas públicas seja mais coerente e promova o desenvolvimento integral de ambos.

Há muito tempo se observa certa tendência a relativizar os direitos da adolescente sob o pretexto de que ela agora ‘deve assumir suas responsabilidades de mãe’. Ora, se se fez mãe, mas permanece adolescente, aí reside toda a necessidade de um olhar do Estado que lhe garanta os direitos próprios de sua condição de mãe e de adolescente.

Não há dúvidas de que o fato de ser mãe altera profundamente a vida de uma adolescente, mas a sua condição de pessoa em desenvolvimento, sujeito de direitos e que deve ser tratada com prioridade absoluta não pode ser alterada sob qualquer forma e pretexto.



UNICEF/BRZ/Rayssa Coe

INTERVENÇÕES NO ÂMBITO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS FEDERAIS E ESTADUAIS

É importante ressaltar que os dados relatados constatarem situações de vulnerabilidade que algumas meninas enfrentam no decurso de sua gravidez, cuja superação tem contado com o esforço de especialistas, das políticas públicas e de segmentos da sociedade civil. A queda no índice de fecundidade adolescente a partir de 2000 é resultado desse empenho.

Algumas propostas vêm sendo discutidas no âmbito legislativo visando a apoiar adolescentes grávidas, tais como acompanhamento escolar diferenciado e funcionamento de creches no período noturno para servir de suporte às meninas a fim de que continuem estudando.

Em âmbito executivo existem programas, projetos e experiências públicas importantes, algumas delas participantes da Oficina sobre Gravidez na Adolescência – Voz de Adolescentes e Especialistas.

COORDENAÇÃO DE SAÚDE DO ADOLESCENTE

No âmbito federal, o Ministério da Saúde (MS) mantém uma área específica voltada para adolescentes, por meio da Coordenação de Saúde de Adolescentes e Jovens do Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas da Secretaria de Atenção à Saúde, criada em 1990, que incorporou as ações do Programa Saúde do Adolescente (Prosad), de 1989²⁷.

²⁷Para saber mais sobre a Coordenação de Saúde de Adolescentes e Jovens do MS acesse: < <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/sas/saude-do-adolescente-e-do-jovem> >.

Essa coordenação é responsável pela implementação das Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na promoção, proteção e recuperação da sua saúde. Na área de saúde sexual e reprodutiva, as iniciativas abrangem planejamento familiar voltado para o público adolescente; disponibilização de métodos contraceptivos; capacitação dos profissionais da saúde e da educação nas temáticas de saúde sexual e reprodutiva; produção de materiais educativos e cursos à distância; distribuição da Caderneta do Adolescente²⁸; e realização de campanhas sobre planejamento familiar voltadas para esse público.

Como ação intersetorial, o Ministério da Saúde coordena, juntamente com o Ministério da Educação (MEC), o Programa Saúde na Escola (PSE)²⁹. Criado em 2008, o PSE tem como objetivo a promoção da saúde do público de estudantes do ensino básico, profissional e tecnológico. Dentre as ações que promove no espaço escolar estão educação em sexualidade, saúde reprodutiva e prevenção da gravidez não planejada.

REDE CEGONHA

Ainda no escopo do Ministério da Saúde, a Rede Cegonha, criada em 2011, é uma estratégia que visa a implantar uma rede de cuidados para assegurar às mulheres, incluindo as adolescentes, o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério. A iniciativa é importante no sentido de garantir às meninas um parto seguro, evitando-se muitos dos problemas de saúde citados mais acima pelas pesquisas na área biomédica³⁰.

²⁸A Caderneta da Saúde do Adolescente, elaborada pelo Ministério da Saúde, reúne informações sobre saúde sexual e reprodutiva, saúde bucal, alimentação, mudanças corporais e demais aspectos da saúde, visando a informar e orientar adolescentes. Ela conta com duas versões, uma para a menina e uma para o menino. Para conhecer a caderneta acesse: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/sas/saude-do-adolescente-e-do-jovem>>

²⁹Saiba mais sobre o Programa Saúde na Escola no capítulo 5, página 74.

³⁰Para saber mais sobre a Rede Cegonha acesse: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_redecegonha.php>

O Brasil conta ainda com diversas iniciativas públicas executadas em âmbito estadual e municipal. Aqui destacamos duas delas, cujas representantes participaram da Oficina sobre Gravidez na Adolescência: uma do Distrito Federal e outra do município de Betim, em Minas Gerais. Outras experiências podem ser consultadas em publicações da área³¹.

PRÉ-NATAL PARA ADOLESCENTES DA SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL

Com base na prioridade ao cuidado gestacional preconizado pela Rede Cegonha e pelas políticas da Saúde de Adolescentes, a Secretaria de Saúde do DF implantou uma ação voltada para o acompanhamento do pré-natal de adolescentes grávidas. O objetivo é identificar as necessidades psicossociais do período gravídico, sistematizando propostas para apoiar as meninas na construção das habilidades para a maternagem e seu sentido subjetivo.

As adolescentes são convidadas pela equipe de Saúde da Família e/ou das Unidades Básicas de Saúde para participar de uma série de encontros. O convite é extensivo a parceiros e avós (mães das gestantes). Tais encontros contam com dinâmicas de integração, levantamento de expectativas, relatos de caso de cada adolescente, debates, orientação e acolhimento, de forma a construir, coletivamente, reflexões e apoio para que futuras mães e pais possam dar conta de aspectos objetivos e subjetivos da gravidez.

³¹Indicamos duas publicações: o livro O SUS e a saúde sexual e reprodutiva de adolescentes e jovens no Brasil, editado em 2013, numa parceria entre o Ministério da Saúde e o Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA). Disponível para download no link: < <http://www.unfpa.org.br/novo/index.php/biblioteca/publicacoes/populacao-4/783-o-sus-e-a-saude-sexual-e-reprodutiva-de-adolescentes-e-jovens-no-brasil> > e a revista Adolescência & Saúde, suplemento 1, volume 12, março de 2015, do Núcleo de Estudos da Saúde do Adolescente, ligado à Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ).

Como resultados, os profissionais envolvidos na ação apontam melhor condição psicológica de meninas e meninos para lidarem com a gravidez; prevenção à depressão pós-parto; construção de uma rede de apoio familiar e comunitária para elas e eles e de possibilidades de elaboração de habilidades para a vida (participação do companheiro, parentalidade saudável, sentido da maternidade). Além disso, a ação foi prevista na política de educação permanente da Secretaria, por propiciar a intersetorialidade e a condução multiprofissional.

Porém, os desafios são igualmente grandes, como a dificuldade da gestão dos Centros de Saúde e de Unidades Básicas de Saúde de apoiar a iniciativa, falta de recursos humanos para a equipe responsável e ausência da cultura de cuidado, sobretudo psicológico, das e para as adolescentes. Os profissionais reiteram também a necessidade de que as/os adolescentes sejam visibilizados pelas políticas públicas, reconhecendo suas potenciais habilidades para a maternagem.

ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO ADOLESCENTE DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BETIM (MG)

Projeto criado em 2009 pelos trabalhadores e trabalhadoras da saúde no município como forma de atender a população adolescente, sobretudo devido aos altos índices de meninas grávidas e de evasão escolar das meninas grávidas e mães adolescentes.

As ações envolvem atendimento individual das/dos adolescentes por equipe multidisciplinar formada por médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos e outros profissionais; estruturação de grupos de mães adolescentes, adolescentes gestantes e outros; e mobilização de atores institucionais ligados aos Conselhos de Saúde e de Direitos da Criança e do Adolescente, Administração Regio-

nal, escolas e creches, além de lideranças e trabalhadores da saúde, educação e assistência social.

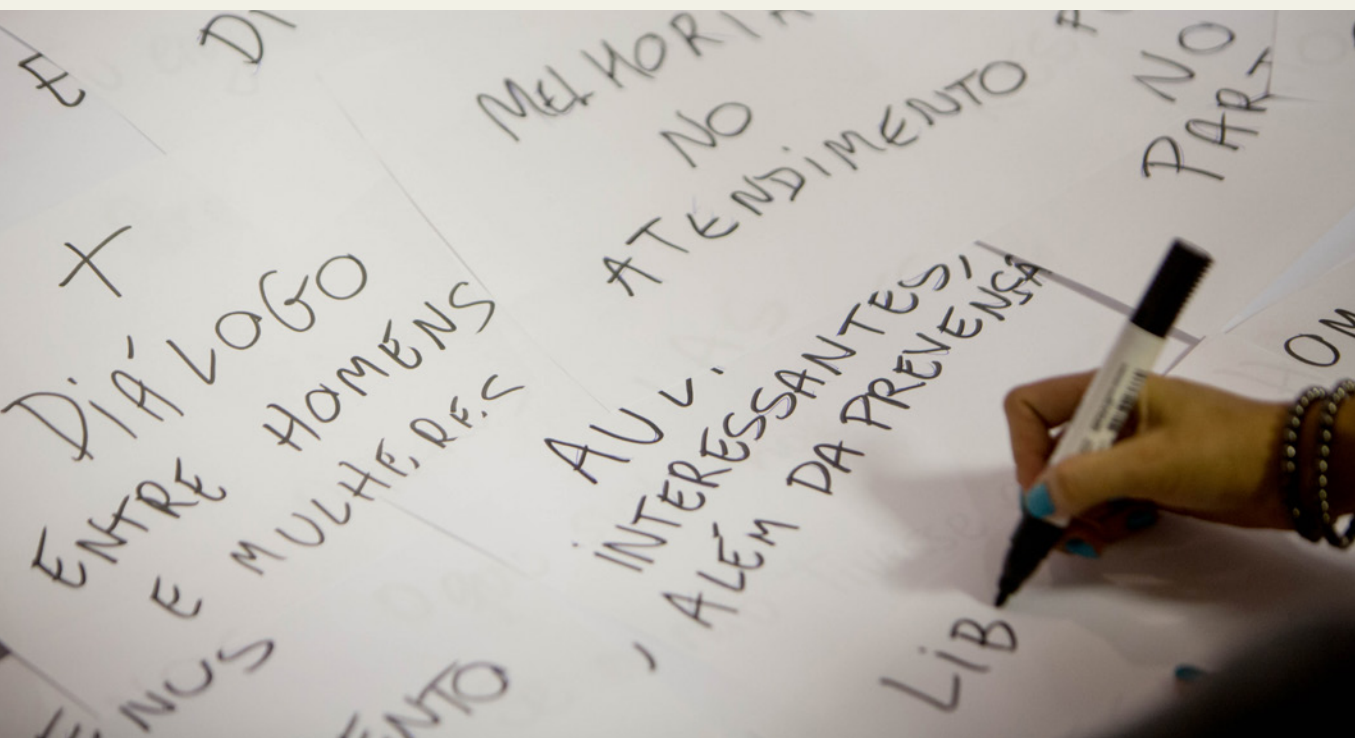
Para garantir a permanência das meninas gestantes e/ou mães na escola, a iniciativa envolveu a implantação do Projeto PET Vidas em Rede, com uma pesquisa sobre a percepção das/dos adolescentes sobre gravidez, o desenvolvimento de ações nas escolas e discussões com as Secretarias de Saúde e de Educação sobre as medidas necessárias para se evitar a evasão motivada pela gestação.

Como resultados, o projeto conseguiu pautar o tema da adolescência nas agendas da Secretaria Municipal de Saúde e da Pontifícia Universidade Católica (PUC) de Betim, além de construir articulação com algumas escolas públicas.

Apesar dos esforços, a equipe avalia ser necessário um longo tempo de amadurecimento, investimento e prioridade política e de gestão para que projetos como esse se consolidem. Essa avaliação, considerada um gargalo pelas/os especialistas participantes da Oficina sobre Gravidez na Adolescência, é aprofundada no capítulo 5 (página 74).

Embora existam avanços nas políticas públicas, como os vistos acima, os programas e as ações ainda não têm sido suficientes para que o Brasil obtenha melhores resultados na prevenção e na atenção à gestação adolescente³². Como veremos, ainda persistem muitos gargalos em áreas como saúde, educação e assistência social, dentre outras, para que as e os adolescentes possam fazer escolhas seguras e planejadas quanto à sua saúde sexual e reprodutiva, bem como possam receber uma atenção mais qualificada quando da ocorrência de gravidez.

³²UNICEF, 2014.



UNICEF/BRZ/Rayssa Coe

OS ACORDOS INTERNACIONAIS E GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA

A promoção da saúde sexual e reprodutiva, com foco na questão da gravidez na adolescência, faz parte de acordos globais ratificados por centenas de países, dentre eles o Brasil. A Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento das Nações Unidas (CIPD) e a IV Conferência Mundial sobre as Mulheres são exemplos. Ambas definiram planos de ação estabelecendo objetivos e metas para o cumprimento dos direitos humanos, dentre elas metas específicas relacionadas à saúde sexual e reprodutiva de adolescentes e jovens.

PLATAFORMA DO CAIRO

A CIPD³³, realizada no Cairo, Egito, em 1994, foi o primeiro acordo global no qual todos os aspectos da vida humana foram abordados integralmente. A Declaração e a Plataforma do Cairo abrangem compromissos na área de saúde sexual e reprodutiva, com destaque para os direitos das e dos adolescentes.

³³Para saber mais detalhes sobre a Declaração e a Plataforma de Ação do Cairo acesse: <<http://www.cairo20mulheres.org/2013/12/12/relatorio-conf-inter-cairo/>>.

O capítulo VII estabelece como objetivos relativos a esse público a oferta de serviços apropriados e de orientação para a promoção de comportamento sexual e reprodutivo responsável e sadio e a redução no índice de gravidez adolescente não planejada (capítulo VII, objetivo E, parágrafo 7.44).

O plano recomenda que os países assegurem programas e informações nas áreas de atenção à saúde; educação sexual; planejamento familiar; e apoio familiar, comunitário e governamental durante a gravidez e nos primeiros cuidados maternos.

PLATAFORMA DE PEQUIM

A IV Conferência Mundial sobre as Mulheres³⁴ ocorreu um ano depois da CIPD, em 1995, em Pequim, China, e teve como objetivo promover o debate, estabelecer normas, ampliar o diálogo e dar visibilidade à situação de discriminação das mulheres no mundo. A Declaração e a Plataforma de Ação de Pequim contam com o seguinte objetivo dedicado à gravidez das meninas e seus direitos:

Mais de 15 milhões de meninas nas idades de 15 a 19 anos dão à luz a cada ano. A maternidade em idade muito jovem acarreta complicações durante a gravidez e o parto e constitui um risco de óbito materno muito superior à média. Os níveis de morbidez e mortalidade entre os filhos de mães jovens são muito elevados. A maternidade precoce continua sendo um impedimento para a melhoria da condição educativa, econômica e social das mulheres em todas as partes do mundo. Em geral, o casamento e a maternidade precoces podem reduzir severamente as oportunidades de educação e trabalho da mulher, bem como sua qualidade de vida e a dos seus filhos (Plataforma de Pequim, Objetivo estratégico L, parágrafo 268).

Além desse objetivo, outros relacionados ao tema são destacados, como promover e apoiar uma educação sexual das e dos adolescentes, sobretudo por parte das famílias (parágrafo 267). Há ainda o alerta sobre o fato de que as meninas são mais sujeitas a pressões para se engajar em atividade sexual, muitas vezes de forma desprotegida e prematura (parágrafo 269).

³⁴Para saber mais detalhes sobre a Declaração e a Plataforma de Ação de Pequim acesse: <http://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2014/02/declaracao_pequim>

Tanto a Plataforma do Cairo como a Plataforma de Pequim, após 20 anos de suas promulgações, passaram por processos globais de revisão, visando a redefinir o futuro de suas agendas e a reforçar o engajamento dos países signatários.

A Plataforma do Cairo conta com a liderança das organizações sociais brasileiras SOS Corpo, Católicas pelo Direito de Decidir e Cfemea, reunidas na campanha Cairo+20 Mulheres, que pretende monitorar a implementação e realizar ações de incidência política sobre a Plataforma, com o recorte nos direitos das mulheres.

Já a Plataforma de Pequim ganhou uma campanha em 2015, intitulada Pequim+20: Empoderar as Mulheres, Empoderar a Humanidade. Imagine!, que tem como objetivo analisar os resultados alcançados em 12 áreas temáticas listadas como prioritárias e apresentá-las para as novas gerações. Os direitos das meninas compõe uma das 12 temáticas.

OBJETIVOS DO DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL

Já os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS)³⁵, que começaram a ser implementados pelos países signatários a partir de 2016, não possuem metas específicas sobre gravidez na adolescência. Mas o tema é encontrado de forma transversal tanto no objetivo 3, que trata da vida saudável e do bem estar, como no objetivo 5, que trata da igualdade de gênero e do empoderamento de mulheres e meninas. O Brasil é um dos países signatários dos ODS.

O objetivo 3 recomenda que os países assegurem o acesso universal aos serviços de saúde sexual e reprodutiva, incluindo planejamento familiar, informação e educação. Já o objetivo 5 trata do mesmo tema da saúde sexual e reprodutiva, mas se referenciando aos itens já elencados tanto na Plataforma do Cairo como na Plataforma de Pequim.

³⁵Os ODS foram elaborados com bases estabelecidas pelos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), de maneira a completar este trabalho e responder a novos desafios para os próximos 15 anos, tendo validade, portanto, até 2030. O documento foi aprovado em 2015 pela Cúpula das Nações Unidas sobre o Desenvolvimento Sustentável, em Nova York. Para saber mais detalhes sobre os ODS acesse: <<http://www.pnud.org.br/Docs/TransformandoNossoMundo.pdf>>.

{ CAPÍTULO 3 }

OFICINA SOBRE GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA



A Oficina sobre Gravidez na Adolescência – Voz de Adolescentes e Especialistas teve como objetivo ouvir as opiniões e as percepções desses dois públicos, identificando determinantes e gargalos que contribuam para o entendimento do fenômeno e indiquem caminhos para as políticas públicas voltadas à promoção da saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes brasileiros.

Para isso, diversos profissionais e gestores da saúde e da área social, juntamente com adolescentes grávidas e mães, se reuniram nos dias 11 e 12 de novembro de 2015, em Brasília, em 2 dias de reflexões e debates que propiciaram olhares diversificados sobre a gestação desse grupo social. Foi observada diversidade de adolescências, com meninas brancas, negras, em cumprimento de medida de internação e com contextos de vida e maternidade distintos. Houve participação também de pais/parceiros e familiares.

