



Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Centro Biomédico
Instituto de Medicina Social

Marina Márcia Ribeiro Ferreira

Gestação durante a adolescência: antigos debates, desafios atuais

Rio de Janeiro
2016

Marina Márcia Ribeiro Ferreira

Gestação durante a adolescência: antigos debates, desafios atuais

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Política, Planejamento e Administração em Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Paulo Henrique de Almeida Rodrigues

Coorientador: Prof. Dr. Martinho Braga Batista e Silva

Rio de Janeiro

2016

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/CB/C

Autorizo,
apenas para
fins
acadêmicos
e
científicos,
a

F383	Ferreira, Marina Márcia Ribeiro. Gestação durante a adolescência: antigos debates, desafios atuais / Marina Márcia Ribeiro Ferreira. – 2016. 120 f. Orientador: Paulo Henrique de Almeida Rodrigues. Co-orientador: Martinho Braga Batista e Silva. Dissertação (Mestrado) Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social. 1. Adolescente – Teses. 2. Gravidez – Teses. 3. Política social – Teses. 5. Sexualidade – Etnologia – Brasil. I. Rodrigues, Paulo Henrique de Almeida. II. Silva, Martinho Braga Batista e. III. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social. IV. Título. CDU 618.2-053.6
------	--

reprodução total ou parcial desta dissertação, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Marina Márcia Ribeiro Ferreira

Gestação durante a adolescência: antigos debates, desafios atuais

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Política, Planejamento e Administração em Saúde.

Aprovada em 30 de março de 2016.

Orientador (a) (es): Prof. Dr. Paulo Henrique de Almeida Rodrigues

Instituto de Medicina Social - UERJ

Coorientador (a) (es): Prof. Dr. Martinho Braga Batista e Silva

Instituto de Medicina Social - UERJ

Banca Examinadora:

Prof.^a Dra. Márcia Silveira Ney

Instituto de Medicina Social - UERJ

Prof.^a Dra. Maria Tereza Fonseca da Costa

Fundação Oswaldo Cruz - IFF

Prof. Dr. Ruben Araujo de Mattos

Instituto de Medicina Social - UERJ

Rio de Janeiro

2016

DEDICATÓRIA

Aos meus pais pela minha vida e por parte do que sou.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à minha família, André Zambelli, Camila Zambelli e Victor Zambelli, pela “paciência” e apoio nos momentos mais difíceis dessa trajetória.

Agradeço ao meu orientador, Prof. Dr. Paulo Henrique de Almeida Rodrigues, pela sua sensibilidade, perspicácia, entusiasmo, conhecimentos e, principalmente, pelo grande exemplo como professor e ser humano, que ampliaram minha visão e motivaram meu percurso nesse trabalho de pesquisa.

Agradeço ao meu co-orientador Prof. Dr. Martinho Braga Batista e Silva, pelas suas importantes colaborações, que fizeram toda a diferença nesse trabalho.

Agradeço ao Prof. Ruben de Araújo Mattos pelos seus indispensáveis comentários, sempre oportunos e construtivos.

Agradeço ao Otávio Barros da CAP 3.2, pela gentileza de sua ajuda com o levantamento dos dados. Agradeço também à querida Fátima Meirelles pela ajuda com o CEP da SMS. Agradeço à Daniele, gerente da CF Carioca, Thaís e Jaqueline, enfermeiras da CF Carioca e às ACS Roberta e Fabiana, minhas fiéis escudeiras no campo, além da Katita e todos os outros que me apoiaram nesta empreitada.

Agradeço a oportunidade de ter convivido com os professores, mestrandos e doutorandos do IMS que me acrescentaram tanto. Não citarei nomes para não correr o risco de ser injusta, aceitando as possíveis falhas da minha memória.

Enfim, agradeço à vida pela minha saúde, perseverança e dedicação, sem os quais não poderia ter desfrutado de um curso tão edificante quanto esse mestrado acadêmico do IMS/UERJ.

Maria, Maria
É um dom, uma certa magia
Uma força que nos alerta
Uma mulher que merece
Viver e amar
Como outra qualquer
Do planeta
Milton Nascimento

Ninguém nasce mulher: torna-se mulher
Simone de Beauvoir

RESUMO

FERREIRA, Marina Márcia Ribeiro. **Gestação durante a adolescência: antigos debates, desafios atuais.** 2016, 114 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2016.

Esta é uma pesquisa que trata da gestação na adolescência e suas repercussões em mulheres pobres, analisando a trajetória de vida de seis jovens entre dezenove e vinte e dois anos, moradoras de um conjunto habitacional para população de baixa renda na Cidade do Rio de Janeiro. Os objetivos da pesquisa foram compreender a trajetória de vida dessas mulheres e de que forma as políticas sociais oferecidas às mesmas alcançaram e interferiram, ou não, nas trajetórias sexual que culminou com a gestação antes dos dezenove anos e em suas condições de vida como jovens mães carentes. Para alcançar o objetivo, realizei uma revisão bibliográfica sobre o tema e entrevistas em profundidade, com posterior análise do conteúdo das entrevistas. As categorias e subcategorias destacadas no trabalho envolvem o contexto social e familiar, as relações de gênero, os setores de saúde, educação e assistência social, além das noções delas a respeito de cidadania, quer através do reconhecimento de seus direitos, quer através da participação política. A pesquisa revelou a existência de assimetria nos papéis de gênero vista sob a ótica da sexualidade e da vida reprodutiva, além do aspecto da exclusão social a que se submetem estas jovens.

Palavras-chave: Adolescente. Gravidez. Política Social.

ABSTRACT

FERREIRA, Marina Márcia Ribeiro. **Pregnancy in adolescence**: previous discussions, current challenges. 2016. 114f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) –Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2016.

This study dealt with adolescent pregnancy and its impacts on poor women. I have analyzed the life path of six young women aged between 19 and 22 years old, who had been mothers during their adolescence and live in a housing complex for low income population in Rio de Janeiro city. The goals of the research were to understand their life paths as poor and young mothers and how social policies have influenced or not in their sexual behavior before their pregnancy during adolescence, their life conditions as poor and young mothers. To achieve the research goals, I have performed a literature review and carried out a survey using in-depth interviews. To develop the analysis, the interview results were structured on categories and subcategories that involved the women's social and familiar context, gender relations and public health, education and social assistance policies and services besides their notion about citizenship. The study revealed the asymmetry in gender roles relating to sexual and reproductive lives and the social exclusion who undergo these young.

Keywords: Adolescent. Pregnancy. Social Policies.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 -	Brasil: Pirâmide etária, 1960.....	21
Figura 2 -	Brasil: Pirâmide etária, 2010.....	22
Figura 3 -	Panorama mundial da gravidez em adolescentes, percentual de adolescentes casadas e taxa de natalidade (por 1 mil mulheres).....	56
Figura 4 -	Taxa de Fecundidade Total no Brasil, por região geográfica, 1940-2030 (estimativa).....	57
Figura 5 -	Taxa Específica de Fecundidade no Brasil, 1991 2010...	58
Figura 6-	Nascidos vivos de mães <20 anos, MRJ e AP 3.2 (2000 a 2011).....	59
Figura 7 -	Variação do percentual de mães adolescentes no MRJ (2000-2014).....	59
Figura 8 -	Localização geográfica da AP 3.2.....	61
Figura 9 -	IDH-M no Rio de Janeiro.....	61
Figura 10 -	Unidades de saúde AP 3.2.....	62
Figura 11 -	Bairro Carioca.....	69
Quadro 1 -	Categorias e Subcategorias.....	76

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Porcentagem de adolescentes casadas e taxas de natalidade por 1000 mulheres.....	55
Tabela 2 -	Percentual de mães adolescentes (10 a 19 anos) na AP 3.2, 2006 a 2012.....	63
Tabela 3 -	Gestantes cadastradas na AP 3.2 e na CF Carioca, 2013 a 2015.....	64

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
ADOLESCENTRO	Adolescente no Centro das Ações
AP	Área de Planejamento (SMS/RJ)
APS	Atenção Primária em Saúde
ASAJ/ DAPE	Área Técnica da Saúde do Adolescente e do Jovem do Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas (SAS/MS)
BF	Bolsa Família
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEASM	Centro de Estudos e Ações Solidárias da Maré
CF	Clínica de Família
CF	Constituição Federal
CONANDA	Conselho Nacional dos Direitos das Crianças e Adolescentes
CMDCA	Conselho Municipal dos Direitos das Crianças e dos Adolescentes
COE	Coordenação de Programas de Epidemiologia
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
COPIS	Coordenação de População e Indicadores Sociais do IBGE
CORSAMI	Coordenação de Saúde Materno Infantil
CRAS	Centro de Referência da Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializado da Assistência Social
DAPS	Divisão de Ações e Programas de Saúde
DATASUS	Departamento de Informática do SUS

DINAISAJ	Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde
DINSAMI	Divisão Nacional de Saúde Materno-Infantil
DPE	Diretoria de Pesquisas do IBGE
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública (Fiocruz)
ESF	Estratégia de Saúde da Família
Fiocruz	Fundação Oswaldo Cruz
GIE	Gerência de Informações Epidemiológicas
GPA	Gerência do Programa de Saúde do Adolescente
GRAVAD	Gravidez na adolescência. Gênero e Sexualidade: Estudo multicêntrico sobre Jovens, Sexualidade e Reprodução no Brasil
GSA	Gerência de Saúde do Adolescente
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IPP	Instituto Pereira Passos
MAC	Mães Adolescentes e suas Crianças
MRJ	Município do Rio de Janeiro
MS	Ministério da Saúde

NESA	Núcleo de Estudos da Saúde do Adolescente (UERJ)
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organização Não Governamental
PROSAD	Programa de Saúde do Adolescente
PSE	Programa Saúde na Escola
RAP	Rede de Adolescentes Promotores de Saúde
SAS	Secretaria de Atenção à Saúde (MS)
SASAD	Serviço de Assistência à Saúde do Adolescente (MS)
SBP	Sociedade Brasileira de Pediatria
SINASC	Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos
SME	Secretaria Municipal de Educação
SMDS	Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SNPES	Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde (MS)
SSC	Superintendência de Saúde Coletiva
SVS	Secretaria de Vigilância em Saúde
SUBPAV	Subsecretaria de Atenção Primária, Vigilância e Promoção da Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro

UNFPA

Fundo de População das Nações Unidas

VIVA

Sistema de Vigilância de Violência e Acidentes do MS

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO	16
1	ADOLESCÊNCIA, CIDADANIA E SEXUALIDADE: PERCURSOS, AÇÕES E RESULTADOS PARA MUITAS VIDAS	19
1.1	Direitos e políticas sociais para adolescentes	19
1.1.1	<u>Definição de adolescência e evolução demográfica brasileira</u>	19
1.1.2	<u>Direitos, políticas sociais e sua evolução</u>	23
1.1.3	<u>Direitos e políticas sociais brasileiras para adolescentes</u>	27
1.1.4	<u>Políticas sociais para adolescentes no Rio de Janeiro</u>	31
1.2	Sexualidade e gravidez	33
1.2.1	<u>Indivíduo, sociedade e a questão da opção</u>	33
1.2.2	<u>Gravidez na adolescência: uma opção?</u>	37
1.2.3	<u>A pesquisa GRAVAD: trajetórias e sexualidade</u>	40
1.2.4	<u>Pesquisa GRAVAD: gravidez, aborto e filho</u>	47
1.3	Informações de saúde da gravidez na adolescência	54
1.3.1	<u>Situação mundial</u>	54
1.3.2	<u>Situação brasileira</u>	56
1.3.3	<u>Município do Rio de Janeiro e AP 3.2</u>	58
2	OBJETIVOS E MÉTODOS	65
2.1	Pergunta e objetivos	65
2.1.1	<u>Objetivo geral</u>	65

2.1.2	<u>Objetivos específicos</u>	65
2.2	Métodos e procedimentos	66
2.2.1	<u>Tipo e desenho da pesquisa</u>	66
2.2.2	<u>Procedimentos éticos</u>	67
2.2.3	<u>Cenário da pesquisa</u>	68
2.2.4	<u>Procedimentos de coleta de dados</u>	69
2.2.5	<u>Procedimentos de análise dos dados</u>	71
3	RESULTADOS	77
3.1	O Bairro Carioca	77
3.2	As entrevistadas	78
3.3	Categorias e subcategorias	79
3.3.1	<u>Família</u>	79
3.3.2	<u>Educação</u>	83
3.3.3	<u>Saúde</u>	87
3.3.4	<u>Assistência Social</u>	90
3.3.5	<u>Sexualidade</u>	92
3.3.6	<u>Gravidez</u>	96
3.3.7	<u>Relação Estado/Sociedade</u>	99
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	101
	REFERÊNCIAS	104
	APÊNDICE A – Roteiro de entrevistas	110
	APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) ..	114

INTRODUÇÃO

Este trabalho foi inspirado no meu percurso profissional que, como médica pediatra e sanitária, constatei a presença de inúmeras mães adolescentes nos serviços públicos de saúde em que trabalhei, muitas vezes expressando a fragilidade de pessoas em plena formação e que, portanto, ainda necessitavam de muitos cuidados, mas que já se encontravam na posição de cuidadoras dos seus filhos.

Minha maior preocupação era que por se tratarem de jovens de baixa renda, poderia ocorrer um prejuízo em termos educacionais e posteriormente de acesso ao mercado de trabalho. Com isto, as consequências diretas sobre as vidas destas jovens e indiretas sobre as vidas de seus filhos, contribuiriam como mecanismo de reprodução do ciclo de pobreza. Essa preocupação tem respaldo no relatório “Situação da População Mundial 2013”, publicado pelo Fundo de População da Nações Unidas (UNFPA), segundo o qual a cada dia 20.000 adolescentes dão à luz em países em desenvolvimento. Destaca ainda, os impactos sobre a saúde, a educação e as oportunidades de emprego a longo prazo dessa situação, que ocorre principalmente entre as adolescentes pobres e com baixa escolaridade, as quais estão mais propensas a engravidar, cujos destinos diferem muito das adolescentes de camadas sociais mais elevadas (UNFPA, 2013, p.4).

A ocorrência de gravidez na adolescência é uma situação que vem se mantendo estável nas últimas décadas no Brasil, seguindo na contramão da diminuição das taxas de fecundidade das mulheres de outras faixas etárias. O aumento da entrada de mulheres no mercado de trabalho na segunda metade do século XX, a utilização da contracepção hormonal em massa a partir da década de 1960 e a liberação sexual feminina, separando a sexualidade da vida reprodutiva, foram fenômenos que induziram a uma diminuição das taxas de fecundidade total em todo o mundo, inclusive no Brasil (HEILBORN et al, 2006, p.62).

Além disso, a organização da sociedade em torno de um mercado de trabalho mais competitivo, com evolução tecnológica que vem exigindo qualificações profissionais cada vez mais específicas, tem retardado a emancipação dos jovens, homens e mulheres, prolongando a permanência destes nos domicílios de suas famílias de origem. Na contramão desses fatos, algumas jovens de origem social

mais baixa, principalmente em termos de escolaridade e renda, não têm acompanhado tais mudanças, mantendo na vida reprodutiva uma passagem para a vida adulta (CAMARANO et al, 2004; PIERSON, 2002).

A gravidez na adolescência é um tema que vem sendo discutido há décadas no Brasil e no mundo. A abordagem sob a ótica da Saúde Pública quanto aos impactos biológicos, sociais e psíquicos deste evento fazem da gravidez na adolescência um tema a ser enfrentado através da formulação de políticas sociais e parcerias com a sociedade civil.

Esta pesquisa aborda a gestação em jovens pobres, residentes na Cidade do Rio de Janeiro, em território de grande vulnerabilidade social, com presença de violência armada e grande contingente de beneficiários de programas de transferência de renda governamentais, especificamente o Bolsa Família e o Cartão Família Carioca. Procurei compreender neste trabalho, a trajetória de vida dessas mulheres antes, durante e após a gravidez, e em que medida as políticas sociais de apoio às adolescentes e jovens pobres foram importantes na ocorrência da maternidade antes dos dezoito anos. O objeto desse estudo envolve o setor de atenção à saúde, além de outros setores que integram a rede assistencial ao público adolescente e jovem.

Através de entrevistas em profundidade, procurei conhecer e analisar os contextos sociais em que as jovens viveram desde a infância, como adquiriram informações sobre a sexualidade e como se deu o acesso aos serviços públicos das áreas sociais. Dessa forma, conhecer a percepção dessas mães adolescentes sobre essas políticas e ações sociais, identificando de que maneira interferiram, ou não, nas trajetórias de vida que culminaram com a gestação.

Esse trabalho está dividido em quatro capítulos. O primeiro é a parte que está sendo apresentada. No segundo capítulo, faço uma abordagem sobre a definição de adolescência, uma revisão de conceitos como os de direitos civis, políticos e sociais (Marshall, 1967; BOBBIO, 1992), cuja evolução no caso brasileiro culmina com a elaboração do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), referindo-me ao grupo adolescente em questão. Um breve histórico das políticas sociais brasileiras para o público adolescente, com ênfase nas políticas de saúde e suas relações

intersetoriais, incluindo a implementação destas políticas na Cidade do Rio de Janeiro.

Ainda no segundo capítulo, abordo as mudanças sociais contemporâneas, através das reflexões de autores como Elias e Bourdieu, sobre a individualização da sociedade e seus contextos sociais. Discuto também o tema da sexualidade e gravidez, tema central dessa pesquisa, utilizando como referencial teórico o estudo organizado pela professora Maria Luiza Heilborn, do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/UERJ), que investigou os comportamentos sexuais e reprodutivos de quase cinco mil jovens brasileiros, a pesquisa: Gravidez na adolescência. Gênero e Sexualidade: Estudo Multicêntrico sobre Jovens, Sexualidade e Reprodução no Brasil (GRAVAD). Forneço também informações de saúde sobre a gravidez na adolescência com um breve panorama mundial, do Brasil e da Cidade do Rio de Janeiro, mais especificamente da Área de Planejamento 3.2, onde fica situado o Bairro Carioca, local onde foi realizada essa pesquisa.

No terceiro e quarto capítulos descrevo a metodologia da pesquisa e seus resultados. Realizei uma análise de conteúdo (BARDIN, 2004), dos relatos obtidos a partir de entrevistas em profundidade com mulheres de 19 a 22 anos, que tiveram pela menos uma gestação antes dos 19 anos e residentes no Bairro Carioca, um conjunto habitacional de baixa renda que será descrito mais adiante. Essa análise permitiu a identificação do contexto social em que vivem as entrevistadas e questões comuns no que concerne ao acesso às políticas sociais, norteador da discussão sobre o tema. Procurei compreender, através da história de vida dessas mulheres, outro conceito importante: o de *capabilities*, que diz respeito ao desenvolvimento pessoal, inserção social, liberdade e autonomia das mesmas, como utilizado por Amartya Sen e Martha Nussbaum (1993), destacando aqui a questão das escolhas para a participação social, incluindo acesso às políticas sociais e o exercício dos direitos de cidadania (SEN, 2010; PINZANNI, 2009).

1 ADOLESCÊNCIA, CIDADANIA E SEXUALIDADE: PERCURSOS, AÇÕES E RESULTADOS PARA MUITAS VIDAS

No primeiro item deste capítulo faço uma abordagem retrospectiva do conceito de adolescência, da evolução dos direitos ao longo da história do capitalismo, culminando nos direitos sociais e suas repercussões em termos de políticas sociais. Incluí a evolução desses direitos e políticas sociais para o público adolescente no Brasil e na Cidade do Rio de Janeiro. No segundo item discorro sobre as mudanças contemporâneas das relações indivíduo e sociedade e procuro correlacionar os conceitos de *habitus* social apresentados ao desenvolvimento e construção de valores individuais do grupo adolescente. Procuro estabelecer, dessa forma, uma relação entre os contextos sociais em que vivem essas pessoas em pleno desenvolvimento e refletir sobre suas opções e escolhas. Para alcançar o tema central dessa pesquisa, a gravidez na adolescência, com uma visão socioantropológica das trajetórias afetivo-sexuais e uma possível ocorrência de gravidez, utilizo dados e resultados da pesquisa GRAVAD (2006), desenvolvida no âmbito do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, principal referencial teórico dessa pesquisa. Finalmente, no terceiro item do capítulo, apresento alguns dados sobre a gravidez na adolescência no mundo e no Brasil, mais especificamente na Cidade do Rio de Janeiro.

1.1 Direitos e políticas sociais para adolescentes

1.1.1 Definição de adolescência e evolução demográfica brasileira

A adolescência é um período do desenvolvimento humano com definição recente. Essa definição decorre de mudanças na estrutura social, produzidas a partir da Revolução Industrial, das mudanças do papel do Estado e do processo de individualização da sociedade (GROSSMAN, 2010). Há três séculos, a passagem da infância à vida adulta era uma condição normal e natural. A puberdade era um conceito biológico, diferenciando-se do conceito de adolescência que é um conceito sociológico e atual (PERES e ROSENBERG, 1998, p.58).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a adolescência é definida como um período biopsicossocial que compreende a segunda década da vida, ou

seja, dos 10 aos 19 anos. Para a Organização das Nações Unidas, o período corresponde à faixa etária de 15 a 24 anos, incluindo os adultos jovens (20 a 24 anos). No Brasil, no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), o período vai dos 12 aos 18 anos; as normas e políticas de saúde do Ministério de Saúde (MS) e a Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), consideram os limites da faixa etária entre 10 e 19 anos (ESEINSTEIN, 2005, p. 6-7; FERREIRA et al, 2010).

O início da adolescência está associado às mudanças corporais da puberdade, finalizando-se com a inserção social, profissional e econômica na sociedade adulta.

A adolescência se inicia com as mudanças corporais da puberdade e termina quando o indivíduo consolida seu crescimento e sua personalidade, obtendo progressivamente sua independência econômica, além da integração em seu grupo social (EISENSTEIN, 2005, p.6).

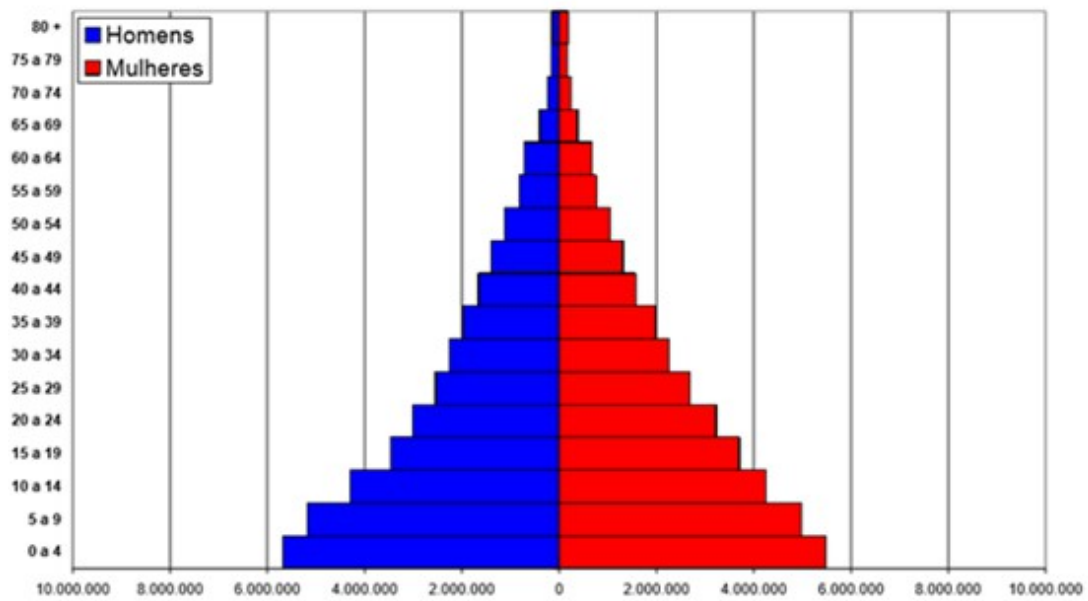
Quanto aos parâmetros biológicos, a puberdade é um fenômeno que se refere às mudanças morfológicas e fisiológicas resultantes da reativação dos mecanismos neuro-hormonais do eixo hipotalâmico-hipofisário-adrenal-gonadal, conhecidas como pubarca ou adrenarca, telarca e gonadarca¹. Um processo contínuo e dinâmico, que tem início na vida fetal e termina com o crescimento ósseo completo, através da fusão total das epífises ósseas²; e com o desenvolvimento completo das características sexuais secundárias e maturação do sistema reprodutivo. A maturação biológica, nem sempre ocorre em sincronia com a maturação psíquica e social. Os contextos em que os jovens se desenvolvem, altera padrões e estabelece assincronias entre grupos socialmente diversos (ESEINSTEIN, 2005).

Quanto ao panorama demográfico, o Brasil está seguindo tendências mundiais de transição demográfica, com envelhecimento populacional, mas ainda apresenta um grande contingente de adultos jovens (20-24 anos) e adolescentes (10-19 anos) (OMS). A seguir, nas figuras 1 e 2, pode-se observar as pirâmides etárias relativas aos censos demográficos de 1960 e 2010, que permitem uma apreciação das mudanças dos seus desenhos correspondentes à transição demográfica citada acima.

¹ Segundo Behrmant al, a transição entre a infância e a vida adulta, em termos biológicos, ocorre com a maturação sexual e o aparecimento de caracteres sexuais secundários. Pubarca ou adrenarca refere-se ao aparecimento de pelos, telarca ao aumento das glândulas mamárias e gonadarca ao aumento dos testículos.

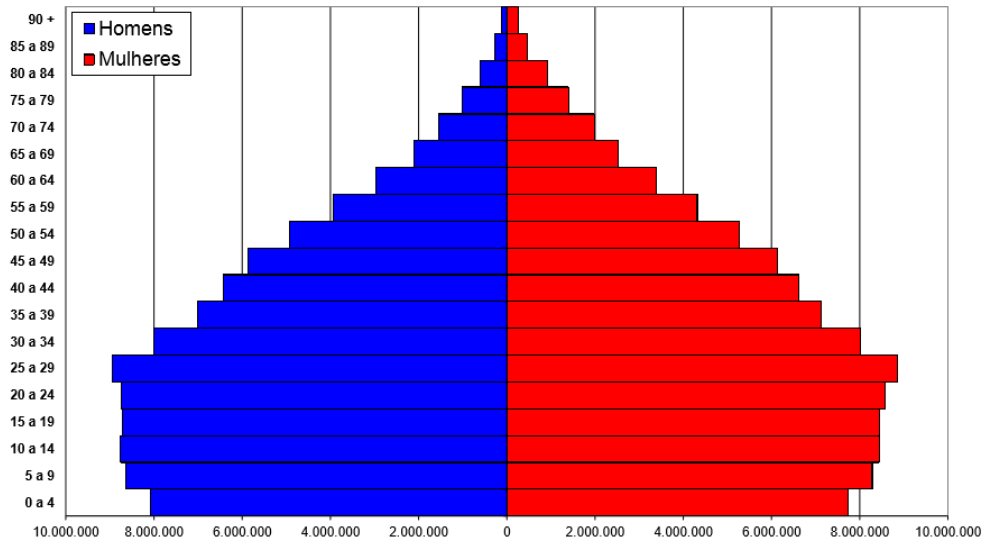
² Epífises ósseas correspondem à parte distal dos ossos longos.

