

**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
FACULDADE DE HISTÓRIA, DIREITO E SERVIÇO SOCIAL**

DULCINÉIA LUCCAS SAKAMOTO

**A SAÚDE DE JOVENS MÃES: DESAFIOS PARA OS
SISTEMAS DE PROTEÇÃO SOCIAL**

FRANCA-SP

2008

DULCINÉIA LUCCAS SAKAMOTO

**A SAÚDE DE JOVENS MÃES: DESAFIOS PARA OS
SISTEMAS DE PROTEÇÃO SOCIAL**

Tese apresentada ao Programa de Pós Graduação em Serviço Social da Faculdade de História, Direito e Serviço Social, da Universidade Estadual Dr. "Júlio de Mesquita Filho", para obtenção do título de Doutor em Serviço Social. Área de Concentração: "Trabalho e Sociedade".

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Íris Fenner Bertani

FRANCA-SP

2008

Sakamoto, Dulcinéia Luccas

A saúde de jovens mães: desafios para os sistemas de proteção social / Dulcinéia Luccas Sakamoto. Franca: UNESP, 2008

Tese – Doutorado – Serviço Social – Faculdade de História, Direito e Serviço Social – UNESP.

1. Adolescência – Saúde sexual e reprodutiva. 2. Políticas públicas – Adolescentes – Brasil. 3. Família – Serviço Social.

CDD – 301.4315

DULCINÉIA LUCCAS SAKAMOTO

**A SAÚDE DE JOVENS MÃES: DESAFIOS PARA OS
SISTEMAS DE PROTEÇÃO SOCIAL**

Tese apresentada ao Programa de Pós Graduação em Serviço Social da Faculdade de História, Direito e Serviço Social, da Universidade Estadual Dr. “Júlio de Mesquita Filho”, para obtenção do título de Doutor em Serviço Social. Área de Concentração: “Trabalho e Sociedade”.

COMISSÃO EXAMINADORA:

Presidente :.....
Prof^a. Dr^a. Íris Fenner Bertani

1º Examinador:.....

2º Examinador:.....

3º Examinador:.....

4º Examinador:.....

Franca (SP), _____ de _____ de 2008

Aos meus queridos filhos, Fernanda e Renato, que dão o verdadeiro sentido para a minha vida, meus sonhos realizados, as responsabilidades conquistadas, clara dimensão de ser mulher, sem eles, nunca poderia saber como é ser mãe. Amo muito vocês.

Ao Sérgio, companheiro de todas as lutas, sempre presente nas dificuldades. Essa conquista é nossa!!!

À Dona Cida, mãe frágil e forte ao mesmo tempo, exemplo de renúncia, carinho e afeto incondicional. Obrigada por tudo.

AGRADECIMENTOS

A DEUS, que irradia luz todos os dias, fazendo-nos entender que quando escolhemos a paz, vivemos em paz.

A todas as jovens mães que participaram e gentilmente deram sua colaboração para a realização desse trabalho.

Aos coordenadores dos programas pela oportunidade de reflexão e discussão, oportunizando novos projetos para a saúde.

A todas as pessoas não citadas que, direta ou indiretamente, fazem parte desse trabalho e foram fundamentais para sua realização.

Obrigada!!!

Agradeço especialmente à minha querida orientadora, prof^a Dr^a Íris Fenner Bertani, que me ensinou que a única coisa que destrói os sonhos é resignar-se às concessões. Pois o que a lagarta interpreta como o fim do mundo é o que o professor denomina borboleta. Por mais que sejamos cultos, por mais que mereçamos, jamais conseguiremos uma vida melhor enquanto não possamos imaginá-la e não nos permitamos alcançá-la.

Uma sociedade não pode criar-se, nem se recriar sem criar, ao mesmo tempo, alguma coisa de ideal. Essa criação não é para ela uma espécie de ato suplementar com o qual se completaria a si mesma uma vez constituída; é o ato pelo qual ela se faz e se refaz periodicamente.

(Émile Durkheim, 1984)

SAKAMOTO, Dulcinéia Luccas. **A saúde de jovens mães: desafios para os sistemas de proteção social.** 2008. 220 f. Tese (Doutorado em Serviço Social) - Faculdade de História, Direito e Serviço Social, Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Franca, 2008.

RESUMO

Discutir a questão da saúde sexual e reprodutiva de jovens que tiveram filhos na adolescência postulou o enfoque deste estudo, entendendo que a necessidade do envolvimento dos sistemas de proteção social torna-se fundamental para a saúde integral. Pouco se tem estudado a respeito da proteção dessa jovem mulher, a constituição familiar, os processos de reorganização de suas famílias de origem, bem como o papel das políticas públicas nesses contextos. O quadro teórico está fundamentado nos estudos sobre a prevenção e promoção da saúde do MS, OMS, OPAS, PNAD, IBGE e Política Municipal de Saúde e em bases conceituais de Goldani, Machado, Lopes, Rubiol e Bracho entre outros. Participaram do estudo nove sujeitos, dois coordenadores de programas de atenção à saúde de crianças e adolescentes e sete jovens mães usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS). A partir de abordagem qualitativa, utilizou-se a entrevista como instrumento de coleta de dados, realizada na Secretaria Municipal de Saúde e Unimed de Ribeirão Preto, SP, e nos domicílios das jovens mães. Os dados foram analisados e agrupados ao redor de temas: saúde e educação de crianças e adolescentes e a realidade no cenário público e privado, vivências de jovens mulheres, o cotidiano familiar e social, sentimentos e significados experimentados pela maternidade, aspectos sexuais e reprodutivos, prevenção e promoção da saúde. As experiências de mães e profissionais retratam a importância dos cuidados com a saúde sexual e reprodutiva, embora a atenção voltada à educação e saúde para essas jovens mães esteja muito aquém da realidade dos programas estudados. Os mesmos se desenvolvem a partir de metas pré-estabelecidas e, segundo análise de conteúdo expressa pelas jovens, essas já não frequentam mais os bancos escolares, e não estão inseridas nos programas de saúde da família e planejamento familiar. Estão, sim, voltadas para seu mundo privado, cuidando dos filhos e da família, excluídas do processo social. Sendo assim, desconhecem as ações de prevenção e promoção da saúde. As experiências trazem contribuições para repensar a atenção à saúde das jovens mães "esquecidas" em seus lares. Ou seja, construir novas práticas de saúde passa pela conscientização que o saber não pode, por si só, resolver os problemas de saúde da população, mas é impulsionador para promover mudanças. É preciso conhecer mais sobre as necessidades de saúde da população, enfatizar as ações coletivas e intersetoriais e desenvolver processos educativos que caminhem para a liberdade, para que as pessoas conquistem o poder sobre suas vidas, seus corpos, sendo sujeitos ativos que buscam, coletivamente, transformar a sociedade num mundo mais justo e igualitário, onde todos possam usufruir as riquezas produzidas por todos, onde todos possam exercer o direito à vida e à felicidade.

Palavras-chaves: adolescência-juventude. saúde sexual e reprodutiva. políticas públicas. educação e saúde. família e serviço social.

SAKAMOTO, Dulcinéia Luccas. **Young mothers' health**: challenging the social protection systems. 2008. 220 f. Thesis (Doctorship in Social Work) - Faculty of History, Law and Social Work, University São Paulo State "Júlio de Mesquita Filho" – Franca, 2008.

ABSTRACT

The discussion of sexual and reproductive health in youngsters who have given birth during adolescence has postulated the emphasis of this study, assuming that the involvement of the social protection systems is fundamental for integral health. Little has been researched and studied about these young women, their family constitution, procedures for reorganizing their original families, and the role of public policies within these contexts. The theory is founded on the basis of studies aimed at health promotion and prevention of the Brazilian Ministry of Health, OMS (World Health Organization), OPAS, PNAD, IBGE (Brazilian Institute of Geography and Statistics), City Health Policies, and basic concepts by Goldani, Machado, Lopes, Rubiol and Bracho, amongst others. Nine subjects, two coordinators of programs attending to children and adolescent health, and seven young mothers depending on the Sistema Único de Saúde (SUS) (Unified Health System) have taken part in this study. Using the qualitative approach, interviews were the main resource to collect information, and were performed at the City Health Office and Unimed, in the city of Ribeirão Preto, SP, and at the residence of the subjected young mothers. The data collected was analyzed and classified according to the following themes: children and adolescents health and education and the reality of the public and private scopes; young women life experiences; family and social daily life; feelings experienced due to maternity; sexual and reproductive aspects; prevention and health promotion. Such experiences as described by the mothers and professionals reiterate the importance of sexual and reproductive health care, albeit the attention given to these young mothers concerning health and education is highly lacking when compared to the reality of the social programs studied. These programs are developed on the basis of previously established goals and, according to content analysis expressed by the youngsters, these young mothers are no longer attending school or included in programs of family health and planning. They are, on the contrary, focused on their own private world, looking after their children and family, excluded from social life. Thus, they are uninformed about the actions for health promotion and prevention. These results contribute to rethinking the attention given to these 'forsaken' young mothers and their homes. That is, creating new health practices that surpass the sense that knowledge cannot, by itself, solve the population health problems, in spite of being the motivating factor to promote changes. It is necessary to learn more about the health needs of the population, emphasize collective and intersectional actions and develop educational procedures that aim at freedom, so that people may have control of their lives, bodies, become active individuals that aim, collectively, at changing the society into a more equal and just world, where everyone can relish on the riches produced, where everyone can exercise the right to life and happiness.

Keywords: adolescence-youth. sexual and reproductive health. public policies. education and health. family and social services.