O evento foi promovido pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), o Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA) e o Instituto dos Direitos da Criança e do Adolescente (INDICA). A ideia dessas organizações foi fomentar um espaço de discussão que favorecesse a multivocalidade, com a expressão pontos de vista diversificados, convergentes ou não.

A oficina foi estruturada em dois momentos: o primeiro de discussão separada entre o grupo de especialistas e o grupo de adolescentes e o segundo conjunto, no qual os dois grupos compartilharam sua perspectiva sobre o tema. Esse formato permitiu que as meninas se sentissem à vontade para fazer o debate entre pares e depois socializá-lo coletivamente, sem o risco de exposição de casos individuais.

O grupo de especialistas discutiu o momento antes da gravidez, de forma a identificar os principais determinantes que levam à sua ocorrência e o período posterior, quando a gestação está em curso, e os gargalos que a envolvem, especialmente na área da saúde.

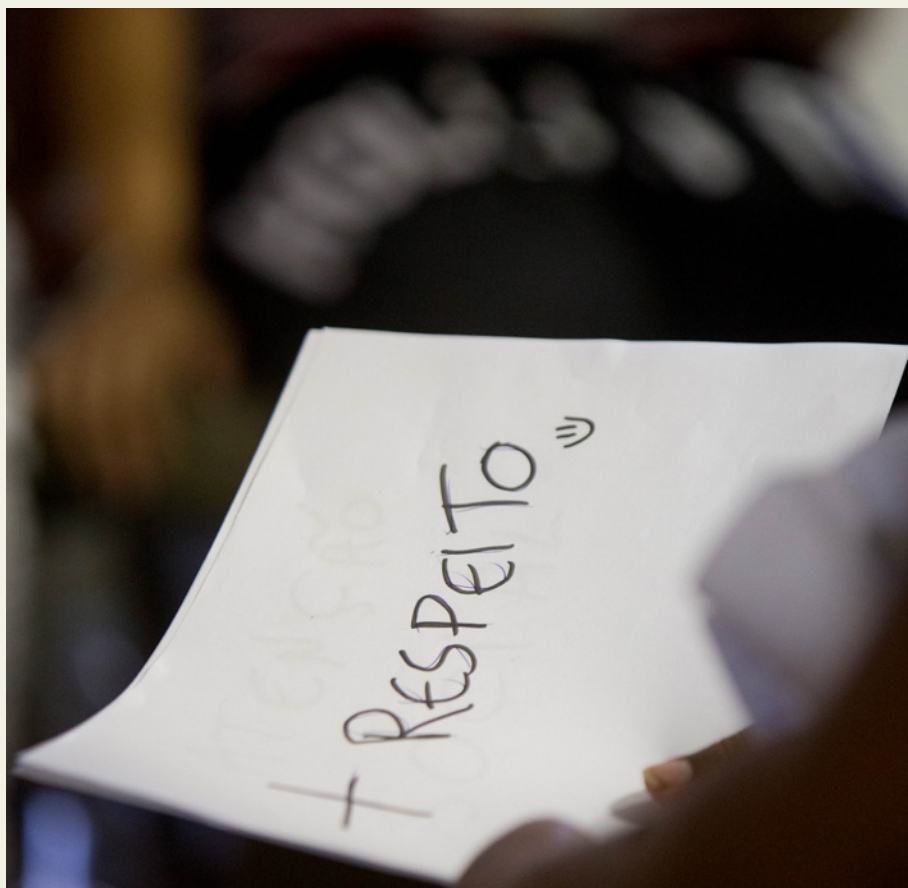
As adolescentes discutiram o tema a partir de suas próprias vivências, relatando o contexto de ocorrência da sua gestação e as consequências que ela gerou. Após o debate, elaboraram os principais pontos que gostariam de levar para o diálogo com as/os especialistas, concentrados, sobretudo, na visão negativa ou crítica dos adultos e profissionais sobre elas.

METODOLOGIA

A metodologia utilizada foi o Monitoring Results for Equity System (MoRES), que estrutura a análise em torno de quatro categorias, para as quais são identificadas determinantes e gargalos capazes de apontar as principais questões e problemas relativos à gravidez na adolescência.

As categorias de análise são: ambiente favorável (condições sociais e econômicas); oferta (disponibilidade de suprimentos essenciais); capacidade dos atores/instituições relevantes (para entregar serviços e/ou promover práticas adequadas); demanda (capacidade e vontade de grupos populacionais específicos para usar os serviços ou adotar comportamentos saudáveis); e qualidade (normas mínimas para a eficácia). Elas são relacionadas a dez determinantes que identificam causas referentes ao tema e, com base neles, propiciam apontar os gargalos mais significativos.

A metodologia, que já vem sendo utilizada pelo UNICEF em seus programas, permite uma abordagem aprofundada das questões mais relevantes em relação aos direitos humanos de crianças e adolescentes.



PRINCIPAIS RESULTADOS

Os conteúdos da oficina foram sistematizados e estruturados de acordo com o quadro analítico MoRES:

Gravidez na Adolescência - Análise dos Gargalos

		Determinantes sociais, políticos, legais culturais e demais fatores que influenciam diretamente as questões relacionadas à gravidez na adolescência	Gargalos/barreiras relacionados à gravidez na adolescência no que tange à:
Ambiente Favorável	Normas Sociais		• Valores e crenças familiares e sociais que incidem sobre a atividade sexual na adolescência, dificultando abordar assuntos relacionados à sexualidade e gerando falta de confiança e de diálogo para resolver os problemas em torno desta questão. Resultado final é a falta de apoio da família. • Falta de apoio do namorado, que não pode ficar junto. • Ter acesso à informação e a métodos contraceptivos não é suficiente para prevenir a gravidez para muitas meninas. Assim, as adolescentes de 15 a 19 anos se 'descuidam' e as de 10 a 14 anos têm pouca governabilidade para escolha/decisão. • Maternidade como estratégia para mudança de <i>status</i>: saída econômica e/ou forma de as meninas serem reconhecidas e valorizadas na família e/ou na comunidade. • Concepção negativa da gravidez na adolescência faz com que muitas e muitos adolescentes não frequentem os serviços de saúde por sentirem vergonha. • Concepção negativa da gravidez, dificuldade de diferenciação e vergonha por possível defasagem idade/série torna difícil a volta à escola depois do nascimento da criança; muitas que já estavam fora da escola decidem permanecer fora.
	Legislação/Políticas Públicas		• Legislação e políticas não consideram os recortes étnicos e raciais. • Problemas relacionados à gestão da informação, com a falta de dados sobre as adolescentes grávidas e sobre os adolescentes meninos/pais afetando a formulação de políticas. • Inexistência de uma política pública no âmbito dos três entes federados para saúde do adolescente. • Programa Nacional de Saúde do Adolescente é atuante, mas não chega a locais prioritários. • Retrocesso da política com a possibilidade de aprovação de leis como do Estatuto da Família.
	Orçamento/Despesas/Política		• Falta ou baixa alocação e desembolso de recursos necessários para implementação de políticas, programas e serviços nos níveis nacional e regionais: Ex. Diretrizes Saúde do Adolescente; Rede Cegonha; políticas de educação para permanência das adolescentes grávidas na escola; políticas intersetoriais nos municípios; Programa Saúde Escolar etc.

Gravidez na Adolescência - Análise dos Gargalos

	Determinantes sociais, políticos, legais culturais e demais fatores que influenciam diretamente as questões relacionadas à gravidez na adolescência	Gargalos/barreiras relacionados à gravidez na adolescência no que tange à: • Prevenção • Atenção às adolescentes grávidas e suas famílias • Cuidados pós-parto
Ambiente Favorável	Gerenciamento/Coordenação	• Falta de definição clara de funções, responsabilidades e mecanismos de coordenação/parceria, dificultando eficiência/eficácia com os poucos recursos investidos, sobretudo devido à superposição de ações. Ex. Saúde do Adolescente/Atenção Básica/Rede de Assistência. • Falta de articulação intersetorial entre as várias políticas (educação, assistência social, cultura etc.).
	Acesso a serviços, equipe, infraestrutura e informações	• Pouca disponibilização de informações sobre saúde sexual e saúde reprodutiva. Ex: falta de aconselhamento e de acesso aos métodos contraceptivos nos espaços educativos. • Pouca iniciativa em avaliar e compartilhar as ações exitosas (boas práticas). • Falta de pessoal qualificado e treinado e de formação contínua, inclusive com habilidade para realizar uma escuta qualificada com as adolescentes que engravidam. • Falta de serviços de saúde do adolescente e apoio a gestantes nas zonas rurais. • Invisibilidade das populações imigrantes e, por consequência, das adolescentes grávidas. • Mau uso da Caderneta do Adolescente; não foi pensada como uma ficha de acompanhamento, mas como um dispositivo para planejar trabalho que vai muito além da saúde e que deve articular com a assistência social e a educação.
	Práticas e crenças sociais e culturais	• Falta de informação ou informação enviesada, tanto por parte das instituições religiosas como familiares e até escolares, dificulta o trabalho preventivo. • Tema da educação em saúde sexual e reprodutiva ainda é visto como incentivador do início da vida sexual. • Inexistência, precariedade ou inadequação das atividades de educação para saúde sexual nas escolas; escola não é vista como o lugar para se falar sobre sexualidade. • Relações desiguais de gênero com base em papéis tradicionais fazem com que as meninas não sejam reconhecidas socialmente como pessoas sexuadas, livres e autônomas e dificultam dizerem não ao sexo indesejado e negociar a prática do sexo seguro. • Vulnerabilidades, violência doméstica e condição de assujeitadas fazem com que as meninas utilizem a gravidez como estratégia de mudança de <i>status</i> para deixar suas casas, serem vistas como alguém/sujeito e se empoderarem pelo mito da maternidade. • Relações desbalanceadas das meninas com o futuro pai da criança, fazendo com que a maioria prefira homens mais velhos por acreditarem que sejam mais experientes e responsáveis. • Gravidez indesejada motivada pelas violências de gênero, sexual, doméstica e/ou no namoro; embora engravidando contra a vontade, muitas não se enquadram na categoria de aborto legal ou mesmo não querem ou não podem praticar o aborto.

Gravidez na Adolescência - Análise dos Gargalos

Determinantes sociais, políticos, legais culturais e demais fatores que influenciam diretamente as questões relacionadas à gravidez na adolescência		Gargalos/barreiras relacionados à gravidez na adolescência no que tange à:
Ambiente Favorável	Práticas e crenças sociais e culturais (continuação)	• Prevenção • Atenção às adolescentes grávidas e suas famílias • Cuidados pós-parto
	Tempo e continuidade do uso	• Falta de visão, de compreensão e, consequentemente, de previsão de oferta de serviços de atenção à saúde considerando-se a diversidade de concepções sobre gravidez na adolescência a partir de cada cultura. • Juízo de valor e visão dos profissionais acerca da adolescência e da gravidez como problema fazem com que esse público não reconheça as unidades de saúde como locais de acolhimento por se sentirem julgados pelos profissionais.
Qualidade	Qualidade	• Falta de acesso aos serviços de saúde sexual e reprodutiva. • Dificil acesso e continuidade do uso de anticoncepcionais antes, durante e após a gravidez. • Descontinuidade dos serviços; as unidades básicas de saúde não oferecem continuamente um espaço de acolhimento e discussão. • Pouca/baixa institucionalidade dos serviços e de adoção de boas práticas.

Algumas observações sobre os resultados da oficina:

Primeiro, as/os participantes, sobretudo as/os especialistas, ao se referirem à temática da oficina, focaram muito mais na maternidade na adolescência do que na gravidez propriamente dita e muito mais nos gargalos das políticas do que nos determinantes da gravidez.

Segundo, algumas adolescentes relataram o desejo de ser mãe e várias delas reclamaram dos preconceitos dos profissionais nos serviços de saúde por conta da concepção da gravidez como um problema.

Terceiro, grande parte das/dos especialistas presentes compartilharam a visão da gravidez como um problema social e questionaram o desejo das meninas de serem mães, entendendo a gestação sempre como resultante da vulnerabilidade social e uma estratégia para mudança de *status* social.

Quarto, uma visão compartilhada por todos foi a falta de uma política nacional de saúde do adolescente. Como ressaltado no evento, existem programas e serviços, mas não políticas articuladas.

Também foi realizada uma revisão da literatura, em base de dados digitais, conforme descrito nas referências bibliográficas, buscando densificar os subsídios, sobretudo nas áreas que não foram muito abordadas no evento. A partir da literatura especializada e do quadro analítico Mores, elaborou-se um modelo conceitual para a análise dos determinantes e gargalos da gravidez adolescente.

Tal modelo gerou dois novos quadros analíticos: um de determinantes e um de gargalos, descritos respectivamente nos capítulos 4 e 5, nos quais recategorizamos alguns itens do Mores. Para efeitos de sistematização elaboramos ainda um quadro analítico final de determinantes e gargalos da gravidez na adolescência, constante no Anexo desta publicação.



AVALIAÇÃO

A oficina recebeu uma avaliação positiva por parte das e dos participantes por reunir especialistas com conhecimento teórico e prático sobre o tema e por garantir a participação dos sujeitos mais implicados na gravidez, as adolescentes, cuja percepção e vivência da gestação são fundamentais para o entendimento multicausal do fenômeno.

As meninas validaram a proposta de divisão dos grupos para discussão e depois a socialização dos aportes, pois se sentiram mais à vontade para falar sobre seus sentimentos e conhecer diferentes histórias de vida e de contextos de gravidez. A fala a seguir de uma delas reflete o sentimento do grupo: “Aprendi muitas coisas, desabafei tudo que eu tinha para desabafar... escutei tudo o que estava precisando mesmo.”

As/os especialistas, porém, afirmaram sentir falta de maior diversificação de profissionais de áreas como educação, assistência social, sociologia e antropologia, uma vez que o perfil ficou muito restrito à saúde. Isso se refletiu no resultado, cujos aportes, sobretudo os gargalos, ficaram mais voltados para as questões envolvendo o campo da saúde.

Para os organizadores do encontro (UNICEF, UNFPA e INDICA) a oficina sobre Gravidez na Adolescência apresentou importantes subsídios para orientar as políticas públicas, as práticas profissionais e a produção acadêmica sobre saúde sexual e reprodutiva de adolescentes. Também apontou desdobramentos e recomendações que precisam ser levados adiante pelas organizações sociais, governamentais e demais envolvidos com o tema.

{ CAPÍTULO 4 }

GESTAÇÃO NA ADOLESCÊNCIA NUMA PERSPECTIVA INTERATIVA INTERSETORIAL



Diversos trabalhos buscam refletir sobre as causas da gravidez na adolescência. Em geral seu conteúdo apresenta uma explicação, entendendo a questão como problema ou fenômeno multicausal, lista os fatores intervenientes e destaca alguns considerados principais.

Contudo, essa forma explicativa não nos parece dar conta da complexidade do tema. Considerando a gestação adolescente como fenômeno multicausal, é insuficiente eleger apenas um fator como mais relevante ou elencar alguns deles em ordem de prioridade. Fenômenos complexos indicam que os fatores se entrelaçam e alguns são mais significativos do que outros a depender dos sujeitos nele implicados.

Como esforço para oferecer uma reflexão mais sistêmica que abranja os muitos determinantes que levam à gravidez de meninas e meninos, elaboramos uma proposta conceitual³⁶ explicativa baseada numa perspectiva mais interativa. As análises que a compõem foram realizadas a partir de um balanço da literatura especializada e da fala das/dos participantes da oficina.

A gravidez na adolescência pode ser resultante de um ou mais macrofatores causais, os quais se referem aos principais grupos de causas/motivos para a gestação. Os **macrofatores causais** são:

- Descompasso entre o desejo sexual e o risco de gravidez, que pode resultar na gravidez não planejada ('escapulida');
- Vontade da maternidade, que resulta na gravidez desejada;
- Necessidade de mudança de *status* social, que resulta na gravidez estratégica;
- Violência sexual, que resulta na gravidez indesejada.

Esses macrofatores causais, por sua vez, podem resultar em gravidez quando combinados com dois **fatores condicionantes/intervenientes**:

- *Status* das leis e de sua fiscalização;
- *Status* das políticas públicas sociais.

³⁶O presente modelo conceitual teve como inspiração um modelo semelhante, proposto por Fausto e Cervini no livro *O trabalho e a rua*, acerca do trabalho infantil (1991), conforme indicado nas referências bibliográficas.

Por fim, esses macrofatores causais e os fatores intervenientes são decisivamente influenciados pelos **fatores estruturantes/transversais**:

- Concepções e normas sociais relativas à adolescência, sexualidade, casamento e gravidez, as quais estruturam preferências, comportamentos, atitudes e práticas sociais das crianças e adolescentes, de seus familiares e dos profissionais e agentes que realizam a intervenção social junto às meninas e adolescentes grávidas.

Quadro sinótico da combinação de fatores que resultam na gravidez na adolescência

1. Fatores	2. Descritores	3. Categorias
Macrofatores causais	Gravidez não planejada, resultante do descompasso entre o desejo e o risco	Concepções de gravidez como um problema ou fenômeno social Status legal e social do adolescente Imbricações de gênero e condições socioeconômicas Visão sobre sexualidade na adolescência Práticas sexuais na adolescência e estratégias de gerenciamento de risco
	Gravidez desejada, como resultante da vontade ser mãe	
	Gravidez estratégica, utilizada como forma de mudança de status social	
	Gravidez indesejada, fruto de violência sexual	
Fatores condicionates/intervenientes	Status das leis e de sua fiscalização	Violência (negligência, violência psicológica, física e sexual)
	Status das políticas públicas sociais	
Fatores estruturantes/transversais	Concepções e normas sociais relativas à adolescência, ao gênero, à sexualidade, ao casamento e à gravidez	

‘ESCAPULIU’: A GRAVIDEZ NÃO PLANEJADA, RESULTANTE DO DESCOMPASSO ENTRE O DESEJO SEXUAL E O RISCO

‘Escapuliu’ foi a afirmativa recorrente por parte das meninas presentes na oficina para explicar a gravidez. ‘Escapular’ significa que não fazia parte dos seus planos engravidar, pelo menos naquele momento de suas vidas. A literatura tem recorrentemente tratado esse tipo de gestação como ‘indesejada’, mas, ouvindo as meninas e seus parceiros, acreditamos que o termo ‘não planejada’ expressa melhor as circunstâncias e os fatores da situação ocorrida.