Figura 1: Brasil: Pirâmide etária, 1960



Fonte: IBGE, DPE, COPIS, 2013

Figura 2: Brasil: Pirâmide etária, 2010



Fonte: IBGE, DPE, COPIS, 2013

Como se pode ver, houve um gradual alargamento do topo da pirâmide mostrando uma população cada vez mais idosa, decorrente do aumento da expectativa de vida e um estreitamento da base, que condiz com as diminuições das taxas de fecundidade total ao longo dos anos. A proporção, ainda relevante na última década (2010), de adultos jovens e adolescentes faz deste grupo alvo de políticas públicas estratégicas, entendendo que a razão de dependência dos grupos localizados na base e no topo da pirâmide, tenderá ao aumento nas próximas décadas e dependem do êxito da inserção social e econômica da população ativa, também denominado como bônus demográfico (ALVES et al, 2010).

1.1.2 Direitos, políticas sociais e sua evolução

A cidadania moderna fez surgir um elo de natureza civilizatória que modificou os antigos vínculos de parentesco que marcaram as sociedades pré-feudais. Sua evolução trouxe três elementos essenciais ao status de cidadão, foram eles os direitos civis, que representaram a liberdade individual, com direitos à justiça, à propriedade, à liberdade de pensamento e fé, de mobilidade e de imprensa; os direitos políticos, representados pela participação no poder político, quer como eleitor ou autoridade política; e finalmente os direitos sociais, referidos como àqueles que garantem um mínimo de bem estar econômico e a participação na sociedade pelos padrões de civilidade estabelecidos, relacionados ao sistema educacional e aos serviços sociais (MARSHALL, 1967).

Pensando as mudanças socioeconômicas ocorridas no mundo capitalista, a partir da revolução industrial, pode-se observar consequências sobre a cidadania e os direitos conquistados. O capitalismo industrial, com sua divisão em classes sociais, sofreu impactos com o princípio da liberdade econômica individual. Esta mudança, sob a forma de liberdade, acompanhada pelos direitos políticos, transformou a cidadania em instituição nacional, revelando mudanças profundas do tecido social, mediadas por uma economia competitiva e a valorização de atributos individuais. Eventos como a revolução francesa e o desenvolvimento capitalista, com ascensão da burguesia ao poder e a formação do proletariado, são marcos da formação do Estado-Nação (CHÂTELET et al, 2009).

No campo social, o percurso foi um pouco mais lento, sendo observadas as principais mudanças com a regulamentação dos salários e a instituição da educação fundamental. Com a mudança dos padrões de trabalho humano, a educação passa a ser fundamental e torna-se obrigatória nos países industrializados. Os direitos sociais da era elisabetana, representados pela Poor Law, tornaram-se residuais e dissociados do status de cidadania, representando uma forma de direitos sociais mínimos, oferecendo assistência apenas aos incapazes de se inserir no mercado. Com a nova ordem econômica e a mercantilização do trabalho, surgiram as bases para a criação dos direitos sociais dos trabalhadores através de medidas protetivas,

como a regulamentação dos salários citada acima (BOBBIO, 1992; MARSHALL, 1967; PIERSON, 2.000).

A educação primária obrigatória, como direito social, foi instituída como pré-requisito ao exercício dos outros direitos, não como um direito de cidadania da criança, que não era considerada cidadã, mas como um direito do adulto de ter sido educado. Os avanços tecnológicos e a democracia requisitavam cidadãos mais qualificados e a educação primária pública foi um passo decisivo nessa direção. A cidadania moderna, dessa forma, constituiu um elemento decisivo na mobilidade social, diminuindo as desigualdades do período medieval, adequando-se à nova ordem econômica (MARSHALL, 1967).

Os direitos sociais como uma ordem internacional, passam a vigorar através da Declaração Universal dos Direitos do Homem, aprovada pela Assembleia-Geral das Nações Unidas, em 10 de dezembro de 1948. Este foi um marco importante na conquista dos direitos sociais. Após a publicação deste documento, ao longo do século XX, a ampliação dos direitos seguiu na defesa de que todos são iguais perante a lei, contra as discriminações raciais, de gênero, de condições especiais de existência e de faixa etária, incluindo crianças e idosos, definindo bases legais internacionais e nacionais para diversos Estados signatários (BOBBIO, N., 1992; p.26).

A discussão entre direitos e desigualdades sociais (BOBBIO, 1992; MARSHALL, 1967), nos remete à construção de um processo civilizatório em que a cidadania vem se estabelecendo em torno de deveres e direitos públicos subjetivos, numa relação mais participativa entre Estado e sociedade. Após a segunda guerra mundial muitos Estados tomaram para si a responsabilidade de garantir os direitos sociais para seus cidadãos, com diferenças entre a abrangência desses direitos, mais ou menos universais; e quanto à maior ou menor participação estatal nas sociedades capitalistas. Os Estados que investiram mais efetivamente na garantia de direitos sociais, formaram os Estados de Bem-Estar Social '*Welfare States*'.

[...]. Utilizo como definição de '*Welfare State*' o conjunto de direitos e políticas sociais relacionadas ao mesmo tempo com a proteção de riscos e com a busca de condições mínimas de igualdade entre os cidadãos, constituídos pela educação, saúde, previdência e assistência social. A definição aqui adotada pode ser considerada restrita, não abarcando outras políticas como as de trabalho, de habitação ou saneamento, entre outras, mas parece mais precisa e

de acordo com a natureza do direito social [...] (RODRIGUES, 2003, p.119)

A estrutura social vem sofrendo mudanças nas relações de gênero, nas relações de trabalho e no envelhecimento populacional, fruto de mudanças sociais decorrente da entrada das mulheres no mercado de trabalho, do avanço tecnológico dos meios de produção e do arsenal terapêutico, ocorridos ao longo do século passado; traduzidos em novos conceitos de direitos. A exigência de profissionais mais qualificados, subtraiu do mercado de trabalho aqueles que não se reformularam, acompanhando as demandas da sofisticação tecnológica e empobrecendo parte da sociedade. A entrada das mulheres no mercado de trabalho, foi acompanhada por uma diminuição das taxas de natalidade a ponto de propiciar riscos à reposição populacional, na maior parte dos países desenvolvidos. O envelhecimento da população acarretou sobrecargas em vários setores custeados pelos governos, como por exemplo, a saúde, a previdência e assistência social (ESPING-ANDERSEN, 2009).

A reformulação dos Estados de Bem-Estar foi inevitável, como decorrência da crise econômica global na segunda metade do século passado, principalmente nas últimas décadas, associada às mudanças do perfil demográfico, da globalização, dos compromissos governamentais e políticos das principais democracias mundiais. Mudanças mais austeras em algumas democracias, ou menos em outras, de acordo com o perfil político do eleitorado e da importância das políticas sociais nos contextos eleitorais, acarretaram menos investimentos nas áreas sociais. Algumas políticas estatais como o sistema de saúde inglês, por exemplo, se mantiveram sólidas, pelo temor da insatisfação popular e repercussões negativas nas eleições (PIERSON, 2001, p.411).

A re-mercantilização, a contenção de custos e a recalibração das políticas sociais, foram medidas de reestruturação dos *Welfare States*, nesse contexto de austeridade (PIERSON, 2001). As sociais democracias, representadas pelos países escandinavos, optaram por um redirecionamento nas políticas sociais, com o objetivo de superar as dificuldades econômicas, demográficas e políticas desse período. Pelo apoio à entrada de mulheres no mercado de trabalho, através de investimentos na infância, na requalificação profissional e na postergação das aposentadorias, com a presença forte da ação estatal, os países escandinavos,

dentre as democracias mundiais, foram os que mais investiram nas políticas sociais (ESPING-ANDERSEN, 2009).

O empobrecimento das famílias decorrente das mudanças estruturais da economia, deixando muitas pessoas fora do mercado de trabalho, vem afetando os idosos, que chegam a essa fase da vida com recursos escassos; e também as crianças que sofrem diversos tipos de restrições em seus desenvolvimentos, com chances de produzir adultos pouco qualificados e, portanto, pouco competitivos, num mercado cada vez mais exigente. Esses fatores formam um ciclo de reprodução e perpetuação da pobreza

Enquanto uma parte dos adultos jovens, com maiores níveis educacionais, tem estendido sua permanência no ambiente familiar, prolongando seus estudos ou procurando bons empregos, e conseqüentemente adiando planos de formação de suas próprias famílias, influenciando fortemente as taxas de natalidade; outros apresentam dificuldades de inserção no mercado de trabalho, por desqualificação cognitiva, com desemprego ou empregos de baixa remuneração (CAMARANO et al, 2004).

Famílias formadas por jovens de baixa escolaridade, oriundos de famílias pobres e com rendas familiares incertas, apresentam grande vulnerabilidade com as demandas de subsistência de sua prole. As crianças, cujos cuidados demandam tempo, formam um problema extra na reestruturação laboral, principalmente quando há monoparentalidade, como nos casos de mães solteiras, pais separados ou viuvez, aumentando a vulnerabilidade financeira da família e apresentando fortes impactos nas gerações futuras (HEMERIJCK, 2013).

Gosta Esping Andersen em seu livro *Why We Need a New Welfare State*, publicado em 2002, discute os impactos individuais e sociais da pobreza das famílias em países europeus e outros, como os EUA, Austrália e Nova Zelândia, correlacionando variáveis como desemprego dos chefes de família por períodos prolongados, com falência do apoio familiar; além de novas composições familiares com monoparentalidade e famílias formadas por casais homossexuais. As situações em que os adultos jovens permanecem fora do mercado de trabalho, geram menores contribuições para as receitas públicas e um aumento do consumo de benefícios sociais; além de reproduzirem esses padrões às novas gerações. O

impacto individual e social é amplamente observado na falência educacional das crianças pertencentes a esses grupos familiares, com desdobramentos futuros em má qualificação profissional, desemprego e futuro incerto quanto à subsistência na terceira idade, aumentando a dependência de outros familiares e de benefícios sociais estatais (ESPING-ANDERSEN, 2002).

Assim como o desemprego, as dificuldades na inserção de mulheres no mercado de trabalho com conciliação das responsabilidades maternas, também concorre para a deterioração da estrutura familiar. Os incentivos à inserção de mulheres no mercado de trabalho e apoio à maternidade, investimentos em educação infantil e qualificação profissional, através de políticas públicas de bem-estar social em países escandinavos, vem revelando resultados surpreendentes quanto à melhoria da inclusão social de grupos mais vulneráveis, com melhores desfechos profissionais e de qualidade de vida em todos os seus ciclos, além de retorno em contribuições fiscais às receitas públicas (ESPING-ANDERSEN, 2009).

Ao refletir sobre as vulnerabilidades de famílias compostas por crianças e adultos jovens, pouco qualificados e desempregados, ou mães que não conseguem conciliar a maternidade com outras atividades, em países desenvolvidos e seus impactos sobre a reprodução da pobreza nas novas gerações, como as descritas por Esping-Andersen (2002), o que pensar de nossas adolescentes brasileiras pobres e do futuro de seus filhos, cuja expressão da desigualdade social é muito mais profunda do que a dos países desenvolvidos?

1.1.3 Direitos e políticas sociais brasileiras para adolescentes

No Brasil, as políticas sociais voltadas para o público infantil tiveram início com a obrigatoriedade do ensino fundamental para crianças no início do século XX, atendendo às demandas pela qualificação dos futuros trabalhadores, como ocorrera nos países industrializados. Também na primeira metade do século XX houve a criação de instituições voltadas para o cuidado de gestantes, puérperas e crianças. O primeiro programa estatal de proteção à maternidade, à infância e à adolescência de que se tem notícia foi instituído durante o Estado Novo entre 1937 e 1945, vinculado ao Departamento Nacional de Saúde do Ministério da Educação e da Saúde, por intermédio da Divisão de Amparo à Maternidade e à Infância

(FERNANDES, 2013; p.62). Embora citasse o grupo adolescente, as ações eram dirigidas ao grupo materno-infantil.

Ainda que durante a década de 1970, algumas iniciativas de atenção à saúde dos adolescentes tivessem sido formuladas por serviços universitários no Rio de Janeiro e São Paulo, somente com a Nova República e a elaboração da Constituição Federal de 1988, intitulada “Constituição Cidadã”, definições quanto aos direitos sociais de forma geral e quanto aos direitos específicos de determinados grupos, como crianças, adolescentes, jovens, idosos, indígenas, etc., foram inseridos no texto constitucional: “São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição” (BRASIL, 1988. Título II, Cap. II, Art. 6º).

É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança, ao adolescente e ao jovem, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão. (Brasil, 1988. Título VIII, Cap. VII, Art. 227º).

Mas as crianças e adolescentes só se tornaram sujeitos de direito, a partir da promulgação do ECA, em 1990 (Lei Federal 8.069, de 13 de julho de 1990). Assim como na Constituição Federal de 1988 (CF/88), também o ECA em seus artigos 3º e 4º, diz que é dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do poder público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida e à saúde (BRASIL, 1990).

O ECA regulamenta o artigo 227 da CF/88, introduzindo a Doutrina de Proteção Integral que assegura a todas as crianças e adolescentes, os direitos fundamentais do ser humano e o exercício pleno da cidadania. A Doutrina de Proteção Integral é decorrente da Declaração Universal dos Direitos da Criança da Organização das Nações Unidas de 1959, que iniciou uma nova forma de pensar a criança e o adolescente (COSTA & BIGRAS, 2007, p.1102). Um tratamento diferenciado e prioritário passou a ser atribuído aos mesmos por se tratarem de seres humanos em desenvolvimento, deixando de ser “objetos” de direitos e transformando-se em “sujeitos” de direitos. Com isso, passaram a ter acesso privilegiado e irrestrito à justiça (Lei 8069/90. Título I, Cap. II, Art. 15). A tutela dos

direitos das crianças e dos adolescentes passou a ser de responsabilidade do Estado e da sociedade, deixando de ser obrigação exclusiva da família (Lei 8069/90. Tít. I, Art. 4º).

Esta legislação vem sendo implementada e como consequência, foram criadas e operacionalizadas várias instituições no sentido de assegurar os direitos conquistados no ECA. Foram criados o Conselho Nacional dos Direitos das Crianças e Adolescentes (CONANDA) e suas representações estaduais e municipais, os Conselhos Tutelares; além da remodelação de outros setores como o judiciário, a saúde, a educação e o desenvolvimento social. No âmbito das políticas de saúde e suas instituições, por exemplo, foi implementado o Programa de Saúde do Adolescente (PROSAD) pela Portaria Nº 980/GM de 26/12/89. Em 1993, passou a se chamar Serviço de Assistência à Saúde do Adolescente (SASAD), quando também foram publicadas as Normas de Atenção à Saúde Integral do Adolescente (FERNANDES, 2013; p.64).

Em 1996, no primeiro governo Fernando Henrique Cardoso, foram criadas as Coordenação de Saúde da Mulher, Coordenação de Saúde da Criança e Coordenação de Saúde do Adolescente. Em 1998, as coordenações transformaram-se nas atuais Áreas Técnicas de Saúde da Mulher, Saúde da Criança e Saúde do Adolescente e do Jovem. Em 2003, a Área Técnica da Saúde do Adolescente e do Jovem, ficou vinculada ao Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (ASAJ/DAPES/SAS/MS) - (FERNANDES, 2013; p. 65).

Ainda em 1996, o SASAD definiu critérios para oficializar os centros de referência já existentes, além de criar novos centros que passaram a ser denominados Centros Docente Assistenciais (CDA) em Saúde do Adolescente. O objetivo dos CDA era fomentar as ações do Ministério, participando da elaboração e divulgação de normas técnicas, material educativo, informativo e instrucional, assim como desencadear outras ações em áreas consideradas prioritárias, assim definidas: Crescimento e Desenvolvimento; Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva; Saúde Mental; Violência e Maus-Tratos e Saúde Bucal. Estas ações incluíam atividades de promoção da saúde, diagnóstico precoce, tratamento e reabilitação, para a melhoria dos níveis de saúde da população adolescente. (FERNANDES,

2013; p 65). Deste modo, a saúde sexual e reprodutiva do adolescente é uma das prioridades do Ministério da Saúde.

No Brasil, a Área Técnica de Atenção à Saúde do Adolescente e do Jovem (ASAJ) é responsável pelo processo de implementação e execução da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens (PNAISAJ). A capacidade institucional da ASAJ foi analisada por Fernandes, em sua tese de doutoramento, “Análise da Capacidade Institucional de Atuação da ASAJ/DAPES/SAS/MS: Um Olhar sobre a PNAISAJ e PNAISARI”, defendida em julho de 2013, na Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz). Nessa tese, os questionamentos quanto às ações normativas e a execução das políticas esbarram em problemas interministeriais e extras ministeriais, com problemas de ordem ideológica e cultural dos atores que realizam o trabalho na ASAJ, problemas estruturais de contingência financeira e nos desdobramentos das políticas, já que muitas secretarias estaduais e municipais não possuem áreas técnicas de atenção ao público adolescente.

As Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde (DINAISAJ), publicadas pelo MS em 2010, veio assegurar um plano de ação da ASAJ para orientação das ações no nível nacional. Outro documento elaborado pela área técnica do MS foi o manual, “Orientações Básicas de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes nas Escolas e Unidades Básicas de Saúde”, publicado em 2013 e é um dos instrumentos de consolidação do Programa de Saúde na Escola (PSE), instituído desde 2007, com o objetivo de criar ações conjuntas entre as áreas de saúde e educação

Assim como em outras áreas de atenção à saúde, problemas como o subfinanciamento, a existência de vazios sanitários comprometendo o acesso, a má articulação da rede, a desqualificação profissional, a burocratização da gestão e a pouca participação social dos processos institucionais, vêm tentando ser sanados através do “Pacto pela Saúde”, firmado entre MS, secretários estaduais e municipais de saúde, divulgado pela Portaria GM/MS Nº 399/06.

1.1.4 Políticas Sociais para Adolescentes no Rio de Janeiro

Ao refletir sobre a capacidade institucional de formular políticas públicas para o segmento jovem e apoiá-lo no desenvolvimento de suas habilidades e inclusão

social, fiz uma análise dos programas voltados para adolescentes na Cidade do Rio de Janeiro. Descreverei programas e projetos da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e sua rede intersetorial, formada principalmente pelas secretarias de Desenvolvimento Social (SMDS) e de Educação (SME).

No âmbito da SMS do Rio de Janeiro, o primeiro treinamento de profissionais voltados para a atenção à saúde dos adolescentes foi instituído em 1987, com uma parceria entre a SMS e a Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), integrando os setores de saúde e educação. A implementação do PROSAD, nos moldes do MS, se deu em 1992, com a criação da Gerência do Programa de Saúde do Adolescente (GPA), subordinada à Coordenação de Programas de Atenção Integral à Saúde e à Superintendência de Saúde Coletiva da SMS. O PROSAD, na Cidade do Rio de Janeiro, foi implementado como programa estratégico, dada a relevância e impacto das ações sobre este grupo populacional, a curto, médio e longo prazos, na modificação de indicadores de morbimortalidade, na inserção social, na prevenção da violência em suas diversas vertentes, no consumo abusivo de álcool e outras drogas, enfim, como investimento social (BRANCO, 2002, p-6).

O GPA da SMS/RJ elaborou diversas atividades para a implementação do PROSAD, participando de diversos espaços de formulação e implementação de políticas públicas, como o Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente (CMDCA), nos espaços intrainstitucionais, nos diferentes setores da prefeitura do Rio de Janeiro, formuladores de políticas sociais e também em espaços interinstitucionais, como ONGs, universidades, etc. Desta participação, surgiram diversas atividades e projetos intersetoriais, especialmente em parceria com a Secretaria Municipal de Educação (SME) e com a Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social (SMDS), com algumas universidades, ONGs, Conselhos Tutelares, entre outros. (BRANCO, 2002)

A implementação do PROSAD nas unidades de saúde da rede pública municipal; fomentou a construção de indicadores de saúde, com vigilância, monitoramento e divulgação de dados epidemiológicos sobre a saúde dos adolescentes; elaborando materiais educativos e de divulgação. A GPA também participou de ações, programas e projetos, com finalidade de fornecer apoio técnico e integração de profissionais de diversas áreas da SMS. O protagonismo juvenil, foi incentivado através de parcerias com grupos organizados de adolescentes e da

criação do Comitê Assessor de Adolescentes e Jovens do PROSAD, vinculado à GPA. (BRANCO, 2002)

Foram criados vários projetos como: ‘Vista essa Camisinha’; sobre prevenção a DST; “Sinal Verde”, com objetivo de facilitar o acesso de adolescentes às unidades de saúde; “Horizontes”, para qualificação da atenção às adolescentes grávidas; “Prevenção da Violência e Atenção às Vítimas de Maus Tratos”, com treinamentos e qualificação da vigilância, notificação e acompanhamento dos casos, “Adolescentro”, projeto desenvolvido na Maré em parceria com o Centro de Estudos e Ações Solidárias da Maré (CEASM) que atua em três vertentes: protagonismo juvenil, qualificação das atividades nas unidades de saúde e ações intersetoriais. Alguns destes projetos perderam sua força por falta de recursos humanos e mudanças na estrutura da GPA (BRANCO, 2002).

Mais recentemente o ‘RAP da Saúde’, as redes de protagonismo juvenil, o projeto Pró-Jovem, o projeto MAC, fazem parte do rol de programas e projetos incorporados pela GPA na atenção ao público adolescente da Cidade do Rio de Janeiro. A GPA também atua em parceria com outros programas como o de atenção à saúde da mulher, de prevenção às doenças sexualmente transmissíveis, de saúde mental, através dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS); além da integração com outros setores como a Educação, através do Programa Saúde na Escola, e do fomento à articulação com as instituições, como os Centros de Referência da Assistência Social (CRAS) e Centros Referência Especializados da Assistência Social (CREAS), subordinados à Secretaria de Desenvolvimento Social.

Apesar do esforço na implementação, normatização e execução do PROSAD pela GPA da SMS/RJ, obstáculos como a carência de recursos humanos qualificados para a atenção aos adolescentes, o déficit de infraestrutura que garanta a privacidade e o tempo para que as ações possam ser realizadas, além de uma lógica de produção empresarial, com metas numéricas a serem alcançadas. Com este panorama, a captação e vinculação deste público torna-se um desafio à parte, mesmo com a expansão da Estratégia de Saúde da Família (ESF), que vem ocorrendo desde a década de 2000, cobrindo muitos vazios sanitários do município.

No ano de 2014 houve uma diminuição no crescimento econômico brasileiro, amplamente divulgado pela mídia nacional, com declarações dadas pelos

representantes governamentais do setor econômico, anunciando déficits na arrecadação e impactos no desempenho das metas fiscais. A redução de gastos e investimentos públicos já se faz presente em diversos níveis governamentais. Governos estaduais anunciaram cortes nos orçamentos, com redução dos investimentos em diversas áreas, com desaceleração e até interrupção de diversos projetos. Na Cidade do Rio de Janeiro uma reorganização da GPA no início do ano de 2015, com a transferência da mesma para a Gerência de Saúde Criança, deixa margem a questionamentos quanto ao retrocesso nos avanços que este setor representava na implementação das políticas do PROSAD, além de representar uma diluição do grupo desta faixa etária, no âmbito da gestão da saúde da criança.

1.2 Sexualidade e gravidez

1.2.1 Indivíduo, sociedade e a questão da opção

No passado, as características individuais encontravam-se diluídas nos grupos humanos, porque não se comparavam com a importância que os aspectos coletivos representavam. A modernidade trouxe o indivíduo para o centro das observações sociológicas, onde as identidades, a forma das pessoas se relacionarem entre si e com outros grupos se modificaram. Naqueles tempos remotos, a sobrevivência dependia da ação do grupo e o indivíduo sozinho raramente conseguia se proteger, daí sua identidade corresponder à do grupo social ao qual pertencia (ELIAS, 1994; POLANYI, 2012).

Com os avanços da civilização, os temores e a competitividade das pessoas mudaram e se expandiram. Os Estados com seus novos arranjos e organizações institucionais, ultrapassando inclusive os limites nacionais, principalmente nos períodos pós-guerras mundiais, modificaram as relações indivíduo sociedade. A modernidade e a globalização³ afetaram bastante o comportamento social. Ao mesmo tempo que transformaram e afetaram a sociedade de forma coletiva, também passaram a valorizar o indivíduo em suas particularidades (GIDDENS,

³ Para David Held e Anthony McGrew (2000), o conceito de globalização é controverso e diz respeito a uma ação à distância, como uma compressão espaço-temporal, uma interdependência acelerada, como um mundo em processo de encolhimento. Para isso são necessários diversos tipos de infraestruturas, física (transportes e sistemas bancários, por exemplo), normativa (normas comerciais internacionais) e simbólica (uso do inglês como forma de comunicação), sugerindo uma magnitude ou intensidade dos fluxos globais crescentes entre Estados e sociedades.

2002)⁴. Karl Polanyi (2012) identifica um processo de construção social e ideológica da noção de indivíduo durante a formação da sociedade de mercado, principalmente a partir da Revolução Industrial Inglesa.

Se por um lado a individualidade traz a capacidade de uma pessoa se auto perceber enquanto sujeito, distinguindo-se dos demais e da natureza que o cerca, o processo de estruturação psíquica que lhe confere tal capacidade tornou-se mais longo. Enquanto sujeito capaz de tomar decisões e identificar suas inclinações pessoais, a necessidade de inserção social através do trabalho tende a reprimir e restringir os anseios individuais do jovem quando este se torna adulto (ELIAS, 1994). A relação entre o poder social e individual é tema de reflexões constantes, dentre as quais destaco a seguinte:

É comum ouvirmos debater-se, atualmente, se a história é feita por grandes homens isolados ou se todas as pessoas são intercambiáveis, não tendo a individualidade a menor importância na marcha da história. Falta-lhe o elemento que fornece a base para qualquer discussão dos seres humanos e seus modos de ser: o contato contínuo com a experiência (ELIAS, 1994, p.51).

A estrutura psíquica composta por tendências internas e condicionamentos sociais externos é traduzida como “individualidade”, pelo que difere uma pessoa da outra. Dessa forma não há como pensar o indivíduo e a sociedade como entes separados, já que acontece uma dinâmica constante entre ambos.

Uma das formas modeladoras do caráter individual, reconhecida como de ação social, é a educação. A educação vista do ponto de vista tecnicista, com caráter meramente informativo, que objetiva a formação para o exercício de determinada função, não cumpre um papel formador de opinião, de cidadania. Bourdieu trouxe conceitos com os de capital cultural e capital social, nos remetendo aos papéis que a escola, a família e o grupo social exercem no processo civilizatório. Numa sala de aula podem ser percebidos os valores condicionantes de determinados grupos sociais, através da interação com as disciplinas oferecidas e os resultados práticos desta construção (PINZANI, REGO, 2014).