LISTA DE SIGLAS

ABESPSS	Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social
AIDS	Síndrome de Imunodeficiência Adquirida
AIH	Autorização de Internação Hospitalar
AIS	Ações Integradas de Saúde
APF	Ambulatório de Planejamento Familiar
ARSM	Ambulatório Regional de Saúde Mental
AS	Assistente Social
ASMDC	Ambulatório de Saúde Mental do Distrito Central
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CBAS	Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
Cenafoco	Centro Nacional de Formação Comunitária
CFESS	Conselho Federal de Serviço Social
CIT	Comissão Intergestora Tripartite
CMS	Centro Municipal de Saúde
CNPD	Comissão Nacional de População e Desenvolvimento
CODERP	Companhia de Desenvolvimento Econômico de Ribeirão Preto
Conanda	Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente
Conasems	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
Conasp	Conselho Nacional da Administração da Saúde Previdenciária
Conass	Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde
CONIN	Coordenação Materno Infantil
CPS	Capacitação Programa Saúde
CRESS	Conselho Regional de Serviço Social
CRST	Centro de Referência de Saúde do Trabalhador
CSE	Centro de Saúde Escola
CUBM	Centro Universitário Barão de Mauá
DAPS	Departamento de Assistência e Promoção a Saúde
DINSAM	Divisão Nacional de Saúde Materno-Infantil
DIR	Direção Regional de Saúde
DIU	Dispositivo Intra Uterino
DST	Doença Sexualmente Transmissível
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
EERP-USP	Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
ESS	Escola de Serviço Social
FNDE	Fundo Nacional de Desenvolvimento Educacional
FMRP-USP	Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
FSS	Faculdade de Serviço Social
Fundap	Fundação do Desenvolvimento à Pesquisa
FUV	Programa Floresce uma Vida
GEAVIDAS	Grupo de Estudos para Atenção às Vítimas de Violência Doméstica e Agressão Sexual
HC	Hospital das Clínicas
HIV	Vírus da Imunodeficiência Adquirida
Hygia	Functional Electrical Stimulation
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
IHAC	Iniciativa Hospital Amigo da Criança
IMS	Instituto de Medicina Social
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
IPH	Índice de Pobreza Humana das Nações Unidas
IPLAN	Instituto de Planejamento
JCC	Jovens Construindo a Cidadania
LBA	Legião Brasileira de Assistência
LOAS	Lei Orgânica de Assistência Social
LOM	Lei Orgânica do Município
LOPS	Lei Orgânica da Previdência Social
LOS	Lei Orgânica da Saúde
MS	Ministério da Saúde
NAI	Núcleo de Atendimento Integral
NAPD	Núcleo de Atenção à Pessoa Deficiente
NGA	Núcleo de Gestão Assistencial
NOB	Norma Operacional Básica
(NEPAIDS/IP–USP)	Núcleo de estudo e pesquisa AIDS/Instituto de Pesquisa da Universidade de São Paulo
NSMD	Núcleo de Saúde Mental do Distrito
Nupes	Núcleo de Estudos Político-Sociais em Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONG	Organização Não-governamental
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PACS	Programa Agentes Comunitários
PAIS	Programa de Ações Integradas de Saúde
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PALMA	Programa de Aleitamento Materno
PAM	Posto de Atendimento Médico
PAN	Ambulatório Geral de Especialidades Pediátricas
PETI	Programa de Erradicação do Trabalho Infantil
PI	Programa de Imunização
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio
PCH	Programa de Controle da Hanseníase
PCSF	Pólos de Capacitação de Saúde da Família
PCT	Programa de Controle da Tuberculose
PIB	Produto Interno Bruto
PITS	Programa de Interiorização de Trabalho em Saúde
PLANFOR	Plano Nacional de Formação
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PNDS	Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde
PNDS	Pesquisa Nacional de Desenvolvimento Social
PREV-Saúde	Programa Nacional dos Serviços Básicos de Saúde
PRM	Programa de Residência Médica
PROASE	Programa de Assistência Primária à Saúde do Escolar
PROMED	Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares nos cursos de Medicina

PRONERA	Programa Nacional de Educação e Erradicação do Analfabetismo
PRÓ-SAÚDE	Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde
PROSAD	Programa Saúde do Adolescente
PS	Posto de Saúde
PSF	Programa de Saúde da Família
PT	Partido dos Trabalhadores
RN	Recém-nascido
SAD	Serviço de Atendimento Domiciliar
SAMU	Serviço de Atendimento Médico de Urgência
SMDS	Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social
SME	Secretaria Municipal de Educação
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SAS	Secretaria de Assistência à Saúde
SASAD	Serviço de Assistência a Saúde do Adolescente
SESI	Serviço Social da Indústria
SPA	Serviço de Pronto Atendimento
SS	Serviço Social
SUDS	Sistema Único Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UACPS	Unidade Auxiliar de Cuidados Primários em Saúde
UBDS	Unidade Básica Distrital de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UMAMP	Unidade Municipal de Atendimento Médico Primário
Unaerp	Universidade de Ribeirão Preto
UNESP	Universidade Estadual Paulista
Unicef	United Nation Children's Fund (Fundo das Nações Unidas para a Infância)
UniP	Universidade Paulista
USP	Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	14
CAPÍTULO 1 A CONSTRUÇÃO HISTÓRICO-SOCIAL DA ADOLESCÊNCIA JUVENTUDE: ETAPA EVOLUTIVA	26
1.1 Cultura adolescente: produção acadêmica sobre juventude	27
1.2 Juventude e adolescência: categorias justapostas?	39
1.3 Saúde sexual e reprodutiva de jovens e adolescentes no Brasil	42
CAPÍTULO 2 AS POLÍTICAS PÚBLICAS DESTINADAS AOS JOVENS NO BRASIL: UM BALANÇO REFLEXIVO DA ATUAL CONJUNTURA	54
2.1 Aproximações em torno do tema: ampliação de direitos - O Estatuto da Criança e do Adolescente	55
2.2 O caráter plural das políticas sociais de educação e saúde: apreciações sobre ações voltadas às crianças e adolescentes no Brasil	61
2.3 Questões relacionadas a direitos sexuais e reprodutivos: desenvolvimento das tecnologias contraceptivas	73
CAPÍTULO 3 SISTEMAS E REDES DE PROTEÇÃO SOCIAL	83
3.1 Programas destinados à juventude no Brasil. Saúde do adolescente do governo federal	84
3.2 Planejamento familiar em saúde reprodutiva	93
3.3 O papel da família como mecanismo de proteção social no Brasil	100
CAPÍTULO 4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	115
4.1 Caracterizando o local da pesquisa	116
4.2 Tipo de estudo	122
4.3 Campo de estudo	125
4.4 Amostra	125
4.5 Aspectos éticos da pesquisa	126
4.6 Coleta de dados	126
4.7 Análise de dados	129
CAPÍTULO 5 ANALISANDO OS PROGRAMAS	135
5.1 Saúde da criança e adolescente e o cenário público	136
5.2 Interpretando a realidade no cenário privado	148
CAPÍTULO 6 DESVENDANDO SIGNIFICADOS E VIVÊNCIAS NO COTIDIANO DE JOVENS MÃES E SEU SEGMENTO	156
6.1 Aspectos familiares e sociais	157
6.2 Aspectos emocionais: vivências e significados	165
6.3 Aspectos reprodutivos: assistência à saúde e promoção da saúde	170
CONSIDERAÇÕES FINAIS	177

REFERÊNCIAS	188
APÊNDICES	
APÊNDICE A – Termo de consentimento livre e esclarecido	216
APÊNDICE B – Roteiro de entrevista – Coordenadores dos programas de saúde do adolescente	217
APÊNDICE C – Roteiro de entrevista – Jovens mães	218
ANEXO	
ANEXO A - Autorização do Comitê de Ética em Pesquisa	220

INTRODUÇÃO

Esta tese é resultado de um longo período de estudo, observação e pesquisas sobre adolescência, gravidez na adolescência, saúde sexual e reprodutiva, reincidência da gravidez na adolescência, famílias e políticas públicas e a participação e os desafios dos sistemas de proteção social.

Caracteriza a inquietude, enquanto pesquisadora da área da saúde desde 1997, em conhecer a complexidade do atendimento a jovens/mulheres que dão à luz precocemente numa maternidade que atende exclusivamente pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS).

O olhar sobre o tema se construiu na prática profissional, levando à reflexão e discussão em 2003, socializado em dissertação de mestrado, mostrando resultados alarmantes e preocupantes a respeito da falta de cuidados com a saúde dessas jovens mães. Constatou-se a inexistência de trabalhos específicos para a prevenção da gravidez precoce e não desejada/planejada, o atendimento a adolescentes, especificamente no período pré-natal, parto e puerpério, planejamento familiar, problemas ginecológicos e às doenças sexualmente transmissíveis (DSTs). O trabalho não era preventivo, pois aquele espaço apenas acolhia as mulheres para a realização dos procedimentos do parto.

Observou-se então, no decorrer do cotidiano profissional e no atendimento às jovens mães, a necessidade de haver trabalho anterior ao parto, trabalho preventivo, e esse deveria iniciar primeiramente no espaço familiar, nas escolas e nas redes básicas do município. Sendo assim, buscou-se no decorrer deste trabalho, traçar caminho metodológico que mostrasse a realidade desses espaços, entendendo que família e políticas públicas têm funções correlatas e imprescindíveis ao desenvolvimento e à proteção social dos indivíduos.

Devido aos estudos realizados anteriormente, a observação diária e reflexões constantes entre a teoria, a metodologia e a prática, já havia sido identificado esse problema na pesquisa de mestrado. Em Ribeirão Preto, SP, há atualmente excedente de leitos, sendo característica peculiar em relação à grande maioria dos municípios brasileiros, que têm déficit de leitos obstétricos. São oito Unidades Básicas de Saúde para atender o Complexo Aeroporto, porém deparou-se com grande dificuldade de acesso, principalmente nos casos de prematuridade e da

disponibilização de apenas duas unidades para o atendimento às adolescentes grávidas.

A regionalização do atendimento às gestantes visa proporcionar uma divisão distritalizada no atendimento, mas não tem o objetivo de cercear a livre escolha feita pelas mesmas. Sendo que a maternidade em referência atende locais determinados pela regionalização, compreendida como Complexo Aeroporto abrangendo os bairros Simione, Quintino Facci I e II, Valentina Figueiredo, Marinceck; Vila Mariana; Castelo Branco, Jardim Juliana, Santa Cruz, Jardim Zara, Vila Abranches, São José, Vila Albertina e Jardim Aeroporto.