A gravidez, nesses casos, ocorre num processo consciente ou inconsciente de desbalanço entre a força do desejo sexual e os riscos de engravidar, no qual as/os adolescentes terminam por correr o risco, mas ‘torcendo para não ficarem grávidas’, sobretudo as meninas.

Essa difícil administração do risco para as/os adolescentes tem, por sua vez, imbricações nos obstáculos para o exercício da sexualidade protegida nessa fase da vida, os quais incluem: (i) as condições em ocorre a prática sexual entre os/as adolescentes, particularmente as proibições; (ii) a falta ou pouco conhecimento do funcionamento do corpo; (iii) o acesso a métodos de prevenção; e (iv) a utilização ou não de métodos de contracepção nas relações sexuais.



Sexualidade na adolescência e suas proibições

Uma questão central encontrada na discussão acadêmica e na oficina diz respeito à dissociação entre adolescência e sexualidade. O conceito de sexualidade, em geral, é estruturado em cima de normas sociais, morais e religiosas muitas vezes controversas. Em se tratando de adolescentes, essas controvérsias se intensificam. O tema da saúde sexual e reprodutiva é muitas vezes interdito, como se não fizesse ou não devesse fazer parte da vivência de meninos e meninas³⁷.

Na oficina, essa percepção foi por diversas vezes relatada pelos participantes. Segundo eles, muitos profissionais da área da saúde têm dificuldade em tratar da sexualidade com as/os adolescentes por uma série de questões, tais como achar que não é assunto inerente a esse público; considerar esse tema um tabu e, portanto, que não deve ser discutido; achar que ele é de competência exclusiva da família; ter dificuldade em abordá-lo, ainda que considere presente na vida desses sujeitos; e ter receio de que falar sobre sexualidade seja uma forma de incentivá-los a vivenciá-la.

Embora na adolescência a construção da autonomia seja um processo de desvinculação gradativa da família, esta ainda é um agente importante, que exerce papéis variados em relação à sexualidade de filhos e filhas. As pesquisas e as discussões feitas pelas/os especialistas da oficina reuniram três abordagens: da interdição, da inibição e da permissão³⁸.

Como já relatado, muitas vezes o tema da sexualidade é interdito em algumas famílias devido a leituras sobre normas sociais, morais e religiosas. Nesse caso, o assunto não é abordado no ambiente familiar, desfavorecendo o acesso a informações e orientações para filhas e filhos. Mas a situação não é restrita à família. Outras instituições estruturais na vida de meninas e meninos, como os órgãos de educação e saúde, podem também ter uma postura de interdição quando o assunto é sexo e gravidez.

Em outros casos, o tema faz parte da narrativa familiar, mas o temor quanto à possibilidade de ocorrência de uma gravidez não desejada, que poderia alterar projetos de vida, faz com que muitos pais e mães acabem restringindo a vida comunitária e social das meninas, criando um ambiente opressivo para elas.

³⁷Ibidem; Silva e Tonete, 2006; Alves e Brandão, 2009; Dias e Teixeira, 2010.

³⁸Silva e Tonete, 2006; Heilborn, 2012.

Já em lares considerados progressistas existe um diálogo mais fluido sobre a sexualidade. As e os adolescentes e jovens decidem o melhor momento para sua iniciação sexual, aprendem como praticar sexo seguro e muitas vezes podem dormir em casa com a/o parceiro e viajar sozinhos.

Mídia – Se, por um lado, o tema da sexualidade pode ser interditado por diversas instituições, como família, escola ou serviços de saúde, por outro ele encontra farta narrativa social, tendo a mídia como um agente privilegiado de sua vocalização. Assim, as e os adolescentes acabam convivendo com uma situação paradoxal, de silêncios e subtendidos e de explícitos e estimulados.

Tal contexto pode levar, segundo as/os especialistas, a uma sexualização precoce, na qual ocorre uma dissociação entre o corpo biológico e o corpo social. Estimulados por um contexto no qual o sexo é objeto de muitas narrativas midiáticas, as e os adolescentes iniciam sua vida sexual mais cedo, com um corpo preparado e ávido por essa experiência e com capacidade de reproduzir, mas com maturidade nem sempre correspondente. Isso pode se relacionar ao fator do descompasso entre desejo e risco.

Algumas pesquisas mostram o lugar das representações do corpo e da sexualidade construídas e veiculadas pelos meios de comunicação. Para Foucault (1984), o corpo passou de um período de ocultação, controle e repressão, no passado, para uma situação de estimulação e mercadoria no presente. A mídia é uma das instituições nas quais essa passagem fica mais explícita. Como agente de socialização, ela pode modular concepções e comportamentos das e dos adolescentes em relação à sexualidade³⁹.

É o que observam as/os especialistas da oficina, todos com experiência de atuação junto a esse grupo social. Alguns relatam dramas vividos por meninas e meninos sobre sua performance sexual, com preocupações referentes a frigidez ou impotência em idades como 13 ou 14 anos. Outros contam as pressões que recebem para ter uma vida sexual ativa ou a vergonha pela virgindade.

Pares – No processo de construção da autonomia das e dos adolescentes o grupo tem função relevante na experimentação e na vivência da sexualidade.

³⁹Borges, 2007.

Dúvidas, emoções, performance e medos são compartilhados entre os pares, num processo de grande impregnação dos valores e visões grupais.

Estudos apontam que a autonomia progressiva em relação à família é acompanhada pela maior vinculação com colegas e amigos, que se tornam fortes referências de validação e reconhecimento, exercendo papel importante na modelagem das condutas. Se a família tiver uma postura de interdição sobre o tema da sexualidade, os amigos a compensam⁴⁰.

Uma das jovens participantes da oficina confirmou a pressão que os pares podem exercer sobre a sexualidade. De acordo com ela, as colegas da escola a pressionavam porque ainda era virgem e condicionaram seu pertencimento ao grupo à modificação dessa situação. Ela acabou cedendo e conta que perdeu a virgindade com uma pessoa da qual nem gostava.

Nesse caso, o desejo é menos em relação à sexualidade e mais em relação ao pertencimento grupal. É uma situação que também pode gerar um descompasso quando a pressão dos colegas e amigos recai sobre a imposição para se ter uma vida sexual ativa, mas não sobre a necessidade de prevenção e sobre os riscos de uma gravidez não planejada.

Gênero – A produção acadêmica, sobretudo do campo da Sociologia e da Antropologia, ressalta o quanto os processos de aprendizagem cultural da sexualidade estão ligados aos códigos de gênero vigentes nos diversos contextos sociais e históricos. O fator transversal das normas sociais que estruturam preferências e comportamentos sobre a gravidez na adolescência tem nas questões de gênero um forte marcador⁴¹.

A fala das grávidas e mães adolescentes na oficina é reveladora de como o gênero determina percepções e posições. Elas reivindicam mais liberdade para viver sua sexualidade e avaliam que ainda existe muito preconceito e legitimação da fala somente para os meninos, o que as deixa numa posição de inferioridade pelo medo de serem julgadas.

A literatura salienta que as transformações no comportamento sexual e a maior liberdade de vivência da sexualidade não foram acompanhadas necessariamente

⁴⁰Brandão e Heilborn, 2006; Heilborn, 2012.

⁴¹Dias e Aquino, 2006; Dias e Teixeira, 2010; Heilborn, 2012.

te pelas discussões sobre os papéis de gênero. Assim, por trás de uma liberalidade narrativa e objetiva sobre o tema, permanece uma moralidade rígida. Essa contradição se reflete sobremaneira na sexualidade das e dos adolescentes, desde a possibilidade de sua vivência até o manejo das relações sexuais e da prevenção⁴².

A idade consentida para iniciação sexual no Brasil é 14 anos, que é também a idade na qual muitas meninas e muitos meninos começam a prática sexual. Em geral, elas e eles têm poucas chances de se preparar para essa iniciação. Uma das razões são as normas culturais e religiosas. Em muitos lares brasileiros, por convicções morais e/ou religiosas, o sexo antes do matrimônio é proibido, em geral com a explicação de que a sexualidade deve estar vinculada apenas à reprodução ou pela moralidade da fidelidade conjugal.

Já em outros lares ainda predomina a cultura do ‘valor moral virgindade’ das meninas. Nesses casos, a concepção é de que a ‘perda’ da virgindade só deve ocorrer após o matrimônio e que, se assim não ocorrer, a honra da menina e da família são atingidas, reduzindo-se suas chances de um casamento mais prestigioso. Nesse tipo de posicionamento, as questões de gênero favorecem os adolescentes rapazes, para os quais a iniciação sexual antes do matrimônio, quando não incentivada ou vista tacitamente como sinal de virilidade, é, no mínimo, perfeitamente tolerada.

Mesmo em muitos lares onde existe uma educação mais progressista, a idade para iniciação sexual e a prática de sexualidade na adolescência não é uma questão explicitamente definida entre pais/mães e filhos/filhas. Embora não se tenha uma proibição expressa nesses lares, a expectativa é de que as meninas iniciem sua vida sexual acima dos 16 anos, preferencialmente depois dos 18 anos.

Contudo, pesquisas vêm demonstrando que a idade para iniciação sexual no Brasil varia entre 13 e 19 anos, com concentração nos 15 anos. Em geral, os meninos iniciam mais cedo do que as meninas. Na maioria das vezes, essa iniciação acontece no próprio lar das e dos adolescentes. Cerca de 60% declararam ter utilizado alguma forma de preservativo na primeira relação sexual⁴³.

A falta de diálogo familiar pode fazer com que meninas e meninos tenham pouco ou descontínuo acesso a informações sobre prevenção da gravidez e acabem vivenciando sua sexualidade com riscos.

⁴²Idem.

⁴³Borges, A. L. V.; Schor (2005).



Falta de conhecimento do corpo

Embora um grande percentual de adolescentes declare conhecer os métodos contraceptivos e utilizar preservativos nas suas relações sexuais, existe uma margem que não possui informações suficientes sobre o seu corpo para buscar os diversos métodos disponíveis, inclusive os naturais.

Essa falta de conhecimento mais aprofundado do corpo e da fertilidade, por sua vez, está diretamente relacionada com a indisponibilidade ou disponibilidade inadequada e irregular de atividades de educação para a saúde sexual. Em muitos lares, discussões relacionadas à sexualidade são tabu. Muitos pais não se sentem preparados para orientar os filhos sobre essa temática, seja por não saber o jeito apropriado, seja por temer que conversar sobre o assunto possa ser entendido como ‘permissão’ para a prática sexual.

Na escola, onde muitas e muitos adolescentes recebem informações sobre sexualidade, não existe uma atividade estruturada de educação para a saúde sexual. As meninas presentes na oficina dizem que muitas vezes é no espaço da aula de Ciências que conseguem aprender um pouco sobre o funcionamento do corpo. Contudo, a preocupação preventiva profilática centra a ênfase das aulas nas doenças sexualmente transmissíveis. Como afirmaram algumas adolescentes, ver “uma vagina com cancro” ou um “pênis com gonorreia” parece mais destinado a evitar o ato sexual do que prevenir a gravidez não planejada.

Dificuldades de acesso aos métodos anticoncepcionais

Estudos apontam que as e os adolescentes têm informações sobre os métodos contraceptivos, mas são as questões culturais, de gênero e de condição social que impedem o acesso a eles. Tendo ou não um conhecimento adequado sobre o funcionamento do corpo, muitos enfrentam a dificuldade de acesso aos métodos preservativos masculinos e femininos devido a questões como normas religiosas e sociais, *status* etário, condições econômicas e discriminações de gênero.

Para aquelas/aqueles cujos familiares têm restrições religiosas, morais e/ou culturais relativas à prática sexual na adolescência ou prévia ao matrimônio, a aquisição de preservativos se transforma numa evidência da vivência da sexualidade e pode resultar em castigos, excomunhão, casamento forçado ou expulsão de casa.

As normas sociais ainda estruturam um comportamento passivo e recatado para as meninas e outro ativo para os meninos. Com isso, espera-se delas pouca expressão da sua sexualidade, cabendo aos meninos as iniciativas sexuais. Porém, contraditoriamente, recai sobre as meninas a responsabilidade pelos cuidados com a contracepção, o que exige delas uma atitude ambivalente, de recato e também de atitude.

Para um adolescente do sexo masculino, adquirir preservativos pode ser visto como natural; em alguns casos, eles até mesmo recebem um incentivo à sua virilidade. Já para as meninas, as normas sociais são bastante desfavoráveis: adquirir preservativos é uma evidência de ser sexualmente ativa e ser reconhecida assim pode motivar situações de assédio e *bullying* por parte dos pares e de sanções dos pais/mães ou responsáveis. Uma adolescente que passar num posto de saúde ou entrar numa farmácia para adquirir preservativos pode ser vista como ‘fácil’, ‘fogosa’ e mesmo ‘prostituta’.

Além disso, a distribuição de preservativos em projetos sociais com adolescentes e em ações de redução de danos é prejudicada, muitas vezes, devido a proibições legais por parte de órgãos de segurança pública, justiça e políticas sociais. A justificativa é a de que tal distribuição incentiva a sexualidade ‘precoc’, embora a idade para o adjetivo ‘precoc’ nunca seja clara e explicitamente definida, mesmo sendo a idade do consentimento sexual no Brasil 14 anos.

As condições econômicas são outro fator restritivo. Grande parte das e dos adolescentes não trabalha e depende dos familiares para sua sobrevivência. Dessa forma, o *status* legal de adolescentes os coloca na condição de tutelados dos pais/mães ou responsáveis.

Pesquisas demonstram menor utilização de anticoncepcionais por parte de adolescentes das classes A e B tanto na iniciação como na prática relações sexuais, do que de adolescentes das classes C e D. A explicação para isso é a facilidade de acesso à chamada ‘pílula do dia seguinte’ dos jovens de famílias mais abastadas.

Não uso dos preservativos

Vencidas as barreiras de acesso, o fato de ter preservativos não significa necessariamente o seu uso na prática sexual. Um fator motivador para tal se deve ao caráter clandestino ou semiclandestino que rege a vida sexual na adolescência,

não permitindo o seu planejamento. Assim, as relações sexuais ocorrem, em grande parte, quando a força do desejo encontra uma oportunidade, na qual o limite dos preâmbulos sexuais termina sendo ultrapassado. E nessa 'oportunidade' os preservativos podem não estar disponíveis.

Normas culturais diferenciadas por gênero podem interferir no uso de preservativos, mesmo quando estes se encontram disponíveis. Trata-se aqui das negociações para seu uso, sobretudo quando isso cabe aos homens. Adolescentes do sexo masculino, bem como muitos homens adultos, podem partilhar da crença de que a utilização da camisinha reduz o prazer na relação sexual. Mas ainda que não pensem assim, a solicitação da adolescente ao parceiro para uso de camisinha pode parecer sinal de desconfiança. Nessas situações, os meninos podem pressionar as meninas para ter relações sexuais sem proteção como prova de afeto.

A dificuldade na negociação para uso de métodos contraceptivos se deve, segundo especialistas da oficina, à falta de empoderamento das meninas. Em alguns casos, o parceiro alega que não tem problemas de saúde para precisar usar a camisinha, por exemplo, ou pede para não usá-la como prova de amor por parte da menina. As adolescentes presentes à oficina corroboram essa abordagem, dizendo ser difícil negociar com parceiros e que algumas vezes há uma situação subjetiva de chantagem sobre elas.

Escolhas – A responsabilidade pela gravidez também é tributada às meninas. Já os meninos têm uma relação de responsabilização perante a paternidade muito irregular, de ausência ou abandono. Isto faz com que as estruturas de preferência das adolescentes, em muitos momentos, esteja voltada para a escolha de relacionamentos com homens mais velhos do que elas, pois teriam mais responsabilidade no caso de uma gestação. Essa assertiva encontra respaldo entre as adolescentes participantes da oficina, que declaram preferir rapazes mais velhos⁴⁴.

Por outro lado, estar com um homem mais velho também revela como os papéis tradicionais de gênero ainda são marcantes na sociedade. As adolescentes relatam a preferência por um homem provedor, capaz de cuidar delas e dos filhos, situação mais comum de encontrar junto àqueles já saídos da adolescência.

⁴⁴ Luz e Berni, 2010; Silva et al. 2010.

“São os mais velhos que têm mais responsabilidade. Eles têm emprego e podem falar que vão levar a gatinha ao cinema. Mas aqueles novinhos vão ter que pedir dinheiro à mãe. Precisamos de homens mais presentes, que deem assistência e que realmente estejam ao nosso lado.”

Ao analisarmos o perfil de parte das mães adolescentes no Brasil, levantado pelas estatísticas, conferimos que esse papel de gênero é bem presente, com as meninas cuidando dos filhos e da casa e os meninos cuidando do sustento da família; elas ocupando o ambiente doméstico privado e eles o ambiente social público.

As normas sociais estruturam preferências e comportamentos tão fortes em relação aos papéis de gênero que a ausência dos meninos na prevenção e na gravidez reflete o significado da paternidade na nossa sociedade. Há uma desvinculação entre o corpo sexual e o corpo reprodutivo dos meninos.

No primeiro, eles são liberados e incentivados culturalmente para sua vivência plena; no segundo, há um esvaziamento de sentido, fazendo com que não o reconheçam como uma dimensão de sua sexualidade. Não por acaso, a literatura registra casos de abandono em situações de gravidez e de pouca experiência da paternidade por parte dos meninos⁴⁵.

Manter ou interromper – Por sua vez, o manejo dos métodos contraceptivos é um aprendizado construído aos poucos e que pode ser atropelado por uma situação de gravidez. Tendo o ato sexual sido realizado em situações contingentes, sem planejamento⁴⁶ e sem proteção, resta torcer para que a gravidez não aconteça. Mas muitas vezes ela acontece, transformando o dilema de ter ou não relações sexual em outro: contar ou não contar aos pais/mães ou responsáveis, ou melhor, como contar a eles e interromper ou não a gravidez⁴⁷.

Os aspectos legais e as condições dos serviços de saúde apresentam aqui suas interfaces com a gravidez não planejada. É difícil saber quantas adolescentes recorrem ao aborto clandestino devido à sua proibição. Igualmente, é difícil saber quantas das que engravidam optariam pelo aborto se essa prática fosse descriminalizada e se os métodos de interrupção da gravidez fossem disponibilizados na rede pública de saúde.

⁴⁵Luz e Berni, 2010.

⁴⁶Brandão e Heilborn, 2006; Pantoja, Bucher, Queiroz, 2007; Heilborn, 2012.