Bourdieu atribui às relações culturais engendradas nas relações humanas, a coerência das ações individuais. Através do conceito de *habitus*, pretende

⁴Em seu livro, *Modernidade e identidade* (2003), Giddens analisa as mudanças na concepção de identidade a partir do rompimento com uma ordem dita tradicional, ou seja, a identidade social dos indivíduos não se encontra limitada ao parentesco, ou à localidade. Fica claro que essa é uma situação que depende do acesso que esses indivíduos têm às estruturas do mundo dito globalizado.

correlacionar práticas individuais e condições sociais de existência. Mais do que revelar sua correspondência direta, foi através do desajuste que o conceito se tornou mais explícito. Em pesquisa realizada na Argélia entre 1950 e 1960, Bourdieu pôde observar o desamparo de pessoas que migraram do meio rural para um ambiente urbano, muito diverso de seu ambiente anterior (SETTON, 2002; p. 62).

O diálogo entre a realidade exterior e a individual, ou seja, entre o mundo objetivo e o das subjetividades, é concebida como um sistema esquemático constituído por disposições estruturadas (no social) e estruturantes (mentais - no indivíduo), numa constante relação com as experiências diárias de suas condições sociais específicas e de seus modos de agir no cotidiano.

Para Löic Wacquant (2004), a teoria do *habitus* de Bourdieu se opõe ao estruturalismo, revelando que os indivíduos agem no mundo social através da incorporação de instrumentos de construção cognitiva, mas também não apoia o construtivismo, uma vez que estes instrumentos provêm do mundo social. Há, portanto,

[...] uma relação dialética entre a situação e o *habitus*, entendido como um sistema de disposições duráveis e transponíveis que, integrando todas as experiências passadas, funciona em cada momento como uma matriz de percepções, apreciações e ações [...] (WACQUANT, 2004, p.37).

Crianças e adolescentes se encontram em situação peculiar de desenvolvimento e sua interação social se dá através das relações familiares, comunitárias, com a mídia e do acesso a bens e serviços como a educação, a cultura, o esporte, o lazer, etc. A construção de identidades, de valores morais, inserção social, decisões e ações dependem da capacidade individual associada aos contextos sociais em que vivem.

A escassez de recursos materiais, embora não sendo a única expressão da pobreza, aparece como obstáculo ao pleno desenvolvimento e à garantia de direitos dessas pessoas. O acesso às políticas sociais poderiam ser uma das formas de gerar oportunidades de ruptura dos padrões impostos pelas condições socioeconômicas desfavoráveis. Políticas sociais universais que garantissem o direito à saúde e à educação de qualidade, além de outros recursos que possibilitassem a diminuição das desigualdades sociais.

A conversão de recursos em bem-estar, qualidade de vida e liberdade, fundamentais no exercício da cidadania, é tema abordado por Sen e Nussbaum (1993) em seu conceito de *capability*, termo utilizado no inglês por inadequação de tradução correlata. O conceito de *capability* pode então ser diferenciado de outro conceito, o de *functioning*, definido como uma ação que envolve um valor intrínseco e habilidades. Assim, *capability* não pode ser analisada de forma isolada, pois que atua em conjunto com outras *capabilities* no alcance de vários *functionings*. São essas “capabilidades”, como oportunidades e possibilidades de ação, que possibilitam escolhas e que se traduzem através de liberdade e autonomia, constituindo os verdadeiros indicadores de uma democracia (SEN, 2010; CROCKER, 1993; PINZANNI, 2009).

Ao fim e ao cabo, a fruição de direitos, o acesso ao bem-estar social e a autonomia de escolhas dos indivíduos querem dizer, em última palavra, que ser autor(a) do próprio destino constitui a verdadeira medida do grau de democratização realizada em uma sociedade (PINZANI, REGO, 2014, p.9).

O papel do Estado como elaborador e executor de políticas sociais vem sofrendo profundas mudanças, acompanhando retrações econômicas globais cíclicas. No Brasil e no mundo, o acesso às políticas sociais vem sendo reduzido, em maior ou menor proporção. No Brasil, desde a década de 1990, com o surgimento do neoliberalismo econômico, acompanhamos uma retração da participação estatal em políticas sociais no nível federal, com uma descentralização federativa dos investimentos e uma mercantilização cada vez maior de serviços prestados à sociedade (ARRETCHE, 2002, p.27).

Nesta ótica, o desamparo social se torna fruto da meritocracia neoliberal, simplificando as relações indivíduo e sociedade, como uma questão moral e até mesmo religiosa, dos que triunfam, ou seja, são bem-sucedidos e afortunados; com os que são incapazes e desafortunados (SCWARTZMAN, 2004). Na esfera dos direitos humanos:

[...] na política internacional, mostra como existe uma tendência por parte dos defensores desses direitos a tratá-los como “trunfos”, ou seja, como cartas que, ao serem postas à mesa, devem prevalecer sobre todas as demais [...] os direitos humanos, que incluem o direito a um mínimo de recursos para uma vida sem sofrimento e privações, formam uma agenda “negativa”, no sentido de afirmar aquilo que as pessoas não deveriam deixar de ter, e não uma agenda “positiva”, no

sentido de estabelecer as causas da carência de direitos e os mecanismos para sua satisfação [...] (SCHWARTZMAN, 2004, p.8).

Afirmar que a saúde é um direito de todos e dever do Estado, que a educação é fundamental para o exercício pleno da cidadania e manter o subfinanciamento destes setores estratégicos da sociedade, são exemplos de uma agenda 'negativa'.

Ainda sobre a relação indivíduo sociedade, a pouca interferência estatal num sentido político e redistributivo, conduz a soluções biográficas para problemas históricos e, segundo Bauman, como uma "política da vida", com respostas individuais para problemas sociais (BURKE, 2004).

Seguindo na lógica neoliberal, o pouco investimento estatal em políticas sociais induz a mercantilização do acesso aos direitos sociais. Vide o exemplo do crescimento do setor privado na área de saúde, principalmente no que diz respeito aos planos de saúde corporativos.

1.2.2 Gravidez na adolescência: uma opção?

Abordarei nessa parte do trabalho, alguns fatores que podem concorrer para a ocorrência de gravidez na adolescência. Entre elas a construção de valores individuais que são cultivados desde a infância, atingindo na adolescência o nível da sexualidade. Lembro aqui a construção do *habitus* social, exemplificando a relação dinâmica entre indivíduo e sociedade, como uma relação de interdependência, em contínuo processo de mutação e não como condições opostas ou superpostas. Não há, portanto, ação individual sem um processo civilizador social, nem sociedade sem ações individuais submetidas a um limiar de aceitação dos demais indivíduos, ou seja, como um controle social, como visto na seção anterior desse trabalho (ELIAS, 1994).

A transformação da infância à idade adulta passa pelo bombardeio hormonal e a emergência da sexualidade com todos os seus aspectos. A subjetividade dos desejos e as decisões tomadas como consequência da construção das identidades, visto pela ótica da liberdade de escolha e do direito sobre o próprio corpo, faz pensar no desenvolvimento da autonomia dos jovens. A compreensão das escolhas de jovens que vivem em situação de vulnerabilidade social, em territórios violentos, passa pelo entendimento da convivência social e dos valores cultivados nesses ambientes. Que modelos estão servindo de base na formação da personalidade

desses adolescentes e suas decisões? Qual o impacto da violência na construção dos valores de nossos jovens?

A violência como fato humano e social é histórica e apresenta-se de diversas formas. Como fenômeno complexo e multicausal, a violência foge a qualquer conceituação precisa. A agressividade faz parte do ser humano e é muitas vezes essencial à sobrevivência e à autodefesa, inscrevendo-se num processo de construção dos sujeitos. A agressividade transformada em violência é, portanto, um fenômeno psicossocial, no qual contribuem as circunstâncias sociais, o ambiente cultural, as relações entre os sujeitos, não sendo característica de nenhum segmento ou classe social. Há sociedades mais violentas e outras menos violentas, evidenciando formas diferentes de solução dos conflitos.

A construção da não-violência passa pela capacidade de reconhecer os direitos de cidadania do outro, com desenvolvimento de valores de paz, de solidariedade, de convivência, de tolerância, de capacidade de solucionar conflitos. No nível social, a ampliação e universalização de direitos e deveres de cidadania, podem contribuir para a diminuição das formas graves de violência (NJAINÉ et al, 2007). A Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência, Portaria MS/GM n. 737 de 16/05/2001, define:

Violência consiste em ações humanas individuais, de grupos, de nações, que ocasionam a morte de seres humanos ou afetam sua integridade e sua saúde física, moral, mental ou espiritual (BRASIL, 2001, Introdução).

Assim, investimentos em educação formal, melhoria das condições de vida, inclusão social, universalização de direitos de cidadania, são formas de construção estatal de não-violência. A manutenção das desigualdades sociais, culturais, de gênero, etárias e étnicas, que produzem e reproduzem a miséria, além das variadas formas de submissão e exploração de algumas pessoas pelas outras, é uma das piores formas de violência.

O Brasil é um país de enormes diversidades geográficas e socioculturais, onde o desenvolvimento humano se dá de forma bastante desigual. Há os mais privilegiados que têm acesso mais fácil a bens e serviços que propiciam uma inserção social competitiva em termos de mercado de trabalho e ascensão social; e os menos privilegiados com acessos restritos e perspectivas de vida precárias, cujas

trajetórias acabam por culminar na perpetuação e reprodução da pobreza. Nossas crianças e jovens que residem em territórios abandonados pelo poder público constroem seus valores em meio à adversidade e a passagem à vida adulta é muitas vezes interpelada por eventos como uma gravidez, muitas vezes desejada e outras não, mas que de alguma forma acelera o processo de amadurecimento e autonomização dessas mulheres (HEILBORN et al, 2006).

Os jovens que vivem nestas situações de adversidade, dependentes do acesso aos serviços ofertados pelas políticas sociais brasileiras, vivem em condições de vulnerabilidade. O conceito de vulnerabilidade foi inicialmente concebido na esfera do direito, trazendo a reflexão sobre a relação do indivíduo com o coletivo e dessa com a gênese dos problemas de saúde. Segundo Ayres (2003), a vulnerabilidade pode ser dividida em três planos, o individual, o social e o programático. É um conceito amplo e utilizado de diversas formas, explicitando uma capacidade de autodeterminação reduzida, tanto individual quanto em grupo, levando a dificuldades de proteger seus interesses próprios, devido a déficit de poder, de recursos, de educação, ou outros atributos.

O enfoque da vulnerabilidade tem como potencialidade contribuir para identificar indivíduos, grupos e comunidades que por sua menor dotação de ativos e diversificação de estratégias estão expostos a maiores níveis de risco por alterações significativas nos planos sociais, políticos e econômicos que afetam suas condições de vida individual, familiar e comunitária (BUSSO, 2001, apud, CUNHA, 2004; p.345).

Em um contexto social de crises política, econômica e institucional, como a que se vive atualmente no Brasil, onde a sociedade como um todo vem se expondo a riscos, com a garantia de direitos aos cidadãos entregue ao mercado, os grupos sociais desfavorecidos ficam à mercê das ações do Estado. O acesso às políticas sociais torna-se, portanto, imprescindível à redução das condições de vulnerabilidade a que estão expostos.

1.2.3 A pesquisa GRAVAD: trajetórias e sexualidade

A pesquisa GRAVAD investigou os comportamentos sexuais de jovens brasileiros, contextualizando o desenvolvimento da sexualidade e dos vínculos afetivos, através das histórias familiares e socialização, e uma possível ocorrência de gravidez na adolescência. A seleção dos candidatos foi aleatória, sem

categorizações específicas como, por exemplo, grupos de escolares, ou relacionadas a grupos com hábitos de consumo culturais específicos.

As mudanças no comportamento sexual dos jovens nas últimas décadas com maior permissividade e a incorporação do ato sexual como parte das relações afetivas pré-nupciais, a influência da mídia, a falta de informações sobre contracepção, são apontados como fenômenos correlacionados à gravidez na adolescência, porém, a pesquisa revelou que informação não é condição preditiva de precaução. A juventude, as relações de gênero e o aprendizado da sexualidade, como processos de transição de uma etapa da vida, são anteriores ao evento da gravidez, como fenômenos subjacentes a este (HEILBORN et al., 2006).

As ciências sociais produzem uma série de categorias para os fatores implicados na diferenciação sexual. Por um lado, o conceito de gênero, que traz a dimensão cultural e de modelos de corpos sexuados, vistos de uma ótica em que os impulsos sexuais derivam não somente dos impulsos psíquicos e do aparato biológico, que cerca as transformações corporais deste período, mas também quanto à forma de socialização dos indivíduos envolvidos⁵. A sobreposição de fatores naturais (biopsíquicos) e culturais, expressam a dimensão das diferenças entre gênero e sexualidade.

A sexualidade como produto de várias dimensões socioculturais e a interface com a vida reprodutiva dos jovens, revelam-se como processos inseparáveis do ponto de vista de análise destes eventos. A construção da identidade e autonomia dos indivíduos passa pelo aprendizado das relações afetivas e sexuais. A moldagem dos impulsos através de comportamentos socialmente convencionados, precedem a prática sexual propriamente dita. O masculino associado à atividade e o feminino à passividade, como códigos de conduta, estão presentes na cultura sexual brasileira, ordenando as relações entre pessoas de sexos opostos e até mesmo do mesmo sexo. A pressão social para a manutenção destes papéis é percebida durante a adolescência, e até mesmo antes, como garantia de comportamentos masculinos e femininos moralmente aceitos e adequados. A vida reprodutiva, por outro lado, traduz um cenário de atitudes e papéis relacionados a cada um dos gêneros, modelando a feminilidade através da maternidade e a masculinidade através da

⁵ Sobre este aspecto social do corpo, Boltanski (1984) discorre sobre os múltiplos aspectos socioculturais que envolvem o erotismo e a sexualidade, quanto ao uso e a valorização de aspectos corporais, conforme as classes sociais, ao qual chamou de cultura somática.

sexualidade. Compreendendo em que contextos as experiências afetivo-sexuais ocorrem em suas dimensões biográficas e sociais, ampliam-se as possibilidades de identificação de trajetórias diversas (HEILBORN et al, 2006).

A passagem da juventude para a vida adulta marca o período de transição deste ciclo de vida. O término dos estudos, o início da vida profissional, a saída da casa dos pais e o início da vida conjugal, são considerados marcos deste período. O fenômeno do prolongamento da juventude está sendo observado nas sociedades contemporâneas, mais associado aos países industrializados, com mudanças no mercado de trabalho que exigem uma formação e qualificação melhores, retardando a emancipação de vários jovens.

Num país como o Brasil, com acentuadas desigualdades sociais, este é um fenômeno que ocorre de forma parcial, determinando trajetórias muito heterogêneas, conforme os contextos socioculturais apresentados. A escolaridade, por exemplo, é um dos indicadores da diversidade de condições da população brasileira. Os dados relativos à escolaridade da pesquisa GRAVAD mostram distorções entre os estados onde foi realizada, revelando uma taxa de analfabetismo entre jovens de 20 a 24 anos, da ordem de 11,9% em Salvador, enquanto Rio de Janeiro e Porto Alegre apresentaram taxas de 2,8% e 2,1%, respectivamente (HEILBORN et al., 2006; p.41).

O nível de escolaridade da maioria dos entrevistados, “quase a metade”, era de ensino fundamental incompleto. A pesquisa também revelou que a trajetória escolar dos jovens se assemelha à trajetória escolar parental. Este dado confirma um aspecto da reprodução social que está fortemente correlacionada à reprodução educacional, ainda que uma parte dos jovens, filhos de mães com baixo nível de escolaridade, tenham concluído o ensino médio e até mesmo alcançado o ensino superior.

As trajetórias de iniciação sexual dos jovens entrevistados na pesquisa GRAVAD revelaram que a idade média para a primeira relação sexual variou dos 15 aos 18 anos (HEILBORN et al, 2006, p. 148). As condutas se diferenciam com relação aos gêneros quanto à correlação entre relações sexuais e namoro, em que 13% dos homens afirmaram terem tido relações sexuais sem nunca terem namorado, contra 2% das mulheres (HEILBORN et al, 2006; p.166).

A mobilidade escolar ascendente entre as mulheres de condições sociais mais baixas foi fator de defasagem temporal entre namoro e relações sexuais, mostrando que quase a metade deste grupo apresentou esta prática de namoro casto e prolongado, ao contrário daquelas que não ultrapassaram o ensino fundamental, que ingressavam na vida sexual logo após o início do namoro. As mulheres das camadas sociais privilegiadas também adiavam a entrada na vida sexual, porém em menor grau, fazendo da situação das mulheres em ascensão social um caso com características muito específicas, diferente inclusive da dos homens na mesma situação:

[...] tudo se passa como se, para escapar ao destino social mais corrente em seu ambiente de origem, elas fossem compelidas a um esforço especial sobre si mesmas e a atitudes mais rígidas, falsamente tradicionais, de adiamento da vida sexual, visando respaldar seu projeto escolar [...] (HEILBORN et al, 2006; p.167).

A pesquisa revelou que a iniciação sexual do grupo masculino se revelou mais diversificada quanto aos tipos de parceiros; enquanto a do grupo feminino se mostrou mais homogênea, representada por parceiros mais velhos, mais experientes e geralmente namorados (HEILBORN et al, 2006).

O principal motivo que levou os entrevistados ao ato sexual também variou conforme o gênero, demonstrando que a maioria das mulheres alegou amor, enquanto a maioria dos homens alegou desejo sexual como principal motivação. Para o grupo masculino os sentimentos correlacionados à iniciação sexual revelaram um significado bem diferente daqueles sentidos pelo grupo feminino. Para os homens o significado descrito foi o da virilidade como atributo adquirido, enquanto que para as mulheres uma etapa de passagem para a vida conjugal.

A descrição da primeira relação sexual a partir da Pesquisa GRAVAD mostra que esse acontecimento é raramente vivido em um contexto de desejo mútuo e igualdade entre os parceiros – o que não deixa de acarretar consequências sobre a maneira pela qual é encarada, e em seguida posta em prática, uma eventual estratégia de contracepção (HEILBORN et al, 2006; p. 184).

As diferenças de gênero, no âmbito familiar, aparecem de forma evidente quando analisadas as responsabilidades relativas às tarefas domésticas quando menos de 5% dos homens eram os principais responsáveis, enquanto 15% das mulheres assumiam esta função (HEILBORN et al, 2006; p. 148). Os filhos de mães

com nível superior, eram menos encarregados de obrigações domésticas, independente do gênero.

A opinião pública quanto à precocidade da iniciação sexual entre os jovens no Brasil e a influência negativa da mídia sobre estes eventos, foi desconstruída na pesquisa GRAVAD. As revistas editadas para o público feminino, reproduzem normas socialmente aceitas de que cabem às mulheres a responsabilidade pelos cuidados relativos à reprodução; enquanto as revistas editadas para o público masculino, tratam o sexo como uma atividade a ser usufruída pelos homens, não apresentando caráter informativo relativo à questão.

As informações recebidas pelas mães e pelos pares sobre relações sexuais foram mais importantes que todas as outras fontes, inclusive para os homens, principalmente no que se referiu à gravidez e contracepção. Informações provenientes dos serviços de saúde foram raros, exceto quando a vida reprodutiva já havia começado e o papel da escola na informação sobre gravidez e contracepção foi relevante. Quanto às informações sobre DST, a maioria apontou a escola e a televisão como principais fontes.

A pesquisa apontou que quanto mais alto o nível social da família, tomando como base o nível de escolaridade das mães, maior a demanda por informações no âmbito familiar, enquanto as informações obtidas pelos pares, pela escola e pela televisão se mantinham estáveis em todos os grupos. Na maioria dos casos, o diálogo entre mães e filhas nas famílias cujas mães tinham nível de escolaridade mais alto, aconteceu antes da primeira menstruação de suas filhas; enquanto nas famílias de mães com nível de escolaridade baixo, esta não foi uma conduta corriqueira.

Outro tema abordado na pesquisa foi relativo às negociações entre os parceiros sobre contracepção e proteção antes da primeira relação sexual. Foram levados em consideração a conversa prévia e o uso de proteção propriamente dito, correlacionados ao perfil sócio demográfico da família de origem e à trajetória afetiva e sexual dos entrevistados. As respostas foram parecidas nas três cidades estudadas e revelaram um percentual um pouco maior de negociações antes da primeira relação sexual entre o grupo feminino. Maria Luiza Heilborn, coordenadora do trabalho, atribuiu parte desta diferença ao fato do público masculino se lembrar

menos destas atitudes, revelando, portanto, um interesse menor que o das mulheres sobre as consequências do ato sexual, o que, para a autora, faz parte da própria construção social da masculinidade.

O status da relação também influencia a comunicação masculina, já que 61% dos homens afirmaram ter conversado com suas parceiras, quando estas eram consideradas namoradas, enquanto apenas 26% deles conversaram com parceiras eventuais. A surpresa da pesquisa ficou por conta das respostas do grupo masculino de melhores condições sociais, que revelou o menor percentual de negociações com as parceiras antes da primeira relação sexual. Esse fato reafirma que o público masculino trata o sexo como uma atividade a ser usufruída pelos homens, sem lhes caberem a responsabilidade pelas questões reprodutivas (HEILBORN et al, 2006; p. 191).

Os níveis de instrução maternos e individuais das mulheres entrevistadas influenciaram diretamente na proporção das que apresentaram práticas sexuais protegidas, sendo que, as que mais se protegeram, foram as que tinham os maiores níveis de escolaridade. Já entre os homens, os níveis de escolaridade não demonstraram impactos importantes sobre a utilização de métodos de contracepção e proteção (HEILBORN et al, 2006; p. 196). As relações protegidas também são influenciadas pela faixa etária das mulheres, que quanto mais jovens, de 15 anos ou menos, menor a proteção. Cerca de 48% das meninas com menos de 15 anos tiveram relações sexuais desprotegidas, contra 20% das maiores de 18 anos (HEILBORN et al, 2006; p. 197).

A utilização de métodos protetivos foi maior para os que conversaram antes das relações sexuais. Entre o grupo que não se protegeu, as principais respostas foram a espontaneidade do ato (70% entre as mulheres e 74% dos homens), ou seja, nem pensaram no assunto. Os que tinham dúvidas quanto à capacidade de engravidar, correspondeu a 13% das mulheres e 10% dos homens (HEILBORN et al, 2006; p. 198). Foram raros os que disseram não saber como obter os métodos.

As atitudes e valores sobre sexualidade passam pela análise dos comportamentos sexuais de gêneros no Brasil. A compreensão da estrutura societária brasileira e suas mudanças contemporâneas incluem: o tamanho da família, a ampliação da escolarização, a urbanização decorrente do processo

desenvolvimentista que teve início na era Vargas, o aumento da comunicação de massas, a diversidade religiosa, os movimentos feministas e pelos direitos à diversidade sexual. Tais mudanças não implicaram em transformações completas dos sentidos tradicionais ou modernos, já que estes fenômenos ocorrem de maneira complexa e dinâmica, longe de um modelo ideal caracterizado por atitudes e valores definidos. Se por um lado o tradicional corresponde a uma concepção hierárquica e assimétrica das relações sociais, o moderno remete à ideia de escolha pessoal, com diversidade de práticas. A sexualidade, como comportamento social, foi utilizada para investigar as dinâmicas sob a ótica da modernidade e das tradições.

Não é possível simplificar a relação do indivíduo e da sociedade, visto que a evolução dos papéis sociais assumiu características variadas, proveniente de diversas influências e escolhas. O processo civilizatório contemporâneo alterou as instituições como a família, a religião e a vida laboral (ELIAS, 1994). Estas transformações complexas estão em curso nos mais diversos contextos sociais, em diferentes fases e formas de apresentação, influenciando diretamente os comportamentos individuais e sociais, incluindo as relações de gênero.

A pesquisa procurou identificar elementos que induzissem à concepção de moralidade, levando em consideração variáveis como gênero, inserção social, raça/cor, religião e elementos biográficos, como possíveis determinantes de valores e condutas. Outro fator levado em consideração foi o comportamento sexual no contexto da epidemia de Aids. Dessa forma, a pesquisa procurou se distanciar do entendimento da sexualidade como fenômeno puramente natural e de caráter universal, apreendendo os *ethos* específicos relativos aos comportamentos sexuais, correlacionando biografia, meios sociais, construção de identidades e trajetórias sexuais dos grupos analisados. Apesar das mudanças comportamentais ocorridas nas últimas décadas, foram verificadas relações assimétricas entre as condutas de homens e mulheres.

As pressões sociais puderam ser verificadas na quantidade de parceiros declaradas pelos grupos, em que o público masculino, incentivado a revelar uma quantidade maior de parceiras como sinônimo de virilidade, apresentou experiências muito diversas da do público feminino que, ao contrário, declarou quantidade menor de parceiros, não correspondendo necessariamente aos comportamentos reais. A autora ainda refere a estreita relação entre os vínculos afetivos e sexuais associados

ao sexo feminino, fazendo com que estas procurassem não contabilizar os parceiros de menor importância quanto a este quesito.

A concepção de desejo sexual também revelou uma mudança do *ethos* feminino, principalmente entre as mulheres de maior escolaridade, mostrando que quase metade das mulheres entrevistadas alegou desejo sexual como fonte de prazer e satisfação pessoal, além de ser uma prova de amor pelo parceiro. Já entre os homens, principalmente os de menor escolaridade, a ideia de necessidade vital, foi bem caracterizada e correlacionada à virilidade masculina. “Tal percepção seria congruente com duas ideias: a tradição católica que admite a ideia do pecado original, fruto do descontrole inicial; e a premissa da psicanálise, fundada na noção de pulsão sexual” (CARRARA, 1995, *apud* HEILBORN et al., 2006; p.219).

A representação espontaneísta da sexualidade foi traduzida pela pressa na intenção da primeira relação sexual do grupo masculino, símbolo de virilidade; e a referência ao fatalismo das relações, expressa pela menção de não pensar no assunto, principalmente por parte do grupo feminino. Estes comportamentos refletiram de alguma forma convenções tradicionalistas em que as mulheres freavam os ímpetos masculinos, na tentativa de preservar a moralidade das relações, reforçando a assimetria das relações de gênero no âmbito social.

Apesar das direções de modernização dos costumes no Brasil apontar para uma maior simetria das relações de gênero, a pesquisa revelou que esta lógica de diferenciação comportamental de gênero permeou todos meios sociais, apontando para uma ideologia que transcende a questão de gênero: “...os homens que se encontram no topo da pirâmide social podem exibir indiferença frente a determinadas ideias tidas como preconceituosas” (BOURDIEU, 1999, *apud* HEILBORN, et al., 2006; p.221), revelando uma ‘relação de poder’ através da correlação entre a dominação masculina e a de classe social.