Se se analisa que a maioria das mães adolescentes atendidas na maternidade reside próximo à mesma, sendo população de aproximadamente 156 000 habitantes no Complexo Aeroporto, ou seja, 40% do total de habitantes do município de Ribeirão Preto, estimada em 546 000 habitantes (IBGE, 2000a), constata-se que o sistema não consegue absorver essa população. Pois, mesmo com essa demanda significativa não havia na maternidade e em nenhuma das Unidades Básicas desse complexo, trabalho diferenciado ou direcionado para o segmento criança e adolescente, não se verificou nenhum programa específico para o atendimento às adolescentes grávidas.

Soube-se aqui que, de duas Unidades Básicas de Saúde (UBS) equipadas para atender adolescentes grávidas, apenas uma desenvolvia o programa de atividades com adolescentes, o Pronto Atendimento Médico (PAM II), chamado Unidade Básica de Saúde Dr^a. Terezinha Garcia José Gradim (TGJG) instalado no centro da cidade, funcionando com equipe multiprofissional, constituída de médico, enfermeira, assistente social, psicóloga e auxiliar de enfermagem. Constatou-se também, dificuldade no acesso ao transporte, pois embora as UBS estejam localizadas no centro do município de Ribeirão Preto, SP, não viabilizam transporte gratuito a toda a demanda.

Verificou-se que o trabalho nas Unidades Básicas de Saúde referenciadas para o atendimento específico para criança e adolescente, embora estivesse embasado no Manual de Normas de Atenção à Saúde Integral do Adolescente, do Governo Federal, não estava sendo executado de acordo com o mesmo. Essa percepção se deu durante a participação no Curso de Capacitação em Atendimento Integral do Adolescente do Governo, em 2003, para a implantação do programa estadual de saúde do adolescente (CPS), na instituição na qual a pesquisadora

trabalhava, observou-se vários entraves burocráticos, institucionais e políticos para a implantação e execução do programa, pois, para o seu funcionamento, esse dependia da implantação no município de Ribeirão Preto que também se encontrava em processo de capacitação de recursos humanos e, também, uma rede de atenção que não se limitasse somente ao nível primário e secundário de atenção básica, mas no envolvimento de políticas de educação e educação continuada em saúde.

Percebeu-se, na implantação do programa em 2004, impedimentos para o sucesso de sua execução, quando se iniciou grupos de adolescentes que estavam grávidas, pois, as mesmas não compareciam, e não procuravam pelo serviço específico, alegando ser mais fácil freqüentar a unidade mais próxima de suas casas. Desconheciam a especificidade e a importância do programa referido, pois esse não tinha sido socializado. Sendo assim, percebe-se que o mesmo não estava sendo sistematizado de forma eficaz, para atingir o seu objetivo. Constatou-se deficiência na estruturação e distribuição dos serviços de saúde, quando se analisou o percentual da demanda atendida.

Apesar dos inúmeros esforços realizados pela equipe de saúde da maternidade, juntamente com a escola de enfermagem e medicina da USP-SP, com a execução de cursos para gestantes e puérperas, os mesmos não atingiam o objetivo do atendimento dirigido somente às adolescentes, pois o fato de elas estarem grávidas, fazia com que se iguallassem às mulheres de outras faixas etárias, o que as tornava adultas na visão geral dos profissionais de saúde, sendo então tratadas como as demais.

O interesse pela continuidade da pesquisa cresceu no sentido de entender melhor esse processo, as políticas que envolvem a juventude, os direitos sexuais e reprodutivos de jovens e os sistemas e redes de proteção social.

Reconhecer a necessidade de rever instrumentos teórico-técnico-operativos para as instituições que cuidam de jovens adolescentes e que esses mecanismos se tornassem de fato veículo de informação e orientação dos serviços, integrando esses jovens e suas famílias para a tomada de decisões e responsabilidades sobre suas atitudes, com consciência, onde as prioridades sejam definidas de forma participativa, tornou-se de fundamental importância para se entender a dinâmica desse processo.

O interesse na construção de novos paradigmas, superando, nas questões de saúde, a visão restrita à assistência de forma que a prevenção e a promoção se incorporem, assumindo o significado da educação e da saúde como valor humano, num processo civilizatório, poderia ser um dos caminhos a trilhar por esses profissionais, viabilizando formas de elaboração de propostas e projetos, integrando as políticas de atenção à saúde dos jovens.

Refletindo sobre todas essas questões, entendeu-se que não basta somente a elaboração de políticas públicas e capacitação de profissionais de saúde, mas a efetiva conquista no acesso e desenvolvimento do trabalho nas instituições. Após trajetória exaustiva, desde a construção histórico-social da adolescência – juventude e sua etapa evolutiva, passando pela análise bibliográfica das políticas públicas destinadas aos jovens no Brasil e à atuação do Estado e de Programas do Governo Federal destinados aos jovens, adentrar-se-á o objeto de estudo que é a análise de dois programas do município de Ribeirão Preto, SP, sendo o primeiro Programa Saúde da Criança e Adolescente de âmbito público e, o segundo, Programa Sempre nas Escolas, da Unimed, de âmbito privado. Também complementar-se-á este estudo os depoimentos de sete mulheres que fizeram parte da pesquisa de 2003, correspondendo a 10% da amostra quantitativa utilizada na dissertação de mestrado de um total de 70 mulheres, oportunizando repensar todas as questões até então apresentadas por seus relatos, vivências e trajetórias, como usuárias desses serviços.

A busca por respostas que possam subsidiar a prática do assistente social leva a muitos questionamentos como entender porque as mulheres, principalmente as adolescentes/jovens, engravidam tão precocemente, reincidem no fato e se tornam mães tão jovens, às vezes assumindo sozinhas a maternidade, a construção de sua jovem família ou se agregando à sua família de origem com seus pequenos filhos, quais os problemas que jovens do sexo feminino e masculino encontram a respeito da responsabilidade quanto aos direitos sexuais e reprodutivos.

Refletir sobre a questão requer ir além das rotinas institucionais. É buscar apreender o movimento da realidade para detectar tendências e possibilidades nela presentes, passíveis de serem impulsionadas pelos profissionais.

Somente a investigação e a produção de conhecimento no meio profissional pode oferecer instrumentalização para se trabalhar o objeto de interesse aqui mostrado. Percebe-se que não é somente a partir da preocupação em produzir

conhecimentos que leva à busca, aqui, pela pesquisa, mas, a partir dela, levar à apropriação criteriosa do conhecimento produzido sobre o econômico, o social e o cultural, a sua historicidade, para que se possa nela intervir e construir demandas eficientes para o desvendamento da realidade, propiciando a captação das possibilidades de ações presentes nesse movimento, ou seja, que sejam pertinentes às necessidades postas.

Para isso, necessita-se de investigação mais sistemática e aprofundada do conhecimento produzido por essa realidade a ser trabalhada, para que se consiga captar o singular e o particular como parte e expressão da totalidade social.

Percebe-se que as adolescentes, quando engravidaram pela primeira vez, não tinham sido acompanhadas pelo atendimento de pré-natal nas Unidades Básicas de Saúde, por inúmeras situações: não contavam às mães que tinham vida sexual, não faziam uso de métodos contraceptivos, portanto, não passavam por consultas médicas. Também percebeu-se, nos resultados de Sakamoto (2003), que mesmo as adolescentes, tendo seu primeiro filho, não recebiam orientação adequada ao seu desenvolvimento psicossocial, ou não buscavam por esse atendimento.

Observou-se que lhes faltava não só a orientação da importância de acompanhamento pelo serviço básico, como também falta de apoio familiar. Por vezes, a tentativa de esconder a gravidez favorece à adolescente a não procurar pelo atendimento, acreditando assim que não seria descoberta. Algumas relataram que esconderam a gravidez da família até a hora do nascimento da criança.

Para o Serviço Social, não basta apenas conhecer o perfil do seus sujeitos estudados, mas o contexto social em que está inserido, ou seja, a questão institucional e política no movimento ambíguo pelo qual se fundamenta a sociedade brasileira, embora não inserido sistematicamente em alguns programas como, por exemplo, o Programa Saúde da Família (PSF), que tem como objetivo cadastrar e diagnosticar a saúde da comunidade da área de abrangência das Unidades de Saúde, planejar atividades de promoção, proteção e recuperação de saúde e gerar informações para análise e diagnóstico da situação local, importante espaço dos profissionais do Serviço Social para o entendimento do processo que envolve a família, ainda que não esteja inserido na composição básica da equipe, composta legalmente por um médico especializado em medicina de família e/ou clínico geral, uma enfermeira, dois auxiliares de enfermagem e seis agentes comunitários. Dessa

forma, é necessário que o profissional compreenda os mecanismos estruturais e conjunturais da sociedade, das forças sociais que delineiam o perfil das Políticas Sociais Públicas no contexto da realidade brasileira.

Uma das áreas que tem se configurado como elemento atual na conformação de identidades políticas e sociais é a saúde, e o assistente social dispõe de vasto campo de atuação nessa área, onde pode articular os diversos níveis de intervenção na realização de sua prática.

Nos serviços de saúde, a inserção dos assistentes sociais no conjunto dos processos de trabalho destinados a produzir serviços para a população é mediatizada pelo reconhecimento social da profissão e por um conjunto das necessidades que se definem e redefinem a partir das condições históricas sob as quais a saúde pública se desenvolveu no Brasil (COSTA, 2000, p.41).

Como a saúde é tema amplo e complexo, a investigação e a produção de conhecimento no meio profissional poderá instrumentalizar o trabalho no cotidiano da profissão. “Conhecendo-se ou não a realidade, é nela que a prática dos assistentes sociais se realiza” (IAMAMOTO, 1998, p.124). Assim, as características e a qualidade da prática vão depender da qualidade da relação do profissional com a realidade objeto de trabalho. Uma prática que tenha como objetivo romper com práticas reacionárias e conservadoras demanda o conhecimento das totalidades mais e menos complexas nos seus múltiplos aspectos e determinações, sua estrutura e determinantes históricos e, primordialmente, seu movimento, o movimento conjuntural, na imbricação das relações entre realidade nacional, regional e local, possibilitando, assim, estabelecer as mediações necessárias para o desenvolvimento das particularidades e singularidades da realidade dos sujeitos que demandam ou são atingidos pelas ações profissionais e, principalmente, do cotidiano que os envolve.