⁴⁷Brandão e Heilborn, 2006; Pantoja, Bucher e Queiroz, 2007; Dias e Teixeira, 2010; Farias e Moré, 2012.



UNICEF/BRZ/Rayssa Coe

“EU SEMPRE QUIS SER MÃE”

Esta frase foi dita por uma das adolescentes presentes na oficina. O que seria esse desejo para uma adolescente que não havia completado nem 17 anos? O ‘sempre’ representa um desejo intenso, ainda que manifesto em uma vida de poucos anos. Essa adolescente dizia que via a irmã mais velha cuidando dos seus filhos e “achava aquilo bonito”. “Eu sempre gostei de crianças”, afirmou.

Essa assertiva foi questionada pelas/os especialistas presentes à oficina, que possuíam, em sua maioria, uma visão de gravidez na adolescência como sinônimo de problema. Uma das participantes alertou para o fato de que o desejo pode ser transitório, afirmando que algumas meninas, na hora que precisam cuidar de suas crianças, acabam se arrependendo. Já outros não duvidam da genuinidade do desejo de ser mãe ou pai, mas acreditam que tal desejo é, em realidade, construído como uma estratégia emancipatória, como veremos em mais detalhes na próxima seção.

As justificativas ganham reforço quando se analisam os grupos etários. Na-quele composto por meninas e meninos de 10 a 14 anos o desejo é questionado, posto que é uma faixa de idade na qual o desejo maternal ainda não costuma estar suficientemente amadurecido. Mas mesmo no grupo de 15 a 19 anos a reflexão do desejo é relativizada. Ainda que a gravidez tenha significado positivo na vida de meninas e meninos, especialistas ponderam de que ela apresenta mais problemas do que oportunidades.

O desejo de ser mãe/pai pode revelar outros motivos, para além da necessidade de mudança de *status* e de construção identitária? É possível aceitar que adolescentes queiram ser mãe ou pai, excluídas as situações de vulnerabilidade? Aqui, mais uma vez, as respostas a essas indagações são inúmeras e revelam a diferença entre considerar a gravidez na adolescência um problema ou um fenômeno com aspectos positivos e negativos.

De um lado, tem-se a visão de que o desejo é mascarado por situações de vulnerabilidades social, econômica e subjetiva. De outro lado, tem-se uma visão fundamentada nos direitos sexuais reprodutivos, que garantem também à/ao adolescente o direito à escolha consciente do melhor momento para engravidar e ter filhos.

Em que pese a sexualidade das meninas ser um dos grandes focos do controle parental, sobretudo pelo fato de a gravidez atrapalhar a trajetória de mobilidade social por meio do estudo e do trabalho⁴⁸, algumas adolescentes sentem o apelo da maternidade, ainda que ‘fora’ do *momentum* considerado adequado pelas normas e convenções sociais.

Estatuto positivo – O desejo de ser mãe pode ser encontrado de forma mais abrangente nos estudos qualitativos de base sociológica e histórica. A maternidade é um dos símbolos mais fortes atribuídos ao feminino na modernidade. O papel de mãe foi sendo construído e solidificado ao longo do tempo como algo natural, desejável e importante para a afirmação da mulher⁴⁹.

Alguns estudos, por exemplo, relacionam o desejo de ter filhos à consciência da finitude da vida e à necessidade de nos perpetuarmos por meio de descendentes. Tal desejo, assim, poderia ser interpretado de várias maneiras: como

⁴⁸Santos, Silva e Barbieri, 2014.

⁴⁹Ipea, 2008; Giuliani, 2012; Farias e Moré, 2012.

instinto de sobrevivência da espécie; como a produção de mão de obra para o desbravamento da natureza e a expansão do capitalismo; como cadeia de transmissão do sangue, do nome e da riqueza; como um prazer narcísico de se ter seres à nossa imagem e semelhança. Seja por uma ou várias razões, o desejo de ter filhos é compartilhado pela imensa maioria dos seres humanos.

Portanto, se tal desejo tem tanta força entre os seres humanos, por que não teria sobre as e os adolescentes? A falta de crença no desejo das meninas em serem mães pode ser tributário das concepções que a sociedade tem sobre adolescência, juventude e idade adulta.

A visão geral ambivalente de maternidade como algo ao mesmo tempo de 'prazer' e de 'sacrifício' não pode ser concebida para a adolescência. Para esse grupo social, as normas indicam o tempo para 'aproveitar a vida'. Dureza, responsabilidade e sacrifício se fazem na vida adulta. Por isso, idade para se ter filhos é na vida adulta, com emprego estável e boas condições econômicas, pois 'criar filhos é uma atividade cara'.

Ainda assim, as normas não conseguem, em alguns casos, se sobrepor ao desejo da maternidade, posto que ele é enraizado na sociedade moderna. Sua concretização, para muitas meninas, é a realização do ideal feminino e a confirmação da sua identidade de gênero.

Maternar – Autores relatam que a gravidez significa não só a capacidade geradora de vida, mas também de exercício da maternagem, ou seja, de cuidado e de afeto, sentimentos que muitas meninas desejam vivenciar. A gestação, e posteriormente o filho, são a possibilidade de exercer o ato de maternar, uma atribuição conservada através de gerações pelas mulheres⁵⁰.

Mesmo que muitas vezes não planejada e envolta em dificuldades, as pesquisas qualitativas mostram que a gravidez pode ser festejada, tem um potencial de fortalecimento do feminino e de vinculação afetiva plena. Dessa forma, o desejo das adolescentes pode estar ligado à sua necessidade de viver o feminino atrelado ao materno, ainda que essa associação esteja se tornando cada vez mais relativizada na contemporaneidade.

⁵⁰Luz, 1999; Giuliani, 2012.

Já o desejo por parte dos meninos encontra pouco foco na literatura, reforçando o quanto as normas sociais conferem um papel secundário à paternidade. Alguns estudos se debruçam em entender como o adolescente se comporta depois da paternidade, avaliando os motivos que o levam à aceitação ou à rejeição e ao abandono dos filhos. Mas a dimensão do desejo e dos significados que a vontade de ser pai tem para os adolescentes carece de mais investigações⁵¹.

Fator geracional – Há ainda uma dimensão do desejo de ser mãe e pai como parte de uma ‘tradição’ ou ‘concepção’ transmitida intergeracionalmente. Algumas pesquisas apontam como um dos determinantes da gravidez na adolescência a repetição da história familiar. Elas aferem que muitas meninas que engravidam seguiram uma trajetória semelhante à vivenciada por seus familiares, sobretudo avós, mães, tias e irmãs mais velhas⁵².

Um dos participantes da oficina ilustra essa situação, relatando que foi pai aos 17 anos, situação revivida por sua filha anos depois, que também foi mãe aos 17 anos. O desejo de ser mãe ou pai, nesse caso, poderia advir de um espelhamento, consciente ou não, da trajetória familiar.

⁵¹Luz e Berni, 2010.

⁵²Dias e Aquino, 2006.



GRAVIDEZ ESTRATÉGICA: UM PASSAPORTE PARA MUDANÇA DE *STATUS*

Não planejada ou desejada, a gravidez pode servir de estratégia para uma mudança de *status* social. Nesses casos o ‘risco’ é também uma ‘possibilidade’. A literatura e as/os especialistas fazem uma relação quase que direta entre gravidez na adolescência e vulnerabilidade social das e dos adolescentes. A vulnerabilidade é um fator condicionante que pode ter impacto em todos os outros, como relatamos.

Por vulnerabilidade recorreremos ao conceito de Ayres (1996), que afirma a necessidade de estabelecer uma síntese das dimensões sociais, político-institucionais e comportamentais, associadas às diferentes suscetibilidades de indivíduos, grupos, populações e até nações. Isso implica em reconhecê-la tanto no âmbito individual como no social e institucional. Em relação às e aos adolescentes, as vulnerabilidades podem ter impactos no seu presente, mas também em etapas futuras de sua vida.

Pesquisas constataam correlação significativa entre baixas condições socioeconômicas e altas taxas de mães adolescentes. Já em setores com melhores condições de vida, verifica-se menor proporção de gravidez e registro de nascimentos de bebês nas faixas etárias mais velhas⁵³.

As condições socioeconômicas impactam não só na ocorrência da gravidez, mas também no significado que as adolescentes atribuem a ela. Estudos mostram que nas classes mais desfavorecidas a gestação conta com uma representação social mais positiva, pela possibilidade de gerar condicionantes favoráveis e por concretizar a afirmação do feminino. Em classes mais altas, o fenômeno é representado de forma negativa, pois exige a reestruturação de planos futuros e significa uma difícil transição entre o papel de cuidada para o de cuidadora⁵⁴.

⁵³Nogueira *et al.*, 2009.

⁵⁴Rangel, 2008.

Algumas meninas e meninos compõem famílias que vivem em situação de extrema vulnerabilidade, marcadas pelo desemprego ou subemprego; por moradias precárias; pela carência na oferta e na qualidade de serviços públicos de educação, saúde, lazer etc.; e pela vivência em bairros ou regiões violentas e com pouca infraestrutura urbana e sanitária, dentre outros. Num quadro como esse, as condições objetivas das famílias quanto à função de informação e de orientação de suas filhas e filhos nem sempre é possível.

A roda de conversa realizada com as meninas grávidas e alguns de seus parceiros e familiares durante a Oficina sobre Gravidez na Adolescência nos mostrou que a vulnerabilidade é um aspecto importante na discussão, mas que é preciso relativizar a sua relação automática com a gravidez, bem como agregar outros fatores que não aqueles de ordem meramente econômica.

Por exemplo, a vulnerabilidade social e institucional de muitas comunidades pode impactar na gestação adolescente, o que demonstra o caráter complexo e multicausal do fenômeno. Especialistas da oficina relatam que em áreas muito violentas, nas quais há ausência ou insuficiência de serviços públicos, a gravidez significa uma forma de proteção das meninas. Algumas recorrem a esse recurso para serem protegidas pelo tráfico; outras para evitar as várias formas de violência praticadas por membros da família ou da comunidade.

Violência – Em lares violentos, nos quais as/os adolescentes são submetidos a negligência e violência psicológica e física, com processos de desqualificação que contribuem para a ausência de ou baixa autoestima, a gravidez pode ser uma forma de libertação, pois permite a saída da casa e a constituição de família própria. Além disso, pode elevar a autoestima de meninas e meninos, que passam à condição de mulher-mãe e homem-pai.

Um contexto social vulnerável pode desfavorecer ou impedir a realização de projetos de vida ligados à escolarização, à profissionalização e à independência. Assim, na ausência de outras oportunidades, a maternidade se torna a opção possível, configurando-se como uma alternativa viável frente às dificuldades. A literatura relaciona o desejo de ser mãe, nestas condições, a uma forma de construção da identidade e da autonomia e de reconhecimento social⁵⁵.

⁵⁵Pantoja, Bucher e Queiroz, 2007; Dias e Teixeira, 2010; Ciespi, 2016.

De forma semelhante, pode favorecer a mudança de *status* social. Para a adolescente sem espaço de fala ou de visibilidade, a gravidez representa uma maneira de se colocar em evidência, alcançando outro lugar na família, na comunidade e na sociedade. Meninas e meninos passam a ter outro estatuto de identidade – de adolescentes para mães e/ou casadas e pais e provedores. Há ainda um reconhecimento e reposicionamento familiar e comunitário – antes invisíveis, passam a ganhar atenção e cuidados da família e destaque entre pares e vizinhos.

Especialistas ressaltam que essa busca pela afirmação identitária e pelo reconhecimento pode estar associada, para as adolescentes, à ideia de empoderamento. Estar grávida significa ser aceita e amada; melhora a autoestima e a visibilidade social. No entanto, alertam que esse empoderamento é ilusório, pois não raras vezes essa percepção e esse sentimento logo se esvaziam.

A gravidez pode ser também uma estratégia para se criar ou manter um vínculo afetivo em caso de afetos desbalanceados na sua origem ou em vias de rompimento por um dos lados. Em situações de fragilidade nas relações, com ameaça de término, engravidar pode ser uma solução para segurar o parceiro ou a parceira, construir um vínculo ou mesmo forçar um matrimônio, quando as famílias acreditam que ‘se engravidou tem que casar’.

A depender dos diversos contextos em análise, podemos perceber a forma como a vulnerabilidade se relaciona aos demais fatores. Por exemplo, a falta de informação qualificada devido às más condições de existência da família ou a oferta insuficiente dos serviços de educação e de saúde pode levar as e os adolescentes a ter relações sexuais desprotegidas, dissociando, assim, desejo e risco.

Da mesma forma, uma situação familiar desfavorável, marcada por carências materiais e afetivas, pode levar as meninas a almejar uma mudança de *status*, com uma gravidez que lhes proporcione saída de casa e/ou a garantia de alguém que as sustente. Nesse caso, o desejo de ser mãe advém da necessidade de alterar o curso da vida devido às dificuldades vivenciadas.

A fala de uma das meninas na oficina explicita essa situação: “Se fosse para ter mil filhos eu queria, porque a comunicação muda, o amor, o afeto; [o casamento] me ajudou muito, me ensinou a ser dona de casa. Eu já sou casada no cartório. Meu sonho era casar mesmo e ele [o marido] sempre está me ajudando.”

“EU NÃO QUERIA ENGRAVIDAR... OMEU PADRASTO ME ESTUPROU”

A frase que dá título a esta seção foi proferida por uma das adolescentes presentes à oficina, hoje mãe de uma criança de 2 anos. Como este, vários são os casos de gestação adolescente advindos de violência sexual, que compõe um dos macrofatores para ocorrência do fenômeno.

As estatísticas apontam alto índice de abuso e exploração sexual de meninas⁵⁶, sobretudo na faixa de 10 a 14 anos. Muitos desses abusos podem resultar em gravidez. Já a literatura publicada por organizações encarregadas pelas políticas públicas indicam percentuais entre 40% e 60% dos casos de gravidez na adolescência resultantes de violência sexual.

Mas, apesar de os indicadores quantitativos e qualitativos comprovarem a gravidade do problema, a literatura brasileira carece de mais dados aprofundados sobre essa situação. Mesmo assim, ainda que os dados demográficos não sejam claros, algumas poucas pesquisas qualitativas confirmam a gestação fruto de abuso.

A literatura indica que a violência sexual tem grande impacto sobre a saúde de meninas e mulheres e, no caso de resultar numa gravidez, esse impacto aumenta devido à complexidade das reações psicológicas e sociais que acarreta. Alguns estudos afirmam que a gestação representa uma segunda violência, intolerável para grande parte das mulheres⁵⁷.

A violência sexual intra e extrafamiliar contra crianças e adolescentes tem causas complexas. Estudos enfatizam dois pilares explicativos para ela: o incesto e a pedofilia. O incesto pode ser visto como divergência cultural em relação à concepção de infância e família ou como psicopatologia. Da mesma forma, a pedofilia pode ser encarado como preferência sexual ou patologia médica e social⁵⁸.

⁵⁶O Disque Direitos Humanos, conhecido mais popularmente como Disque 100, canal para denúncias coordenado pela Ouvidoria da Secretaria de Direitos Humanos, contabilizou, em 2012 e 2013, cerca de 254 mil denúncias referentes a crianças e adolescentes. Destas, 43% se referiram a meninas e 71% a denúncias de violência sexual. Já o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), em pesquisa realizada em 2011 com base em dados coletados pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) do Ministério da Saúde, aferiu que de 527 mil casos de estupro, 88,5% das vítimas eram do sexo feminino, mais da metade tinha menos de 13 anos e cerca de 51% eram de cor preta e parda.

⁵⁷Drezett, 2003.

⁵⁸Santos e Ippólito, 2011.

Assim, a ocorrência da violência sexual contra crianças e adolescentes resulta, por parte dos autores de violência, da existência de uma concepção que ‘admita’ a possibilidade de relação sexual com esse sujeitos ou de uma patologia que faz com que tenham uma compulsão por esse tipo de relação; e, de outro lado, de crianças e adolescentes que, seduzidos ou subjugados, terminam sendo envolvidos nesse tipo de prática.

A existência de políticas públicas, como programas socioassistenciais, práticas pedagógicas escolares que trabalhem o tema, acesso à Justiça e campanhas preventivas, dentre outros, pode ajudar criar uma ambiência favorável ou coibidora da violência sexual.

Interrupção da gravidez – A decisão das meninas em relação a uma gravidez fruto de abuso sexual pode ser de interrupção, de seguimento da gestação e permanência com o filho ou de seguimento e colocação para adoção. São decisões revestidas de forte carga emocional e de leituras diferenciadas em relação a normas sociais, morais e religiosas.

Embora a lei autorize o aborto legal para casos de violência sexual, a decisão de se recorrer ou não a essa prática é complexa e passa pela concepção de gravidez e/ou de aborto que possui a adolescente e sua família. Algumas são contra o aborto mesmo nas circunstâncias de abuso sexual.

Mas para as famílias que admitem a possibilidade de aborto nesses casos, o processo judicial é longo e complicado e pode sofrer interferência dos vários agentes responsáveis pelo trâmite, cuja concepção sobre essa prática pode operar a favor ou contra a lei. Vencida a etapa judicial, a execução do aborto vai depender das condições dos serviços de saúde local. Todo esse processo pode durar mais tempo do que os 3 meses nos quais a interrupção da gravidez é permitida.

Gênero – A violência sexual tem forte vinculação com as questões de gênero. Ela representa, antes, uma violência de gênero, expressa na forma de como as desigualdades e o poder são exercidos sobre as mulheres. As concepções e os comportamentos relativos a uma gravidez por abuso refletem as normas sociais tradicionais de gênero, nas quais se dissocia completamente, para as meninas, a dimensão do desejo e a do risco⁵⁹.

⁵⁹Saffioti, 2001.

O fato de estar grávida na adolescência já é visto de forma crítica pela sociedade; se a gestação for consequência de um abuso a situação é ainda mais polêmica. Em alguns casos as meninas são vistas como vítimas, em outros como responsáveis pelo ocorrido.

Ressalte-se que os dados apontam que grande parte dos abusos, sobretudo nas faixas etárias mais novas, é praticada por pessoas próximas das meninas, como pai, padrasto ou tio. No caso de uma gestação, toda a estrutura familiar é impactada. Há relatos em que a família acolhe a adolescente e outros em que acolhe o suposto autor da violência⁶⁰.

⁶⁰Santos *et al.*, 2014.



VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES: UM FENÔMENO DE GRANDES DIMENSÕES⁶¹

Segundo dados de 2012 e 2013, a violência sexual é a quarta forma de violência denunciada ao Disque 100⁶² (13,4%) e a terceira mais notificada pelo Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes, coordenado pelo Ministério da Saúde, o Viva/SUS (27,9%). Os tipos mais recorrentes denunciados ao Disque 100 foram o abuso sexual (76,7%) e a exploração sexual (20,2%). Já nas notificações do Viva/SUS o estupro veio em primeiro lugar (59,8%), seguido de assédio e de atentado violento ao pudor.

Em praticamente metade dos casos de violência sexual denunciados ao Disque 100 (48,8%) e notificados pelo Viva/SUS (51,4%), as crianças e os adolescentes se encontravam na pré-adolescência e no início da adolescência, na faixa etária entre 8 e 14 anos.

A imensa maioria das vítimas era do sexo feminino, somando 71,8% dos casos denunciados ao Disque 100 e 83,5% dos casos notificados ao Viva/SUS. Significa dizer que de cada dez crian-

⁶¹Extraído do relatório Violência contra criança e adolescente: O gênero, a etnia, o recorte etário e a distribuição regional. UNICEF, 2017.

⁶²O Disque 100, atualmente chamado de Disque Direitos Humanos, é um canal para denúncias sobre violência, coordenado pela Ouvidoria da Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República.

ças e adolescentes vítimas da violência sexual, sete (Disque 100) ou oito (Viva/SUS) eram meninas. Segundo dados do Viva/SUS, as meninas estavam distribuídas de forma mais balanceada nos dois ciclos: infância (75,3%) e adolescência (93,6%). Já os meninos estavam mais concentrados no período da infância, na faixa de 0 a 11 anos (24,7%).

Meninas negras foram o principal alvo da violência sexual. Os percentuais foram de 70,2% no Disque 100 e 49,4% no Viva/SUS. Contudo, não se pode subestimar o fato de praticamente 1/3 das vítimas ser composto por meninas brancas – 23,9% no Disque 100 e 36,3% no Viva/SUS.

Os Disque 100 Nordeste e Sudeste registraram os maiores percentuais de denúncias – 34,7% para a primeira região e 31,4% para segunda. Já no Viva/SUS as regiões foram Sudeste (34,2%), Norte (20,3%) e Sul (20,4%).

Membros da família, particularmente homens (68,8%), negros (30,9%), na faixa etária entre 18 a 30 anos (45,7%), pais, padrastos, amigos/conhecidos e vizinhos foram os suspeitos de autoria de violência sexual contra crianças e adolescentes.

Os locais da violação mais recorrentes foram, de acordo com dados do Disque 100, as residências (77,7%), particularmente a casa da vítima (35,7%) e a do suspeito (33,8%).

LEIS E POLÍTICAS PÚBLICAS

A existência de leis e políticas públicas (ou sua adequação/inadequação) podem ser fatores decisivos para a ocorrência ou não da gravidez na adolescência. Esses fatores se referem a questões materiais e objetivas, como as regulações para a atenção às meninas gestantes e os serviços de saúde, educação, assistência, dentre outros, que são ofertados. Eles têm influência importante no percurso da saúde sexual e reprodutiva de muitos adolescentes, pois vão garantir ou não o acesso a ações de prevenção e de atenção quando da ocorrência da gravidez.

Campanhas sobre os direitos sexuais reprodutivos; educação para saúde sexual nas escolas; políticas de planejamento familiar; e distribuição de preservativos e anticoncepcionais são exemplos de iniciativas públicas que podem influenciar a ocorrência de casos da gravidez na adolescência.

E, nesse tema, os participantes da oficina alertam para ameaças de regressão acerca de alguns direitos estabelecidos. Determinados projetos de lei que tramitam nas três esferas do Legislativo são exemplos das estruturas de preferência e comportamento de alguns parlamentares, para os quais a sexualidade é um assunto do âmbito privado, não cabendo sua abordagem por instituições como a escola.

O Plano Nacional de Educação (PNE)⁶³ e os respectivos planos estaduais e municipais são exemplos citados, nos quais as questões de igualdade de gênero, raça e orientação sexual foram suprimidas do documento com o argumento de se tratar de questão ideológica. Gênero, nesse caso, envolvia discussões acerca de papéis sociais, sexualidade e demais temas correlatos.

Leis e serviços são perpassados continuamente pelas normas sociais, que interferem no seu caráter objetivo, revelando como o sistema normativo é conduzido. Um exemplo relatado pelas adolescentes participantes da Oficina sobre Gravidez na Adolescência ilustra bem como determinadas visões modelam os comportamentos e as práticas dos profissionais de saúde.

⁶³O PNE determina diretrizes, metas e estratégias para a política educacional dos próximos 10 anos (2014-2024). A supressão do item sobre igualdade de gênero, raça e orientação sexual nas escolas foi feita por pressão de grupos conservadores e religiosos, formados por parlamentares e seus representantes. Pelo menos oito planos estaduais seguiram a mesma direção do plano nacional.

Muitas meninas relatam que, ao chegar ao posto de saúde grávidas, os profissionais as olham com reprovação e fazem comentários criticando a sua situação. A opinião de tais profissionais revela suas preferências em relação ao entendimento desse fenômeno como um problema, reforçando o sistema normativo em torno da questão. E tal opinião gera um comportamento de falta de empatia, de condenação e de crítica quando do atendimento das meninas. Esses profissionais cumprem sua função não somente pelas prescrições e orientações técnicas determinadas pela política da saúde, mas também de acordo com as estruturas de preferência e comportamentos.

As concepções subjacentes sobre adolescência, sexualidade e gravidez e as normas sociais e culturais incidem sobre os comportamentos, as atitudes e as práticas das/dos adolescentes, de seus familiares, de gestores encarregados da formulação de políticas e dos técnicos que operam o Sistema de Garantia de Direitos e a Rede de Proteção.

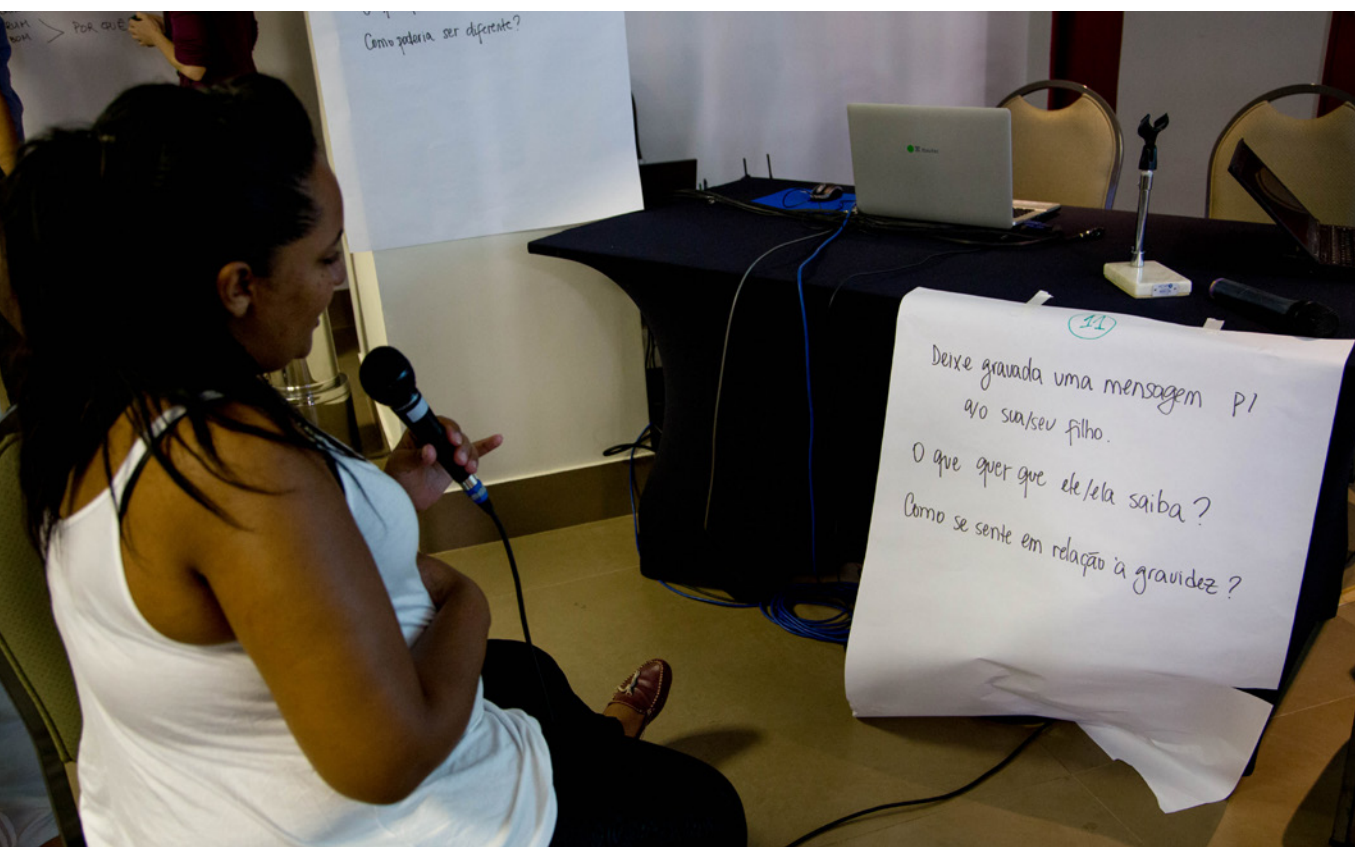
Assim, a impunidade nos casos de abuso sexual que geram gravidez em muitas adolescentes, por exemplo, tem relação, em grande medida, com como os operadores do Direito veem a violência sexual e estabelecem as estratégias e prioridades para o seu enfrentamento.

As dificuldades de diálogo, escuta e aceitação da sexualidade podem fazer com que as e os adolescentes exerçam sua vida sexual sem precaução contra os riscos de uma gravidez não planejada. Pegar camisinha no posto de saúde ou comprá-la na farmácia ainda é um constrangimento para muitos deles e delas, que relatam posturas por vezes condenatórias por parte de profissionais e atendentes. Isso favorece que corram riscos, acarretando um descompasso com seus desejos.

Como visto, os determinantes da gravidez na adolescência são não somente diversos, mas se inter-relacionam. Os diferentes contextos biológicos, sociais, econômicos, culturais e subjetivos de ocorrência da gestação implicam na aproximação entre os macrofatores causais e os fatores intervenientes e transversais.

{ CAPÍTULO 5 }

GARGALOS DA PREVENÇÃO E DA ATENÇÃO À GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA



Como indicamos no capítulo anterior, o *status* das políticas públicas pode ser condicionante para a ocorrência ou não de gravidez na adolescência. A existência ou não de campanhas sobre os direitos sexuais reprodutivos, a educação para saúde sexual nas escolas, as políticas de planejamento familiar e a distribuição de preservativos e anticoncepcionais são exemplos de ações públicas cuja existência, suficiência e qualidade podem impactar na gestação do público adolescente. As políticas públicas também são fundamentais para que as meninas tenham uma gestação saudável, minimizando os riscos de eventuais problemas e, posteriormente, na sua futura condição de mães.

Os determinantes analisados no capítulo anterior oferecem uma visão sobre o fenômeno da gestação adolescente a partir de seus múltiplos enfoques e situações de ocorrência. Tais determinantes vão impactar nas dificuldades e nos desafios, nomeados de gargalos nesse texto, enfrentados na prática por meninas, meninos, famílias, profissionais e demais atores envolvidos com a questão. A discussão desses gargalos foi o foco principal da participação das/dos especialistas presentes na oficina.

Assim como são complexos e multicausais os determinantes, também o são os gargalos, que podem ser provenientes desde de condições objetivas, como acesso aos serviços ou estrutura das políticas, até condições subjetivas, como a visão dos profissionais sobre as e os adolescentes e a forma como os atendem.

Neste capítulo, a maior densidade de conteúdos provém das reflexões e dos diálogos ocorridos na Oficina sobre Gravidez na Adolescência, em que pese haver também subsídios provenientes da revisão da literatura.

Os participantes possuem longa trajetória de atendimento e de convívio com adolescentes grávidas, o que os torna aptos a analisar o fenômeno a partir da sua ocorrência concreta na vida de meninas e meninos. Muitos acumulam ainda experiência de pesquisa acadêmica sobre o tema.

Por outro lado, a participação das grávidas e mães adolescentes enriquece o conteúdo de análise. Elas apresentam importantes aportes nas dimensões subjetivas e objetivas sobre a maternidade, relatando como se sentem, como avaliam os serviços públicos e como percebem as estruturas de preferência e comportamentos dos adultos para com elas.

Assim como no capítulo anterior, a análise dos gargalos foi feita a partir do modelo conceitual dos macrofatores causais, fatores condicionantes/intervenientes e fatores estruturais transversais. Ressalte-se que muitas questões relativas aos determinantes se aplicam aos gargalos, em especial os fatores estruturantes transversais. As normas sociais não só definem um contexto que favoreça ou não a gestação, mas também sua vivência por parte de meninas e meninos.

De acordo com o modelo conceitual elaborado, os gargalos da gestação adolescente se organizam segundo os mesmos fatores:

Macrofatores causais: referem-se às causas mais decisivas que determinam a ocorrência da gravidez na adolescência:

- Status das políticas, programas e serviços relativos à gravidez na adolescência;
- Status da rede social de apoio, formada por família, comunidade, grupos de apoio, como igrejas, coletivos juvenis, e organizações não governamentais, dentre outros.

Fatores condicionantes/intervenientes: referem-se às condições objetivas que impõem a ocorrência da gravidez:

- Mobilização social visando a qualificar a demanda relativa à saúde sexual e reprodutiva de adolescentes;
- Legislação;
- Financiamento das políticas.

Fatores estruturantes transversais: referem-se às formas nas quais o fenômeno da gravidez é organizado social e simbolicamente:

- Concepções e normas sociais que estruturam os comportamentos, as atitudes e as práticas sociais.

Quadro sinótico dos gargalos relativos à gravidez na adolescência

1. Fatores	2. Descritores	3. Categorias
Macrofatores causais	Status das políticas, programas e serviços relativos à gravidez	Status política x programa, saúde x doença
	Status da rede social de apoio	Concepção e gestão dos programas e serviços: • Gestão • Falhas de cobertura e ineficiência • Acesso aos serviços • Especificidades • Ambiente apropriado
Fatores condicionates/intervenientes	Mobilização social	Educação sexual: • Concepção • Papel da escola • Canais de informação e comunicação Família e organizações de apoio
	Legislação	
	Financiamentos das políticas	
Fatores estruturantes/transversais	Normas sociais (preferências e comportamentos)	Participação e voz

STATUS DAS POLÍTICAS, DOS PROGRAMAS E DOS SERVIÇOS

O atual cenário dos programas e serviços relativos aos direitos sexuais e reprodutivos de adolescentes pode ser apontado como o maior gargalo relacionado ao tema da gravidez na adolescência. A análise dos participantes indica a ausência de uma política sobre saúde sexual e reprodutiva para esse público, capaz de conceber e gerir as diversas demandas e ações intersetoriais necessárias, o que reflete o não lugar que esses sujeitos e sua sexualidade ocupam na sociedade.

Existem programas e iniciativas públicas na saúde, educação, assistência social e outras áreas. No entanto, falta uma política capaz de estabelecer conceitos, diretrizes, metas, ações e orçamento intersetoriais.

Como grande parte dos participantes da oficina é da área de saúde, a problematização da política *versus* programa se deu no âmbito dessa área. Eles avaliam que o Programa Saúde do Adolescente (Prosad), criado em 1989, e, posteriormente, a Coordenação Nacional de Saúde do Adolescente, de 1990, ambos do

Ministério da Saúde, em que pese terem representado um avanço, não têm sido capazes de dar conta da dimensão das necessidades relativas aos direitos sexuais e reprodutivos desse público e, dentro disso, da gravidez.

Por tratar-se de um programa e não de uma política, o Prosad não consegue ter visibilidade e prioridade político-institucional suficientes na estrutura do Ministério da Saúde e das secretarias estaduais e municipais de saúde, o que acarreta insuficiência de recursos técnicos, materiais e financeiros.

Os motivos para a inexistência de uma política são de várias ordens, relacionadas às concepções gerais do modelo do sistema de saúde brasileiro; ao *status* da mobilização social em favor da saúde pública, principalmente relacionado às especificidades de políticas para os/as adolescentes; ao estágio da legislação de proteção às crianças e adolescentes; e ao *status* do financiamento das políticas sociais, particularmente das políticas de saúde.

Concepções de saúde e falta de prioridade para as e os adolescentes

O sistema de saúde brasileiro é muito focado no tratamento das doenças e não nas ações preventivas. Isso impacta na concepção das iniciativas públicas e modela a visão que a sociedade tem sobre os serviços. Grande parte das vezes esses serviços são procurados e demandados para ações de proteção e recuperação da saúde e muito pouco para promoção e prevenção. Com a população adolescente não é diferente, o que provoca um gargalo nos serviços de prevenção à gravidez não planejada e/ou indesejada.

A única exceção relatada pelas/os especialistas se refere à primeira infância, para a qual há uma estratégia de cuidado preventivo mais consolidada por parte



da saúde. Com a adolescência, porém, faltam cultura e iniciativa de apoio e acompanhamento para todas as questões relacionadas à sua saúde física e emocional.

Universal x específico – As políticas públicas brasileiras para crianças e adolescentes têm caráter universalista, a fim de garantir os direitos de maneira mais justa e simétrica. No entanto, alguns temas e grupos sociais requerem um olhar específico, pois a concepção universalista não garante a superação de determinadas vulnerabilidades. A saúde sexual e reprodutiva é um dos temas para os quais o olhar universalista não responde aos diversos contextos diferenciados de ocorrência da gravidez.

A cultura da qual determinadas meninas e meninos fazem parte pode conferir significações diferentes daquelas normatizadas sobre sexualidade e sobre gestação adolescente. É o caso dos ciganos, cuja visão foi compartilhada na oficina por uma das jovens participantes. Segundo ela, a sexualidade é uma dimensão que faz parte da cultura cigana desde cedo, sendo vista como uma experiência natural.

A conformação do espaço de habitação e de convivência favorece essa concepção, uma vez que nos acampamentos a vida acontece de forma mais coletiva e menos privada e as vivências, inclusive a sexual, ocorrem numa privacidade muito relativa. A maternidade também é vista de forma natural, representando uma experiência de grande valor social para o grupo, pois significa a continuação daquela etnia, por vezes ameaçada de diminuição ou desaparecimento.