Ao analisar as questões relativas às necessidades de sexo, a convicção masculina de que o desejo sexual masculino é mais intenso foi evidente, reforçando a ideia de que o desejo sexual é uma característica do signo masculino, símbolo de virilidade e “atividade”, enquanto as necessidades sexuais femininas são mais moderadas, refletindo a “passividade” nas relações de gênero. As opiniões sobre

uma maior simetria quanto a este tema, apareceu no grupo de maior nível social, com respostas que revelaram uma situação mais igualitária dos gêneros.

As análises do comportamento sexual dos entrevistados na pesquisa trouxeram reflexões sobre os processos de socialização, aprendizado e modelação cultural, sujeitos a diversos fatores como os níveis socioeconômicos, educacionais e biográficos, que ampliam ou restringem as experiências individuais e as formas de gerir suas próprias vidas.

1.2.4 Pesquisa GRAVAD: gravidez, aborto e filho

Através de um balanço bibliográfico sobre o tema da gravidez na adolescência, a pesquisa GRAVAD situou os principais marcos teóricos e parâmetros de análise sobre o tema. No Brasil, considera-se como “gravidez na adolescência”, da concepção até a gestação levada a termo; e foi um dos poucos países que apresentou aumento das taxas de fecundidade desta faixa etária entre as décadas de 1950 e 1970. A partir da década de 1990, houve declínio da taxa de fecundidade entre os adolescentes, porém, em menores proporções que a diminuição ocorrida em outras faixas etárias. Este fenômeno vem gerando um sentimento de que a gravidez em moças jovens se apresenta de forma desmedida, permeando o debate público sobre o tema (HEILBORN et al, 2006, p.29).

A gravidez na adolescência ocorre em diversos países do mundo e parte da literatura e do debate sobre o tema provêm de órgãos oficiais, organizações não governamentais e agências internacionais voltadas para a saúde e desenvolvimento da infância e adolescência. A exemplo disso, o relatório do Fundo de População das Nações Unidas de 2013, trouxe, mais uma vez para o cenário mundial, a discussão sobre a gravidez na adolescência, como desafio às nações do mundo.

O tom moralista, as associações à pobreza, à marginalidade social, à desestruturação familiar, com riscos sociais, médicos e psicológicos para os sujeitos envolvidos, permeiam a discussão sobre o tema. Além disso, a emancipação da mulher e seu novo papel social que vai além do caráter reprodutivo na manutenção da estrutura familiar, trazem inquietação quanto à gravidez na adolescência como uma ameaça aos ideais contemporâneos associados à juventude.

Como um processo de construção social, a gravidez na adolescência, para além das questões biomédicas e psicológicas, apresenta um viés de “ilegitimidade”, ocorrendo principalmente fora de uniões formais, associada ao aumento de famílias monoparentais e chefiadas por mulheres, servindo de incremento à pobreza. Em diversos países já foi demonstrado que os riscos se relacionam mais às questões sociais do que propriamente à saúde das jovens mães, quando a faixa etária é maior do que 14 anos⁶.

É neste cenário de tensões que a ocorrência da gravidez na adolescência gera debates públicos, que muitas vezes desconsideram as circunstâncias sociais desfavoráveis, onde projetos educacionais e de profissionalização não se apresentaram como alternativas suficientemente atraentes, descartando a opção da maternidade nesta etapa da vida. Em contrapartida, a ocorrência do evento em jovens socialmente mais favorecidos, ainda que em menor frequência, exige outra explicação sociológica para esta realidade.

As relações entre sexualidade e contraceção expressam as diferenças das trajetórias, valorizações e escolhas individuais entre os gêneros. A necessidade de ter relações sexuais precoces entre os homens e a de obter relações estáveis entre as mulheres, com a presença de desigualdades entre as formas de negociação e proteção reveladas nas trajetórias da sexualidade da seção anterior, apresentam um contexto que remete à produção de gestações não planejadas e por vezes não desejadas.

A iniciação precoce na vida sexual, a diferença de idade entre os parceiros, principalmente quando os homens são bem mais velhos que as mulheres, a comunicação débil e a prática sexual não protegida, funcionaram como preditores da possibilidade de ocorrência de uma gravidez antes dos 20 anos.

As trajetórias afetivo-sexuais dos jovens foram analisadas segundo a estabilidade dos relacionamentos: o primeiro relacionamento estável, se houve união e/ou separação e a situação no momento da pesquisa. O tempo de relacionamento foi adotado como critério de estabilidade, três meses ou mais de duração, considerados apenas os relacionamentos que incluíssem relações sexuais.

⁶ Um estudo realizado por Magalhães et al (2007, p.450), revelou que a ocorrência de complicações obstétricas é mais frequente em adolescentes grávidas com menos de quinze anos.

Dos homens entrevistados, 11% declararam nunca terem tido relacionamentos estáveis, contra 3,2% das mulheres. Além disso, para o público feminino (42,5%), o parceiro da iniciação sexual constituiu o principal parceiro afetivo-sexual, enquanto os homens (60,2%) relataram vários relacionamentos estáveis, com diversas parceiras. A faixa etária e o tempo de iniciação sexual dos entrevistados homens influenciaram suas respostas, de modo que os mais jovens foram os que mais responderam não terem tido relacionamentos estáveis e os que entraram na vida sexual tardiamente foram os que tiveram menor número de parceiros estáveis (HEILBORN et al, 2006, p. 269).

A idade média do início de um relacionamento estável para os homens foi de 17 anos e para as mulheres de 18 anos, diferença explicada pelo estímulo à entrada mais precoce dos homens na vida sexual. Em geral, a iniciação sexual dos homens foi anterior ao estabelecimento de uma relação estável, enquanto que para a maioria das mulheres houve coincidência entre os fatos.

Quanto à idade dos parceiros, a maioria dos homens relatou relacionamentos estáveis com parceiras da mesma idade ou um pouco mais jovens, enquanto as mulheres revelaram relacionamentos estáveis com parceiros muito mais velhos que elas. Houve diferenças deste padrão para o público feminino entre as regiões estudadas, mostrando um percentual de 42,4% em Salvador, 38% no Rio de Janeiro e 28% em Porto Alegre (HEILBORN et al, 2006, p. 276).

Em relacionamentos estáveis, a escolaridade, principalmente entre as mulheres, apareceu como elemento de adiamento da união e da diferença de idade entre os parceiros. Quanto mais baixo o nível de escolaridade mais precoce a união e maior a diferença de idade entre os parceiros.

A escolha por parceiros mais velhos pode sugerir uma concepção acerca do relacionamento em que se busca um par com maiores possibilidades de conjugabilidade em determinados estratos sociais (HEILBORN et al, 2006, p.276).

Para as mulheres, a união como meio de emancipação frente à família de origem, revelou que o evento foi mediado pela figura masculina, especialmente pela deficiência de outros projetos tais como a ascensão escolar ou a entrada no mercado de trabalho, por exemplo. Os deslocamentos ocorridos quando da união

dos casais foram, em sua maioria, para residências próprias e em segundo lugar para o domicílio familiar do cônjuge masculino.

Os resultados também mostraram que a ocorrência de gravidez não decorreu de um desordenamento de experimentações sexuais, e sim como consolidação de um relacionamento estável através de um filho e da constituição de uma família, sendo levada a cabo pela maioria dos entrevistados. Em geral, a ocorrência de gravidez simultânea à primeira união dos entrevistados foi mais frequente entre as mulheres (68%), contra 56,2% dos homens. A maioria dessas uniões ocorreu entre as faixas etárias de 11 a 15 anos (83,6%) e de 16 a 18 anos (73,4%) para as mulheres; e entre os 19 e 21 anos (61,2%) para os homens (HEILBORN et al, 2006, p. 290).

A proporção de gravidez foi maior entre as jovens de menor escolaridade e as que iniciaram a vida sexual abaixo dos 15 anos de idade, fato que também foi prevalente neste estrato social mais baixo, como visto anteriormente. Entre as mulheres de escolaridade baixa, a ocorrência de gravidez durante a primeira união foi de 73,6% dos casos, enquanto nas de nível de escolaridade mais elevado foi de 52,4% dos casos. Entre os homens a proporção foi de 58,1% e 18% dos casos, respectivamente (HEILBORN et al, 2006, p. 291).

As separações entre os casais foram mais frequentemente relatadas entre as mulheres (41,6%). Já a gravidez como evento importante na união, não pareceu influenciar de forma significativa a continuidade dos relacionamentos (HEILBORN et al, 2006, p. 292).

A experiência da gravidez durante a adolescência implicou em trajetórias diversas conforme a inserção social em que a adolescente se encontrava e os significados que o evento representava para todos os envolvidos, como o parceiro e a família. Disso resultou o nascimento de um filho para umas, ou a interrupção da gestação para outras. A pesquisa revelou que 35,5% das mulheres entrevistadas e 29,3% dos homens, já haviam tido pelo menos um episódio reprodutivo antes dos 20 anos, fenômeno que comparado a outros países latino-americanos e europeus, manteve o Brasil no topo da casuística (HEILBORN et al, 2006; p. 313).

Das três cidades analisadas, a proporção de mulheres com iniciação sexual e ocorrência de gravidez foi maior em Salvador, assim como o uso de contraceptivos e

a comunicação prévia entre os parceiros também foram menores. O número de gestações de múltiplos parceiros também foi maior em Salvador, tanto para as mulheres, quanto para os homens. Os contextos socioculturais foram determinantes para explicar os resultados obtidos na pesquisa. Mesmo em Porto Alegre e no Rio de Janeiro, a diferença entre os estratos sociais revelou discrepâncias entre a ocorrência de gravidez antes dos 20 anos.

A maioria dos casos apresentou quadro de reprodução de padrões familiares, tendo sido registrada a ocorrência de gravidez antes dos 20 anos entre irmãos e/ou a mãe dos entrevistados, como um comportamento aceito e reproduzido pelo meio familiar; com algumas exceções, como foi o caso das mulheres baianas e dos homens cariocas, em que não foi identificado este tipo de influência sobre as próprias experiências gestacionais.

No processo da trajetória sexual e da ocorrência de gestação, os papéis da família e da escola se mostraram fundamentais quanto à transmissão de conhecimentos sobre normas e valores da sexualidade e da reprodução. Nas questões relativas ao prazer e à subjetividade, o silenciamento das famílias leva os jovens a buscar outras fontes de informação, como por exemplo, entre os pares. A escola, nesse sentido, representou um locus privilegiado de informações, seja pela transmissão de informações científicas a respeito do tema, seja pela sociabilidade expressa pelas relações estabelecidas entre os jovens.

Nas famílias o papel das mães na reprodução dos primeiros conhecimentos sobre sexualidade e contracepção, indicou a responsabilidade atribuída às mulheres no cuidado e educação dos filhos, em especial as filhas, quanto ao risco de gravidez e violência sexual. A falta de comunicação familiar sobre estes temas não se apresentou como simples indício de desinteresse ou irresponsabilidade, revelando muitas vezes, por outro lado, uma dificuldade das mães em lidar com a própria sexualidade.

A influência da família também se expressou pela concepção dos papéis de gênero atribuídos pela divisão das tarefas domésticas, onde o maior envolvimento feminino já revelaria uma socialização para a maternidade e pelos cuidados com o grupo familiar. Por outro lado, as famílias monoparentais que são compostas por

mulheres como chefes da família, denotou uma sobrecarga para estas mulheres que além de provedoras, precisariam cuidar da socialização dos filhos.

A ocorrência de gravidez antes dos 15 anos foi de 6,2% entre as mulheres entrevistadas e de 3,5% entre os homens (HEILBORN et al, 2006; p. 330). A baixa frequência do evento não diminui a importância, visto que a gestação nesta faixa etária implica no maior risco de complicações obstétricas e na associação à violência sexual. A maioria das mulheres teve relações com homens mais velhos, enquanto os homens tiveram relações com mulheres de idades próximas às suas faixas etárias; além disso, a maioria dos jovens, homens e mulheres que engravidaram antes dos 20 anos não eram casados e ainda residiam com suas famílias. Apenas 30,5% das mulheres e 39,8% dos homens estava usando algum método contraceptivo quando ocorreu a gravidez, independente da faixa etária em que ocorreu a gestação (HEILBORN et al, 2006, p. 333).

Segundo a pesquisa GRAVAD, quando os parceiros já se conheciam há algum tempo, havia um relaxamento quanto à proteção como prova de amor e fidelidade entre eles. Nesse sentido, parecia haver certa intencionalidade nos atos e não o desconhecimento dos métodos contraceptivos. A gravidez como representativa da capacidade reprodutiva, tornando pública a relação sexual entre os parceiros, como prova de amor e como símbolo de status de adulto, surgiu como uma situação corriqueira entre os entrevistados, principalmente entre as camadas populares.

A aceitação da gravidez por parte dos jovens foi manifestada pela maioria dos participantes, tanto homens quanto mulheres. Quanto às atitudes decorrentes da aceitação pelo homem, várias situações se apresentaram, desde o registro civil do bebê apenas, ao apoio financeiro à mãe. Quanto mais jovens, os rapazes, menos se sentiam com responsabilidades quanto ao sustento da criança, envolvendo a mãe e os avós nesta tarefa. O que menos foi referido foram os cuidados diretos da criança, revelando mais uma vez os papéis sociais de gênero quanto às responsabilidades da casa e da educação dos filhos, serem de maior pertencimento ao gênero feminino.

A ocorrência de nova gestação ocorreu em 6,4% das mães adolescentes, no período de um ano após o nascimento do primeiro filho e 20,3% continuaram a

manter relações sem qualquer proteção. A pesquisa revelou também dados importantes relativos à situação de trabalho e escolaridade dos jovens, que se mostrou muito diversa entre os homens e as mulheres. Um pequeno percentual dos rapazes relatou ter mudado a situação em que se encontravam em seus empregos e atividades estudantis, as mulheres, porém, apresentaram um quadro muito diferente deste. Entre as mães adolescentes, 27,6% interromperam temporariamente seus estudos e 18,4%, interromperam definitivamente. Mas a situação que mais chamou a atenção, foi o fato de que 40,2% delas estava fora da escola antes de engravidar, por outros motivos. (HEILBORN et al, 2006, p. 344).

A pesquisa GRAVAD ainda aborda a questão do aborto como consequência de gestações não planejadas e não desejadas. A Professora Maria Luiza Heilborn ainda discute os itinerários abortivos em clínicas clandestinas, colocando a saúde e a vida das jovens em risco. Nesse aspecto, a minha experiência como membro do Comitê Regional de Investigação de Mortalidade Materna e Infantil da AP 3.2 da Cidade do Rio de Janeiro soma-se às pesquisas realizadas em torno do tema. Só para exemplificar, entre os anos de 2013 e 2014 foram analisados alguns casos de abortamentos mal conduzidos, por pessoas tecnicamente desqualificadas, em locais totalmente impróprios para a realização de qualquer procedimento invasivo e que resultou na morte das adolescentes e jovens que se submeteram a tais procedimentos.

Embora em número reduzido, estes eventos chamam a atenção pela gravidade da situação e as consequências irreversíveis a que ficam expostas estas mulheres. Este quadro vem preocupando as autoridades sanitárias de todo o mundo, visto que o fenômeno ocorre em diversos países, principalmente entre os países pobres e os países em desenvolvimento.

Procurei destacar nessa parte do trabalho os dados mais relevantes da pesquisa GRAVAD, que pudessem servir de base para as análises das entrevistas que realizei. Desta forma, ainda que com tempo reduzido para a realização da pesquisa de campo e pelo fato de ser a única entrevistadora, a análise dos resultados, principalmente quanto às categorias sexualidade e gravidez, foi confrontada com os resultados da GRAVAD, para a população que mais se assemelhava às jovens entrevistadas nesta pesquisa quanto ao perfil socioeconômico.

1.3 Informações de saúde da gravidez na adolescência

Neste capítulo exponho alguns dados sobre a gravidez na adolescência no mundo, no Brasil, na Cidade do Rio de Janeiro e na AP 3.2. A situação mundial será exposta com dados do relatório do Fundo de População das Nações Unidas e para a situação brasileira utilizarei dados do IBGE, do DATASUS e do sistema de informações da área de Vigilância em Saúde da SMS do Rio de Janeiro.

1.3.1 Situação mundial

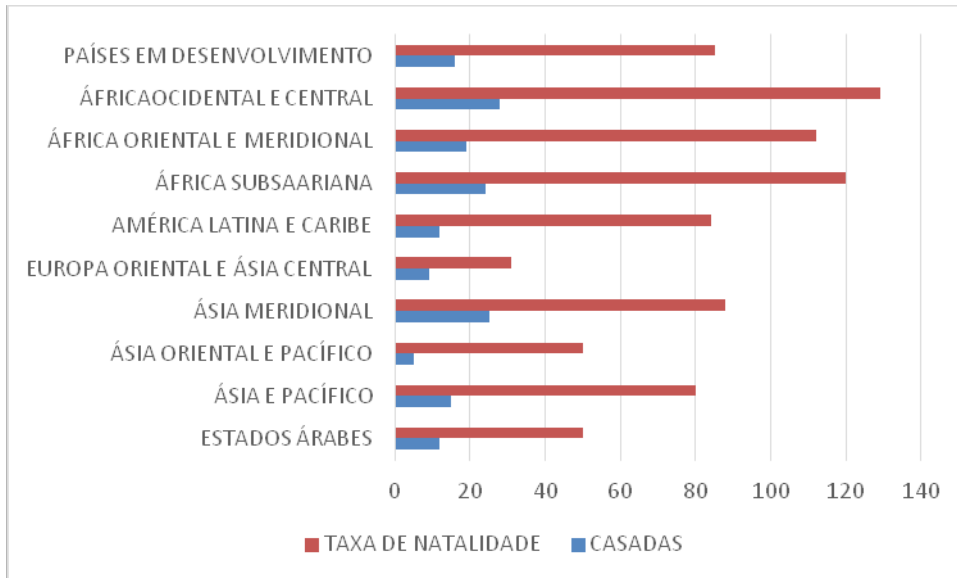
O relatório Situação da População Mundial de 2013, publicado pelo Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA), abordou o tema da gravidez na adolescência. O relatório nos revela os itinerários dessas meninas que as levam, principalmente, a situações de violência constantes e muitas vezes ao óbito. Muitas meninas têm seus direitos violados, sendo obrigadas a se submeter a casamentos que não são desejados, sem oportunidades de desenvolvimento intelectual e profissional, abandonando sonhos e planos de vida de forma precoce. A tabela 1 e a figura 3, a seguir, mostram o panorama mundial desses eventos.

Tabela 1: Porcentagem de adolescentes casadas e taxas de natalidade por 1000 mulheres

Regiões em desenvolvimento	Adolescentes (15-19 anos) casadas	Taxa de natalidade das mães adolescentes
Estados Árabes	12	50
Ásia e Pacífico	15	80
Ásia Oriental e Pacífico	5	50
Ásia Meridional	25	88
Europa Oriental e Ásia Central	9	31
América Latina e Caribe	12	84
África Subsaariana	24	120
África Oriental e Meridional	19	112
África Ocidental de Central	28	129
Países em desenvolvimento	16	85

Fonte: Elaboração própria (UNFPA, 2013).

Figura 3: Panorama mundial da gravidez em adolescentes, percentual de adolescentes casadas e taxa de natalidade (por 1 mil mulheres)



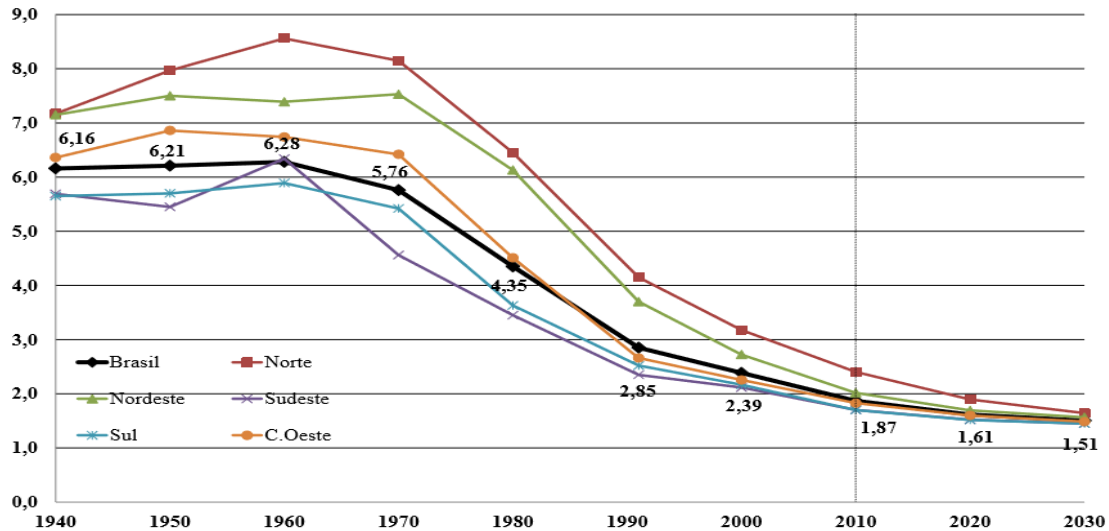
Fonte: Elaboração própria (UNFPA, 2013)

A situação apresentada na tabela 2 e o respectivo gráfico revelam que os maiores percentuais de mulheres adolescentes casadas e as maiores taxas de natalidade entre adolescentes se encontram em países africanos.

1.3.2 Situação brasileira

O gráfico a seguir mostra as variações das taxas de fecundidade geral no Brasil, ao longo das décadas de 1940 com projeções até 2030.

Figura 4: Taxa de Fecundidade Total no Brasil, por região geográfica, 1940-2030 (estimativa)



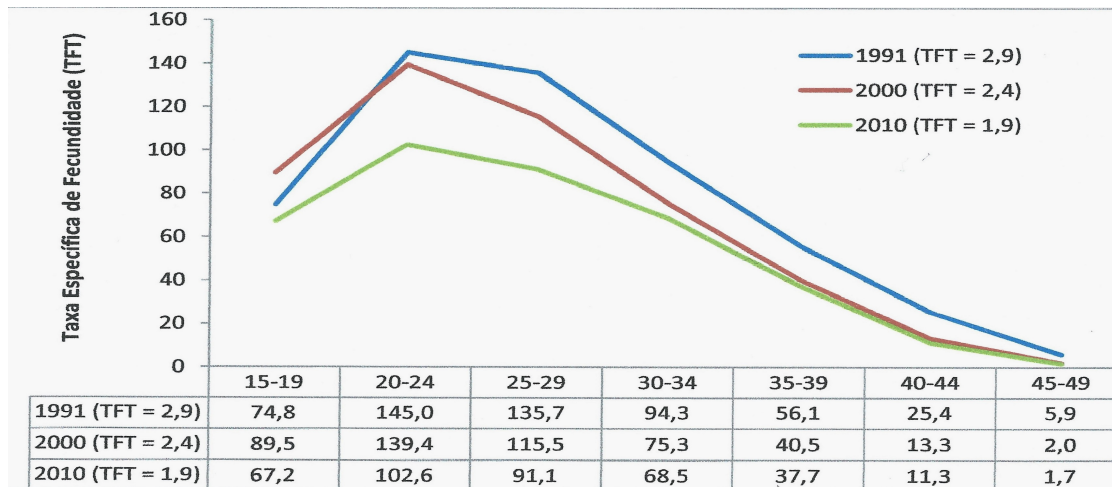
13

Fonte: IBGE, Censos Demográficos.

A taxa de fecundidade total brasileira em declínio, segue os padrões de mudanças demográficas da maior parte dos países desenvolvidos, com taxas abaixo do patamar de reposição populacional, com média menor que dois filhos por mulher na maior parte regiões brasileiras, a partir do ano de 2010 (IBGE - 2013).

A figura 5, a seguir, apresenta um gráfico com taxas de fecundidade específicas elaboradas nos três últimos censos brasileiros.

Figura 5: Taxa Específica de Fecundidade no Brasil, 1991-2010



Fonte: IBGE, Censos Demográficos.

Com relação às taxas específicas de fecundidade segundo as faixas etárias, as curvas em mulheres com menos de 20 houve leve decréscimo entre 1991 e 2010.

Quanto à proporção de nascidos vivos nas regiões brasileiras, observa-se que as regiões Norte e Nordeste são as que apresentam as maiores proporções nas últimas décadas. Nestas regiões há grandes áreas com precariedade de recursos, vazios sanitários e municípios com IDH baixo, corroborando com o fato de que as taxas de fecundidade na população adolescente e jovem têm se mantido mais altas, principalmente entre as mulheres mais pobres, apesar do declínio geral nas últimas décadas. (IBGE, 2013)

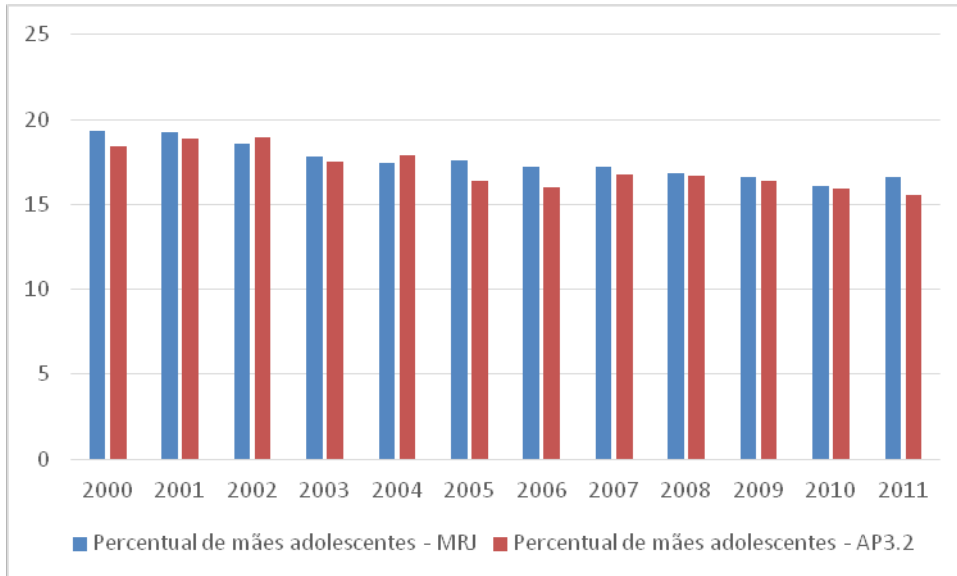
A proporção de mulheres que vêm adiando a maternidade para uma faixa etária superior a trinta anos, está se tornando cada vez maior entre mulheres com grau de escolaridade mais alto, que têm priorizado suas carreiras profissionais em detrimento da maternidade (MS, blog oficial, 2014). Fato que contrasta com as adolescentes de menor escolaridade que costumam se emancipar através da maternidade, como revelou a pesquisa GRAVAD.