O assistente social necessita desenvolver trabalhos juntamente com a equipe multidisciplinar, informando as jovens mães sobre assuntos relacionados à sexualidade, cuidados necessários com sua saúde, do recém-nascido, seus filhos, métodos contraceptivos, para que essas jovens não descuidem da atenção básica à saúde e sejam acompanhadas pelos programas oferecidos como, por exemplo, o Planejamento Familiar (PF), que propiciam reuniões educativas, grupos de mães, pais, enfim, à família, para que os mesmos possam refletir sobre sua prole,

socializando informações, conhecimento e vivências importantes para o cotidiano familiar.

Para que o trabalho alcance abrangência, existe a necessidade de proporcionar educação sexual, por equipes bem preparadas e capacitadas, que tenham possibilidade de fazer uma leitura da realidade da população, para isso, as políticas de saúde precisariam criar programas mais específicos, que envolvam várias áreas do saber.

Reconhece-se que as políticas sociais são de extrema importância, pois fazem parte do acervo instrumental dos profissionais. O serviço social é uma profissão que tem por compromisso “empreender uma prática – social, educativa, política – e enfrentamento da questão social”, principalmente no que tange às interfaces pobreza–riqueza e as recorrências do progressivo empobrecimento da população (ON, 1995, p.79).

O Serviço Social não se afirma como necessário na sociedade como ramo do saber, no quadro da divisão de trabalho entre as ciências. Surge, sim, “como um tipo de especialização do trabalho na sociedade que carrega em si um suposto de explicação da vida social como base para a ação”, para a “intervenção no processo social”, ressaltando-se a importância de sustentar uma perspectiva teórico-metodológica que, não sendo propriedade privada do serviço social ou de qualquer outra disciplina particular, afigura-se como “matriz de explicação da vida social”, dispondo de acervo heurístico para ler a sociedade e para iluminar a ação nessa sociedade (IAMAMOTO, 1992 p.175-176).

Segundo Costa (2000), a atividade do profissional do Serviço Social, como tantas outras profissões, está submetida a um conjunto de determinações sociais inerentes ao trabalho na sociedade capitalista, quais sejam, o trabalho assalariado, o controle da força de trabalho e a subordinação do conteúdo do trabalho aos objetivos e necessidades das entidades empregadoras.

A rigor, “o exercício profissional do assistente social, ao se vincular à realidade como especialização do trabalho”, sofre mudança na organização de suas atividades em função da sua inserção no processo do trabalho realizado pelo conjunto dos trabalhos desenvolvidos pelos trabalhadores da área da saúde (ABESS/CEDEPSS, 1996, p.24).

O assistente social necessita conhecer a instituição em que trabalha, deve se inteirar também do funcionamento do sistema de saúde, a dinâmica e a capacidade

de atendimento de outras instituições públicas e privadas que envolvam e/ou se apresentem como meio para viabilizar o atendimento das necessidades da população e que extrapolam a capacidade de atendimento exclusivo das instituições de saúde.

O profissional deve estar munido de instrumentos legais que constituem subsídios importantes para o conhecimento geral, vinculando seu trabalho diretamente à garantia dos direitos da população.

O profissional da área da saúde poderá prestar serviços resguardados pela Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), Lei Orgânica da Saúde (LOS), Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), Código de Ética do Assistente Social, e estar atento às mudanças na dinâmica do atendimento, seja em nível da unidade em que trabalha e/ou da rede municipal da saúde, seja nas demais instituições para as quais, cotidianamente, realiza seus encaminhamentos, referências e contra-referências, com o objetivo de facilitar e assegurar o atendimento ao usuário.

Para Costa (2000, p.30), o assistente social se insere no interior do processo de trabalho de saúde como “agente de interação ou como um elo orgânico” entre os diversos níveis do SUS e entre esse e as demais políticas sociais setoriais, buscando alternativas e caminhos para a integralidade das ações.

Quanto à ruptura no exercício profissional, Iamamoto (1992, p.177) afirma que o que está em jogo é “uma perspectiva teórico-metodológica” que, iluminando as possibilidades de ação, atualiza-se na apropriação do movimento do real, densa de historicidade. “Teoria que não se aplica ao real”, mas fornece parâmetros para uma análise criativa que recupere as especificidades do processo de formação da sociedade nacional, dos movimentos e inflexões conjunturais, dos atores e forças políticas aí presentes.

Entende-se assim, não como uma teoria qualquer, mas a teoria necessária, a teoria social de Marx que traz embutido, projeto societário presidido pela força criadora do trabalho, que é “essencialmente histórico e se plasma no acontecer da vida social”, o que supõe enfrentar o desafio de, a partir das grandes leis e tendências da sociedade burguesa, decifrar as particularidades históricas do movimento atual. Sem isso, “não há como entender e conduzir criticamente a ação profissional” (IAMAMOTO, 1992, p.178-179).

Segundo Costa (2000), pode-se concluir que a objetivação do trabalho do assistente social na área da saúde também cumpre o papel particular de buscar

estabelecer o elo perdido, quebrado pela burocratização das ações tanto internamente, entre os níveis de prestação de serviços de saúde, quanto, sobretudo, entre as políticas de saúde e as demais políticas sociais e/ou setoriais, como é o caso do Serviço Social Hospitalar que se implantou devido às necessidades encontradas pela equipe de saúde na identificação do perfil socioeconômico dos pacientes e de seu cotidiano.

O assistente social ainda não apresenta ações concretas em relação à saúde de jovens mães, pois não está totalmente inserido na prática de atendimento à saúde integral desse segmento, sendo essa, uma área de especialização. Mas, segundo Iamamoto (1992), o desenvolvimento de novas competências sociopolíticas e teórico-instrumentais, no sentido de promover uma (re)legitimação profissional, com o alargamento do espaço profissional da profissão, “remete, direta, mas não exclusivamente, à pesquisa, à produção de conhecimento e às alternativas de sua instrumentalização”. No caso do Serviço Social, isso quer dizer conhecimento sobre a realidade social (NETTO, 1996, p.109), ou seja, “enriquecimento do instrumental científico de análise da realidade social e acompanhamento atento da dinâmica conjuntural” (IAMAMOTO, 1992, p.37).

A partir desse entendimento, há elementos para compreender melhor a saúde sexual e reprodutiva, e espera-se, como resultado desta investigação, subsidiar ações futuras para a atenção à saúde da jovem mãe na realidade local.

Interessa, aqui, direcionar o olhar, nesta investigação, para a saúde integral da jovem mãe, realizando análise da situação vivenciada por ela nesse processo, como estão sendo atendidas pelos órgãos públicos, priorizando a perspectiva dos atores sociais (jovem mãe e coordenadores de programas, não deixando de analisar a importância da família e o contexto social na qual ela está inserida).

Sabe-se, através dos estudos realizados, no que concerne à reincidência da gravidez na adolescência, que várias mudanças podem ocorrer na vida dessas jovens mulheres, comprometendo o seu desenvolvimento familiar, social e principalmente individual com sua saúde sexual e reprodutiva, podendo acarretar problemas futuros.

Compreender a atuação dos sistemas de proteção social, em relação à saúde integral da jovem mãe e seu segmento, e como essas mulheres estão vivenciando essa “saúde integral” é de fundamental importância.

Sendo assim, surgem desafios constantes para os programas de atenção à saúde dos adolescentes, e questionamentos dos profissionais que os executam na perspectiva de estar ou não preparados/capacitados para atender esses jovens e trabalhar a saúde integral do gênero, dando continuidade nas ações da saúde. Questionamentos, quanto à eficiência do programa de Planejamento Familiar estar preparado ou não para atender mães adolescentes e acompanhá-las na sua trajetória e desenvolvimento sexual e reprodutivo são constantes no cotidiano profissional.

Com base nesses pressupostos e no sentido de melhor operacionalizar o objetivo desta investigação, formulou-se as seguintes questões: como a jovem mãe avalia sua vivência de ter sido mãe na adolescência, como está constituída sua família hoje e se ela está inserida no planejamento familiar do seu bairro/município. Como funciona o programa para o atendimento de adolescentes. Qual a população atendida. Se essa população que já passou pela gravidez/reincidência da gravidez na adolescência, está sendo acompanhada e se os programas estão conseguindo atender essa população.

Para se entender esse complexo processo que envolve as jovens mães tratou-se, no primeiro capítulo, da evolução histórico-social da adolescência-juventude, buscando compreender diferentes disciplinas no desenvolvimento de concepções sobre o tema, pois conceitos para estudos na área da saúde estão filiados a diversas matrizes disciplinares, perspectivas interdisciplinares, associando abordagens psicológicas, sociológicas, demográficas, biomédicas ou epidemiológicas, sendo que, no Brasil o discurso referente à saúde de jovens é bastante recente.

Em virtude das mudanças econômicas e sociais no país, com repercussões na estrutura do mercado de trabalho, e as diversas situações de desigualdade, tendo implicações para homens, mulheres, jovens e crianças, no segundo capítulo, construiu-se um balanço reflexivo das políticas públicas destinadas aos jovens, com aproximação às leis que os protegem. Partiu-se do pressuposto de que o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) e a Lei de Diretrizes e Bases (LDB) constituem parâmetros de avaliação de políticas sociais de juventude, considerando a universalização da saúde e a mudança de paradigma da escolha reprodutiva como direito humano, internacionalmente aceita como base fundadora das políticas públicas.

No terceiro capítulo buscou-se entender os sistemas e redes de proteção social, enfocando os programas destinados à juventude no Brasil, o Planejamento Familiar, como estratégias educacionais e científicas necessárias ao exercício desse direito, e a participação da família, identificada como um dos mais antigos e autônomos provedores de bem-estar, sendo pensada dessa forma pelos mentores das políticas públicas na contemporaneidade como um dos recursos privilegiados, apesar da sua pouca visibilidade como tal nos processos, buscando entender que, para tanto, o Estado tem que se tornar partícipe, notadamente naquilo que só ele tem como prerrogativa, ou monopólio – a garantia de direitos.

Buscando aproximação com a realidade dos programas de atendimento à criança e adolescente e os desafios dos sistemas de proteção social, dispensado às jovens mães, desvendando os significados e vivências do seu cotidiano, desenvolveu-se nos próximos capítulos o caminho metodológico, análise e interpretação dos dados.