Para outros grupos sociais a gestação ocorre em contextos não só diferenciados, mas de difícil vivência, pois que envolta em situações de violência e vulnerabilidade. É o caso das meninas imigrantes, deficientes, usuárias de drogas, privadas de liberdade, vivendo em situação de rua, em acolhimento institucional e/ou com HIV/Aids. São situações para as quais as iniciativas públicas hoje existentes, segundo especialistas, são insuficientes ou ausentes.

Um dos casos relatados na oficina foi o das meninas imigrantes do Haiti. Para muitas, a gravidez é decorrência de abuso sexual ou de pressão de familiares para lhes garantir condições de sobrevivência e de permanência no país. No caso das adolescentes em situação de rua, as pesquisas apontam o sexo e a gravidez como estratégias de sobrevivência.⁶⁴

⁶⁴Ciespi, 2016.

No âmbito mais restrito da saúde, especialistas alertam que a Estratégia de Saúde da Família (ESF)⁶⁵, iniciativa do Ministério da Saúde para reorganizar e qualificar a atenção básica da saúde, acabou levando à invisibilidade da adolescência. Isso porque a ESF não atua a partir de grupos etários, uniformizando o atendimento indistintamente para todos os públicos. De acordo com os participantes, as especificidades das e dos adolescentes, bem como de outros grupos sociais, como os idosos, acabam não sendo contempladas, o que diminui a garantia de uma boa cobertura primária na atenção à saúde.

Outra situação também da saúde se refere ao atendimento pré-natal, ofertado de maneira geral para todas as mulheres. Especialistas, no entanto, alertam que esse serviço requer atendimento diferenciado para as adolescentes, em função dos riscos que a gestação nessa faixa etária pode acarretar. A literatura biomédica evidencia riscos tanto para a mãe (anemia, desnutrição, hipertensão, depressão pós-parto, dentre outros) como para o bebê (prematuridade, baixo peso, morte perinatal, deficiência, dentre outros).

Ao se observar as estatísticas de acesso ao pré-natal (leia mais na página 26) por parte de adolescentes grávidas percebe-se a urgência em se criar iniciativas que ampliem e garantam esse procedimento para as meninas.

As representações sociais sobre a adolescência impactam na forma com que as políticas públicas para esse segmento são concebidas e executadas. O discurso normativo e legal busca associar aspectos positivos à imagem adolescente, desde que não esbarre nas situações e condições de vulnerabilidade, pois aí a imagem se torna negativa e as e os adolescentes são vistos como problema⁶⁶. Essa visão reforça as práticas de controle sobre esses sujeitos e condiciona as ações públicas ao foco do 'problema' da adolescência e não na sua saúde.

Mobilização social

A mobilização social é condição para que a saúde sexual e reprodutiva de adolescentes seja visibilizada, ganhe a agenda pública e se torne prioridade. A oficina apontou, por um lado, a existência dessa mobilização, com relatos de

⁶⁵ A Estratégia de Saúde da Família (ESF) é uma iniciativa do Ministério da Saúde para reorganizar a atenção básica de saúde de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde (SUS). É formada por equipes multiprofissionais responsáveis pelo atendimento a famílias em situação de vulnerabilidade de determinados territórios. Para conhecer mais a iniciativa acesse: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_esf.php>.

⁶⁶ Horta e Sena, 2010.

muitos participantes cujas organizações há vários anos vêm incidindo para a elaboração de leis sobre o tema, bem como para qualificação dos serviços ofertados, sobretudo na rede pública.

Por outro lado, evidenciou a necessidade de conferir mais robustez ao movimento, com a entrada de novos atores e a transversalização dessa temática junto a outros públicos e agendas, como a da juventude.

Soma-se a isso – ou por causa disso – a necessidade de um ente, governamental ou social, capaz de liderar um processo de *advocacy* permanente para o avanço das questões envolvendo saúde sexual e reprodutiva de adolescentes.

Legislação e financiamento da política

A legislação e o financiamento das políticas públicas são outros fatores que condicionam a efetividade das ações e dos serviços existentes. Decerto que a queda nos índices de gravidez no grupo etário de 15 a 19 anos é reflexo desses fatores. Porém, especialistas avaliam que as iniciativas em curso ainda são insuficientes ou falhas tanto do ponto de vista da concepção como no da execução. Não à toa, o índice de gestação no grupo de 10 a 14 anos tem se mantido, sem indícios de decréscimo.

O financiamento, ainda que atrelado à legislação, precisa de análise individualizada, haja vista que em muitos casos a existência de leis não garante a existência de orçamento.

Sem política não há orçamento. Assim, o financiamento da saúde sexual e reprodutiva é pulverizado nos programas e serviços existentes e tem se revelado, de acordo com especialistas, insuficiente diante das demandas. Diluídos junto a outros públicos e iniciativas, os recursos dessa área dependem mais do esforço dos gestores e técnicos para sua garantia do que de sua previsão legal.

EDUCAÇÃO SEXUAL

O fato de a sociedade em geral não tratar abertamente do tema da sexualidade na adolescência faz com que esse público tenha que buscar informações entre seus pares e na internet. São poucas as famílias que conseguem cumprir bem o papel da educação para a saúde sexual. Como vimos no capítulo

anterior, pais/mães estão focados na repressão da sexualidade na adolescência, premidos por dois tipos de normas culturais: (i) uma relacionada à convenção da maioridade/responsabilidade legal/civil, quando adolescentes acima de 18 anos ‘fazem da vida deles o que eles quiserem’; e (ii) a sexualidade numa relação estável ou no matrimônio.

Na escola, onde muitos e muitas adolescentes obtêm alguma informação, particularmente nas aulas de biologia, o foco na prevenção profilática das doenças sexualmente transmissíveis impede que compreendam melhor o funcionamento do corpo e adquiram estratégias para o gerenciamento dos riscos.

Já com os pares, uma grande fonte de autoeducação, as e os adolescentes recebem informações muito fragmentadas, compostas em parte por crenças familiares, experiências de parentes ou adultos relacionados, aprendizagem na escola, *bits* de informações na internet e experiência própria.

Na internet, como dizem as e os adolescentes, “você encontra de tudo”. Em geral, o excesso de informações de diversos matizes e interesses torna difícil obter aquelas confiáveis. Abaixo detalhamos os gargalos da educação para saúde sexual, entendida como o principal item da política de prevenção da gravidez não planejada e da indesejada.



Concepção sobre sexualidade

A educação para a sexualidade é apontada pelas/os especialistas e pela literatura como fundamental para que os adolescentes possam iniciar sua vida sexual e se habilitar para enfrentar os desafios inerentes às relações afetivas⁶⁷. Porém, a forma com que tem sido concebida não colabora para alcançar esse resultado. Os conteúdos se centram unicamente nas questões biológicas, negligenciando as relações, os sentimentos, as angústias e as curiosidades que fazem parte da iniciação sexual.

Autores alertam que tanto escolas como serviços da saúde e famílias por vezes reduzem a abrangência do tema à explicação sobre o amadurecimento sexual orgânico e as formas de prevenção da gravidez e de doenças sexualmente transmissíveis. Mas pouco abrangem temas que mobilizam e inquietam as/os adolescentes, como questões de gênero, exploração e reconhecimento do próprio corpo, desejo, estabelecimento de intimidade e relação com o outro⁶⁸.

Ao serem indagadas sobre o que são direitos sexuais e reprodutivos, as adolescentes da oficina não souberam responder por falta de repertório sobre o tema. Segundo elas, o termo é desconhecido. Afirmam que tudo o que aprenderam sobre sexualidade em instituições como escola e serviços de saúde é relativo a questões físicas e biológicas.

Elas demandam novos conteúdos e metodologias mais dialógicas, por meio das quais possam não só ouvir explicações das/dos especialistas e adultos como também falar sobre suas dúvidas, suas angústias e seus desejos. Algo diferente da clássica abordagem do corpo humano, os órgãos reprodutores, as infecções sexualmente transmissíveis e como usar o preservativo.

Estudos indicam que o acesso a informações sobre a contracepção não significa uma transformação automática das práticas e a instauração do autocuidado pelos adolescentes. Isso porque o manejo e a introdução das técnicas são um aprendizado processual, que impõem autoconfiança, relação e negociação com parceiro e apoio social, questões de lenta apreensão para quem está dando os primeiros passos na vida sexual⁶⁹.

⁶⁷Heilborn et al. 2006; Alves e Brandão, 2009; Heilborn, 2012.

⁶⁸Idem.

⁶⁹Brandão e Heilborn, 2006; Heilborn, 2012.

Assim, a educação sexual precisa abranger dimensões mais amplas do que as biológicas, além de ser um processo contínuo, que não se resolve com uma palestra na escola ou no posto de saúde.

Papel da escola

Em que pese ser um espaço de aprendizado e de convivência contínua entre pares, o tema da educação sexual nem sempre faz parte do currículo das escolas. E, quando presente, é comum que fique restrito aos aspectos biológicos, sem abordar as dimensões relacionais e emocionais, como tanto demandam as adolescentes.

A falta de uma política pública específica sobre direitos sexuais e reprodutivos colabora para essa situação, pois se reflete na ausência ou no não cumprimento de programas, projetos e iniciativas públicas das diversas pastas. No caso da educação, o Ministério da Educação (MEC) instituiu, em 1997, o tema da educação sexual nos Parâmetros Curriculares Nacionais, com orientações para sua abordagem curricular nas escolas⁷⁰. Porém, especialistas afirmam que a iniciativa foi pouco implementada por estados e municípios, tendo caído no esquecimento.

Como toda instituição social, a escola é perpassada pelas normas sociais, ajudando a cristalizá-las ou sofrendo as consequências quando de seu rompimento. Ela tanto produz leituras específicas sobre as normas sociais, morais e religiosas como as recebe dos familiares, alunos, secretarias de educação etc. Assim, nem sempre a interdição sobre o tema da sexualidade e da gravidez é feito por ela, e sim pelos pais/mães, pelos governos e pelo Legislativo. A aprovação do plano nacional e de alguns estaduais de educação, já relatados nesta publicação (leia mais na página 72), é um exemplo.

A representação social sobre a escola advém das leituras que os atores fazem dela, oscilando entre positiva e negativa. Na oficina isso ficou bem nítido. Especialistas apresentam uma visão bastante crítica quanto à sua insuficiência na abordagem da sexualidade. Já as adolescentes fazem outra leitura desse espaço, não pelo seu papel curricular em relação ao tema, mas pelo lado relacional, com relatos sobre professores e diretores que não só acolhem, mas assistem à gestação de suas alunas.

⁷⁰Quando elaborado para compor os Parâmetros Curriculares Nacionais (PCN), em 1997, o tema recebeu o nome de orientação sexual e não educação sexual, como é mais comum atualmente. Para conhecer o conteúdo acerca do tema nos PCN acesse: <<http://portal.mec.gov.br/seb/arquivos/pdf/orientacao.pdf>>.

Decerto que esta não é uma situação hegemônica. Tampouco o é a representação de que a escola não cumpre o seu papel frente à sexualidade dos adolescentes. Como se trata de uma instituição estrutural da vida social moderna, ela tem uma complexidade que exige olhar multifatorial.

Canais de informação e de comunicação

Além das instituições tradicionais, como família e escola, na vida contemporânea os meios de comunicação e as tecnologias de informação e de comunicação ocupam considerável espaço como agentes de socialização, especialmente junto a adolescentes e jovens⁷¹.

Informações sobre sexualidade e gravidez são abundantes em sites, blogs, redes sociais, aplicativos, canais digitais e revistas impressas e eletrônicas, dentre outros suportes midiáticos. Contudo, especialistas alertam sobre a validade dessas informações. Como são espaços abertos e de conteúdo livre, há neles dados de toda natureza: bem fundamentados, baseados em opiniões pessoais ou estereótipos, levantados com base incorreta ou infundada etc.

O gargalo é como garantir que algum volume dessas informações possa ser validado e certificado para que adolescentes, famílias, educadores e demais atores possam ter segurança ao acessá-las.

⁷¹Borges, 2007.



GESTÃO DOS PROGRAMAS E SERVIÇOS DE ATENÇÃO ÀS/AOS ADOLESCENTES

Os programas e serviços existentes relativos à saúde sexual e reprodutiva de adolescentes são concebidos de forma isolada pelas áreas, com previsão de pouca intersetorialidade. Essa situação reflete de forma mais ampla a maneira como as políticas públicas historicamente são elaboradas e executadas no país – setorializadas e sem mecanismos que favorecem a sua integração⁷².

Por vezes, até na mesma área a integração não ocorre, com secretarias, diretorias, departamentos e coordenações concorrendo ou sobrepondo ações. Essa percepção é relatada pelos participantes da oficina, que apontam o trabalho inter e intrasetorial como uma questão urgente na gestão dos programas e serviços.

Uma das poucas experiências de intersetorialidade no tema é o Programa Saúde na Escola (PSE)⁷³, uma iniciativa conjunta entre os ministérios da Saúde e da Educação, criada em 2007, que visa a articular as redes públicas de educação e de saúde na elaboração de ações de promoção da saúde dentro da escola. Em que pese o considerarem uma estratégia assertiva, especialistas afirmam que sua execução enfrenta inúmeros problemas.

Um primeiro desafio é mesmo o da intersetorialidade, de forma a compatibilizar concepções, estruturas, demandas e atribuições de duas áreas com realidades distintas e pouca prática de trabalho conjunto, como escolas e serviços de saúde. Outra dificuldade é de concepção das ações, que acabaram mais voltadas para a antropometria e a saúde bucal, garantindo menos espaço para a saúde sexual e reprodutiva. Além disso, a avaliação é que o programa tem baixa adesão por parte de estados e municípios.

Em relação à área específica da saúde, especialistas afirmam que os órgãos de gestão muitas vezes não têm uma formulação nítida das funções, responsa-

⁷²Horta e Sena, 2010.

⁷³O Programa Saúde na Escola (PSE) é uma estratégia de integração da saúde e da educação que visa a promover cidadania e qualificar as políticas públicas voltadas para crianças, adolescentes e jovens nessas duas áreas. Para saber mais sobre o PSE acesse: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/pse.php>>.

bilidades e mecanismos de coordenação da saúde do adolescente. Isso reverbera na ponta, com uma cobertura e um acesso aos serviços falhos. Algumas adolescentes presentes à oficina relataram, por exemplo, dificuldade de fazer pré-natal nos postos de saúde devido ao atendimento intermitente.

Como não constitui uma política, e sim um programa na maior parte dos estados e municípios, a saúde do adolescente ainda corre o risco de descontinuidade, a depender da visão e da disposição dos gestores para com o tema.

A produção acadêmica destaca que essa situação não é exclusiva da saúde do adolescente; antes, constitui-se numa prática comum na gestão pública brasileira. Políticas e programas, quando não bem estruturados e universalizados, acabam ficando à mercê de questões político-partidárias, podendo se enfraquecer ou desaparecer⁷⁴.

A avaliação das ações e dos serviços de saúde aparece como outro gargalo, tanto na fala de especialistas como na literatura. Os mecanismos de acompanhamento e avaliação são insuficientes, o que acarreta a continuidade dos problemas e falta de investimento em experiências exitosas⁷⁵.

A gestão envolve ainda a relação com recursos humanos. A falta de formulação nítida das ações e dos serviços, bem como a descontinuidade, são fatores que afetam diretamente a capacidade do exercício profissional. Especialistas advertem que muitas vezes os profissionais da saúde ficam sobrecarregados devido à grande demanda de atendimento, que se soma às condições materiais nem sempre favoráveis.

Outro gargalo relativo a pessoal é a baixa oferta de capacitação sobre saúde sexual e reprodutiva. Essa questão tem estreita relação com os fatores transversais das normas sociais. Muitos participantes relatam a dificuldade que os profissionais não só da saúde, mas também da educação e da assistência, assim como dos conselhos tutelares, têm de abordar com adolescentes o tema da sexualidade e da gravidez⁷⁶.

⁷⁴Ipea, 2008; Horta e Sena, 2010.

⁷⁵Idem.

⁷⁶Alves e Brandão, 2009; Horta e Sena, 2010.

Falhas de cobertura e ineficiência

Os gargalos na concepção e na gestão dos programas e serviços levam a falhas de cobertura, sobretudo no atendimento na ponta. Na saúde, os participantes da oficina relatam insuficiência ou mesmo ausência de profissionais especializados, como ginecologias e obstetras.

Uma participante conta que nas comunidades ribeirinhas da região Norte, por exemplo, essa situação é constante. “Vi mulheres com 40 anos de idade que nunca foram a um ginecologista porque não há nenhum, não há acesso, mas essas pessoas não entram nas estatísticas porque praticamente não existem.”

O acesso a métodos contraceptivos também é falho. Um exemplo revelador de como os direitos sexuais e reprodutivos não são concebidos no rol dos serviços ofertados é a não previsão de distribuição de preservativos para meninas e meninos em cumprimento de medida socioeducativa de internação.

A participação dos meninos no acompanhamento da gestação também é outro gargalo de cobertura. Especialistas salientam que os adolescentes quase não participam do pré-natal e muitas vezes têm o direito de acompanhamento do parto negado. Essa falta de investimento na presença dos meninos reforça as normas sociais que estruturam comportamentos, atitudes e práticas que geram a ausência ou invisibilidade da paternidade⁷⁷.

Enquanto as meninas, por exemplo, têm direito de se ausentarem da escola ou do trabalho quando de consultas pré-natal, o mesmo nem sempre é garantido aos meninos que as acompanham.

Acesso aos serviços

Como os serviços de saúde não são pensados de forma a acolher as especificidades dos adolescentes e eles encontram muitas falhas de cobertura, sua presença nesses espaços acaba sendo apenas quando da ocorrência de algum problema de saúde e não para a prevenção.

Especialistas afirmam a dificuldade de acesso desse público, de forma contínua, desburocratizada e autônoma, a consultas ginecológicas, exames

⁷⁷Luz e Berni, 2010; Silva *et al.*, 2010

preventivos, aquisição de preservativo e realização de anticoncepção de emergência, dentre outros serviços.

A Caderneta da Saúde do Adolescente⁷⁸ é o instrumento que para as/os especialistas mais representa essa assimetria entre a prevenção e o cuidado da infância e da adolescência. Ao contrário da Caderneta da Saúde da Criança, que realmente é implementada como estratégia preventiva, a do adolescente não o é.