1.3.3 Município do Rio de Janeiro e AP 3.2

A seguir, na figura 7, apresento a proporção de nascidos vivos de mães adolescentes no município do Rio de Janeiro (MRJ) e na AP 3.2, de 2000 a 2011, e

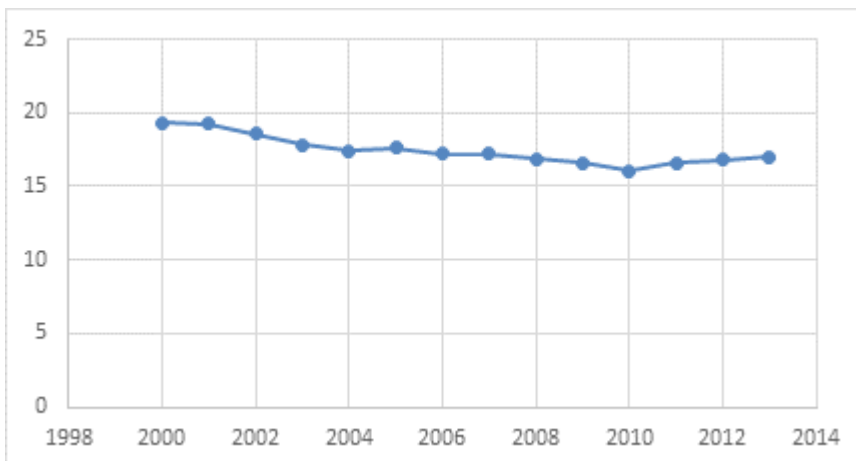
na figura 8, um gráfico representando a proporção de mães adolescentes no MRJ de 2000 a 2014, figura 8.

Figura 6: Nascidos vivos de mães <20 anos, MRJ e AP 3.2 (2000 a 2011)



Fonte: CAP 3.2/SMS-RJ

Figura 7: Variação do percentual de mães adolescentes no MRJ (2000-2014)



Fonte: SMS/Rio de Janeiro

A proporção de nascidos vivos de mães adolescentes na AP 3.2 é semelhante à do MRJ no período analisado (2000 a 2011), com pequenas diferenças para mais ou para menos em alguns anos. Tanto o MRJ, quanto a AP 3.2 tiveram uma tendência geral de queda da proporção de mães adolescentes. O

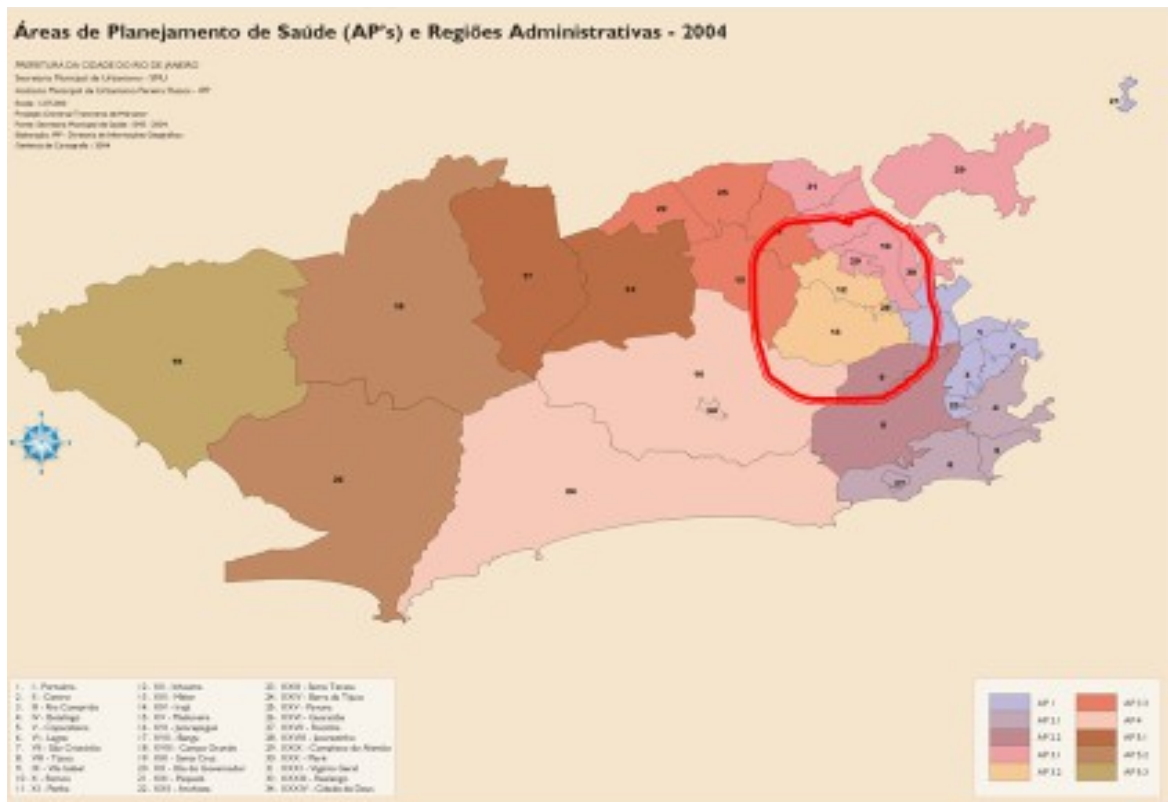
gráfico da figura 8 mostra uma curva descendente até o ano de 2010, voltando a subir discretamente entre 2010 e 2014.

AP 3.2 está situada na zona Norte da cidade, possui 44 quilômetros quadrados, é composta por 23 bairros, com uma população de 569.970 habitantes (IBGE, 2010) e possui áreas de IDH muito baixo como é o caso do bairro do Jacarezinho, com um IDH de 0,731, sendo um dos piores no ranking de classificação do município (121º), em contraste com um IDH de 0,931 do bairro do Méier (17º) (IPP/RJ, Armazém de Dados, Tabela 1171).

A AP 3.2 serviu de base do projeto piloto da SMS para expansão da ESF desde 2011 e conta atualmente com uma cobertura de 52% do território, com uma população de 275.166 pessoas cadastradas nas fichas A dos prontuários eletrônicos, até dezembro de 2015. Do total de cadastrados, 41,9% são homens e 58,1% são mulheres. A rede básica de saúde é composta por 19 unidades (SMS/RJ/CAP 3.2 - Prontuário eletrônico).

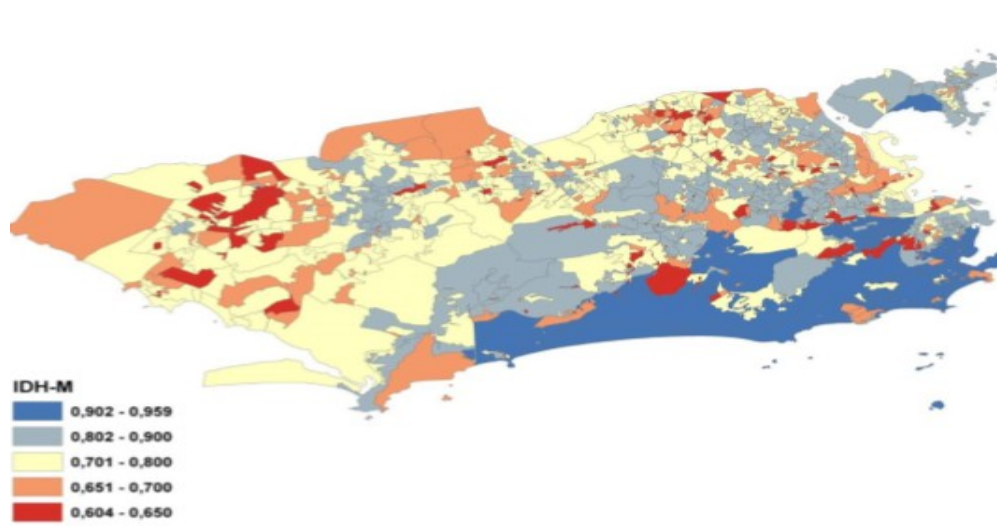
Abaixo, nas figuras 9, 10 e 11, apresento a situação geográfica da AP 3.2, o mapeamento do IDH do MRJ e as unidades básicas de saúde (UBS) que compõem a rede de Atenção Básica da AP 3.2.

Figura 8: Localização geográfica da AP 3.2



. Fonte: Armazém de Dados, 2000.

Figura 9: IDH-M no Rio de Janeiro



Fonte: Armazém de Dados, 2015.

Figura 10 – Unidades de saúde AP 3.2



Fonte: CAP 3.2/SMS - RJ - 2015

A tabela, a seguir, mostra o panorama da gestação em adolescentes na AP 3.2, entre os anos de 2006 e 2012.

Tabela 2: Percentual de mães adolescentes (10 a 19 anos) na AP 3.2, 2006 a 2012

Ano	Total de nascidos vivos	Mulheres entre 10 e 19 anos	% de mães adolescentes
2006	6.388	1.127	17,64
2007	7.325	1.229	16,78
2008	7.071	1.182	16,72
2009	7.216	1.164	16,13
2010	7.134	1.137	15,94
2011	7.040	1.397	19,84
2012	7.060	1.422	20,14
Total	49.234	8.658	17,59

Fonte: Elaboração Própria (IPP/RJ/Armazém de Dados)

A proporção de nascidos vivos de mães adolescentes na AP 3.2 se manteve estável, com leve declínio até 2010, voltando a ascender em 2011 e 2012. As razões para este aumento merecem investigação, o que não foi realizado, por não ser este o objeto da pesquisa deste trabalho.

A CF Carioca, inaugurada em 2012, vem aumentando gradativamente o número de pessoas cadastradas, na medida em que o conjunto habitacional vem sendo povoado. Em dezembro de 2015 a população total cadastrada na CF Carioca foi de 8.328 pessoas, sendo 4.779 mulheres e 3.549 homens. Do total de mulheres, 61% estão na faixa etária entre 10 e 49 anos de idade, ou seja, em idade fértil segundo o MS. (Prontuário Eletrônico – CAP 3.2/SMS-RJ, acesso em 28 de janeiro de 2016)

Abaixo apresento um panorama das gestantes na CF Carioca nos anos de 2013, 2014 e 2015, e a proporção de gestantes com menos de 20 anos, comparando com o total de gestantes cadastradas nas CF da AP 3.2 e as respectivas proporções de gestantes menores de 20 anos.

Tabela 3: Gestantes cadastradas na AP 3.2 e na CF Carioca, 2013 a 2015

Ano	Total da AP 3.2			CF Carioca		
	Total de gestantes	Gestantes com menos de 20 anos	%	Total de gestantes	Gestantes com menos de 20 anos	%
2013	6.256	1.259	20,1	102	35	34,3
2014	6.084	1.492	24,5	125	37	29,6
2015	7.820	1.474	18,8	474	84	17,7

Fonte: Elaboração Própria (Prontuário Eletrônico - CAP 3.2/SMS –RJ).

A proporção de mães adolescentes cadastradas na CF Carioca vêm decrescendo no período analisado.

2 OBJETIVOS E MÉTODOS

2.1 Pergunta e objetivos

A pergunta da pesquisa pode ser formulada da seguinte forma: o que mudou na vida das mulheres entrevistadas após a gestação, como se deu o acesso e qual foi a importância das políticas sociais na decisão de se tornarem mães e como as apoiaram após a ocorrência da gravidez?

2.1.1 Objetivo geral

Compreender: as trajetórias de vida de mulheres pobres, que engravidaram antes dos 19 anos, como foi o acesso às políticas sociais e de que forma essas influenciaram no seu desenvolvimento pessoal, conhecimento sobre a sexualidade anterior à gravidez e apoio durante e após a maternidade.

2.1.2 Objetivos específicos

Através do levantamento e análise dos dados coletados nas entrevistas, procurei compreender os seguintes objetivos específicos, ou secundários:

As trajetórias de aquisição de conhecimentos sobre a sexualidade anterior à gravidez e qual a importância das políticas sociais nesse processo;

Verificar se e como as políticas sociais alcançaram as mulheres pesquisadas e as apoiaram, ou não, em relação à maternidade e à sua inserção social;

A visão que possuíam da maternidade e as mudanças ocorridas em suas vidas após a gravidez;

A percepção que as entrevistadas têm de suas condições de cidadãs, seus deveres e participações políticas, seus direitos através das políticas sociais a que tiveram acesso em suas trajetórias de vida através dos serviços públicos.

2.2 Métodos e procedimentos

2.2.1 Tipo e desenho da pesquisa

Foi realizada uma pesquisa qualitativa de orientação etnográfica, que descreve e analisa a gravidez na adolescência de jovens pobres, através de suas experiências individuais relatadas em entrevistas. Também busquei conhecer suas relações familiares e comunitárias; bem como as percepções acerca das políticas sociais a que tiveram acesso – de saúde, educação e assistência social – visando compreender de que forma influenciaram ou não, no seu desenvolvimento pessoal e no conhecimento sobre a sexualidade, como situações anteriores à ocorrência da gravidez. A situação sociocultural de vulnerabilidade em que a população escolhida vive e a ocorrência de gravidez antes dos 19 anos formaram um traço comum entre o grupo entrevistado, descrito de forma individualizada, através do percurso destas experiências sociais.

A amostra escolhida foi formada por um grupo de entrevistadas que tem como ponto comum o local de residência (conjunto habitacional de baixa renda), a faixa etária (19 a 22 anos) e a ocorrência de gestação antes dos 19 anos, compondo desta forma um subconjunto da população em questão, gestantes adolescentes e pobres.

A escolha da faixa etária e o tamanho da amostra foram definidos em função do tempo disponível para a execução da pesquisa. Foram contabilizados os trâmites de submissão aos respectivos comitês de ética em pesquisa e, embora o objeto dessa pesquisa seja a gestação na adolescência, este grupo requer trâmites mais demorados, com apreciação do projeto na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), o que tornaria impossível a realização da pesquisa de campo. Também foram levados em consideração os prazos estabelecidos pela instituição de ensino ao qual a pesquisa está vinculada e de haver apenas um entrevistador para a realização da mesma.

A amostra foi definida a partir de pesquisa dos dados demográficos nos prontuários eletrônicos da CF Carioca, sob a anuência da gestora local e com auxílio das equipes de Saúde da Família responsáveis pelas entrevistadas, com preservação da identidade das pessoas por conta dos aspectos éticos. A princípio

foram selecionadas quatro mulheres para as entrevistas, mas ao longo do trabalho de campo, percebi a riqueza dos relatos daquelas pessoas e resolvi entrevistar mais duas mulheres com o objetivo de confirmar situações comuns já identificadas nas outras histórias.

2.2.2 Procedimentos éticos

As entrevistas foram realizadas com base em roteiros semiestruturados, elaborados de acordo com a Resolução 466 de 2013, atendendo a critérios de risco mínimo, por se tratar de pesquisa na área das ciências sociais aplicadas à saúde coletiva, enfatizando os benefícios resultantes da pesquisa, dada a relevância do tema para a sociedade e sua aplicação à área de conhecimentos científicos. O respeito para com as entrevistadas se dará através da preservação da identidade, da autonomia, da dignidade das mesmas, e da guarda dos resultados para fins de análise relacionados exclusivamente à pesquisa e publicações acadêmicas, com posterior destruição do material coletado, por método irreversível, queima ou similar, atendendo a questões éticas.

A pesquisa não ofereceu riscos biológicos para as entrevistadas e quanto aos riscos psíquicos e sociais, foram mitigados através do sigilo e da preservação da identidade das entrevistadas, assim como dos critérios de exclusão que foram aplicados.

Os principais benefícios esperados da pesquisa são subsídios à elaboração do desenho de políticas sociais para mulheres em situação de vulnerabilidade social, além de propiciar reflexões nas formas de abordagem e acolhimento das mesmas pelos profissionais e serviços públicos, não se esperando benefícios concretos diretos para as entrevistadas.

Foi elaborado, por escrito, um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), de acordo com a Resolução nº. 466 de 2013– item IV, em linguagem acessível às participantes, onde consta o propósito da pesquisa, o que é esperado do participante da pesquisa, incluindo a quantidade de tempo exigido para a participação, bem como os riscos e os benefícios esperados, incluindo questões psicológicas e sociais sob os princípios da beneficência e da precaução. Foi também esclarecido que a participação seria voluntária e que a entrevistada poderia se retirar

a qualquer momento que assim o desejasse, sem repercussões negativas por conta desta decisão.

Também constou no TCLE que a confidencialidade estaria protegida e também nome e informações de contato do investigador principal para eventuais perguntas ou problemas relacionados à pesquisa, além dos esclarecimentos sobre direitos como participante da pesquisa. Uma cópia deste TCLE foi entregue às participantes e outra, devidamente assinada, ficou em meu poder. A pesquisa não gerou ônus às participantes, nem à Secretaria Municipal de Saúde e ao Instituto de Medicina Social. O modelo do TCLE foi anexado ao apêndice deste trabalho.

2.2.3 Cenário da pesquisa

A pesquisa foi realizada com usuárias da Clínica de Família (CF) Carioca; residentes no Bairro Carioca; um conjunto habitacional construído em um antigo terreno da Light, no bairro de Triagem, zona Norte da Cidade do Rio de Janeiro, na Área de Planejamento 3.2 (AP 3.2). Este condomínio foi criado para abrigar famílias vítimas de desabamentos causados pelas chuvas, ou moradores que viviam em áreas de risco, ou até mesmo aquelas famílias que não possuíam moradia.

O conjunto habitacional faz parte do “Projeto Minha casa, Minha Vida”, do governo federal e possui 2.240 apartamentos, divididos em 93 blocos e 11 condomínios, numa área total de 120.000 metros quadrados (PAC - Ministério do Planejamento). Além dos condomínios, o Bairro Carioca também possui uma escola municipal, um Espaço de Desenvolvimento Infantil, um ginásio poliesportivo, um mercado popular e uma Clínica de Família, como já citada anteriormente.

Figura 11: Bairro Carioca



Fonte: <http://www.brasil247.com/pt/247/favela247/156434/Bairro-Carioca-%C3%A9-modelo-de-conjunto-habitacional.htm>

A CF Carioca foi inaugurada em 2012 e funciona dentro dos critérios da Estratégia de Saúde da Família, com três equipes que atendem aos usuários que residem no condomínio do Bairro Carioca e nos territórios do bairro de Benfica, em área externa ao condomínio. Em dezembro de 2015 a população total cadastrada na CF era de 8.328 pessoas, sendo 4.779 mulheres e 3.549 homens. O número total de mulheres em idade fértil, de 10 a 49 anos, foi de 2.917, ou seja, 61% do total de mulheres cadastradas. O número de mulheres jovens entre 10-19 anos foi de 756, correspondendo a 16% do total de mulheres cadastradas (Prontuário eletrônico – CAP 3.2, acesso em 28/01/2016).

A escolha da população residente no Bairro Carioca, proveniente de diversos territórios e atendida nesta unidade de saúde, se deve à presença de um grande percentual de vulneráveis, que respondem aos critérios de inclusão escolhidos para a realização desta pesquisa.

2.2.4 Procedimentos de coleta de dados

Foi utilizada uma amostra de cota (MACK, 2005), definida a partir de pesquisa nos prontuários eletrônicos da CF Carioca, com o auxílio da equipe técnica e dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), preservando a identidade das pessoas por conta dos aspectos éticos. Foram os seguintes os critérios de inclusão: mulheres jovens, de 19 a 22 anos, com pelo menos uma gestação anterior na faixa etária menor de 19 anos e residentes do Bairro Carioca.

Como critérios de exclusão, foram utilizados os quadros de comorbidades clínicas e mentais severas (COM BASE NO PRONTUÁRIO ELETRÔNICO DA CF Carioca), que pudessem comprometer as usuárias durante os processos das entrevistas; além da não aceitação por parte das mesmas.

Após identificação das mulheres elegíveis à pesquisa pelos profissionais da CF Carioca, foi realizado um primeiro contato, pessoal ou por telefone, com as mesmas pelos ACS da CF Carioca. Dentre as que aceitaram o convite para participação na pesquisa, combinamos dia, horário e local mais conveniente às participantes. As entrevistas foram realizadas nas residências das entrevistadas, a pedido das mesmas.

Fui até a casa das entrevistadas, sempre acompanhada pelos ACS, que me apresentaram às mulheres como uma médica que estava fazendo uma pesquisa com finalidades científicas. Em nenhum momento houve uma associação da minha pessoa ao serviço de saúde local, o que de certa forma possibilitou um posicionamento mais livre com relação a possíveis críticas direcionadas à CF Carioca.

Após as apresentações, os ACS se retiravam para que pudéssemos conversar. Iniciei o contato com elas explicando os detalhes da pesquisa e obtendo o consentimento através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Apesar da existência de um roteiro que direcionou as entrevistas, os relatos foram espontâneos e procurei acolher todas as opiniões sem demonstrar julgamentos. Outro ponto importante foi a ambiência, que pelo fato de estarmos no domicílio das entrevistadas, percebi que isso as deixou mais confiantes durante seus relatos

A pesquisa foi realizada através de entrevistas em profundidade, gravadas em equipamento de áudio e anotações em caderno de campo. As gravações foram realizadas na íntegra, não tendo havido necessidade de interrupções a pedido das entrevistadas, por motivos de constrangimento ou qualquer outro, tendo sido transcritas para análise de conteúdo e considerações posteriores. As mulheres receberam pseudônimos e a origem de seus antigos endereços foram omitidas como parte do sigilo e da preservação da identidade das mesmas.

Uma parte do roteiro das entrevistas foi elaborado com base na pesquisa: Gravidez na adolescência. Gênero e Sexualidade: Estudo multicêntrico sobre Jovens, Sexualidade e Reprodução no Brasil (GRAVAD). Este roteiro encontra-se detalhado no apêndice deste trabalho.

2.2.5 Procedimentos de análise dos dados

A análise de conteúdo, de acordo com a metodologia de Bardin (2004), foi realizada pela exploração do material gravado e transcrito nas entrevistas. Os dados brutos foram organizados na forma de unidades de registro, formando núcleos de sentido nos contextos apresentados, de forma a identificar características comuns ao tema e identificá-las em categorias e subcategorias, posteriormente às entrevistas.

A análise qualitativa foi baseada na inferência dentro do tema da gestação em adolescentes pobres e suas relações com as políticas sociais, na construção dos projetos de vida que culminaram com a maternidade. Esta contextualização dos dados apresentados orientou seus significados, identificando-os na forma de categorias e subcategorias; e na interpretação dos resultados

Segundo Bardin (2004), a análise da enunciação é uma técnica de análise de conteúdo que leva em consideração que a produção da palavra é ao mesmo tempo espontânea e constrangida pela situação da entrevista. A produção da palavra é conformada pelos três polos de um discurso: o locutor, o objeto do discurso e o interlocutor; e se apoia em três níveis de aproximação: as estruturas formais da gramática, o arranjo do discurso e os elementos formais atípicos, como os silêncios, as omissões e os ilogismos. A compreensão deste processo de comunicação, com desvio das estruturas e dos elementos formais, orientou a análise de conteúdo, levando em consideração o tema e os contextos relativos a execução das entrevistas (BARDIN, 2004).

Assim, as entrevistas foram realizadas face a face, de forma a permitir as expressões individuais de sentimentos e sentidos próprios ao universo social, servindo de base para a exploração temática, envolvendo emissor, receptor e mensagem. O estudo da mensagem fornece informações relativas ao receptor e não só do emissor. A análise de conteúdo da mensagem revela o continente e o conteúdo, os significantes e o significado, ou o código, e a significação, passando

informações entre os dois planos (BARDIN, 2004). Assim, para evitar a circularidade, foram feitas releituras e sucessivas aproximações, no sentido de validação dos resultados e interpretação dos mesmos.

Foi elaborado um conjunto de categorias e subcategorias com os dados colhidos após as entrevistas e transcrição das gravações, que apresento a seguir.

Família

Foram observadas a estrutura e a organização familiares antes e depois da gravidez, os papéis de gênero e a presença de violência intrafamiliar, levando em consideração a família como a primeira estrutura social que atua no desenvolvimento da personalidade dos indivíduos, que ocupa papel de destaque na mediação entre estes e os costumes, as normas sociais e a ética (BRUSCHINI, 1989). Considerei o conceito linguístico de família como um grupo de pessoas vivendo sob o mesmo teto, não como grupo com relações de consanguinidade ou mesmo afinidade em comum.

As questões sociais observadas nesta categoria são contextualizadas com as condições socioeconômicas do grupo estudado, portanto, as reflexões e análise de conteúdo das narrativas se reportam a condições que de alguma forma possam influenciar a vulnerabilidade social das jovens entrevistadas.

Educação

Assim como a família, o sistema educacional também atua como estrutura social no desenvolvimento das pessoas, reproduzindo códigos de conduta social. Desta forma, além da abordagem quanto ao acesso, tanto das mulheres quanto de seus filhos, aos equipamentos do setor como escolas e creches, investigo aspectos como a presença de violência no ambiente escolar e também solicitei opinião quanto à qualidade do serviço oferecido.

O grau de escolaridade das mulheres e de seus familiares é um dos tópicos abordados, principalmente sob o aspecto da autonomia e da inserção social. Lembrando aqui que o incentivo à inserção das mulheres no mercado de trabalho, foi uma das medidas de reestruturação dos Welfare States em países escandinavos (ESPING-ANDERSEN, 2009) e que outras medidas como a re-mercantilização, só se torna possível através de uma boa qualificação profissional (PIERSON, 2001).

Saúde

A saúde é analisada como categoria por ser um direito social universal, garantido na CF/88 e reafirmado no ECA/90 para o público alvo dessa pesquisa, que perpassa vários aspectos relacionados à gravidez na adolescência. É um setor importante na oferta de serviços que incluem a assistência médica das jovens e de seus filhos; na prevenção de doenças e agravos, como a distribuição de insumos para contracepção e proteção a DST, por exemplo; além das ações de educação em saúde, que incentivam a autonomia das jovens, contribuindo para a tomada de decisão quanto a engravidar ou não.

Nesta categoria analiso o acesso aos equipamentos do setor e a qualidade dos serviços em todos os níveis de atenção pelos quais as entrevistadas passaram. Acolhimento, tempo de espera, disponibilidade profissional e de insumos, funcionamento da rede intra e intersetorial, respeito aos direitos sexuais e culturais, presença de violência institucional, etc., foram abordados sob a ótica das diretrizes estabelecidas pelas políticas de atenção à saúde do MS, muitas já citadas neste trabalho. Questões relativas às informações sobre sexualidade, foram separadas em outra categoria, dada a relevância para o tema gravidez na adolescência.

Assistência Social

A Assistência Social promovida pelo Estado e como parte imprescindível da proteção social enquanto política pública, foi incorporada à análise de conteúdo como categoria, na medida em que todas as mulheres entrevistadas fazem parte de uma população vulnerável que vivia em áreas de risco.

Como direito garantido na CF/88 em seu Artigo 194, fazendo parte do Capítulo sobre a Seguridade Social, a Assistência Social como política pública não contributiva, opera com serviços e benefícios monetários, garantindo a proteção social dos cidadãos brasileiros (DELGADO et al, 2009). Ainda vis-à-vis a situação anteriormente citada, a Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), Lei nº 8.742/93, prevê a criação de benefícios eventuais para atender necessidades advindas de vulnerabilidade temporária e calamidade pública (BRASIL, 1993).