Essa constatação poderá ser útil para reflexão maior a respeito da ação educativa necessária a ser implementada, oferecendo subsídios analíticos para ação conseqüente na realidade social, coerente com o projeto ético-político do Serviço Social, articulando-o com o Projeto de Reforma Sanitária na Saúde, tendo como horizonte o projeto societário de Democracia de Massas que defende a retomada pelo Estado do papel de condutor do processo de desenvolvimento e de redistribuição de renda com ampla participação social.

**CAPÍTULO 1 A CONSTRUÇÃO HISTÓRICO-SOCIAL DA
ADOLESCÊNCIA: JUVENTUDE ETAPA EVOLUTIVA**

1.1 Cultura adolescente: produção acadêmica sobre juventude

No livro “A história social da criança e da família”, Philippe Ariès dedica um capítulo à discussão das “idades da vida”, em que faz menção a inúmeros textos elaborados durante a Idade Média que já discutiam tal temática. O que se observa, a partir da sua exposição, é que, até então, não havia a especificação do período da vida que hoje corresponde ao que se denomina adolescência.

A adolescência, que hoje é identificada como uma das etapas do ciclo vital humano, era considerada como a terceira infância, que autores medievais afirmavam que se estenderia até os vinte e oito anos, podendo se prolongar (ARIÈS, 1981).

Segundo o autor, até o século XVIII, a adolescência era confundida com a infância que, por sua vez, estava interligada à idéia de dependência. Assim, somente deixava-se a infância através da conquista da independência, o que traduziria a chegada da maturidade.

As primeiras noções de adolescência, tal como concebida na atualidade, surgiram no século XX, trazendo consigo o conceito da então denominada “juventude”. A noção de juventude tornou-se difundida após a guerra de 1914, quando os combatentes das frentes de batalhas se opuseram às velhas gerações que compunham a retaguarda.

Dessa maneira, o autor afirma que

A consciência da juventude começou como um sentimento comum dos ex-combatentes [...]

Daí em diante, a adolescência se expandiria, empurrando a infância para trás e a maturidade para frente [...]. Assim, passamos de uma época sem adolescência a uma em que a adolescência é a idade favorita (ARIÈS, 1981, p.47).

O jovem caracteriza-se e sempre se caracterizou por suas especificidades relativas aos aspectos físicos, psicológicos, emocionais e sociais. Para esse autor, a juventude representa a força da idade, assim como a dependência, sendo o inverso, a independência, sinônimo de amadurecimento (ou final da infância).

Na atualidade, existem diferentes conceitos emergentes desse processo

evolutivo que merecem ser destacados/diferenciados, são eles o de adolescência, o de juventude e o de puberdade.

A palavra adolescente é derivada do latim *adolescere*, significando crescer ou crescer até à maioridade.

Ferreira (2002, p.39) define adolescência como: “o período da vida humana que começa na puberdade e se caracteriza por mudanças corporais e psicológicas, estendendo-se, aproximadamente, dos 12 aos 20 anos”.

A adolescência pode ser considerada como fase de transformação física, mas também social, quando o adolescente apresenta dificuldade para conhecer a si mesmo e para projetar o seu futuro. Segundo o Ministério da Saúde (MS), a adolescência é etapa evolutiva peculiar do ser humano e não deve ser considerada apenas como etapa de transição entre a infância e a idade adulta, pois é nessa fase que culmina todo o processo da maturação biopsicossocial do indivíduo (BRASIL, 1993a).

Já, a Organização Mundial de Saúde (OMS) define “adolescência” como a faixa entre 10 e 19 anos de idade, e “juventude” como o período que abrange ambas as faixas etárias, isto é, entre 15 e 24 anos. Sendo a adolescência o período de amadurecimento físico, psicológico e social, considerada a passagem da infância para a idade adulta, pode estar inserida em qualquer um dos grupos. A maturidade física, ou seja, a puberdade tem seus limites e só estará concluída ao final do crescimento esquelético, possibilitando ao adolescente a completa execução das funções reprodutivas, ao contrário da maturidade psicológica ou social, que pode variar de acordo com o ambiente sociocultural do indivíduo (BRASIL, 1993b).

Em virtude de especificidades fisiológicas, psicológicas e sociológicas, a Organização Panamericana de Saúde (OPAS) também adota dois conceitos distintos para adolescência e juventude (BRASIL, 1998a, v.1):

- *adolescência* - é um processo primariamente biológico que transcende a área psicossocial e constitui período durante o qual se aceleram o desenvolvimento cognitivo e a estruturação da personalidade. Abrange o período de 10 a 19 anos e compreende a pré-adolescência (10 a 14) e a adolescência propriamente dita (15 a 19);
- *juventude* - é uma categoria fundamental sociológica e se refere ao processo de preparação para que os indivíduos possam assumir o papel social do adulto, tanto do ponto de vista da família e da procriação, quanto profissional, com plenos

direitos e responsabilidades. Estende-se dos 15 aos 24 anos de idade e compreende também duas faixas distintas: 15 a 19 e 20 a 24 anos.

Outros autores conceituam adolescência dividindo-a em pubescência, puberdade e adolescência. Segundo Outeiral (1994), a adolescência pode ser dividida em três etapas, porém, chama a atenção para a divisão de idades, que considera totalmente arbitrária, pois um aspecto ou outro pode predominar na primeira ou na segunda fase. Portanto, o autor descreve as etapas da adolescência como sendo:

- *adolescência inicial* - abrange o período de 10 a 14 anos de idade; caracterizada, basicamente, pelas transformações corporais e as alterações mentais e emocionais derivadas desses acontecimentos;
- *adolescência média* - abrange o período de 14 a 16 ou 17 anos de idade, tendo como elemento central questões relacionadas à sexualidade, em especial a passagem da bissexualidade para a heterossexualidade;
- *adolescência fina* - abrange o período dos 16 ou 17 a 20 anos de idade, tendo vários elementos importantes, entre os quais o estabelecimento de novos vínculos com os pais, a questão profissional, a aceitação do novo corpo, assim como dos processos mentais e emocionais do mundo adulto (OUTEIRAL, 1994).

O conceito de puberdade está mais relacionado aos aspectos físicos e biológicos do indivíduo, por volta dos 9/10 anos de idade. Segundo Tiba (1994), é nesse período que a criança perde o modo infantil e sente as primeiras modificações corporais.

Nessa fase do ciclo vital, o hipotálamo passa a estimular a hipófise para a produção de hormônios de crescimento e desenvolvimento, promovendo o amadurecimento das características sexuais secundárias e agindo nos ovários e testículos. No entanto, apesar do crescimento físico e desenvolvimento dos caracteres sexuais secundários, os quais o indivíduo vivencia nesse momento, permanecem comportamentos infantis, uma vez que não há maturidade.

Ubeda (1996) compreende que o conceito de puberdade pode ser subdividido também em três etapas distintas:

- *puberdade corporal* é na área do corpo que ocorrem as maiores e as mais visíveis transformações entre a infância e a adolescência. Caracteriza-se pelo funcionamento de complexo mecanismo que envolve o hipotálamo, a hipófise, as gônadas e a cápsula supra-renal, que estimula a maior produção de testosterona

- nos rapazes, principalmente após os 13 anos de idade, e estrogênios e progesterona nas moças, em geral a partir dos 11 anos de idade;
- *puberdade psíquica*, por ser a área da mente mais plástica, o amadurecimento psíquico freqüentemente pode evoluir ou regredir, motivada pelas áreas do corpo e/ou ambiente. O natural amadurecimento depende do quanto for mais tranqüilo o púbere e o seu meio, ou seja, as fantasias podem ir se realizando mediante a sua criatividade e inteligência. No entanto, essas fantasias são limitadas pela realidade externa objetiva, já que a interna é subjetiva;
 - *puberdade social* é conseqüência das transformações pubertárias corporais e mentais. À medida que percebe o ambiente de maneira mais rica e elaborada, mais facilmente o púbere reage às situações novas e não previstas por ele e, evidentemente, de modo diferente de como reagia quando criança (UBEDA, 1996, p.49).

Para Outeiral (1994, p.5, destaque do autor), o processo da puberdade e adolescência pode ser descrito da seguinte forma:

Puberdade é um processo biológico que inicia em nosso meio, entre nove e quatorze anos aproximadamente e se caracteriza pelo surgimento de atividade hormonal que desencadeia os chamados “caracteres secundários”. [...]. A adolescência é basicamente um fenômeno psicológico e social [...], sendo um processo psicossocial, a adolescência terá diferentes peculiaridades, conforme o ambiente social, econômico e cultural em que o adolescente se desenvolve.

Knobel (1993) aponta algumas características da adolescência, representadas por condutas consideradas normais para esse período da vida do ser humano, que podem ser descritas da seguinte forma: - busca de si mesmo e da identidade; - tendência grupal; - necessidade de intelectualizar e fantasiar; crises religiosas; - deslocalização temporal; - atitude social reivindicatória; - contradições sucessivas em todas as manifestações da conduta; - separação progressiva dos pais; - constantes flutuações do humor e do estado de ânimo.

Nessa fase, o adolescente vivencia momentos de equilíbrio e desequilíbrio, caracterizados pelo amadurecimento do aparelho reprodutivo e suas implicações; percebe mudanças e a transformação da imagem corporal, além de modificações no modo de sentir a sexualidade, direcionada para os genitais; convive com modificações na sua percepção e no pensamento, passando do concreto para o abstrato, com variações do humor e modificações nas relações sociais (afastamento

progressivo da família), reformulação e estabelecimento dos valores éticos, morais e estéticos, assim como a estruturação das bases da identidade adulta (BRASIL, 1993b).

Para o Ministério da Saúde, sexualidade é um termo genérico que designa uma série de excitações e de atividades presentes desde a infância, que proporcionam prazer incontável para a satisfação de necessidades fisiológicas básicas como: respiração, eliminação (excreção) e que se encontram como atividade de prazer, que não dependem do funcionamento do aparelho genital. A genitalidade é conceituada no nível do desenvolvimento psicosssexual pela organização dos impulsos, com prioridade para as zonas genitais e ela se institui a partir da puberdade e adolescência. A identidade psicosssexual do adolescente é tudo que o evidencia como um ser sexuado, e essa se apresenta através de suas emoções, pensamentos e condutas. Na sua sexualidade, incluem-se os papéis sexuais que podem sofrer perturbações, etapa que é considerada evolutiva, e de grande vulnerabilidade para o ser humano (BRASIL, 1993b).