Segundo as/os participantes, não há vontade política dos gestores da saúde para que ela se torne um instrumento utilizado amplamente. Falta capacitação dos profissionais para seu uso e há pouca divulgação da sua existência. No entanto, lamentam essa situação, pois consideram a caderneta um instrumento bem elaborado, que permite planejar um trabalho de forma articulada entre saúde, educação e assistência social.

Por outro lado, há profissionais que não aceitam que adolescentes possam ter acesso a esses serviços sem a presença de um responsável, como a mãe, e desconsideram o direito ao sigilo e à confidencialidade. Outros realizam um atendimento exclusivamente clínico e prescritivo, com pouco diálogo, uma vez que têm dificuldades em aceitar ou abordar questões de sexualidade. Há ainda aqueles que mantêm uma postura de julgamento e crítica⁷⁹.

As adolescentes da oficina reforçam essa representação dos profissionais sobre elas: "Sempre surgem comentários: é uma criança cuidando de outra criança; vai brincar de boneca. Teve um caso entre nós em que a médica falou que a menina era muito jovem, que isso [a gravidez] ia acabar com a vida e a carreira dela."

Nesses casos as normas sociais estruturam os comportamentos, as atitudes e as práticas que negam a sexualidade desses sujeitos. A camisinha é um exemplo. Sua representação social é de algo proibido e velado, porque materializa a realidade de que adolescentes têm vida sexual ativa. Assim, há um constrangimento por parte dos profissionais em distribuí-la e das e dos adolescentes em solicitá-la.

Esses fatores se relacionam ao determinante do descompasso entre desejo e risco. As barreiras de acesso fazem com que adolescentes tenham relações sexuais desprotegidas e que podem incorrer em gravidez não desejada ou planejada.

⁷⁸Ver mais sobre a Caderneta do Adolescente no capítulo 2, página 22.

⁷⁹Pantoja, Bucher e Queiroz, 2007; Alves e Brandão, 2009; Horta e Sena, 2010.

Por outro lado, caso a gestação seja desejada e planejada, o acesso aos serviços também é falho. Em que pese o direito à saúde sexual e reprodutiva de adolescentes incluir a dimensão do desejo e da decisão por uma gravidez, os programas e serviços pouco abordam essa questão. Isso porque, mesmo prevendo que esse grupo social tenha direito ao serviço de planejamento familiar, o acesso a ele, quando existe, é restrito ou mal visto pelos profissionais.

As adolescentes da oficina relataram que sua presença nesses serviços muitas vezes causa estranhamento e é motivo de críticas por parte dos técnicos. “Quando a gente vai ao serviço de planejamento familiar no posto de saúde as pessoas olham e falam: ‘o que esse adolescente está fazendo aqui?’. Se a pessoa é nova perguntam mesmo o que ela faz naquele lugar.”

A falta de planejamento familiar impede que adolescentes possam conciliar seu projeto de vida com a maternidade e a paternidade. Assim, enquanto aqueles que gostariam ter filho não encontram apoio para qualificar sua decisão, aqueles que não querem também não⁸⁰.

Uma das consequências é a ocorrência de uma segunda gestação não planejada. Especialistas apontam o pouco investimento dos serviços após as meninas terem seu primeiro filho. É como se as ações preventivas e de acompanhamento não fossem mais necessárias, pois a maternidade já se consumou.

No entanto, as dificuldades após o nascimento do filho permanecem e acabam levando a uma segunda gravidez nas mesmas condições de vulnerabilidade que a primeira, obstaculizando ainda mais suas trajetórias de vida.

Ambiente apropriado para os/as adolescentes

A especificidade não é apenas de olhar e de atendimento, mas de espaço. Especialistas apontam que adolescentes não sentem os serviços de saúde como locais acolhedores para conversar sobre sua sexualidade e gravidez. O ambiente, o mobiliário, os materiais expostos e a condução muito clínica e pouco dialógica são elementos que tornam os espaços pouco amigáveis na visão deles.

As casas ou centros do adolescente, iniciativa presente em algumas cidades, são apontadas pelas/os especialistas como experiência exitosa, em que pese

⁸⁰Pantoja, Bucher e Queiroz, 2007.



sua baixa cobertura no país. Tais casas são planejadas como espaços específicos para esse público, com um ambiente acolhedor e com propostas pedagógicas mais dialógicas, que aliam aspectos clínicos aos sociais e psicológicos.

A fala de uma adolescente participante da oficina expressa como essas casas ou centros podem ser uma referência importante para a gravidez: “Agradeço muito o Adolescentro [nome de um dos centros] porque lá dão mais atenção para os jovens e adolescentes... se a gente fosse esperar pelo posto de saúde no pré-natal, mal, mal nos atenderiam, pois somos jovens.”

Para além de locais específicos, especialistas apontam que é preciso sair do ambiente de saúde e buscar promover ações de prevenção em outros espaços institucionais, bem como naqueles de convívio social de adolescentes. Isso significa fomentar as redes locais de garantia dos direitos, como escolas e serviços da assistência social e do esporte e lazer, além dos grupos de apoio como famílias, igrejas, coletivos e organizações da sociedade civil, dentre outros.

FAMÍLIA, ORGANIZAÇÕES E REDE SOCIAL DE APOIO A ADOLESCENTES

A existência ou não de uma rede social de apoio composta por familiares, pares, vizinhos, comunidade e instituições como igreja, coletivos juvenis e organizações não governamentais pode ser fundamental na maneira como as/os adolescentes vivenciam a gravidez e pode se constituir num fator minimizador dos riscos comumente enfrentados.

Como estão em fase de construção da sua autonomia e da sua independência, especialmente financeira, dificilmente as e os adolescentes têm condições de levar à frente uma gravidez sem suporte econômico, técnico e emocional da sua rede social.

A existência dessa rede e a forma como ela é operada impactam a maneira com que a gravidez é vivida por adolescentes, podendo se configurar em fator de proteção, de negligência ou de violência.

No entanto, a literatura indica que há pouca produção acadêmica que reflita sobre essa rede. A família é a que conta com mais expressividade. A experiência da gestação é vivenciada por ela de distintas formas e passa por diferentes fases: choque pela notícia, impotência quanto à prevenção, conformismo, alegria e melhora na relação familiar com a chegada do bebê⁸¹.

A gravidez e depois a criança exigem a reestruturação das relações familiares, com o estabelecimento de novas rotinas, regras, cuidados e afetos. Os estudos demonstram que as famílias tendem a acomodar a gestação à sua realidade, adaptando-se ao novo cenário. Porém, essa situação não vale para todas. Há casos em que a gestação intensifica relações familiares já esgarçadas ou desorganiza os afetos e as condições materiais⁸².

⁸¹Silva e Tonete, 2006; Dias e Aquino, 2006; Brandão e Heilborn, 2006.

⁸²Ibidem.

Quando isso acontece é a rede extensa que funciona para apoiar meninas e meninos. Construída pelas práticas culturais e pelos laços sociais cotidianos, a rede, além de suporte, serve de ponte entre adolescentes e famílias ou entre adolescentes e serviços públicos. Tias, amigas, vizinhas e madrinhas se mobilizam para montar enxoval; igrejas e instituições sociais oferecem orientações e colaboram com itens materiais. A rede de apoio, assim, se revela um fator determinante para a qualidade da gestação.

PARTICIPAÇÃO E VOZ DAS/DOS ADOLESCENTES

O cenário que envolve os gargalos da gravidez na adolescência revela o lugar que o poder público e a sociedade conferem ao tema. Os programas e serviços existentes demonstram a pulverização de ações, a baixa prioridade dentro da estrutura dos órgãos e as dificuldades na concepção da sexualidade e da gestação de meninas e meninos.

É na inquietação e na resistência em aceitar esse cenário que reside a possibilidade de mudança. Os participantes da oficina são enfáticos em reivindicar a criação de uma política pública de saúde sexual e reprodutiva para adolescentes e salientam que ela só será efetivada mediante pressão social. Para eles, a política permite ter mais orçamento e instrumentos de qualificação, de monitoramento, de avaliação e de cobrança do poder público.

No processo de mobilização visando à elaboração dessa política e seu conteúdo é necessário prever a participação dos sujeitos mais interessados nela: as e os adolescentes. De acordo com a literatura política, esse encontro entre os universos relacionais de adultos e adolescentes permite a construção de propostas mais assertivas e legitimadas, pois que construídas num cenário de inclusão e participação⁸³.

Assim, vale indagar até que ponto esses sujeitos têm participado das discussões sobre seus direitos sexuais e reprodutivos e sobre a gravidez. Na elaboração das estratégias e dos insumos sobre o tema, suas vivências, opiniões, críticas e sugestões contam com espaços de acolhimento, escuta, argumentação e disputa?

⁸³Sposito e Carrano, 2003.

A mobilização social é fator que condiciona a superação dos gargalos. Por meio do trabalho de atores engajados, incluindo-se as e os adolescentes, outros fatores relativos aos programas e serviços, à legislação, ao financiamento e às normas sociais podem ser alterados.

INFLUÊNCIA DAS CONCEPÇÕES E NORMAS SOCIAIS

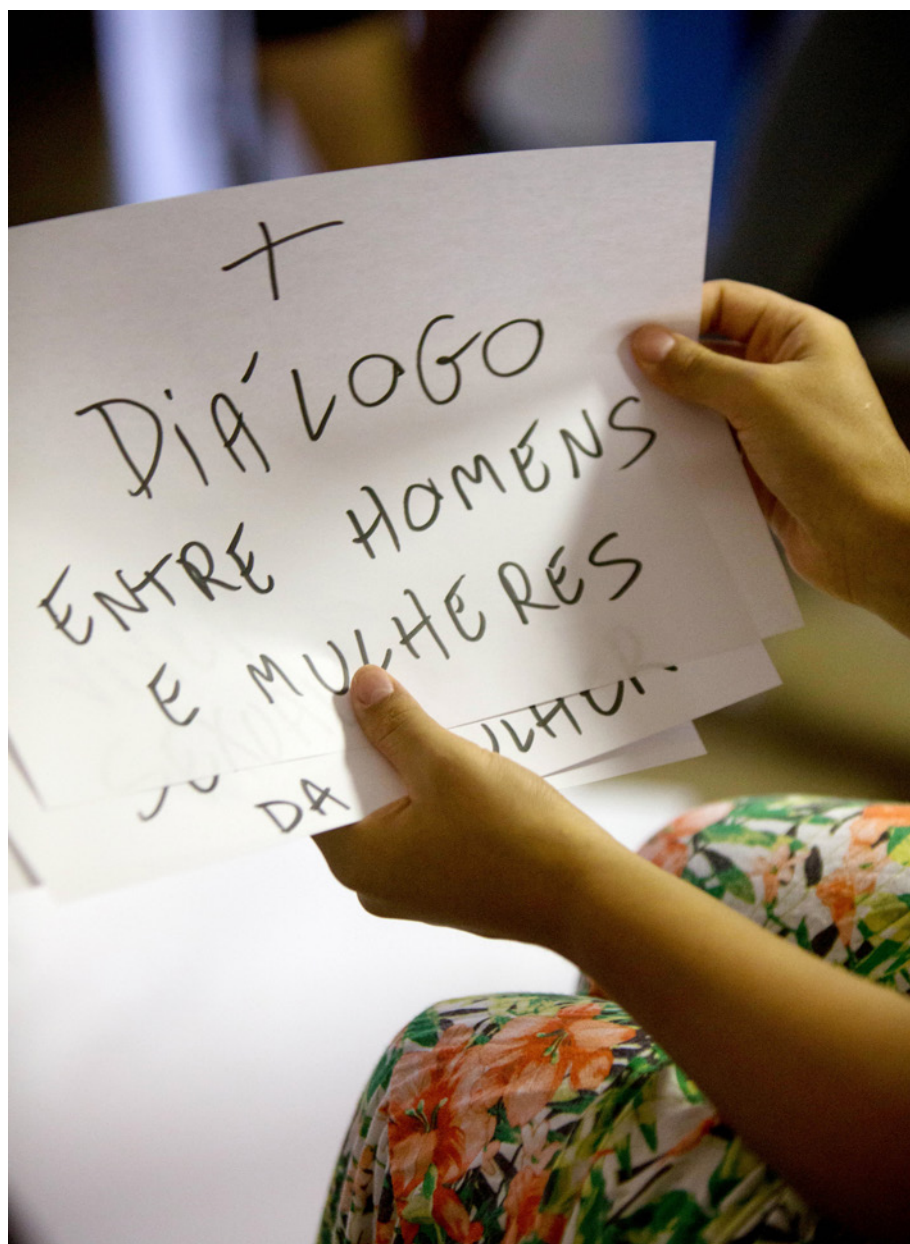
Como afirmado anteriormente, as normas sociais perpassam tanto os determinantes como os gargalos, sendo consideradas, portanto, fatores estruturantes transversais da gravidez na adolescência. Ainda que existam legislações e políticas públicas, as normas sociais vão designar como estas são formuladas, interpretadas e executadas.

As concepções influenciam, por exemplo, a forma como a menina grávida é tratada no posto de saúde, na escola, na família. Se a visão dos profissionais for de gestação como problema e risco, o atendimento pode ser envolto em julgamento e reprovação.

O mesmo vale para os legisladores e gestores das políticas. Se considerarem o fenômeno somente pelo viés problemático, podem ter mais dificuldades em conceber programas e ações voltados a apoiar a decisão das e dos adolescentes por uma gravidez.

{ CAPÍTULO 6 }

CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES



A publicação *Gravidez na Adolescência no Brasil – Vozes de Meninas e de Especialistas* traz uma contribuição para esse debate, num esforço de reflexão sobre o tema a partir de uma visão sistêmica, capaz de relacionar conceitos, determinantes e gargalos. Espera-se que os aportes aqui apresentados possam instigar novas pesquisas, ampliar o debate entre os atores sociais e contribuir com as políticas públicas voltadas à garantia de direitos de crianças e adolescentes, dentre eles os direitos sexuais e reprodutivos.

A Oficina sobre Gravidez na Adolescência, promovida pelo INDICA, o UNICEF e o UNFPA, permitiu que as percepções e as opiniões de quem convive com essa realidade cotidianamente pudessem ser expressas, garantindo um olhar multifocal e abrangente. Assim, esta publicação é resultado tanto das opiniões dos sujeitos envolvidos na gestação adolescente como do acesso aos dados sociodemográficos e da revisão da produção acadêmica relativa ao tema.

Com base nas questões apresentadas podemos indicar algumas conclusões e recomendações. A mais central delas é que às e aos adolescentes devem ser oferecidos todos meios para que tomem uma decisão consciente e segura acerca do melhor momento para engravidar e ter filhos.

A gestação adolescente não pode ser tratada de uma forma universalista como um 'problema social', como referido muitas vezes na literatura de corte médico legal. Sua conceituação pelo viés unicamente biológico e orgânico não tem sido suficiente para explicar a dimensão e a complexidade do fenômeno. O contexto social, cultural e subjetivo das diversas adolescências brasileiras implica em vivências e significados diferenciados para a gestação.

A voz de adolescentes 'grávidos' nos mostrou uma visão diferenciada daquela que a concebe como um problema, mais próxima das posições que a conceituam como um fenômeno que apresenta problemas e possibilidades. Isto corrobora as pesquisas que enfatizam a necessidade de se contextualizar a gestação a partir dos próprios sujeitos, situando suas condições socioeconômicas, para que assim seja possível determinar suas especificidades.

A busca pela diversidade de gestação⁸⁴ deve levar em conta adolescentes que vivem em áreas rurais ou urbanas; que pertencem a determinadas etnias; que

⁸⁴Pantoja, Bucher e Queiroz, 2007.

compõem as classes pobres, médias ou altas; que exercem determinados papéis de gênero; que estejam em condição de vulnerabilidade, como situação de rua ou de acolhimento institucional etc.

A heterogeneidade de condições pode levar a gestações que ocorram no âmbito de relações estáveis ou não; que contem com o apoio da família e da comunidade ou não; que sejam resultado de violência sexual; que gerem diferentes arranjos familiares; que alterem o percurso educacional ou profissional ou não, dentre várias possibilidades⁸⁵.

Os depoimentos de meninas e especialistas mostraram que a gravidez pode ocorrer em situações adversas, marcadas por vulnerabilidades e violências. De forma geral, ela suscita sentidos e sentimentos ambíguos, oscilando entre o risco e a desorganização e o afeto e a vinculação.

Especialmente para as meninas, ela representa um fenômeno complexo, que pode envolver ao mesmo tempo temor e amor, risco e desejo. Dificuldades econômicas durante a gravidez e depois do filho nascido, mudanças corporais, relacionamento com o parceiro e com a família e vida social nem sempre seguem o curso desejado.

Participantes da oficina relatam que as meninas, em alguns casos, perdem *status*, são impelidas a deixar seus grupos de pertença e nem sempre conseguem lidar com as alterações no próprio corpo. Algumas se queixam para os profissionais que se sentem velhas, que o corpo não volta à mesma forma, que já estão com estrias e seios caídos, o que lhes provoca baixa autoestima.

Contudo, a gravidez também pode ocorrer em contextos estáveis e até desejáveis. As pesquisas do campo sociológico tendem a evidenciar aspectos positivos e adaptativos em relação à maternidade adolescente. Pontuando a questão como fenômeno complexo, elas buscam compreendê-lo por meio de uma leitura multidisciplinar, conjugando aspectos biológicos, sociais, históricos e culturais.

Assim, a gravidez na adolescência é explicada a partir de questões como papéis de gênero, desejo de ser mãe, construção da autonomia e da identidade adolescente, aprendizado sobre sexualidade e relacionamentos afetivos, mudança de *status* social etc.

⁸⁵IPEA, 2008.

Outras pesquisas conceituam a gestação nessa fase da vida a partir do processo de construção de autonomia das e dos adolescentes. Por esse viés, o exercício da sexualidade constitui uma prática importante para a aquisição gradativa da autonomia, na qual as meninas e os meninos começam a gerir seu corpo, seu desejo e sua relação com o outro. A gravidez, nesse contexto, pode surgir como uma contingência que exige o reordenamento da sua trajetória e que por vezes acelera a aquisição de autonomia⁸⁶.

Há ainda pesquisas que buscam entender a gravidez dentro da contemporaneidade, na qual sua ocorrência contrasta com os atuais papéis exercidos pelas mulheres e com as novas discussões sobre gênero e sexualidade. São abordagens que se debruçam nas construções simbólicas e nas relações de poder envolvendo adolescentes, famílias e profissionais⁸⁷.