Desta forma, foi analisada de que forma se deu o acesso aos programas do setor, avaliando as informações obtidas e o acolhimento recebido nas instituições,

revelando a satisfação com os benefícios e serviços, através da atuação de seus profissionais.

Sexualidade

Nesta categoria são consideradas as fontes de informação sobre sexualidade, o início da vida sexual e a utilização de métodos contraceptivos e de proteção. Família, comunidade, setores públicos como educação e saúde, além da mídia, foram situados nas entrevistas. As narrativas livres das entrevistadas revelam a importância de cada uma dessas estruturas sociais na formação pessoal e seus itinerários relativos ao tema.

As relações entre as jovens e seus parceiros levam a reflexões sobre os costumes e normas sociais estabelecidas, contextualizadas com a situação de vulnerabilidade da população escolhida.

Gravidez

Embora a ocorrência de gravidez perpassasse questões importantes nas diversas categorias anteriormente citadas, decidi separá-la em uma categoria independente, dada a relevância como tema central da pesquisa.

Foram abordadas questões como planejamento e aceitação da gravidez por parte das jovens, dos parceiros e das famílias, qual apoio tiveram, como foi o acompanhamento da gestação, quais as principais mudanças ocorridas na vida das entrevistadas e que visão tinham da maternidade, antes do nascimento de seus filhos.

Relação Estado e sociedade

A criação desta categoria foi baseada na importância da participação social na elaboração de políticas públicas. A pesquisa com uma população socialmente vulnerável e que depende da proteção social do Estado para desenvolvimento de suas habilidades pessoais, me levou a conhecer qual a noção de cidadania e de direitos as jovens entrevistadas possuem.

A discussão realizada no capítulo 2 deste trabalho sobre a evolução dos direitos e das políticas sociais (MARSHALL, 1967; BOBBIO, 1992), o papel do Estado e a participação social, com as mudanças sociais do mundo contemporâneo de que falam Elias em *A Sociedade dos Indivíduos* (1994), Bourdieu em seu

conceito de capital social (PINZANNI, REGO, 2004), além de Sen e Nussbaum (1993) no conceito de *capabilities*, situando os indivíduos e suas ações, servem de base conceitual e argumentativa para esta abordagem. Todas as categorias e subcategorias utilizadas são apresentadas no Quadro 1, a seguir, de forma sistematizada, para facilitar a leitura das mesmas:

Quadro 1: Categorias e Subcategorias

Categorias	Subcategorias	Definição
Família	1 - Estrutura e organização	Descrição da organização familiar antes e depois da gestação, quanto ao número de pessoas, ocupação e relacionamento entre os familiares
	2 - Papéis de gênero	Descrição de situações que evidenciem diferenças entre os papéis de gênero
	3 - Presença de violência intrafamiliar	Identificação da presença de violência intrafamiliar com repercussões na vida das mulheres entrevistadas
Educação	1- Grau de escolaridade da mulher e dos membros de sua família	Identificação do grau de escolaridade das mulheres, de seus familiares e parceiros
	2- Acesso da mulher e de seus filhos aos serviços de educação	Identificação de como se deu o acesso aos serviços de educação das mulheres e de seus filhos, incluindo creches públicas e pré-escola
	3 - Avaliação dos serviços prestados	Identificação do grau de satisfação com os serviços prestados nas instituições educacionais e dificuldades vivenciadas antes, durante e depois da gravidez
	4 - Inserção social	Identificação das questões educacionais na inserção social
	5 - Presença de violência no ambiente escolar	Identificação de situações de violência no ambiente escolar
Saúde	1 - Acesso aos serviços de saúde	Identificação de como se deu o acesso da mulher e de seus filhos aos serviços públicos de saúde
	2 - Avaliação dos serviços prestados	Identificação do grau de satisfação e as dificuldades com os serviços prestados nas diversas instituições do sistema público de saúde, nos diversos níveis de complexidade
	3 - Presença de violência institucional	Identificação de situações que revelam a presença de violência institucional contra as usuárias do sistema de saúde
Assistência Social	1- Acesso aos programas de assistência social	Identificação de como a família tomou conhecimento dos programas oferecidos pelo setor de assistência social
	2- Avaliação dos serviços prestados	Identificação do grau de satisfação com os serviços prestados nas instituições de assistência social quanto ao acolhimento, clareza de informações e acompanhamento das famílias assistidas
Sexualidade	1- Fontes de acesso às informações	Identificação da aquisição de informações sobre sexualidade antes da primeira gestação, tanto no sentido quantitativo, quanto qualitativo, e quem foram os principais atores responsáveis pelas informações pelas informações recebidas
	2- Início da vida sexual	Descrição do início da vida sexual das mulheres entrevistadas quanto à faixa etária destas e de seus parceiros, se houve negociação prévia e o tempo decorrido entre o primeiro encontro e o ato sexual
	3 - Uso de método contraceptivo e de proteção	Identificação do uso de métodos contraceptivos e de proteção e de que forma tomaram conhecimento desses métodos
Gravidez	1- Planejamento e aceitação da gestação	Identificação do planejamento da gestação e da aceitação pela mulher, pelo parceiro e pelas famílias
	2- Acompanhamento da gestação	Descrição dos itinerários entre a descoberta e o acompanhamento da gravidez
	3- Apoio da família e do parceiro	Identificação do tipo de apoio que recebeu da família e de seus parceiros
	4- Mudanças na vida das mulheres após a gravidez	Descrição das mudanças ocorridas na vida das mulheres durante e depois da gravidez, como o local de convivência com o parceiro e a família, a vida escolar e laborativa.
	5 - Visão sobre a maternidade	Identificação da percepção da maternidade antes e depois da gestação
Relação Estado/Sociedade	1 - Direitos e deveres	Identificação da noção que as mulheres possuem sobre seus direitos e sobre os deveres do Estado quanto à proteção social
	2 - Noção de cidadania	Identificação do conhecimento sobre o conceito de cidadania

Fonte: Elaboração própria, 2015

3 RESULTADOS

3.1 O Bairro Carioca

O conjunto habitacional, denominado Bairro Carioca, é composto por diversos condomínios, com prédios de cinco andares e quatro apartamentos por andar. Cada condomínio possui um salão de festas e pequenos jardins no entorno dos prédios. O Bairro Carioca também possui um grande galpão que funciona como mercado, uma escola primária e uma creche, que não conseguem atender ao total de crianças moradoras dos condomínios. A capacidade total de ocupação dos prédios é de onze mil pessoas e vem se dando de forma gradativa, desde a inauguração, há três anos. A Clínica de Família (CF) Carioca, que atende à população residente do Bairro Carioca, fica na entrada do conjunto habitacional, pelo lado de fora.

Entrando no Bairro Carioca pude observar a diversidade existente entre seus prédios, fruto dos cuidados e descuidados que cada morador imprime ao seu apartamento, sem atender a qualquer norma de uso coletivo. Em algumas das entrevistas tive que atravessar todo o conjunto habitacional e no percurso, andei por áreas mais ermas, cheias de pequenos recantos, onde muitas pessoas de todas as idades usavam drogas ilícitas, sem cerimônia, com se não existisse mais ninguém por perto.

A presença de traficantes tornou-se comum entre os moradores e com ela também a da polícia, que vem fazendo diversas incursões ao Bairro Carioca, com confrontos armados, produzindo medo entre seus moradores. Segundo Anita, uma das minhas entrevistadas: “ [...] agora tá parecendo uma favela, ...aqui tá horrível agora, as polícia tão atirando [...] ”. Eu mesma tive dificuldades para entrar e realizar uma das entrevistas. Ao chegar à CF Carioca, a ACS que me acompanharia me avisou que havia visto um carro de polícia entrando no conjunto habitacional e que não seria seguro transitarmos pelo local. Naquele momento muitas pessoas circulavam pelos condomínios, inclusive crianças em horário escolar. A ACS me contou que a frequência dos confrontos estava aumentando muito nos últimos meses e que só naquela semana, a polícia havia realizado pelo menos três incursões, todas com tiroteios.

O interior dos prédios possui apenas escadas como acesso aos andares. Idosos e pessoas com problemas de mobilidade quase não saíam, nem para o tratamento de saúde na CF, fazendo-se necessárias consultas domiciliares para atendê-los. O hall do prédio servia de extensão dos apartamentos onde crianças brincavam e mulheres conversavam de portas abertas. Durante as entrevistas percebi diferenças na ventilação dos apartamentos, sendo que alguns apartamentos eram mais mal ventilados que os outros e, portanto, muito quentes, o que também contribuía para que algumas pessoas deixassem as portas abertas.

Assim como a parte externa, a parte interna dos prédios também divergia umas das outras quanto à limpeza, ao cuidado, à segurança e à decoração. Pude notar pelas portas dos apartamentos um primeiro sinal de diferenciação entre os moradores, pois alguns apartamentos ostentavam portas de madeira trabalhadas e imponentes, enquanto outras portas exibiam placas de cunho religioso e havia ainda aquelas portas sujas e maltratadas. Observei também grades em algumas escadas, impedindo o acesso aos andares superiores.

3.2 As entrevistadas

Quanto ao tempo de moradia, das seis mulheres entrevistadas, quatro residem no condomínio há três anos, desde sua inauguração, e duas residem há mais ou menos dois anos. A seguir descreverei a composição familiar atual das entrevistadas, utilizando os pseudônimos adotados por elas, na ordem em que foram feitas as entrevistas.

Minha primeira entrevistada foi Bruna, uma jovem de vinte e dois anos, que reside com o companheiro, de vinte e sete anos, e sua filha de quatro anos. A segunda entrevistada foi Denise, de vinte e dois anos, que mora com seus três filhos, uma menina e dois meninos, de três, de seis e de dois anos, respectivamente, e com seu companheiro e pai de seus filhos, de vinte e seis anos. A terceira foi Thaís, de dezenove anos, que mora com seu filho de três anos, sua mãe de trinta e oito anos e cinco irmãos, uma menina de treze anos e quatro rapazes de vinte, dezoito e quinze anos.

A quarta entrevistada foi Anita que tem vinte anos e mora no condomínio com o marido de trinta e quatro anos e o filho de cinco anos. A quinta entrevistada foi

Sabrina, de vinte anos, que mora com seu filho de quatro anos e sua filha de dois anos, com sua mãe de trinta e nove anos, o padrasto de trinta e seis anos, além de três irmãs, de onze, de treze e de quinze anos. A última entrevistada foi Sandra, de dezenove anos, que mora com sua filha de um ano, com a mãe de quarenta e três anos e uma irmã de dezesseis anos.

3.3 Categorias e Subcategorias

Nesse item apresentarei os resultados empíricos de forma descritiva, em cada uma das categorias e subcategorias, para em seguida tecer comentários analíticos sobre as mesmas.

3.3.1 Família

Nessa categoria as entrevistadas apresentaram as seguintes características em comum de acordo com as subcategorias selecionadas:

Estrutura e organização

Família de origem: Uma família numerosa apareceu em todas as entrevistas, cuja composição principal era formada pela mãe da entrevistada, o pai ou padrasto e de seus irmãos, que variou em número de sete a onze membros.

Novo núcleo familiar: Uma nova família formada com os parceiros, a partir do momento da gravidez, apareceu em metade das entrevistas, sendo que destas, uma das entrevistadas foi morar na casa dos familiares do parceiro antes de ter sua própria casa. A outra metade das entrevistadas continuou morando com suas famílias de origem. Thaís morou com o parceiro na casa de sua mãe até se separarem, Sandra tem duas casas, uma com a mãe e outra com o parceiro, mas preferia viver com a mãe, e Sabrina nunca chegou a morar com o parceiro, mesmo dando continuidade ao relacionamento e tendo dois filhos com ele. ” [...] ele chegou a montar uma casa, mas minha mãe não deixou eu ir [...] eu era de menor, não sei qual era o medo dela [...] que ela podia ser presa alguma coisa assim [...] ”.

Número de filhos: A maioria das entrevistadas, quatro delas, tinha apenas um filho. Sabrina, mesmo morando com sua família de origem, manteve o relacionamento com seu parceiro e teve dois filhos com ele, e Denise teve três filhos.

Separação dos pais: A maioria das entrevistadas tinha pais separados, aparecendo em cinco entrevistas e a separação entre as entrevistadas e seus parceiros apareceu em duas entrevistas, sendo estas, entre as que coabitavam com suas famílias de origem, Thaís e Sabrina.

Famílias monoparentais: Famílias chefiadas pelas mães das entrevistadas, com filhos de diversos parceiros que nunca se responsabilizaram pela paternidade, apareceram em metade das entrevistas.

Ocupação: Apenas uma das entrevistadas estava trabalhando, as outras não trabalhavam, nem estudavam. Todos os parceiros trabalham e auxiliam financeiramente as entrevistadas, mesmo os que não coabitam com as mulheres.

Papel de gênero

A responsabilidade sobre as tarefas domésticas como atribuição das filhas mais velhas, apareceu em todas as entrevistas e quando a irmã mais velha casava e saía de casa, quem assumia era a próxima filha mulher na ordem cronológica das irmãs. Anita contou que sua mãe abusava de bebidas alcoólicas, mas que sempre cuidou bem dos filhos, trabalhava para que nada faltasse em casa e que a irmã mais velha ajudava nas tarefas domésticas para que ela pudesse sair para trabalhar, tendo inclusive parado de estudar para poder ajudar a mãe em casa e cuidar dos irmãos mais novos ” [...] minha irmã estudo, só num completo tudo, ela tomava conta da gente [...] ”.

Denise e Sabrina, por serem as irmãs mais velhas, tinham que assumir responsabilidades por tarefas domésticas e pelos cuidados com os irmãos mais novos. Sabrina, inclusive, repetiu de ano várias vezes por faltas, por não poder sair de casa para ir à escola: “ [...] repeti a quarta série umas três vezes [...] repetia por falta [...] como minhas irmãs era tudo pequena e eu era mais velha, tinha que cuidar das minhas irmã pra minha mãe trabalhar[...] ”.

[...] eu num lembro muito da minha infância, que a minha infância foi assim muito irmãos, então tive que cuidar de quase todos os irmãos, então num tinha muita infância, brincava tal, mas se fizesse alguma coisa, me batia, então num tenho muito que lembra [...] (Denise).

Violência intrafamiliar

A presença de violência intrafamiliar, na família de origem, apareceu em duas entrevistas. Denise relatou que seu pai bebia muito e a mãe assumia a

responsabilidade financeira da casa e que, por isso, a obrigava a assumir os cuidados dos irmãos e era muito severa com ela: ” [...] Eu não brincava, não tive infância [...] minha mãe me batia quando eu queria conversar com minhas amigas e deixava meus irmãos em casa [...] ”.

Além disso, Denise me relatou que não fazia acompanhamento de saúde, pois a mãe nunca tinha tempo para levá-la e que seu pai, que ficava mais em casa, só a levava quando apresentava algum problema agudo ou para fazer as vacinas. A situação familiar de Denise a abalou emocionalmente:

[...] eu sou diferente, não sei porque eu sou diferente, porque, acho que é por isso, porque eu não tenho uma infância...”...eu sou um pouco fria nessas coisa assim de, igual assim, meus filhos fica me abraçando, me beijando, eu abraço, beijo, mas assim, meio com vergonha, eu num tive tanto carinho [...].

Thaís foi a pessoa mais reservada de todas que entrevistei. Percebi nela uma grande dificuldade para falar de sua vida, sendo sempre muito breve em suas respostas. Thaís parecia distante e só percebi uma mudança de atitude quando falou da separação dos pais.

A separação dos pais de Thaís ocorreu quando ela tinha onze anos. Thaís me contou que sua mãe era frequentemente agredida pelo seu pai, que era usuário de drogas ilícitas e que tinha muitas alterações de humor quando estava drogado, tornando-se uma pessoa muito agressiva: ” [...] tipo assim, ele saía pra ir pra baile, essas coisas, chegava e saía acordando todo mundo, e nesse dia era briga pra lá, pra cá [...] eu só sabia chorar o tempo todo [...] ”.

Quando o irmão mais velho de Thaís estava com treze anos, enfrentou o pai enquanto este tentava agredir sua mãe. Segundo Thaís, foi a partir deste episódio que a mãe de Thaís tomou coragem e se separou do companheiro:

[...] de tanto bater nela, isso e aquilo, teve um certo dia que ele foi bater nela, aí meu irmão mais velho enfrentou ele, falou que não ia bater, isso e aquilo, aí foi no dia que minha mãe separou dele, aí foi morar em outro lugar [...] (Thaís).

A presença de usuários de álcool e outras drogas apareceu nas famílias de origem de metade das entrevistadas, sendo que em duas houve a ocorrência de violências físicas e na outra a negligência, que levou Anita ao analfabetismo.

Com relação à categoria família e as subcategorias apresentadas, apresento os seguintes comentários analíticos: houve prevalência de pais separados nas famílias de origem de todas as entrevistadas, fato também identificado na pesquisa GRAVAD (HEILBORN et al, 2006) entre as jovens que engravidaram durante a adolescência. A grande presença de mulheres chefiando famílias, reafirma uma situação já identificada no último censo nacional (IBGE, 2010) e revela mudanças importantes no tecido social brasileiro. Apesar disso, a atribuição das tarefas domésticas continua a encargo das mulheres, fato também revelado na GRAVAD (HEILBORN et al, 2006).

A formação dos novos núcleos familiares com uma relação patriarcal na maioria das entrevistas, reforça o papel social de gênero em que as responsabilidades pelo cuidado pertencem ao gênero feminino, enquanto as responsabilidades paternas incluem o apoio financeiro. Quanto ao número de filhos, Denise e Sabrina tiveram outras gestações, reforçando mais a ideia de um projeto de vida do que desconhecimento sobre métodos contraceptivos. Esses resultados também podem ser correlacionados aos dados da GRAVAD (HEILBORN et al, 2006).

A presença de violência intrafamiliar como fator de desestruturação emocional fica evidente no comportamento de duas das entrevistadas, manifestando dificuldades na expressão de afeto e sentimentos, baixa autoestima e muitas vezes reproduzindo comportamentos violentos em outras circunstâncias fora do ambiente familiar.

Nas famílias com a presença de usuários de álcool e outras drogas, além da violência física, houve a ocorrência de negligência, como a falta de cuidados com a saúde e a educação, além do impacto financeiro, que também foi relevante, uma vez que a dificuldade de manter uma renda regular, gera sobrecarga financeira para um dos membros da família e conseqüente instabilidade física e emocional.

3.3.2 Educação

Abaixo faço uma abordagem dos relatos nessa categoria, selecionando aspectos comuns e relevantes a todas as entrevistas.

Acesso à educação

A maioria das entrevistadas teve acesso à Educação Básica, exceto Anita que não foi matriculada na escola por não ter documentos. O acesso à Educação Infantil que abrange a faixa etária de zero a seis anos e é composta por creches e pré-escolas, variou bastante entre as entrevistadas. Somente as primeiras famílias que se mudaram para o conjunto habitacional conseguiram vagas para as crianças menores de seis anos nas instituições públicas do Bairro Carioca.

Bruna e Anita conseguiram vagas para seus filhos na creche do Bairro Carioca, mas Denise só conseguiu vagas para seus dois filhos mais velhos, enquanto o mais novo ainda está aguardando vaga na creche

[...] ele tá no número trinta e sete na vaga, eles tão falando que, tão dando prioridade prá família que tem Bolsa Família, ou pro pai que tá preso, então, meu marido tem o quê, tem que roubá, tem que sê preso prá eu conseguí uma vaga na creche? [...] (Denise).

Thaís pagava para deixar seu filho numa creche particular, mas teve que parar por dificuldades financeiras, Sabrina optou por creches gratuitas de projetos sociais, enquanto Sandra decidiu não colocar sua filha na creche e cuidar dela em casa até que completasse dois anos, por não confiar nas creches locais.

Bruna conta que antes de se mudar para o Bairro Carioca não conseguiu colocar sua filha na creche, mas quando se mudou só conseguiu uma vaga por ter sido uma das primeiras moradoras ” [...] aqui onde eu moro tem muitas crianças que precisam de creche [...] eu consegui porque fui umas das primeiras a vir pra cá [...] ”.

Grau de escolaridade

Metade das entrevistadas, Bruna, Denise e Sabrina, possuem o Ensino Fundamental incompleto; Thaís completou o Ensino Fundamental, Sandra completou o Ensino Médio e Anita é analfabeta. Com exceção da mãe de Anita que também é analfabeta, os pais de todas as entrevistadas possuíam o Ensino Fundamental incompleto.

Dos companheiros, apenas dois haviam completado o Ensino Fundamental, enquanto os outros só estudaram até a antiga quarta série do Ensino Fundamental. O companheiro de Sabrina estava na primeira série do Ensino Médio quando interrompeu os estudos para trabalhar por causa da gravidez de Sabrina: “ [...]

quando tive minha gravidez, ele começou a trabalhar [...] quando a gente namorava ele estudava, ele parou mesmo depois que o neném nasceu [...]”.

Todas as entrevistadas interromperam os estudos durante a gravidez. Com exceção de Sabrina, as outras entrevistadas tiveram apoio da escola que enviava material pedagógico para que elas pudessem dar continuidade aos estudos durante o período gestacional.

[...] quando meu filho nasceu a diretora mandava as coisas do trabalho pra mim estudar em casa [...] eu estudava, passei de ano, depois não quis mais estudá [...] tava de saco cheio já de escola [...] Casada com filho, tava com vergonha já de ir pra escola [...] (Denise).

[...] eu descobri a gravidez, aí depois eu não fui mais prá escola, eu fui lá, eu ainda tentei voltá a estudá, só que a diretora falô que lá não podia, porque não tinha suporte, porque se caso eu passasse mal era longe da minha casa [...] A diretora não enviou o material didático para a casa de Sabrina (grifos meus) [...] não, nem se importou [...] (Sabrina).

Satisfação com os serviços

Todas as entrevistadas que tiveram acesso à educação têm boas lembranças do primeiro segmento do Ensino Fundamental, evidenciando a criação de vínculos afetivos com as primeiras professoras. “ [...] minha primeira escola, foi lá, onde eu morava, muito boa, ensino muito bom, portanto, que com quatro anos já sabia ler [...] ” (Bruna).

O segundo segmento da educação Básica foi lembrado de diversas maneiras pelas entrevistadas, onde vários tipos de interferências, internas e externas, comprometeram a qualidade do ensino. Assim, Bruna foi a que mais explicitamente reclamou da qualidade do ensino: “ [...] aí eu passei pro CIEP, a gente entrava de manhã, sete e meia e saía às quatro e meia, então era uma escola boa [...] até a quarta série [...] da quinta em diante a coisa desandou [...] A falta de professores para dar aula foi sua maior queixa.

Denise atribuiu parte da responsabilidade pelo baixo desempenho escolar a si própria e parte à qualidade do ensino: “ [...] não sei se é porque eu não pego as coisas rápido ou se o ensino era meio fraco. Mas era fraco mesmo, todo mundo falava que era fraco [...]”.

Inserção social

A escolaridade como forma de acesso a um trabalho com remuneração mais atrativa e possibilidade de autonomia foram opiniões comuns entre todas as entrevistadas, inclusive Anita, que por ser analfabeta, depende da disponibilidade das pessoas com pequenas leituras, como rótulos, correspondências, etc., no cotidiano de sua vida: “[...] eu peço meu marido pra lê as coisas pra mim, é horrível, quando num peço às minhas colegas [...]” (Anita).

Todas as outras entrevistadas se queixaram de falta de oportunidades de emprego por baixa escolaridade, com dificuldades de retomar os estudos pela pouca disponibilidade de vagas nas creches e pré-escolas, além da falta de escolas com horário integral para as crianças.

[...] eu trabalhei como servente numa obra, coloquei minha filha na creche, mas como tinha dias que tinha professora e outros não [...] parei [...] agora minha filha tá na escola, mas não é o dia todo [...] até onze e meia [...] outro problema [...] (Bruna).

[...] assim, vou estudar [...] não quero ganhar um salário e só a passagem [...] eu quero se independente [...] (Denise).

[...] eu quero voltá a estudá, pretendo trabalhá de novo né? Já tô procurando, mas é difícil sem tá na creche [...] já perdi oportunidade de trabalho por causa da escolaridade [...] (Thais).

[...] pensava em terminá meus estudo [...] queria terminá prá arrumá uma emprego bom [...] (Sabrina).

Sandra também têm projetos de retornar à escola e dar continuidade aos estudos, mas também depende de ter com quem deixar sua filha.

Violência no ambiente escolar

A ocorrência de violência apareceu em metade das entrevistas. Denise relatou um episódio externo, um tiroteio no entorno da escola, que teve repercussões entre os alunos, causando inclusive a morte de um estudante: “[...] todo mundo da escola não queria mais ir pra escola [...] nessa eu comecei a matar aula. Minha mãe mandava eu ir eu não ia [...]”.

A violência foi uma constante entre os familiares de Thaís, sendo que um de seus irmãos havia sido expulso da escola por brigas com os professores. Thaís também relatou desentendimento entre ela e sua professora, que chamou sua atenção por não estar cumprindo suas ordens: “[...] ah eu tive mais ou menos uma

briga com uma ex-professora, que ela me jogou na parede, isso e aquilo [...]”. Apesar disso, Thaís disse que a escola era um lugar onde se sentia feliz pois podia brincar.

Finalmente, o caso de Sabrina também pode ser considerado uma violência institucional, já que parte da dificuldade encontrada na manutenção de suas atividades escolares durante a gravidez, foi devida à postura da diretora da escola em que estudava, como uma forma de violação de seus direitos.

Com relação à categoria educação e suas subcategorias, teço os seguintes comentários analíticos: o acesso à Educação Básica na rede municipal de educação do Rio de Janeiro foi garantido a cinco entrevistadas, atendendo ao disposto na Lei 8.069/90 (ECA), em seu Art. 53, que dispõe sobre o direito à educação pública e gratuita de crianças e adolescentes, em escolas próximas às suas residências. O caso de Anita, além da omissão dos pais, houve falha na articulação da rede intersetorial no setor da Educação, pois a mesma não possuía documentos, fator impeditivo para a matrícula escolar.

Cinco entrevistadas que interromperam suas atividades escolares, referiram que a deficiência no acesso à Educação Infantil para seus filhos, foi o principal obstáculo ao retorno à escola e à inserção no mercado de trabalho após a gestação. Apesar do programa de incentivo federal à construção de creches, Brasil Carinhoso, lançado em 2012, a deficiência de vagas nesse segmento é uma queixa constante entre as mulheres que delas necessitam. Também foi unânime que a baixa escolaridade é empecilho para boas oportunidades profissionais. O ciclo formado entre a dificuldade de retomar os estudos por falta de creches e as dificuldades em auferir renda pela deficiência escolar, é fator que diminui as *capabilities*, contribuindo para a perpetuação da pobreza, da baixa autonomia, da baixa autoestima, dificultando os processos de inserção social (SEN, 2010; PINZANNI, 2009).

O baixo grau de escolaridade da maioria das entrevistadas, de seus companheiros e de suas famílias corrobora com os dados da pesquisa GRAVAD, que revelaram uma correlação entre este aspecto e uma ocorrência maior de gravidez na adolescência e casamentos precoces (HEILBORN et al, 2006).