A sexualidade ainda é vista sob muitos tabus e preconceitos, em diversas sociedades, existindo, em muitas delas, total desconhecimento quanto aos riscos associados à atividade sexual. Como se sabe, no contexto das sociedades humanas, o menino e a menina são educados para desempenharem papéis específicos, de acordo com o seu sexo. Espera-se das adolescentes abstinência sexual, mas, segundo Vitiello (1997), se antes elas eram pressionadas pela moral social a chegar virgens ao matrimônio, atualmente existe pressão contrária: o grupo social a estimula a ter relações sexuais, sendo a virgem considerada quase como uma anormal. Essa contradição social conduz à desinformação quanto ao uso de anticoncepcionais, o que poderá levá-la a gravidez não planejada.

Segundo Takiuti (1997), a adolescência é uma fase da vida do ser humano difícil de ser definida, que também pode ser entendida como a segunda década da vida (10 a 20 anos), pois é nessa fase que ocorrem profundas transformações físicas, psicológicas e sociais, momento que se estabelecem novas relações do adolescente consigo mesmo, nova imagem corporal, novas relações com o meio social, com a família e com outros adolescentes. É importante levar em consideração seus aspectos biopsicossociais que estão intimamente ligados entre si, não sendo possível valorizar um aspecto em detrimento de outro.

Como se observa, segundo os autores, vários são os conceitos sobre

adolescência e suas fases; sendo assim, serão analisados alguns aspectos do comportamento cultural dos jovens e suas mudanças, objetivando dar ênfase a esta pesquisa.

A juventude é entendida como um segmento do mercado consumidor de produtos através dos quais os mesmos identificam-se enquanto jovens. Ainda no âmbito da mídia, aumenta o número de noticiários e cadernos com matérias tendo como tema “problemas sociais” associados à juventude. Esse tipo de olhar corresponde àquilo a que Abramo (1997) e Sposito (1997) denominaram a “ótica de problema social”, expressão usual no tratamento de temas como a violência, o crime, o consumo e o tráfico de drogas, a prostituição, assim como a iniciação “precoce” na vida sexual e reprodutiva, com especial ênfase na incidência de gravidez na adolescência.

O fenômeno da juventude passa a se configurar como fase socialmente distinta e específica do curso da vida ao longo do desenvolvimento da sociedade moderna, remetendo à separação social imposta pela escola (ARIÈS, 1981). De início, constitui-se como fenômeno burguês e masculino, pois a entrada das mulheres no universo escolar ocorreu apenas no século XIX. A ampliação e a generalização da categoria social “jovem” são fenômenos do século XX, especialmente do pós-guerra, associadas à extensão da escolaridade para maior contingente social, atingindo também as camadas populares (ABRAMO, 1994).

As condições de existência da categoria “jovem” associam-se, desse modo, à necessidade de modalidade de socialização diferenciada daquela oferecida pelo grupo familiar, dado que a organização social moderna demandava racionalidade universalista, vinculada à nova divisão econômica e social do trabalho, diversa da lógica familiar. A sociologia, no entanto, só viria a se interessar pela juventude quando alguns segmentos juvenis passaram a apresentar comportamentos diversos dos esperados pelos padrões de socialização aos quais deveriam submeter-se, ou seja, quando os jovens passaram a ser percebidos, como desviantes das normas sociais estabelecidas, Abramo (1994, p.10) aponta que:

As questões da delinquência, por um lado, e da rebeldia e da revolta, por outro, permanecem como chaves na construção da problematização da juventude ao longo de todo este século [...]. Paralelamente foi se estruturando, por contraposição, uma caracterização da “juventude normal” que, no entanto, não deixa de conter elementos que a definem como uma condição que guarda sempre, em potência, possibilidades de

descontinuidade e ruptura das regras sociais.

Na chamada Escola de Chicago, ao longo dos anos 1920 e 1930, desenvolvem-se estudos sobre o tema do desvio no processo de socialização, focalizando as gangues urbanas e a delinqüência juvenil. Em alguns estudos dessa tradição, a delinqüência juvenil é compreendida como fenômeno contracultural. Jovens pertencentes às classes baixas expressariam, pela delinqüência, rejeição aos valores impostos pelas classes médias, através da escola, dos meios de comunicação de massa e de outras instituições. Como apontam Cardoso e Sampaio (1995), a proposição de pesquisadores da Escola de Chicago sobre as subculturas delinqüentes juvenis foi de grande contribuição, nos anos 1950, para o campo de estudos sobre a juventude, na medida em que focalizam atitudes e valores subjacentes aos comportamentos de jovens caracterizados como delinqüentes.

A partir da década de 1940, a normalidade e a funcionalidade da juventude passam a despertar interesse, através de estudos desenvolvidos prioritariamente em escolas, voltados para comportamentos específicos de grupos de adolescentes “normais”. Com isso, pretendia-se enfatizar a funcionalidade das *subculturas juvenis* como responsáveis pela transição à condição adulta. Dessa forma, a sociologia funcionalista atribui caráter potencialmente criativo à crise e à mudança presentes na condição juvenil, demarcando o seu papel atualizador no processo de transmissão da herança cultural. A juventude seria, assim, responsável pela inovação, modernização e rejuvenescimento da sociedade. Contudo, o risco de ruptura e radicalidade por parte de determinados grupos de jovens estaria sempre colocado.

Durante os anos 1950, observa-se a emergência de cultura juvenil associada à experiência do tempo livre e à vivência do lazer, através de novas atividades e espaços de diversão e de novos padrões de comportamento, especificamente característico. Nota-se, ainda, o surgimento de um mercado tipicamente juvenil relacionado às novas possibilidades de consumo em virtude do aumento da renda familiar e da maior oferta de empregos adequados aos jovens. O rendimento do trabalho desse segmento, dedicado integral ou parcialmente ao seu consumo pessoal, adquire importância como possibilidade de autonomia.

Essas características configuram o surgimento de um “cenário jovem”, cujas condições de emergência são, além da maior autonomia financeira, liberdade maior

em relação à experiência familiar, acarretando a diminuição do controle e da autoridade dos pais em relação aos filhos jovens e, paralelamente valorização do prazer e do consumo, em especial de bens culturais, como fontes de gratificação imediata (ABRAMO, 1994). Surge, nesse momento e pela primeira vez, nova modalidade de agrupamento de jovens, que não se dá nem em torno da criminalidade ou do desvio, nem em torno da experiência escolar ou da normalidade. São grupos que se unem para desfrutar o tempo livre e o lazer. Pela primeira vez se fala da estilização como fenômeno juvenil:

Esses grupos reúnem-se no tempo de lazer para procurar atividade de diversão; desenvolvem um estilo próprio de vestimenta, carregado de simbolismos, e elegem elementos privilegiados de consumo, que se tornam também simbólicos e em torno dos quais marcam uma identidade distintiva. Na sua circulação pelos espaços públicos em busca de diversão, muitas vezes entram em conflito com autoridades ou com outros grupos rivais – causando uma verdadeira onda de pânico moral (ABRAMO, 1994, p.32, destaque do autor).

Constata-se que os padrões culturais dos jovens vão, nesse momento, afastando-se e chocando-se com os referenciais da vida adulta, pautados na escassez de tempo livre, lazer, diversão. A rebeldia, o comportamento explosivo e os conflitos familiares colocam-se como importantes tematizações da condição juvenil, estabelecendo-se como padrão generalizado da juventude. Os anos 1960 acentuam as tendências vividas na década anterior, intensificando-se o choque entre as gerações, com atuação contestadora e crítica da juventude em relação à estrutura da sociedade.

“A juventude agora aparece como um foco de contestação radical da ordem política, cultural e moral, empenhada numa luta contra o establishment¹, reivindicando uma inteira reversão do modo de ser da sociedade” (ABRAMO, 1994, p.39).

Diferentemente das tematizações de momentos anteriores, quando a produção acadêmica internacional havia se polarizado em, de um lado, estudos sobre as gangues e a delinquência juvenil e, de outro, aqueles sobre a experiência

¹ Estabelecimento de leis, estatutos, fundação, base, negócio, princípio fundamental e instituição, sendo essa, um conjunto duradouro de idéias sobre como atingir metas reconhecidamente importantes na sociedade. No caso em referência, as instituições políticas, em contraste, destinam-se a gerar, organizar e aplicar o poder coletivo, com vistas a atingir metas tais como manter a ordem e a estabilidade social, defendê-las contra ameaças externas, solucionar litígios e aplicar a lei e, dependendo da sociedade, proteger os grupos dominantes e seus interesses. Shryock, Henry et al. *The Methods and Materials of Demography*. Londres: Academic Press, 1976.

de uma juventude “normal”, agora resgatava-se uma concepção genérica de juventude. Na raiz dessa inflexão estaria a eclosão de manifestações e movimentos juvenis quase que simultaneamente em diversas partes do mundo. “Essa imagem [genérica e contestadora] foi rapidamente apropriada, reelaborada e disseminada pela indústria cultural” (CARDOSO; SAMPAIO, 1995, p.20).

O foco das pesquisas recai, então, sobre a dimensão cultural dos fenômenos juvenis, seus valores e comportamentos. Compreendeu-se que a juventude estaria, antes de tudo, preocupada com o questionamento do padrão comportamental instituído. Os jovens contestavam o comportamento sexual, as relações pessoais, os papéis e as relações de gênero, o casamento e a organização da família, a relação com o meio ambiente, com a forma de trabalhar e organizar suas vidas, bem como as prioridades políticas de Estados e nações. Conforme apontado por Cardoso e Sampaio (1995), emerge uma ética alternativa² na atuação de uma parcela de jovens, principalmente universitários. Tendo encontrado eco nos meios de comunicação, tal alternativa ética pôde difundir-se para além dos limites dos grupos atuantes.