Em que pese a gravidez estar fora de normas idealizadas do que seja uma adolescência saudável, o imaginário de muitas meninas está imerso no significado histórico que a maternidade tem em suas vidas e num desejo de ser mãe que está ancorado no papel atribuído ao feminino. Assim, elas contradizem, ainda que inconscientemente, a ordem estabelecida, numa forma de contrapoder àquele poder normatizado pela sociedade.

Alguns estudos qualitativos apontam o desejo de meninas e meninos de engravidar. Esse desejo pode estar ligado a uma série de fatores, tais como a vontade de vivenciar o papel da maternagem como inerente ao feminino; construção da identidade; consolidação do *status* de adulto; elaboração de um projeto de vida; busca de ascensão social e econômica; e fuga da repressão e/ou violência familiar, dentre outros⁸⁸.

A concepção de gravidez por parte do grupo de gestantes e mães adolescentes participantes da Oficina sobre Gravidez na Adolescência, oferece um resumo da discussão acadêmica em torno do tema:

Eu quero que vocês vejam hoje que nós não somos só uma grávida, não vejam só a barriga. Somos adolescentes e temos sentimentos, temos valores, temos sonhos, conquistas e objetivos. Cada uma tem um sonho diferente, uma

⁸⁶Brandão e Heilborn, 2006.

⁸⁷Giuliani, 2012.

⁸⁸Pantoja, Bucher e Queiroz, 2007; Ipea, 2008; Dias e Teixeira, 2010; Giuliani, 2012.

coisa diferente para contar, só que, resumindo tudo, somos grávidas. Mas como qualquer outra pessoa diferente, nós somos mulheres, cada uma com uma expectativa de vida diferente, com um sonho diferente, tudo diferente.



Esse olhar dos sujeitos implicados no fenômeno da gestação é central para esta publicação. É a partir das opiniões e das vivências das meninas e de especialistas no tema, costurados aos aportes teóricos e demográficos, que embasamos o presente texto.

Às políticas públicas cabe um entendimento mais holístico sobre o tema, compreendendo as diversas adolescências e os contextos possíveis de gestação. Isto certamente se refletirá na concepção e na execução de ações mais eficientes e com resultados positivos na vida de meninas e meninos.

Para esta publicação, especialistas e adolescentes da oficina, além de refletirem sobre os determinantes e os gargalos, elencaram algumas recomendações, de forma a orientar e qualificar as ações públicas. Elas foram agrupadas em três eixos:

1. Coordenação dos esforços de mobilização social, incidência política e participação cidadã

- Definir um ente específico, da área pública ou social, para liderar um processo de *advocacy*, que coordene e estimule as discussões e mobilizações em torno do tema dos direitos sexuais reprodutivos de adolescentes, incluindo a questão da gravidez na adolescência;
- Atuar junto ao governo federal e demais atores estratégicos para a elaboração de uma política pública sobre saúde sexual e reprodutiva de adolescentes, com orçamento específico;
- Fomentar e garantir a participação de adolescentes na formulação da política e na qualificação dos programas, serviços e materiais existentes;
- Elaborar e divulgar um posicionamento conjunto de atores e organizações sociais, públicas e internacionais, afirmando os direitos sexuais e reprodutivos de adolescentes e argumentando a favor do cumprimento dos acordos internacionais ratificados pelo Brasil.

2. Qualificação das políticas públicas

2.1. Elevação do *status* de Programa para Política de Saúde do Adolescente:

- Atuar junto aos vários órgãos do governo federal para elevar o *status* do Programa de Saúde do Adolescente ao de Política. Atuação similar deve ser encetada junto aos estados e municípios.

2.2. Educação sexual:

- Desenvolver metodologias dialógicas e entre pares que abordem, além dos aspectos biológicos, outros relacionais e emocionais ligados à sexualidade e à gravidez;
- Criar um mecanismo de validação e certificação de materiais e informações disponibilizados em meio físico e digital sobre saúde sexual e reprodutiva de adolescentes, a fim de que sirvam como subsídio seguro para acesso de adolescentes, famílias, professores e demais interessados.

2.3. Investimento gerencial e técnico nos programas e serviços:

- Garantir maior intersetorialidade entre as áreas de saúde, educação, assistência social e Justiça, dentre outras, visando a oferecer melhores serviços voltados à prevenção e atenção à gravidez adolescente;
- Fortalecer o Programa Saúde na Escola (PSE) como estratégia de intersetorialidade entre as áreas de educação e saúde e priorizar maior intervenção sobre o tema dos direitos sexuais e reprodutivos de adolescentes;
- Incidir junto ao Ministério da Saúde para que a Estratégia de Saúde da Família (ESF) atue a partir de especificidades de grupos etários, com especial atenção ao grupo de adolescentes;
- Incentivar os órgãos da saúde a criar e manter mais espaços amigáveis específicos, como as casas/centros de adolescentes;
- Orientar os órgãos de atenção e de promoção de direitos de crianças e adolescentes, como conselhos de direito, conselhos tutelares e pastas da saúde, educação e assistência social, dentre outras, a promover mais capacitações para seu quadro técnico sobre saúde sexual e reprodutiva de adolescentes, abrangendo o conceito sociológico de adolescência e da gravidez como fenômeno multicausal;
- Implantar processos mais sistemáticos de monitoramento e avaliação das iniciativas públicas, fomentando a troca de experiências tanto de ações públicas como sociais de caráter nacional e internacional.

2.4. Garantia das especificidades da gravidez adolescente:

- Garantir a realização de pré-natal específico para as adolescentes, com diretrizes e protocolos próprios para abranger o grupo etário de 10 a 19 anos;
- Estabelecer diretrizes e orientações para que programas e serviços públicos de todas as áreas atendam de forma prioritária adolescentes grávidas em maior situação de vulnerabilidade, como aquelas em cumprimento de medida socioeducativa de internação, em acolhimento institucional, em situação de rua, usuárias de drogas e álcool e com deficiência.

3. Incentivo aos estudos e às pesquisas:

- Fomentar a realização de mais pesquisas sobre paternidade, famílias e rede social de apoio, estabelecendo parcerias entre universidades, órgãos públicos e sociais;

- Potencializar o uso da rede Adolec Brasil⁸⁹, integrante da Biblioteca Virtual em Saúde para a América Latina e Caribe (BVS), para estimular a realização de pesquisas e a troca de experiências acadêmicas sobre o tema.

São recomendações que abrangem os diversos aspectos relativos à gravidez na adolescência, incluindo macrofatores causais, como a melhoria dos programas e serviços existentes, e fatores condicionantes, como a mobilização social para a elaboração de uma legislação específica sobre direitos sexuais e reprodutivos desse grupo social.

Perpassando todas as recomendações, especialistas e adolescentes da oficina, bem como parte da produção acadêmica, reforçam a necessidade de reelaboração das normas sociais, com novas estruturas de preferência e comportamentos, nas quais a sexualidade seja compreendida como uma das dimensões da vida de adolescentes. Além disso, afirmam a necessidade de ampliação do olhar para entender a gravidez a partir dos seus contextos diferenciados de ocorrência.

Espera-se que as lacunas aqui apresentadas possam ser preenchidas com o esforço e a priorização por parte dos gestores e demais atores ligados às políticas públicas. As/os adolescentes têm o direito de vivenciar sua sexualidade de forma autônoma, responsável, segura e afetiva. Assim, precisam de oportunidades e condições para decidir, de forma consciente e apoiada, sobre o papel da maternidade e da paternidade em seus projetos de vida.

⁸⁹ A Adolec Brasil, em operação desde 1999, é promovida pelo Ministério da Saúde, pela Organização Pan-Americana da Saúde e pelo Centro Latino Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde. Tem como objetivo promover acesso online à informação científica e técnica sobre saúde de adolescentes e jovens no Brasil. É parte integrante da BVS e funciona na internet. Conta ainda com o Espaço Jovem, no qual ocorre o contato direto entre profissionais, adolescentes e jovens para consultas sobre temas específicos e solução de dúvidas. Para saber mais acesse: <<http://www.adolec.uerj.br/>>.



REFERÊNCIAS



ALVES, C.A.; BRANDÃO, E.R. Vulnerabilidades no uso de métodos contraceptivos entre adolescentes e jovens: interseções entre políticas públicas e atenção à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(2):661-670, 2009.

BRANDÃO, E.R.; HEILBORN, M.L. Sexualidade e gravidez na adolescência entre jovens de camadas médias do Rio de Janeiro – Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 22(7):1421-1430, jul, 2006.

BORGES, E.M. Corpo, espetáculo e consumo: novas configurações midiáticas para a infância. *Media & Jornalismo*, (11) 2007, pp. 91-103.

BORGES, A. L. V.; SCHOR, N. Início da vida sexual na adolescência e relações de gênero: um estudo transversal em São Paulo, Brasil, 2002. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 21(2) 499 – 507, 2005.

CENTRO INTERNACIONAL DE ESTUDOS E PESQUISAS SOBRE A INFÂNCIA (CIESPI). Gravidez na adolescência e maternidade no contexto das ruas. Boletim nº 2 – pesquisa e políticas públicas, Rio de Janeiro, 2016.

CERVINI, R.; FAUSTO, A. (Orgs.). O trabalho e a rua: crianças e adolescentes no Brasil urbano dos anos 80. São Paulo: Cortez, 1991.

DREZZET, J. Violência sexual contra a mulher e impacto sobre a saúde sexual e reprodutiva. *Revista de Psicologia da UNESP*, 2(1), 2003.

DIAS, A.B.; AQUINO, E.M.L. Maternidade e paternidade na adolescência: algumas constatações em três cidades do Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 22(7):1447-1458, jul, 2006.

DIAS, A.C.G; TEIXEIRA, M.A.P. Gravidez na adolescência: um olhar sobre um fenômeno complexo. *Paideia*, jan.-abr. 2010, Vol. 20, No. 45, 123-131.

FARIAS, R.; MORÉ, C.O.O. Repercussões da gravidez em adolescentes de 10 a 14 anos em contexto de vulnerabilidade social. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, vol. 25, núm. 3, 2012, pp. 596-604, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ). Nacer Brasil. Inquérito nacional sobre parto e nascimento. Leal, M.C. (Coord.), 2014.

GIULIANI, C.D. Tramas e dramas da maternidade na adolescência: gênero, poder e cultura (Uberlândia 2000-2010). XVIII Encontro Regional da Anpuh-MG. Mariana, MG, 24 a 27 de julho de 2012.

HEILBORN, M.L. Por uma agenda positiva dos direitos sexuais da adolescência. *Psic. Clin.*, Rio de Janeiro, vol. 24, n.1, p. 57 – 68, 2012.

HORTA, N.C.; SENA, R.R. Abordagem ao adolescente e ao jovem nas políticas públicas de saúde no Brasil: um estudo de revisão. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 20 [2]: 475-495, 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Perfil socioeconômico da maternidade nos extremos do período produtivo. Rio de Janeiro, 2015.

_____. Síntese de indicadores sociais. Uma análise das condições de vida da população brasileira. Rio de Janeiro, 2014.

_____. Síntese de indicadores sociais. Uma análise das condições de vida da população brasileira. Rio de Janeiro, 2015.

_____. Estatísticas do registro civil 2014. Vol. 41, Rio de Janeiro, 2014.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). Síndrome de Juno: gravidez, juventude e políticas públicas. In.: Juventude e políticas sociais no Brasil. Textos para discussão nº 1335. CASTRO, C.A; AQUINO, L. (Orgs.). Brasília, 2008.

LUZ, A.M.H. Mulher adolescente: sexualidade, gravidez e maternidade. Porto Alegre: EDIPUCRS, 1999.

LUZ, A.M.H.; BERNI, N.I.O. Processo da paternidade na adolescência. *Rev Bras Enferm*, Brasília 2010 jan-fev; 63(1): 43-50.

NOGUEIRA, M.J. *et al.* Análise da distribuição espacial da gravidez adolescente no município de Belo Horizonte-MG. *Rev Bras Epidemiologia*, 2009; 12(3): 297-312.

OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL (ODS). Disponível em: <<http://www.pnud.org.br/Docs/TransformandoNossoMundo.pdf>> Acesso em: 10 de agosto de 2015.

OBSERVATÓRIO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE. Fundação Abrinq. Disponível em: <http://observatoriocrianca.org.br/>>. Acesso em: 30 de agosto de 2016.

PANTOJA, F.C.; BUCHER, J.S.N.F; QUEIROZ, C.H. Adolescentes grávidas: vivência de uma nova realidade. *Psicologia, Ciência e Profissão*, 2007, 27 (3), 510-521.

PLATAFORMA DO CAIRO. Disponível em: < <http://www.cairo20mulheres.org/2013/12/12/relatorio-conf-inter-cairo/>>. Acesso em: 10 de agosto de 2016.

PLATAFORMA DE PEQUIM. Disponível em: <http://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2014/02/declaracao_pequim.pdf>. Acesso em: 10 de agosto de 2016.

RAMOS, F.R.S., PEREIRA, S.M., ROCHA, C.R.M. Viver e adolescer com qualidade. In: Associação Brasileira de Enfermagem, organizadores. *Adolescer: compreender, atuar, acolher: projeto acolher*. Brasília: ABEN; 2001. p.19-32.

RANGEL, D.L.O. A representação social das adolescentes sobre a gravidez nesta etapa de vida. *Esc Anna Nery, Rev Enferm*, 2008, dez; 12 (4): 780-88.

SAFFIOTI, H.I.B. Contribuições feministas para o estudo da violência de gênero. *Cadernos Pagu* (16) 2001: pp. 115-136.

SANTOS, B.R.; GONÇALVES, I.B; VASCONCELOS, G. (Coords.). *Escuta de crianças e adolescentes em situação de violência sexual: aspectos teóricos e metodológicos: guia para capacitação em depoimento especial de crianças e adolescentes*. Brasília: EdUCB, 2014.

SANTOS, B.R.; SILVA, O.F.; BARBIERI, P. Por ser menina: Percepções, expectativas, discriminações, barreiras, violências baseadas em gênero e habilidades para a vida das meninas de 6 a 14 anos nas cinco regiões do Brasil. Plan International Brasil. Brasília: maio/2014.

SANTOS, B.R.; IPPOLITO, R. *Guia escolar: identificação de sinais de abuso e exploração sexual de crianças e adolescentes*. Seropédica, RJ: EDUR, 2011.

SANTOS, B. A emergência da concepção moderna da infância e adolescência – mapeamento, documentação e reflexões sobre as principais teorias. 1996. Dissertação (Mestrado Antropologia) Faculdade de Ciências Sociais - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.

SILVA, L.; TONETE, V.L.P. A gravidez na adolescência sob a perspectiva dos familiares: compartilhando projetos de vida e cuidado. *Rev Latino-Am Enfermagem* 2006 março-abril; 14(2):199-206.

SILVA, V.C. *et al.* Gravidez na adolescência em unidades de saúde pública no Brasil: revisão integrativa da literatura. *Adolesc. Saúde*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p. 60-67, out/dez 2010.

SPOSITO, M.P.; CARRANO, P.C.R. Juventude e políticas públicas no Brasil. In.: Políticas públicas de juventud en América Latina, organizado por Oscar Dávila León para Ediciones CIDPA, de Viña del Mar, Chile e apresentado na 26ª Reunião Anual do ANPED, realizada em Poços de Caldas, MG, de 5 a 8 de outubro de 2003.

TAYLOR, A.Y., LAURO, G., SEGUNDO, M., GREENE, M.E. Ela vai no meu barco. Casamento na infância e adolescência no Brasil. Resultados de Pesquisa de Método Misto. Rio de Janeiro e Washington DC: Instituto Promundo & Promundo-US. Setembro 2015.

UNFPA. Gravidez na adolescência no Brasil. Disponível em: <<http://www.unfpa.org.br/Arquivos/Gravidez%20Adolescente%20no%20Brasil.pdf>>. Acesso em: 10 de agosto de 2016.

UNICEF. Violência contra criança e adolescente: O gênero, a etnia, o recorte etário e a distribuição regional. Brasília – DF, 2017.

UNICEF. Violências e relatos sobre a gravidez em adolescentes – uma aproximação aos fatores culturais, sociais e emocionais a partir de um estudo em seis países da região. Relatório final. UNICEF; Plan, 2014.

{ ANEXO }

Quadro sinótico final dos determinantes e gargalos da gravidez na adolescência

(Modelo conceitual dos macrofatores causais e dos fatores condicionantes/
intervenientes e estruturantes/transversais)

DETERMINANTES		
1. Fatores	2. Descritores	3. Categorias
Macrofatores causais	Gravidez não planejada, resultante do descompasso entre o desejo e o risco	Concepções de gravidez como um problema ou fenômeno social <i>Status</i> legal e social do adolescente Imbricações de gênero e condições socioeconômicas Visão sobre sexualidade na adolescência Práticas sexuais na adolescência e estratégias de gerenciamento de risco Violência (negligência, violência psicológica, física e sexual)
	Gravidez desejada, como resultante da vontade ser mãe	
	Gravidez estratégica, utilizada como forma de mudança de <i>status</i> social	
	Gravidez indesejada, fruto de violência sexual	
Fatores condicionantes/ intervenientes	<i>Status</i> das leis e de sua fiscalização	Violência (negligência, violência psicológica, física e sexual)
	<i>Status</i> das políticas públicas sociais	
Fatores estruturantes/ transversais	Concepções e normas sociais relativas à adolescência, ao gênero, à sexualidade, ao casamento e à gravidez	

ANEXO

Quadro sinótico final dos determinantes e gargalos da gravidez na adolescência (cont.)

(Modelo conceitual dos macrofatores causais e dos fatores condicionantes/
intervenientes e estruturantes/transversais)

GARGALOS		
1. Fatores	2. Descritores	3. Categorias
Macrofatores causais	Status das políticas, programas e serviços relativos à gravidez	Status política x programa, saúde x doença Concepção e gestão dos programas e serviços: • Gestão • Falhas de cobertura e ineficiência • Acesso aos serviços • Especificidades • Ambiente apropriado
	Status da rede social de apoio	
Fatores condicionantes/ intervenientes	Mobilização social	Educação sexual: • Concepção • Papel da escola • Canais de informação e comunicação Família e organizações de apoio Participação e voz
	Legislação	
	Financiamentos das políticas	
Fatores estruturantes/ transversais	Normas sociais (preferências e comportamentos)	