A deficiência de recursos humanos, os baixos salários dos professores, a pouca infraestrutura, são fragilidades que emergiram nas falas de várias

entrevistadas. Na opinião de todas as que tiveram acesso à Educação Básica, o primeiro segmento do Ensino fundamental é lembrado de forma mais agradável do que o segundo segmento. O início da adolescência corresponde a este período onde emergiram reclamações sobre desorganização das atividades escolares, com falta de professores e poucas atividades direcionadas ao tema da sexualidade. Reporto-me mais uma vez à pesquisa GRAVAD, lembrando que a gravidez na adolescência parece estar associada a uma deficiência de outros projetos, tais como a ascensão escolar, ou a entrada no mercado de trabalho, por exemplo (HEILBORN et al, 2006).

A violência como obstáculo ao bom desempenho escolar aparece de diversas formas, tanto na forma institucional, como parece ter sido o caso de Thaís onde se evidencia primeiro uma conduta inadequada na reação da professora, revelando despreparo profissional ao lidar com situações adversas e também na conduta da diretora da escola de Sabrina que sugeriu uma mudança de escola quando descobriu sua gravidez, ao invés de acolhê-la e garantir seus direitos, como dispõe a Lei 6.202/75.

A violência armada no território onde ficava situada a escola de Denise também foi impactante na vida dos estudantes, trazendo questões relativas à intersetorialidade das políticas de Segurança Pública e Educação como fator imprescindível para o bom funcionamento das instituições de ensino. As consequências objetivas e subjetivas de eventos violentos são observadas a curto, médio e longo prazos, sobre todos os envolvidos, estudantes, profissionais, familiares, em que pese as diferenças individuais de resiliência, são sempre muito danosas em termos biopsicossociais.

3.3.3 Saúde

Dentro da categoria saúde identifiquei os seguintes aspectos comuns entre as mulheres e seus filhos:

Acesso

Todas as entrevistadas tiveram acesso aos serviços da Atenção Básica de Saúde, porém de formas diversas. Bruna, Thaís, Sabrina e Sandra, tiveram acesso às unidades de saúde próximas de seus antigos endereços, pelo fato de suas mães

serem beneficiárias do BF e tiveram acompanhamento obrigatório até os sete anos de idade, de acordo com a condicionalidade do programa.

Denise e Anita só frequentaram a rede básica de saúde, quando crianças, em casos de urgência e para vacinação. A gravidez de ambas foi o gatilho para a ampliação do acesso à saúde e também intersetorial como no caso de Anita, que foi encaminhada pelo Serviço Social do posto onde começou seu Pré-Natal, ao Fórum da Infância e da Juventude para que regularizasse sua situação documental.

O acesso aos outros níveis de complexidade da rede também diferiu em função do serviço e da especialidade requerida. O acesso às maternidades foi uma unanimidade, já Denise relatou que sua filha, atualmente com três anos, nasceu com cardiopatia congênita e que o médico da Atenção Básica solicitou uma avaliação por um cardiologista pediátrico, porém nunca conseguiu vaga para realizar a consulta nessa especialidade

Satisfação com os serviços

A opinião sobre os serviços oferecidos na Atenção Básica teve um ponto em comum em todas as entrevistas, a insatisfação com a falta de médicos na CF Carioca, que fazia com que os agendamentos das consultas fossem muito demorados. Além disso, em alguns momentos percebi que não havia uma compreensão sobre o novo modelo de atendimento, havendo desconfiança e questionamentos quanto ao atendimento realizado por um único médico para todos os problemas.

[...] eu gostei mais de lá [...] porque lá num era tanta demora assim igual aqui [...] e eu acho que aqui, eu acho um pouco errado, que é uma pessoa só pra tudo [...] acho meio estranho, não confio muito [...] (Denise).

Thaís: “ [...] eu acho bom mas às vezes tem médico, às vezes num tem, essa coisa aí é meio chata [...] ” Thaís contou que seu filho teve uma infecção séria e que por falta de médicos na CF, teve que procurar uma urgência para atendê-lo e o menino acabou ficando internado para o tratamento do quadro apresentado.

Bruna reclamou do atendimento da CF e dos atendimentos nas Unidades de Pronto Atendimento (UPA): “ [...] também um caos clínica da família, num tem médico [...] o UPA também a gente fica na fila, aquela fila enorme [...] esse é o problema também do UPA [...]”.

Quanto ao atendimento nas maternidades, cinco entrevistadas se mostraram muito satisfeitas, com exceção de Anita, que por ter apresentado quadro de hipertensão arterial durante a gravidez, achou que o atendimento na maternidade foi muito demorado:

[...] porque eu cheguei lá nove horas da manhã e fui ganhar meu filho meia-noite [...] eles tava falando que ia me dá eclâmpsia, minha pressão tava muito alta, eles me dando remédio e nada da minha pressão abaixá [...] (Anita).

Violência institucional

A quebra de sigilo profissional foi a primeira violência institucional relatada nas entrevistas. Bruna conta que se dirigiu ao posto para realizar teste de gravidez e quando soube que o resultado havia dado positivo, pediu à técnica de enfermagem que não revelasse o resultado para ninguém. Assim que saiu da sala de exames, a profissional se dirigiu à sua irmã mais velha que estava do lado de fora da sala e revelou que o resultado havia dado positivo. Bruna queria decidir de que forma contaria para sua família, mas foi desrespeitada. “ [...] a menina do posto pegou e falou prá ela, não sua irmã tá grávida, cê não sabia não? [...] “

Outra situação que chamou minha atenção durante as entrevistas foi o relato de Bruna durante seu atendimento na maternidade, que a deixou bastante constrangida e que revela mais um tipo de violência institucional:

[...] prá mim foi bom, gostei [...] fui bem atendida, as médicas muito boa [...] só que, aquelas pessoas que fizeram aborto, que tinham que fazer curetagem, eles deixavam lá de lado [...] (Bruna).

Na categoria saúde e suas subcategorias pode-se dizer que o princípio da equidade de acesso aos equipamentos de saúde foi garantido na atenção hospitalar e na Atenção Básica, embora a deficiência de médicos ainda seja obstáculo em algumas instituições desse nível de complexidade. Já o acesso à média complexidade do sistema de saúde se mostrou deficiente, como foi explicitado por uma das mulheres que precisou de consulta especializada para seu filho, ferindo o princípio da universalidade (CF/88). A não identificação da falta de acompanhamento da saúde de Anita, assim como a extrema vulnerabilidade social da família, que resultaria em articulação intersetorial, impediu seu acesso à linha de cuidados da saúde e de outros programas direcionados a estas famílias.

A quebra do sigilo profissional fere o direito à liberdade, ao respeito e à dignidade garantidos pelo ECA, constituindo, dessa maneira, uma forma de violência institucional (NJAINÉ et al, 2007).

O direito ao respeito consiste na inviolabilidade da integridade física, psíquica e moral da criança e do adolescente, abrangendo a preservação da imagem, da identidade, da autonomia, dos valores, ideias e crenças, dos espaços e objetos pessoais (Lei 8069/90, Cap.II, Art 17).

Outra situação de violência revelada por Bruna foi quanto ao atendimento de mulheres que haviam sofrido abortamento. Esse fato revela o aspecto preconceituoso dos profissionais diante de um problema que põe em risco a vida de muitas mulheres e é uma das principais causas de mortalidade materna no Brasil (DATASUS), principalmente em contextos de clandestinidade (HEILBORN et al, 2012).

A violência institucional é uma forma grave de violência quando vista para além dos aspectos morais e jurídicos dos direitos e observadas questões éticas nela contida. Assim, a relação das instituições e seus cidadãos apresenta aspectos macro éticos e micro éticos, fazendo lembrar os conceitos de sociedade decente e sociedade civilizada de Margalit Avishai (1996), em que uma sociedade é decente quando suas instituições não humilham as pessoas e é civilizada quando há respeito mútuo entre os membros da sociedade (apud, PINZANNI, 2009).

3.3.4 Assistência Social

Acesso

Todas as entrevistadas residiam em áreas de risco e foram encaminhadas ao cadastramento do programa habitacional pela Defesa Civil do Município do Rio de Janeiro, órgão vinculado à Secretaria Municipal de Saúde. O cadastramento no Minha Casa, Minha Vida, começou antes do término da construção do conjunto habitacional Bairro Carioca e durante o período de espera pela finalização das obras, as famílias receberam um aluguel social, para que pudessem se retirar de suas antigas residências. O cadastramento foi realizado na sede da Prefeitura do Rio de Janeiro, provavelmente na Secretaria de Desenvolvimento Social, mas as entrevistadas não souberam informar ao certo.

Quanto a outros programas de transferência de renda, como o Bolsa Família (BF), as famílias de Bruna, Thaís, Sabrina e Sandra, já recebiam o benefício antes de serem cadastradas no programa habitacional. Bruna fez o seu próprio cadastramento no mesmo momento em que o do programa habitacional e Sabrina procurou o Centro de Referência da Assistência Social (CRAS), por conta própria, depois que já estava morando no Bairro Carioca para ter seu próprio benefício.

As trajetórias de Denise e Anita foram diferentes. Denise relatou que não foi direcionada ao BF e que, só recentemente, foi por conta própria ao CRAS para fazer sua inscrição “ [...] eu fui lá esses dias prá fazer [...] eu que quis ir lá fazer mesmo [...] ”. Anita por ter ficado sem documentos até a gestação, não teve acesso a nenhum programa, até o cadastro no Bairro Carioca foi feito no nome de seu companheiro.

Satisfação com os serviços e benefícios

Thaís e Sandra não tiveram acesso direto aos benefícios. Sendo suas mães as beneficiárias, não souberam dar opinião sobre o processo do cadastramento e a agilidade no recebimento. Sabrina relatou que sua mãe era beneficiária, mas que depois que sua segunda filha nasceu, procurou o CRAS para se inscrever e passou a receber também o benefício, pouco tempo depois de ter realizado a inscrição.

Bruna não reclamou do atendimento recebido, mas reclamou do valor do aluguel social, que não era suficiente para o pagamento de um aluguel no local onde morava, em que os aluguéis custavam no mínimo o dobro do valor recebido: “ [...] esse aluguel social é um caos, quatrocentos reais não dá pra nada [...] é só uma ajuda [...] ”.

Denise não gostou do atendimento recebido pelo Serviço Social da prefeitura, por não ter sido bem orientada e Anita, por sua condição de dependência cognitiva, se mostrava resignada com a sua falta de acesso à qualquer benefício da Assistência Social, sempre se lamentando da sua condição de analfabeta e ter ficado tanto tempo sem seus documentos.

Quanto à categoria assistência social como setor estratégico na garantia de direitos, pode-se dizer que atua de forma irregular, como foi observado nas avaliações das entrevistadas. No que diz respeito às subcategorias, pode-se dizer que o acesso a benefícios como o Bolsa Família, por exemplo, revela algum grau de

desorganização. Enquanto Denise não recebeu nenhuma informação, Sabrina recebe um benefício com o mesmo endereço de sua mãe e Thaís não conseguiu se cadastrar para recebê-lo, segundo ela, por não ter um endereço próprio, ou seja, a mesma situação de Sabrina, com desfechos diferentes.

É interessante notar que não há normatividade na condução dos casos de famílias vulneráveis, havendo ingresso de pessoas que não deveriam estar no programa e exclusão de outras que deveriam estar inseridas. Fatos como estes são discutidos em diversos trabalhos, como Vozes do Bolsa Família de PINZANNI e REGO (2013), que mostra distorções no acesso das pessoas ao programa em várias cidades brasileiras. Contudo, a pior situação ainda é a de Anita, cuja exclusão social se deu de todas as formas no acesso às políticas sociais, incluindo a Assistência Social, em função de sua inexistência como cidadã, pela falta de documentos, só solucionada a partir da gravidez.

3.3.5 Sexualidade

Nesta categoria foram identificadas situações que permeiam outras categorias como a família, os setores de educação e saúde que serão apresentadas a seguir:

Fontes de informação

Membros da família: a mãe como principal fonte de informação sobre a sexualidade apareceu na metade das entrevistas, Bruna, Anita e Sandra, sendo que Bruna e Sandra receberam informações sobre menarca⁷, gravidez e métodos contraceptivos e Anita apenas sobre o uso de preservativo: “[...] foi minha mãe que falava, ó quando cê se perder, mesmo sendo assim cachaceira e maluca, mas tem que usar camisinha [...]”. As outras três entrevistadas nunca conversaram sobre sexo com suas mães.

Denise recebeu muitas informações através de uma tia materna. Thaís recebeu informações através de uma prima e de sua irmã mais velha, que só falava no assunto quando estava alcoolizada: “[...] gosta mais de conversar quando bebe [...]”.

⁷ Menarca é o primeiro fluxo menstrual de uma mulher, correspondendo a etapa central da puberdade e sinaliza a possibilidade de fertilidade.

Escola: Bruna, Thaís, Sabrina e Sandra relataram ter assistido a diversas palestras sobre sexualidade na escola, quando estavam no segundo segmento do Ensino Fundamental e Denise teve uma única palestra sobre sexualidade na escola.

Unidades de Saúde: Para Sabrina o posto de saúde foi a principal fonte de informação sobre sexualidade e referiu que o posto que frequentava era muito organizado nesse sentido. Bruna recebeu informações porque procurou o posto de saúde com este propósito, mas nunca foi convidada a participar de nenhuma reunião pela equipe de saúde. Denise participou de uma reunião sobre planejamento familiar, quando acompanhou uma cunhada ao posto de saúde. As outras entrevistadas só passaram a receber informações depois da gravidez.

Os amigos e a mídia não foram citados como fonte de informação.

É importante observar que todas as entrevistadas descreveram a primeira menstruação como um momento de pânico, mesmo aquelas que haviam recebido alguma informação a respeito.

Início da sexualidade

Bruna teve sua primeira relação sexual aos quinze anos com seu primeiro namorado, após um ano e meio de namoro, e foi a única entrevistada que negociou antecipadamente o ato sexual com o namorado. Bruna teve uma grande amiga que se infectou com o vírus da AIDS (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida), através de um relacionamento com um homem conhecido. Esta situação fez com que Bruna tivesse medo de ter relações sexuais com seu namorado sem que antes realizassem exames para se certificarem de que estavam bem de saúde, para isso, procuraram um posto de saúde próximo ao local onde moravam, onde fizeram exames laboratoriais e receberam orientação sobre método contraceptivo.

A entrevistada que teve sua primeira relação sexual com menos idade foi Denise, que iniciou sua vida sexual aos onze anos, antes mesmo de sua menarca, com um homem bem mais velho que ela, que fazia parte do tráfico de drogas do local onde morava. Denise não soube dizer quanto tempo decorreu entre o primeiro encontro e o ato sexual, mas afirmou envolvimento emocional. “[...] me perdi com ele [...] eu era muito apaixonada, eu era apaixonada por ele[...].”

Quanto às outras entrevistadas, Anita teve sua primeira relação sexual aos doze anos, com seu primeiro namorado, mas não lembra há quanto tempo estavam

namorando; Sabrina aos treze anos, com o primeiro namorado, após alguns meses de namoro, Thaís aos quatorze anos, com o primeiro namorado, também com alguns meses de namoro; e Sandra que teve sua primeira relação sexual aos dezesseis anos, com seu primeiro namorado, com quem se relacionava desde os onze anos.

Todas as entrevistadas alegaram espontaneidade no ato sexual, exceto Bruna que negociou o início da relação com o namorado.

Uso de métodos contraceptivos e de proteção

A maioria das entrevistadas referiu uso de algum método contraceptivo ao iniciarem a vida sexual. Mesmo sem negociações prévias, exceto pelo caso de Bruna, o uso de método contraceptivo foi incorporado às relações e em algumas histórias conduzido pelos parceiros. A exceção foi Denise, que apesar de ter recebido informações sobre proteção e contracepção de diversas formas, nunca levou a sério as informações recebidas e também nunca se preocupou em usar qualquer método.

[...] mas nunca levei fé nessas coisas não [...] nunca engravidei [...] transava sem camisinha não acontecia nada, não sei quê, aí terminei com ele, fiquei com outro cara, aí terminei com ele, e fiquei com esse meu marido [...] (Denise).

Ao analisar a categoria sexualidade e suas subcategorias, percebi quanto às fontes de informação, que o papel da família, principalmente através das mães, foi mais importante que as outras fontes. Houve uma pequena participação dos setores educacional e da saúde, sendo este último mais importante depois da gravidez consumada. É interessante notar que a mídia não representou uma fonte importante de informação sobre sexualidade para o grupo feminino entrevistado. Reportando-me à GRAVAD, esse fato revela importante aspecto social dos papéis de gênero, onde a mãe exerce forte influência na orientação dos filhos reproduzindo valores na construção de comportamentos (HEILBORN et al, 2006).

O aspecto ativo da sexualidade masculina e a passividade do comportamento feminino, revelados pela GRAVAD (HEILBORN et al, 2006), são reafirmados através da espontaneidade no início das relações sexuais em quase todas as entrevistas, assim como a relação sexual como fruto de uma relação amorosa para todas as mulheres, após algum tempo de namoro, como que selando um compromisso.

O impacto social e a mudança de valores e comportamentos resultantes de eventos como a epidemia de AIDS (HEILBORN et al, 2006), também foi reafirmado na história de Bruna, cuja proximidade da presença do perigo a fez tomar uma conduta bem diferente das demais entrevistadas.

As dificuldades expressas por metade das entrevistadas na comunicação sobre o tema da sexualidade, seja com suas mães ou até com outras pessoas, são expressões das dificuldades enfrentadas por muitas mulheres em lidar com a própria sexualidade (HEILBORN et al, 2006). A reação de medo frente a um fenômeno fisiológico, como a menarca, intimamente relacionado à vida reprodutiva das mulheres, também pode estar associada à mesma dificuldade. Essa moralidade expressa através de recato e pudor femininos aparecem em várias falas, que se referem à vergonha de conversar sobre o assunto com as mães, como Denise: “[...] tinha muita vergonha da minha mãe [...]”, e em outras, cujo início da sexualidade é referido como uma perda, provavelmente correlacionada à perda da virgindade, considerada um grande trunfo feminino.

Ainda que houvesse dificuldade no diálogo e negociação sobre o ato sexual, a iniciação sexual da maioria das entrevistadas não impediu que estratégias de contracepção fossem adotadas, na maioria dos casos conduzidas pelos parceiros, com exceção de Bruna. Estes padrões de comportamento também foram identificados na pesquisa GRAVAD (HEILBORN et al, 2006), em jovens com perfil socioeconômico semelhante ao das mulheres entrevistadas nessa pesquisa, principalmente quanto ao baixo nível de escolaridade das mulheres e de suas mães. Quanto a este aspecto, é interessante notar o caso de Sandra, que possui o maior nível de escolaridade e também foi a entrevistada que teve sua iniciação sexual mais tardia e com o maior tempo de relacionamento.

3.3.6 Gravidez

Todas as mulheres entrevistadas tiveram gestações fisiológicas, sem histórico de abortamentos ou tentativas de abortamento. Com exceção de Sandra que engravidou aos dezessete anos, todas as outras entrevistadas engravidaram aos quinze anos. A seguir discorrerei sobre as subcategorias selecionadas.

Planejamento e aceitação da gravidez

Nenhuma das entrevistadas alegou planejamento da gestação, nem Bruna, que embora não tenha planejado a gravidez, sabia até o dia em que engravidou: “[...] engravidei da minha filha dia quatro de janeiro [...]”. Todas as entrevistadas referiram medo ao descobrirem que estavam grávidas, e metade delas pensou em interromper a gestação, mas foram impedidas por suas mães, que tinham medo que algo ruim acontecesse à saúde delas.

[...] pensei até em tirá. [...] minha mãe descobriu que minha menstruação tava atrasada [...] minha mãe falô que não vai tirá, que sabe que hoje em dia que pode tirá filho que pode ir a mãe junto com a criança [...] “(Denise).” [...] minha primeira ideia foi de tirá, ah eu so muito nova pra tá grávida [...] “ (Anita) e “[...] tava no segundo ano, ia fazer faculdade, tava tudo planejado já, fiquei triste né, mas depois acabei aceitando [...] (Sandra).

O tempo decorrido entre o início do relacionamento e a gravidez foi em média de um ano para todas as entrevistadas, exceto Sandra, que namorou cinco anos antes de engravidar. Os pais dos filhos de Bruna, Thaís e Sandra foram seus primeiros namorados. Todas as entrevistadas referiram interrupção do uso do contraceptivo oral, assim como uso irregular de preservativo masculino na época em que engravidaram.

Acompanhamento da gestação

Metade das entrevistadas iniciaram o Pré-Natal no primeiro trimestre de gestação, Bruna, Denise e Sandra. Thaís e Sabrina disseram que demoraram a descobrir que estavam grávidas, atrasando com isso o acompanhamento da gravidez. Segundo elas, continuaram menstruando de forma irregular e isso atrapalhou o diagnóstico da gravidez, tendo ambas iniciado o Pré-Natal no quinto mês de gestação.

Anita disse que só descobriu a gravidez com quatro meses e que logo após começou seu acompanhamento no posto de saúde próximo à sua casa. Nenhuma delas reclamou de demora no agendamento de consultas de Pré-Natal nas unidades de saúde.

Apoio da família e do parceiro

Todas as entrevistadas apresentaram algum receio de revelar a gravidez às suas mães, exceto Sandra que disse ter uma relação de cumplicidade com a mãe.

Bruna demorou dois meses para contar à sua mãe que estava grávida. Denise, Thais e Sabrina disseram que as mães descobriram as gestações porque não conseguiram esconder sintomas como excesso de sono, enjoos e desmaios. Anita contou primeiro à mãe que estava grávida, por ter tido mais receio de contar ao parceiro que à sua mãe. Todas as mães deram apoio às filhas e a metade delas continuou coabitando com suas famílias de origem.

A maioria dos parceiros deu apoio às mulheres quando foram comunicados da ocorrência da gravidez, oferecendo moradia, auxílio financeiro e assumindo a paternidade legalmente. O companheiro de Denise, que estava com dezenove anos na época em que ela engravidou, já tinha um filho de um mês de idade e teve dificuldades de aceitar e assumir a dupla responsabilidade. Depois de um primeiro momento de tensão e pressionado pela mãe de Denise, ele assumiu o relacionamento e a paternidade do filho que estava por vir.

Mudanças na vida das mulheres após a gravidez

A principal mudança ocorrida após a gravidez foi a interrupção das atividades escolares para a maioria das entrevistadas, exceto Anita que é analfabeta, como já foi dito anteriormente. Para Sandra esta foi a mudança mais difícil de aceitar, pois seus planos de dar continuidade aos estudos e ter mais oportunidades profissionais foi adiada por um tempo ainda indeterminado.

Bruna, Denise e Anita passaram a ter sua própria família e com isso a se dedicar exclusivamente aos cuidados da casa, dos filhos e dos maridos. Uma mudança que deixou sentimentos de perda em todas elas, dos tempos que saíam com as amigas, que podiam dançar e se divertir.

Bruna e Thaís tentaram voltar a estudar e trabalhar, mas desistiram pela dificuldade de não ter com quem deixar os filhos. Sabrina foi a única que estava empregada no momento da entrevista, embora também se queixasse das dificuldades que tinha em conciliar a maternidade com o emprego e com o projeto de retomar seus estudos.

Visão da maternidade

A visão que as jovens tinham da maternidade foi bastante reveladora da parte fantasiosa e paradisíaca culturalmente associadas à função materna. Bruna, a primeira entrevistada, me contou que para ela ser mãe era como se fosse “ [...]

brincar de boneca [...]”. Já Denise, que cuidou de seus irmãos e se sentia revoltada com isso, achou que sua mãe assumiria os cuidados de seu filho“ [...] pensei que minha mãe ia cuidar, eu ia continuar minha vida [...] ficava com raiva da minha barriga [...] odiava trocar fralda né, odiava cuidar [...]”.

Thaís me disse que nunca pensou que ser mãe fosse difícil “ [...] eu pensava que era mil maravilhas né? [...] ”, já Anita só tinha medo de perder a liberdade, Sabrina achou que fosse mais fácil e Sandra disse que achava bonito ser mãe, mas depois se deu conta do trabalho “[...] nos outros é bonitinho né? Na gente, a gente tem que pegar vinte e quatro horas [...] criança não para [...]”

A análise da categoria revelou que gravidez das mulheres entrevistadas foi emancipatória na passagem para a vida adulta, mesmo para aquelas que continuaram morando com as famílias de origem. Ainda que algumas mães como as de Sabrina e Sandra estivessem mais presentes auxiliando nos cuidados, a maior parte das responsabilidades foram atribuídas a elas. Este comportamento, também identificado na pesquisa GRAVAD (HEILBORN et al, 2006), reforça a emancipação feminina através da gravidez e da figura masculina, principalmente entre as camadas socioeconômicas mais baixas.

Outro dado revelado na pesquisa GRAVAD (HEILBORN et al, 2006), diz respeito à diferença etária entre os parceiros como uma forma de assegurar a possibilidade conjugal. Mesmo em termos quantitativamente inferiores, esta situação surge justamente no relacionamento da mulher mais vulnerável do grupo entrevistado. Anita engravidou de seu quarto namorado, quatorze anos mais velho que ela, que tinha sua própria moradia, separada da de seus familiares e tinha seu próprio negócio.

Quanto às subcategorias, pode-se observar que, embora todas as entrevistadas tenham negado um planejamento prévio da gestação, após algum tempo de namoro, todas relaxaram quanto ao uso dos métodos contraceptivos que resultaram na gravidez como uma “intencionalidade não declarada”. Heilborn (2006) também destacou a intencionalidade em sua pesquisa superando a ideia de desconhecimento a respeito dos métodos contraceptivos, em que a gravidez representa afirmação da capacidade reprodutiva, uma forma de prova de amor tornando pública a relação e também símbolo do status de adulta para as mulheres.

Ainda que todas tenham se queixado da dificuldade de retornar às atividades escolares e dos baixos salários decorrentes da desqualificação profissional, a reprodução de um modelo patriarcal, onde o homem é o maior provedor foi reproduzida por todas as entrevistadas, mesmo aquelas que continuaram morando com suas famílias de origem, recebiam apoio financeiro dos pais de seus filhos.

A visão fantasiosa da maternidade e as escolhas das mulheres revelam uma perspectiva de vida muito diferente daquelas adotadas por mulheres de outras classes sociais que trouxeram a taxa de fecundidade brasileira para patamares abaixo da reposição populacional nas últimas décadas, como revelou o último censo brasileiro (IBGE, 2010).

3.3.7 Relação Estado/Sociedade

Deixei esta categoria para o final pois foi desta maneira que abordei este tema, no final das entrevistas. Embora estivéssemos falando de instituições prestadoras de serviços norteados por políticas sociais, em nenhum momento as entrevistadas se expressaram de forma propositiva quanto à possibilidade de participação em eventuais mudanças no que lhes estava sendo oferecido de forma insatisfatória.