Essa reconfiguração social abriu as possibilidades para valorização maior da atuação social dos jovens para que se plasmasse, na sociedade daquele período, noção mitificada da juventude como portadora de conteúdo de rebeldia, contestação e utopia, inerentes à sua condição, o que permanece em muitos estudos até os dias atuais, como indicam as análises de Abramo (1994); Cardoso e Sampaio (1995).

Nos anos 1970, o destaque da produção acadêmica sobre juventude está associado ao Centro de Estudos de Cultura Contemporânea, da Universidade de Birmingham – o Grupo de Birmingham, como ficou conhecido. Seus estudos dedicam-se à reinterpretação da atuação dos grupos juvenis que surgiram nos anos 1950. Esses pesquisadores questionam a existência de uma *cultura juvenil* genérica,

² É ética alternativa: ética é o estudo dos juízos de apreciação referentes à conduta humana, do ponto de vista do bem e do mal. Conjunto de normas e princípios que norteiam a boa conduta do ser humano. Alternativa: sucessão de duas coisas mutuamente exclusivas. Exclusão recíproca entre duas proposições, admitida a possibilidade das duas serem verdadeiras. Ante as desigualdades sociais existentes no mundo de hoje, os diferentes sujeitos do diálogo não disputam os auditórios em pé de igualdade, impondo por outros mecanismos seus pontos de vista sobre o bem e o mal. Isso mostra, porém, que não só a argumentação, mas, o próprio solo argumentativo precisa ser construído. Se um dos interlocutores possui meios para publicizar seu discurso e o outro, não, já não há mais disputa: tudo passa a ser simulacro, aparência, ilusão, alternativa ética. Educar para uma nova ética significa, pois, ter consciência dessas limitações, não perdendo de vista o fato de que o discurso ético, tal como ocorre com o discurso filosófico, é construído em estado de permanente tensão entre a contingência histórica e o desejo de universalidade (PESSANHA, 1989). Tensão essa que caracteriza o próprio existir do homem (GOMES, 1994; IMBERT, 2001).

preferindo interpretá-la à luz da noção de *subculturas juvenis*, em clara referência ao comprometimento de classe na atuação dos grupos de jovens. Tal elaboração associa-se à idéia de que as subculturas filiam-se a determinadas culturas de classe, não se restringindo simplesmente ao pertencimento etário e geracional, mas associando-se a essas duas dimensões (ABRAMO, 1994; CARDOSO; SAMPAIO, 1995).

Como acentuam as autoras, a interpretação proposta pelo Grupo Birmingham amplia a compreensão do consumo da cultura de massa pelos jovens, entendendo-o como processo de recepção que envolve uma re-elaboração ativa. Nesse contexto, o fenômeno da estilização, produto dessa re-elaboração expressiva, foi interpretado de forma positiva “ como um espaço possível de resistência cultural e de constituição de identidades específicas” (CARDOSO; SAMPAIO, 1995, p.23).

A partir do final da década de 1970 e ao longo dos anos 1980, a atuação juvenil é marcada pela formação de *tribos*, caracterizadas como grupos com estilo próprio e vinculadas principalmente a determinadas tendências musicais e formas espetaculares, como demonstram Abramo (1994), Cardoso e Sampaio (1995), Margulis e Urresti (1998), Serrano (1998), Tornero (1998), entre outros.

Cardoso e Sampaio (1995, p.32) indicam dois aspectos básicos para a compreensão dos fenômenos da tribalização e da estilização: a “valorização do coletivo e seus códigos” e a “vinculação entre territorialidade e plasticidade, entre o urbano – que agora já tem uma dimensão planetária – e os elementos expressivos de identidades múltiplas”. Assim sendo, cada vez mais os territórios das tribos são “espaços” simbólicos, referências que buscam expressar pertencimentos identitários no mapa de um universo global e fragmentado (MARGULIS; URRESTI, 1998; SERRANO, 1998; TORNERO, 1998).

Muitos estudos sobre os jovens desse período refletem certa incompreensão ou mesmo descrença em relação ao significado político dessa nova forma de atuação juvenil. Como se houvesse uma “ressaca” pós-anos 1960, em virtude do enfraquecimento dos movimentos estudantis, da contracultura e da utopia de uma “revolução juvenil”. É nesse sentido que Abramo (1994) e Cardoso e Sampaio (1995) apontam a existência de “viés comparativo” na produção acadêmica nacional sobre a juventude dos anos 1980, na qual a atuação dessa geração é constantemente avaliada e desqualificada, em contraposição à juventude idealizada dos anos 1960. Esse viés é especialmente encontrado na literatura acadêmica

brasileira e latino-americana sobre juventude³.

O Brasil carece de tradição de pesquisa sobre juventude, apesar dos estudos esparsos, realizados em sua maioria nos anos 1960 e 1970. Nesses anos, tal como no restante da América Latina, o foco estava centrado na mobilização política dos jovens universitários, enfatizando a capacidade crítica e transformadora. Tal ênfase se manteve mesmo em estudos realizados posteriormente à efervescente e rebelde juventude dos anos 1960, como afirma a autora:

O interesse de análise foi sempre, no fundo, o de medir a eficácia desse sujeito social na contraposição à ordem existente e na proposição de projetos de transformação. É essa medida é usualmente adotada como baliza para a compreensão de todas as formas de manifestação juvenil (ABRAMO, 1994, p.24).

Cardoso e Sampaio (1995, p.56) chamam a atenção para duas grandes tendências na sociologia da juventude:

Em síntese, parece que o que mais tem caracterizado o conjunto dos trabalhos que existem na sociologia da juventude é essa oscilação entre uma tendência mais genérica e globalizadora, que procura explicar; em termos de ciclos vitais ou culturais, a propensão da juventude a mudanças, e uma outra tendência que está atenta justamente às diferentes formas de ser jovem em nossa sociedade, que podem ou não convergir para um comportamento contestador.

As autoras analisam os riscos inerentes a cada uma dessas grandes tendências. A visão generalista cabe à crítica por fazer interpretações globalizantes, que não possibilitam a compreensão das formas específicas de ser jovem, encobertas sob a ampla categoria de juventude. A perspectiva mais particularista, por sua vez, incorre no risco de perder o sentido da experiência juvenil, ao enfatizar demasiadamente outras categorias sociais às quais os jovens se vinculam. No entanto, tem sido avaliada muito positivamente a recente tendência de estudos mais alinhados à perspectiva particularista, presente, sobretudo, nos estudos internacionais, porém, rendendo frutos à produção acadêmica nacional. Nesses,

³ Esse viés comparativo está presente em grande parte da tematização da juventude e não só na produção acadêmica, mas também na mídia (ver ABRAMO, 1997; CARDOSO; SAMPAIO, 1995; e MISCHE, 1997, sobre a manifestação dos “caras pintadas”, na ocasião do *impeachment* do presidente Collor), em setores adultos envolvidos na educação de jovens, como se pode observar em pesquisa junto a professores de 2º grau sobre prevenção à Aids em escolas (CALAZANS, 1999), bem como em meios de adultos que foram jovens na década de 1980 (aqui a referência são impressões pessoais vividas pela autora e discutidas entre grupos de amigos pertencentes a essa geração).

busca-se enfatizar não somente grupos específicos de jovens, mas, sobretudo, questões que os afetam particularmente na contemporaneidade.

Entre tais questões, Cardoso e Sampaio (1995) apontam o desemprego, a dinâmica desemprego/trabalho, a educação e, em especial, a perspectiva dos estudantes diante do sistema educacional, bem como os comportamentos e estilos em face da diversidade do ambiente urbano. Em todos esses temas, pode-se afirmar a relevância dos estudos sobre juventude que incorporam os recortes de classe, gênero e raça para além do recorte etário e geracional.

Alguns autores acreditam que há crescimento da produção acadêmica sobre a juventude na década de 1990, apesar de ainda não existir levantamento sistemático (ABRAMO, 1997; SPOSITO, 1997)⁴. No entanto, ao apontar a volta à tematização da questão da juventude no Brasil, Abramo (1997, p.25, destaque do autor) afirma que

[...] a maior parte da reflexão é ainda destinada a discutir os sistemas e as instituições presentes na vida dos jovens [...], ou mesmo as estruturas sociais que conformam situações “problemáticas” para os jovens, poucas delas enfocando o modo como os próprios jovens vivem e elaboram essas situações. Só recentemente tem ganhado certo volume o número de estudos voltados para a consideração dos próprios jovens e suas experiências, suas percepções, formas de sociabilidade e atuação.

Sposito (1997), apresentando resultados preliminares de uma pesquisa sobre a produção de conhecimento relativa à juventude, em teses e dissertações da área de educação no período entre 1980 e 1995, revela que 44,8% da bibliografia analisada tem como tema principal “as relações dos jovens com as formas institucionais do processo educativo, compreendendo a escola (primeiro e segundo graus), os cursos noturnos e ensino superior” (p.44). Parcela importante (21,7%) examina aspectos psicossociais, como julgamento moral, representações e capacidade crítica, em estudos que tratam prioritariamente de adolescentes com abordagens próximas às da psicologia.

A autora, no entanto, observou modificação significativa nas ênfases temáticas ao longo do período estudado. Houve sensível diminuição de assuntos relacionados a aspectos psicossociais, que cederam espaço a questões relativas à

⁴ Sposito (1997) aponta a inexistência de levantamento sistemático sobre a produção acadêmica relativa à juventude especificamente na área de educação.

educação e ao trabalho e, ainda, às chamadas temáticas emergentes dos anos 1990 que compreendem “o exame dos agrupamentos e das formas de violência no horizonte da sociabilidade juvenil, ampliando os estudos sobre jovens, anteriormente restritos à participação política (sobretudo no movimento estudantil)” (SPOSITO, 1997, p.47).

Sposito (1997) indica ter havido mudança na forma de aproximação dos sujeitos/objetos de estudo, mudança essa consistente com a alteração temática mencionada anteriormente. O termo *adolescente*, mais afeito a abordagens de cunho psicológico, cede lugar em vários estudos ao termo *jovem*, mais próximo da tradição sociológica.

1.2 Juventude e adolescência: categorias justapostas?

O uso das categorias *adolescência* e *juventude* em diferentes estudos e aliações, aqui mencionados, introduz um elemento de ambigüidade. Faz-se necessário discutir mais detalhadamente em que medida haveria justaposição entre elas, ou pelo menos destacar alguns aspectos que permitam avaliar a aproximação ou distinção dessas categorias em diferentes áreas do conhecimento ou da pesquisa.