Desta forma, terminei as entrevistas questionando a noção de direitos, deveres e cidadania. A cada uma foi perguntado se os serviços oferecidos pelas instituições públicas eram um direito ou favor prestado pelos governos, como escolhiam os candidatos nas eleições em que participaram e qual o significado de cidadania. Quanto a este tema, interessante citar que a maior liderança comunitária local é um traficante, que participa do Colegiado Gestor organizado pela CF Carioca com as lideranças comunitárias locais.

Metade das entrevistadas, Bruna, Denise e Thais, afirmaram serem os serviços prestados um favor e um dever ao mesmo tempo, após esboçarem dúvidas a respeito. Anita foi a única que afirmou estar recebendo um favor, enquanto Sandra, ao contrário, afirmou ser um dever. Sabrina disse que apenas a Saúde era um dever do Estado: “[...] a Clínica da Família é um direito de todo ser humano que não tem condição de pagar um plano de saúde, ter um médico decente, um hospital, alguma coisa, mas infelizmente não é isso que acontece [...]”.

Quanto ao significado de cidadania, nenhuma entrevistada soube responder, assim como todas relataram falta de confiança nos políticos brasileiros.

Ao analisar essa categoria, constatei que apesar da vulnerabilidade social do grupo entrevistado, cujo acesso às políticas sociais poderia possibilitar uma ruptura desse padrão, prevalece um distanciamento da vida política, como se esta não fizesse parte da realidade em que vivem. Essas mulheres formam uma parcela da sociedade cuja liberdade no exercício da democracia encontra obstáculo na ação.

A referência jurídica moderna sobre sujeitos titulares de direitos indica uma grande novidade: fruto de grande conquista civilizatória, os direitos modernos são subjetivos, ou seja, são direitos do sujeito, o qual para ser titular precisa, como condição imprescindível à sua fruição, ser capaz de agir (PINZANI e REGO, 2013, p.76).

Nesse sentido, a ideia de cidadania e sua reciprocidade com a comunidade política de sua nação encontra-se distanciada por diversos motivos. Seja por uma sociedade, que por sua assimetria social, cria um distanciamento de interesses, de respeito mútuo e de direitos à participação política, seja por um Estado que reflete e reproduz essa assimetria.

As *capabilities* necessárias para a participação na vida política dependem de um acesso a condições que permitam às pessoas um sentimento de pertencimento à comunidade, ou seja, oportunidades reais que se encontram vinculadas às circunstâncias pessoais e sociais, em condições de igualdade de direitos. Esses processos são efetivos às liberdades de ações e decisões (SEN, 2010).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ainda que a maior parte das entrevistadas tenham referido alguma informação proveniente do setor educacional em relação à aquisição de conhecimentos sobre sexualidade anterior à gravidez, primeiro objetivo desta pesquisa, as informações provenientes da própria família superaram a importância das outras fontes de informação. Conscientemente nenhuma das mulheres entrevistadas teve intenção de engravidar, embora algumas tenham interrompido definitivamente o uso dos métodos contraceptivos habituais, enquanto outras relataram o uso de preservativos masculinos de forma irregular, mesmo sabendo do risco que corriam de engravidar.

Quanto ao apoio à maternidade e inserção social, a interrupção das atividades escolares e dificuldades na reinserção escolar, resultando em limitações no acesso a melhores oportunidades de trabalho, foi uma trajetória comum entre elas. A maioria das mulheres entrevistadas possui baixa escolaridade, com ensino fundamental incompleto, sendo uma analfabeta, reproduzindo o contexto familiar em que estavam inseridas. A única que teve ascensão escolar, distanciando-se de seu contexto familiar, acabou interrompendo seu projeto educacional por causa da gravidez.

A entrada na vida adulta através da maternidade, seja pela formação de um novo núcleo familiar, seja pela entrada no mercado de trabalho, ou pelo simples fato de se tornarem responsáveis pelos cuidados de seus filhos, trouxe mudanças na vida de todas as entrevistadas. A visão lúdica que a maioria apresentou em relação à maternidade, contrasta com a realidade das responsabilidades assumidas por elas e com a pouca autonomia em relação à condução de suas vidas. Todas possuem algum grau de dependência financeira dos maridos ou da própria família de origem, gerando insatisfações que se distanciam de serem solucionadas, quer pela baixa escolaridade, quer pela falta de recursos que interrompam esse ciclo, como a oferta de creches públicas e gratuitas para suas crianças. Um contraste perverso quando comparado a oportunidades das mulheres de classes sociais mais elevadas, em que o adiamento da maternidade vem se tornando uma constante, em prol de uma formação profissional que amplie o potencial de disputa num mercado de trabalho cada vez mais exigente em termos de capacitação técnica.

As mulheres entrevistadas nessa pesquisa permanecem fora do mercado de trabalho, ou se submetem a baixas remunerações de trabalhos que exigem pouca qualificação profissional. As mudanças do perfil demográfico com aumento da razão de dependência, atribuída principalmente pelo número de idosos, com baixo incentivo do ingresso de mulheres no mercado de trabalho, através do apoio à maternidade e à infância, vem sendo discutido como fator relevante no desequilíbrio das contas públicas pelo déficit fiscal acarretado (ESPING-ANDERSEN, 2009) e uma grande parte de mulheres jovens brasileiras continua perpetuando este ciclo de exclusão social através da escolaridade e do trabalho.

Propostas para elaboração de políticas públicas que alcancem estas mulheres vêm sendo construídas por diversos atores sociais. O livro que abarca a pesquisa GRAVAD, 'O Aprendizado da Sexualidade', faz propostas em seu último capítulo em que trata a questão política como uma 'discriminação positiva', ou seja, aponta para soluções como a priorização de vagas no mercado de trabalho para este grupo, aumento do número de creches, ampliação do acesso às unidades de saúde e às escolas, com incorporação de temas relativos à sexualidade e igualdade de gêneros (HEILBORN et al, 2006).

Muitas destas propostas já existem em documentos como as Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde (DINAISAJ), publicado em 2010 pelo MS e o programa de incentivo financeiro para construção de creches do governo federal, Brasil Carinhoso, lançado em 2012. No âmbito da Educação, o Referencial Curricular Nacional para a Educação Infantil (RCNEI) e os Parâmetros Curriculares Nacionais (PCN) para o Ensino Fundamental, que fazem parte dos instrumentos que orientam a construção de políticas públicas de educação no Brasil, trazem a abordagem sobre as questões de gênero, orientação sexual, raça e etnia. (VIANNA et al, 2006)

O Programa Saúde na Escola, criado em 2007 pelo Ministério da Saúde e Ministério da Educação, como política intersetorial, é outra política pública a ser analisada quanto às suas possibilidades. O componente II do referido programa prevê ações de promoção da cultura de paz e direitos humanos, sobre saúde sexual e reprodutiva, prevenção às doenças sexualmente transmissíveis, prevenção ao uso de drogas, dentre os temas que compõem o módulo. Discussões de gênero, respeito

às diversidades, estímulo à solidariedade e fomento ao protagonismo infanto-juvenil, são algumas das atividades propostas com objetivo de promover a construção de cidadãos aptos à inserção social com pleno desenvolvimento de aptidões e respeito mútuo (Decreto Nº6.286, 2007).

Por fim, a percepção de cidadania e participação na vida pública também revelou um grande distanciamento entre as jovens entrevistadas e o poder público. O déficit cognitivo e a pobreza se apresentam como fatores de desestruturação social, no que diz respeito à formação de 'sujeitos capazes de agir' e usufruir dos direitos de cidadania.

Muitos caminhos estão abertos para a construção de uma agenda que trate as questões que envolvem decisões e perspectivas de futuro de nossos jovens, incluindo a conciliação entre a maternidade e outras funções sociais. A implementação destas ações, para além de instrumentos legais e recursos financeiros que possibilitem uma organização estrutural, dependem de questões ideológicas que ainda estão presentes, como obstáculos, na maioria das instituições nacionais.

Em tempos de austeridade econômica, como a os tempos em que vivemos hoje no Brasil, os gastos com políticas sociais vêm sendo contingenciados e reformulados. Políticas sociais que incentivem a entrada de mulheres no mercado de trabalho, aumentando a população economicamente ativa não podem ser consideradas como gasto e sim como investimento social. Além disso, um Estado que investe em sua sociedade, a capacita para uma participação pública mais efetiva na formulação de políticas que diminuam as desigualdades que tanto sofrimento geram aos seus indivíduos e também se prepara para entrar na disputa por mercados cada vez mais exigentes. Que desafios ainda precisam ser solucionados para a elaboração e implementação de políticas públicas mais inclusivas para as mulheres brasileiras?

REFERÊNCIAS

- ALVES, J.E.D.; VASCONCELOS D.S.; CARVALHO A.A. Estrutura etária, bônus demográfico e população economicamente ativa no Brasil: cenários de longo prazo e suas implicações para o mercado de trabalho. **Textos para Discussão CEPAL – IPEA**; 1528. Brasília, 2010.
- ARRETCHE, M. Relações federativas nas políticas sociais. **Educação Social**. 23 (80): (p.25-48), Campinas, 2002.
- AYRES, J.R.C.M. **O Conceito de Vulnerabilidade e as Práticas de Saúde**: Novas Perspectivas e Desafios. In: CZERESNIA D, FREITAS CM, (org). *Promoção da Saúde: Conceitos, Reflexões, Tendências*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2003. (p.117-139)
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Ed. 70, 2004.
- BEHRMAN, R.E.; KLIEGMAN, R.; JENSON, H.B. **Nelson**: tratado de Pediatria. Rio de Janeiro: Ed Elsevier, 2009.
- BOBBIO, N. **A Era dos Direitos**. Rio de Janeiro: Ed. Campus, 1992.
- CASTELO BRANCO, V.M. **Emoção e razão**: os sentidos atribuídos por profissionais de saúde à atenção ao adolescente (Dissertação de Mestrado em Saúde Coletiva). Rio de Janeiro: UFRJ/NESC, 2002.
- BRASIL, Presidência da República, Casa Civil. **Decreto Nº 6.286, de 05 de dezembro de 2007**. Disponível em: www.planalto.gov.br, acesso em 18/06/2015.
- BRASIL. Congresso Nacional. **Lei nº. 8069, de 13 de julho de 1990**, Estatuto da Criança e do Adolescente. Disponível em: www.planalto.gov.br; acesso em 20/10/2014.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012**. [Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos:Disponível em: <http://www.conselho.saude.gov.br>; acesso em: 30/01/2015.
- BRASIL. Congresso Nacional. **Constituição Federal de 1988**. Disponível em: www.planalto.gov.br; acesso em:20/10/2014.

BRASIL. Ministério da Educação. Portal da Educação. **Governo lança programa para a construção de mais creches** (14/5/2012). Disponível em: www.mec.gov.br; acesso em 07/01/2016.

BRASIL. Ministério do Planejamento. PAC. Websérie Mochilão BR. **Bairro Carioca**. Disponível em: www.pac.gov.br, acesso em 04/02/2016.

BRASIL, Ministério da Saúde. Blog da Saúde. **Mais brasileiras esperam chegar aos 30 para ter o primeiro filho** (29/10/2014). Disponível em: www.blog.saude.gov.br; acesso em 24/04/2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS (DATASUS). Estatísticas vitais. **Mortalidade materna**. Disponível em: www.datasus.gov.br; acesso em 21/8/2014.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas - **Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens, na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde**, Brasília, DF, 2010.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Orientações Básicas de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes nas Escolas e Unidades Básicas de Saúde**, Brasília, DF, 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Saúde Reprodutiva: gravidez, assistência pré-natal, parto e baixo peso ao nascer. **SAÚDE BRASIL 2004 – UMA ANÁLISE DA SITUAÇÃO DE SAÚDE**: Cap.2 (p. 69-83). Disponível em: www.bvsmms.saude.gov.br; acesso em 24/04/2015.

BRUSCHINI, C. uma abordagem sociológica da família. **R. Brasileira de Estudos de População**, São Paulo, v. 6 n.1 p.1-23, jan./jun., 1989.

BURKE, M.L.G.P. Entrevista com Zigmunt Bauman. **R. Tempo social**, São Paulo, Vol 16 (1): (p.301-325) Jun. 2004.

CAMARANO, A.A.; MELLO, J.L.; PASINATO, M.T.; KANSO, S. Caminhos para a Vida Adulta: as múltiplas trajetórias dos jovens brasileiros. **R. Última Década**, Santiago, v.12 n.21 p.11-50, Dez, 2004.

- CHÂTELET, F.; DUHAMEL, O.; PISIER-KOUCHNER, E. **História das Ideias Políticas**. Rio de Janeiro: Ed. Zahar, 2009.
- COIMBRA, C.; BOCCO, F.; NASCIMENTO M.L. Subvertendo o conceito de adolescência. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, v. 57, n. 1, p. 2-11, 2005.
- COSTA, M.C.O.; BIGRAS, M. Mecanismos pessoais e coletivos de proteção e promoção da qualidade de vida para a infância e adolescência. **Ciência & Saúde Coletiva** 12(5): 1101-1109, 2007.
- CUNHA, J.P.M. Um sentido para a vulnerabilidade sociodemográfica nas metrópoles paulistas. **R. bras. Est. Pop.**, Campinas, v.21, n 2, (p.343-345), Jul/Dez, 2004.
- DELGADO, G.; JACCOUD, L.; NOGUEIRA, R. P. Políticas Sociais: acompanhamento e análise. Cap.I. **Seguridade Social: Redefinindo o alcance da Cidadania**. Disponível em: www.repositorio.ipea.gov.br, acesso em 14/12/2015.
- ELIAS, N. **A sociedade dos indivíduos**. Rio de Janeiro: Zahar, 1994.
- ESEINSTEIN, E. Adolescência: definições, conceitos e critérios. **R. Adolescência & Saúde**, 2(2): 6-7, Rio de Janeiro, NESA-UERJ, 2005.
- ESPING-ANDERSEN, G. **Três lições sobre o Estado-Providência**. Lisboa: Ed Campo da Comunicação, 2009.
- ESPING-ANDERSEN, G; GALLIE, D.; HEMERIJCK, A.; MYLES, J. **Why we need a new** . New York: Oxford University Press, 2002. [Cap.1(p.1-67)]
- FERNANDES, F.M.B. **Análise da capacidade institucional de atuação da ASAJ/DAPES/SAS/MS**: um olhar sobre a PNAISAJ e a PNAISARI(Tese Doutorado). Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/Fiocruz, 2013.
- FERREIRA et al. Adolescência através dos Séculos, **R. Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v.26(2), p.227-234, Universidade Federal de São Paulo, 2010.
- FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (UNFPA). Divisão de Informação e Relações Externas. **El Estado de la Población Mundial 2013**, Maternidad en la Niñez. Enfrentar el reto del embarazo en adolescentes. Nova Iorque: UNFPA., 2013.
- GIDDENS, A. **Modernidade e Identidade**. Rio de Janeiro: Ed Zahar, 2002.
- GROSSMAN, E. A construção do conceito de adolescência no Ocidente. **Adolescência & Saúde**. 7(3): (p.47-51), 2010.

HELD, D.; MCGREW, A. **Prós e Contras da Globalização**. Rio de Janeiro. Ed Zahar, 2001.[Cap. 1 (p.11-23)]

HEILBORN, M.L.; CABRAL, C.S.; BRANDÃO, E.R.; FARO, L.; CORDEIRO, F.; AZIZE, R.L. Itinerários abortivos em contextos de clandestinidade na cidade do Rio de Janeiro. **R. Ciência & Saúde Coletiva**, 17(7):1699-1708, 2012.

HEILBORN, M.L.; AQUINO, E.M.L.; BOZON, M.; KANUTH, D.R. **O aprendizado da sexualidade**: reprodução e trajetórias sociais de jovens brasileiros. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006.

HEMERIJCK, A. **Changing Welfare States**. Oxford: University Press, 2013.[Cap. 2 (p.23-85)]

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Dados populacionais. Pirâmides etárias – Censo 2010. Disponível em: www.ibge.gov.br; acesso em 19/01/2015.

_____. Projeção da população por sexo e idade: Brasil 2000-2060 Unidades da Federação 2000-2030-ago/2013-Disponível em: www.ibge.gov.br; acesso em 04/02/2015.

LEITE, V. **Sexualidade adolescente como direito?** A visão de formuladores de políticas públicas. Rio de Janeiro: EDUERJ, 2013.

MACK, N. et al. **Qualitative Research Methods: a data collector's field guide, Family International Studies**, North Carolina, 2005.

MAGALHÃES, M.L.C. et al. Gestação na adolescência precoce e tardia – há diferençanos riscos obstétricos? **Rev Bras Ginecol. Obstet.** 2006, 28(8): 446-52.

MARIOTONI et al. A gravidez na adolescência é fator de risco para o baixo peso ao nascer? **Jornal de Pediatria**, 74(2): 107-113.Rio de Janeiro, 1998.

MARSHALL, T.H. **Cidadania, classe social e status**, Rio de Janeiro: Zahar, 1967. [Cap.3 (p.57- 114)]

NJAINE, K.; ASSIS, S.G.; CONSTANTINO, P..**Impactos da Violência na Saúde**, Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2007.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2008. **Relatório Mundial de Saúde: Cuidados de Saúde Primários agora mais que nunca**. Relatório Mundial de Saúde. Organização Mundial de Saúde, 2008.

PERES, F.; ROSENBERG, C.P. Desvelando a concepção de adolescência/ Adolescente presente no discurso da Saúde Pública. **Saúde e Sociedade**. 7(1): (p.53-86), 1998.

PIERSON, P. **New Politics of Welfare State**. New York: The Oxford University Press, 2002. [Cap. 13 (p.410-456).]

PIERSON, C.; CASTLES. **The Welfare State: A Reader**. Cambridge: Polity Press, 2.000. (p.18-31)

PINZANNI, A. Reconhecimento e Solidariedade. **ethic@**, Florianópolis, 8(3): 101-113, 2009.

PINZANNI, A.; REGO, L.W. **Vozes do Bolsa Família. Autonomia, dinheiro e cidadania**. São Paulo. Ed. Unesp, 2013.

POLANYI, K. **A subsistência do homem** e ensaios correlatos. Rio de Janeiro: Contraponto, 2012.

RIO DE JANEIRO. Instituto Pereira Passos. Armazém de Dados. **Número de nascidos vivos, segundo a idade da mãe** por Área de Planejamento (AP) e Região Administrativa (RA) de residência – 2002. Disponível em: <http://www.armazemdedados.rio.rj.gov.br>; acesso em 09/03/2015.

RIO DE JANEIRO. Secretaria Municipal de Saúde. Subsecretaria de Vigilância em Saúde. Subsecretaria de Atenção Primária e Vigilância. **Saúde Em Foco: Estatísticas Vitais 2000 a 2011**. Série F. Estatística e Informação em Saúde. Rio de Janeiro: SMS, 2012.

RIO DE JANEIRO. Secretaria Municipal de Saúde. Subsecretaria de Vigilância em Saúde. Subsecretaria de Atenção Primária e Vigilância. Gerência de Informações Epidemiológicas. **Nascidos vivos por idade da mãe**. Disponível em <http://www.saude.rio.rj.gov.br>; acesso em 23/02/2015.

RIO DE JANEIRO. Secretaria Municipal de Saúde. Gerência de Saúde do Adolescente. Oficina de Apresentação do Projeto: **Mães Adolescentes e suas Crianças**. Rio de Janeiro, apresentação em 10/3/2014.

RIO DE JANEIRO. Secretaria Municipal de Saúde. Coordenação da Área de Planejamento 3.2. **Oficina Teias**. Rio de Janeiro, apresentação em 31/05/2012.

RODRIGUES, P.H.A. **Apocalipse não: O Estado de Bem Estar Social Sobrevive à Onda Neoliberal** (Tese de Doutorado). Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social/ UERJ, 2003.

SEN, A. **Desenvolvimento como liberdade**. Ed. Cia das Letras. São Paulo, 2010.

SETTON, M.G.J. A teoria do habitus em Pierre Bourdieu: uma leitura contemporânea. **Revista Brasileira de Educação**. São Paulo, 20: 60-164, Maio/Jun/Jul/Ago. 2002.

SCHWARTZMAN, S. **As causas da Pobreza**. Ed. FGV. Rio de Janeiro – R.J. – Brasil, 2004. (p.7-29)

WACQUANT, L. Esclarecer o habitus. Publicado originalmente em *International Encyclopedia of Economic Sociology* (Jens Beckert e Milan Zafirovski, eds.). London: Routledge, 2004, p. 315-319. Traduzido do inglês por José Madureira Pinto e Virgílio Borges Pereira; revisto por Carla Augusto e Loïc Wacquant. A presente versão foi publicada em **Sociologia. Revista do Departamento de Sociologia da Faculdade de Letras da Universidade do Porto**, Portugal, n. 14, 2005, p. 35-41. Revisão e adaptação para o português falado no Brasil: Ana Paula Hey e Afrânio Mendes Catani.

VIANNA C.; UNBEHAUM S. Gênero na Educação Básica: Quem se Importa? Uma Análise de Documentos de Políticas Públicas no Brasil. **Educação. Social**, Campinas, vol. 27, n. 95, p. 407-428, maio/ago. 2006 .

APÊNDICE A- ROTEIRO DE ENTREVISTAS

Roteiro para pesquisa qualitativa com jovens mulheres de 19 a 22 anos (com história de gestação antes dos 19 anos e critérios de vulnerabilidade pré-selecionados).

Parte Geral:

1. Identificação
2. Data de nascimento
3. Escolaridade
4. No caso de interrupção: quando e por quê
5. Religião
6. Endereço atual
7. Com quem reside
8. Ocupação dos residentes no domicílio
9. Informações sobre a saúde e os hábitos dos residentes (acamados, transtornos mentais, usuários de álcool e outras drogas)
10. Outros endereços
11. Informações sobre as condições de moradia anteriores
12. Idade da mãe
13. Escolaridade da mãe
14. Idade do pai
15. Escolaridade do pai
16. Irmãos (gênero e idade)
17. Informações sobre a saúde dos familiares (nucleares)

Informações sobre a infância e adolescência:

1. Hábitos na infância (atividades mais frequentes: brincadeiras, leitura, jogos, TV, etc)
2. Relacionamento com amigos e familiares na infância
3. Hábitos na adolescência (locais preferidos, atividades preferidas, etc)
4. Relacionamento com amigos e familiares na adolescência
5. Que situações (boas e ruins) marcaram a infância

6. Que situações (boas e ruins) marcaram a adolescência (10 aos 19 anos)
7. Tinha projetos para o futuro

Informações sobre as experiências com as políticas sociais:

1. Informações sobre as escolas que frequentou (com que idade ingressou na escola pela primeira vez, em quantas escolas estudou, relacionamento com professores, colegas e aprendizado)
2. Algum fato marcante da vida escolar
3. Em algum momento da vida escolar o tema da contracepção, prevenção ou significados da maternidade foram abordados
4. Caso positivo, as informações foram importantes na idealização de ser mãe.
5. Informações sobre as instituições de saúde que frequentou (se lembra da primeira vez que foi a uma unidade de saúde, que tipo de instituição, quem a levou e por que, vínculos e frequência)
6. Lembranças das unidades de saúde que frequentou e percepções dos atendimentos realizados (dificuldades de acesso, tempo de espera na unidade, tempo na consulta, atenção, eficácia).
7. Fatos marcantes na utilização dos serviços de saúde.
8. Recebeu informações sobre prevenção e contracepção em algum momento nas unidades de saúde.
9. Como a entrevistada ou sua família tomaram conhecimento dos benefícios da assistência social (BF, programa habitacional, outros)

Informações sobre o aprendizado da sexualidade (tirados da pesquisa GRAVAD):

1. Com que idade menstruou pela primeira vez
2. Tinha informações sobre menstruação antes de acontecer pela primeira vez
3. Com quem conversou pela primeira vez sobre menstruação
4. Com quem conversou pela primeira vez sobre sexo
5. Comoteve informações sobre proteção e contracepção
6. Qual a importância da família nas informações recebidas
7. Qual a importância dos amigos nas informações recebidas
8. Qual a importância das instituições (escola, unidades de saúde)
9. Qual a importância da mídia (TV, revistas, etc)

Informações sobre o início da sexualidade (tirados da pesquisa GRAVAD):

1. Com que idade ficou ou namorou pela primeira vez
2. Que idade tinha o namorado
3. Onde conheceu o namorado
4. Quanto tempo durou o relacionamento
5. Com que idade teve a primeira relação sexual
6. Idade do parceiro
7. Onde conheceu o parceiro
8. Há quanto tempo conhecia o parceiro no momento da primeira relação
9. Quantos parceiros teve antes da primeira relação
10. Conversaram sobre a relação antes
11. Que método de proteção e contracepção foi utilizado
12. Qual o sentimento na época da primeira relação (paixão, curiosidade, etc)

Informações sobre a gravidez (tirados da pesquisa GRAVAD):

1. Com que idade engravidou
2. Qual a idade do pai na época da gravidez
3. Há quanto tempo estavam juntos
4. Quando tiveram a primeira relação sexual
5. O casal usou método contraceptivo, caso positivo, qual
6. Onde conseguiu o método e quem orientou a utilização
7. Quanto tempo depois ocorreu a gravidez
8. O método contraceptivo foi interrompido, por quê
9. A gravidez foi desejada ou houve tentativa de abortamento
10. Na época da gravidez, qual a ocupação dos pais
11. Houve união entre os pais
12. A gravidez foi motivo para mudança de residência
13. Quem se mudou (mulher ou o homem) e para onde
14. Houve separação. Quanto tempo depois
15. Como a gravidez mudou sua vida

16. Em relação à idealização inicial da maternidade, o que mudou

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Este documento é uma autorização para a participação no projeto de pesquisa “gravidez na adolescência”, realizado por usuárias da Clínica de Família Carioca, residentes no Bairro Carioca.

O objetivo da pesquisa é compreender de que forma os serviços públicos oferecidos contribuíram para a organização da vida da usuária, bem como a importância na decisão de se tornar mãe.

O tipo de pesquisa será realizado através de entrevistas com no máximo duas horas de duração, na residência ou na unidade de saúde, conforme acordo pré-estabelecido entre a entrevistadora e a entrevistada.

A pesquisa servirá para compreensão da visão que a usuária tem de sua condição de mãe e dos serviços públicos oferecidos. Não haverá riscos sociais, na medida em que haverá sigilo quanto à identidade da usuária, bem como quanto às informações fornecidas. Em caso de riscos psicológicos, a pesquisa será interrompida.

A qualquer momento a entrevistada poderá desistir da participação, sem qualquer problema para a mesma.

Qualquer esclarecimento adicional sobre a pesquisa será devidamente fornecido, quando assim for requisitado pela entrevistada.

Uma cópia deste documento será fornecida às participantes.

Eu, _____, declaro estar ciente dos objetivos desta pesquisa e fui devidamente informada quanto aos seus riscos e benefícios; e concordo em participar da mesma conforme exposto acima neste documento.

Data: _____

Assinatura da entrevistada _____

Assinatura da entrevistadora _____