A princípio, tal como colocado por Sposito (1997), observa-se que o uso do termo adolescência ou juventude tem a ver com a matriz disciplinar na qual o estudo se insere. Há assim, como já foi mencionado, associação entre as matrizes disciplinares da sociologia e o uso da categoria juventude. Tal associação está presente desde o início do desenvolvimento de tais campos de produção de conhecimento ao longo deste último século, tal como demonstram os estudos de Coates (1993, p.113).

Menos clara é a apropriação feita desses conceitos por estudos na área da saúde, na qual se encontram trabalhos filiados a diversas matrizes disciplinares, bem como por estudos que adotam perspectivas interdisciplinares, associando abordagens psicológicas, sociológicas, demográficas, biomédicas ou epidemiológicas. No Brasil, por exemplo, o discurso referente à saúde dos jovens é bastante recente. A formulação de políticas públicas de saúde e a reflexão sobre esse tema têm se referido mais tradicionalmente a adolescentes como público-

notório, tanto no âmbito da prestação de serviços, quanto no universo da produção acadêmica específica (CANNON; BOTTINI, 1998; ARILHA; CALAZANS, 1998; TAKIUTI, 1997).

A Organização Mundial de Saúde (OMS,1996), que antes considerava o período da adolescência a faixa etária entre 10 e 19 anos, propôs, mais recentemente como população jovem a ampla faixa de 10 a 24 anos. A OMS recomenda, porém, para efeitos práticos de análise, divisão dessa categoria em três subgrupos: 10-14 anos, 15-19 anos e 20-24 anos, chamando a atenção para o pouco rigor no uso das expressões adolescentes e jovens. Assim, vários autores referem-se, em seus estudos, às faixas de 10-19 anos como adolescentes e de 15-24 anos como jovens (SUÁREZ, 1985; MADEIRA, 1986; SPOSITO, 1997).

Percebe-se, no entanto, que é mais fácil delimitar faixas etárias e a elas referir-se como adolescência e juventude do que compreender os conteúdos e as características desses dois momentos do ciclo da vida nos diversos estudos das diferentes áreas do conhecimento. Marcondes (1979), por exemplo, caracteriza a adolescência como “um conjunto de manifestações biopsicossociais que se localizam entre a infância e a maturidade”, diferenciando-a da puberdade, que seria o componente “bio” da adolescência.

Lapassade diferencia a crise da adolescência, que teria como base a crise da puberdade – de ordem psicológica e de caráter individual -, da crise da juventude, que teria, por sua vez, a adolescência como base, mas seria de caráter coletivo, de problematização da ordem social em função de dificuldades de adequação às normas da sociedade (LAPASSALE, 1968, p.42 apud ABRAMO, 1994, p.91). Da mesma forma, Foracchi considera a crise juvenil posterior àquela que se dá na adolescência, caracterizada como momento de conflito com a ordem social adulta (FORACCHI, 1972, p.57 apud ABRAMO, 1994, p.93).

Como se observa nos conceitos anteriores, as referências etárias nos estudos mencionados não são sempre claras, em virtude da dificuldade de demarcação dos limites entre uma e outra etapa ou momento da vida. Diferenças entre perspectivas teóricas e matrizes disciplinares introduzem uma complicação adicional. Porém, como salienta Abramo (1994), é possível identificar alguns aspectos básicos e genéricos que caracterizam ambas as circunstâncias no curso da vida.

Parece haver consenso quanto à condição de *transitoriedade*. Tanto a juventude como a adolescência são vistas como momentos de transição da

heteronomia e dependência da infância à autonomia e independência da vida adulta (ABRAMO, 1994; SPOSITO, 1997). As formas de conceber essa passagem são diversas, havendo a implicação de muitas dimensões da vida nessa “transição”.

Galland (1991), por exemplo, que formula a noção de transição com base na experiência dos operários do início do século, propõe o “modelo da instalação”, através da união de três fatores: a saída da família de origem, a entrada na vida profissional e a formação de um novo núcleo familiar (GALLAND, 1991, p.27 apud SPOSITO, 1997, p.49). Já a proposta de Chamboredon identifica etapas múltiplas e desconexas na passagem para a vida adulta, que ocorreriam em função de dois processos presentes na atualidade: o de *descristalização* e o de *latência*. O primeiro refere-se à dissociação das várias dimensões existentes na vida adulta, que possibilitam o exercício de algumas funções sem que se impliquem, necessariamente, todas, como no caso da sexualidade, cujo exercício não envolve a formação de um novo núcleo familiar. O segundo processo implica a separação entre a posse da habilitação profissional, e o não ingresso imediato no mercado de trabalho (CHAMBOREDON, 1985, p.72 apud SPOSITO, 1997, p.95; PERALVA, 1997).

Essa condição de transitoriedade está presente nas várias concepções de juventude que a consideram fase “pré-funcional”, de preparação para a vida social posterior, e implica marginalidade, “uma condição de relatividade de direitos e deveres, de responsabilidades e independência” (ABRAMO, 1994, p.11). Tais particularidades imprimem outra característica a essa fase – a *ambigüidade* – associada à indefinição de seus limites, de início e de término, de possibilidades e impossibilidades. Por isso, também, a condição juvenil é percebida como marcada por grande negatividade – “o que não se é mais e ainda não se chegou a ser” (SALEM, 1986, p.38 apud ABRAMO, 1994, p.11) – e *indeterminação* – “este estado incerto que vem da coexistência, da imbricação e também da distância entre o universo infantil e o universo adulto” (MORIN, 1986, p.47 apud ABRAMO, 1994, p.11).

Para a psicologia, essa fase de transição é o momento privilegiado de elaboração de identidade própria, e é nesse sentido que a discussão sobre a adolescência é enfatizada nessa disciplina: como momento de experimentação, de reelaboração de modelos de comportamentos e identidades. Considera-se que, da vivência desse processo, decorrem os conflitos entre os adolescentes e as

instituições responsáveis por sua socialização, prioritariamente a família e a escola (PERALVA, 1997).

É assim que se coloca uma outra concepção estruturante sobre a condição juvenil: a de crise potencial (ABRAMO, 1994, p.13). Como se pôde observar, estão aqui presentes as três dimensões de crise da transição apontadas pelos autores: a crise da puberdade, a crise da adolescência e a crise da juventude.

Como pode ser depreendido do que foi exposto, os autores de diferentes disciplinas desenvolvem suas concepções sobre juventude e adolescência como fases de grande agitação, tensão e turbulência, associadas às transformações relativas às dimensões corporal, subjetiva e cotidiana e aos choques com a ordem social. Em decorrência do forte conteúdo social dessas dimensões, as marcas da idade referentes a cada um desses momentos – adolescência e juventude – são dificilmente passíveis de definição fixa e universal.

1.3 Saúde sexual e reprodutiva de jovens e adolescentes no Brasil

O presente estudo procurou analisar a bibliografia brasileira sobre saúde sexual e reprodutiva de adolescentes, produzida e publicada no período de 1990 a 2000 no Brasil⁵.

Cabe ressaltar que se trata de pesquisa voltada prioritariamente às temáticas presentes na produção desta última década, as abordagens utilizadas e eventuais recorrências ou ausências da abordagem das relações de gênero nessa produção, para melhor se estudar as políticas públicas para os jovens de ambos os sexos, entendendo que a saúde sexual e reprodutiva deve ser evidenciada tanto para a mulher quanto para o homem.

O caráter exploratório do trabalho fica evidente, primeiramente, pela impossibilidade de sistematização e quantificação das informações apontadas. Como se trata de leitura preliminar, não se utilizou grade de análise em que se buscassem informações previamente definidas, mas análise com o objetivo de construir conhecimento a respeito do assunto, para melhor entender e trabalhar o

⁵ A bibliografia analisada nesta pesquisa está incluída nas Referências. Sobre esse assunto, ver ABRAMO (1994, 1997); ARIÉS (1981); AYRES (1996,1997); BAPTISTA NETO (1992); CALAZANS (1999); CARDOSO e SAMPAIO (1995); CORTEZ e SOUZA (1997); GARCIA (1996); GUIMARÃES (1997); MADEIRA (1997) entre outros.

tema. Para tanto, seria necessária pesquisa mais minuciosa sobre as instituições e regiões nas quais esta produção tem origem.

A primeira tarefa que se coloca ao pesquisador na realização de uma investigação é a delimitação do objeto a ser estudado. Tal questão torna-se delicada quando o objeto da pesquisa é a adolescência e juventude, como se pôde constatar no debate conduzido por Sposito (1997), com base na produção acadêmica relativa ao tema na área da educação, bem como na discussão sobre a superposição entre essas categorias. Em seguida, serão descritas as etapas operacionais para a delimitação do objeto e dos objetivos do levantamento realizado.

Para o levantamento bibliográfico, optou-se por utilizar preferencialmente os descritores “adolescência” e “juventude”, dado que esse recorte é mais tradicional na área da saúde, como já apontado.

No contexto mundial, a preocupação com a saúde dos adolescentes se inicia em meados do século passado, tendo sido as primeiras publicações sobre a matéria lançadas no início deste século (GROSSMAN, 1995; TAKIUTI, 1997). No Brasil, os primeiros serviços voltados à saúde dos adolescentes surgem na década de 1970, vinculados a instituições universitárias; a elaboração e implementação de política pública nacional ocorreriam somente em 1989, com o Programa Saúde do Adolescente (PROSAD), do Ministério da Saúde. Apenas no final dos anos 1990 a discussão sobre a necessidade de elaborar políticas específicas para a população jovem, tal como definida pela Organização Mundial de Saúde, passa a integrar as preocupações da área da saúde (CANNON; BOTTINI, 1998).

Para o recorte de saúde reprodutiva e direitos reprodutivos, recorreu-se às definições produzidas durante a VIII Conferência de População e Desenvolvimento, realizada no Cairo, em 1994.

A saúde reprodutiva é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, em todas as matérias concernentes ao sistema reprodutivo, suas funções e processos, e não a simples ausência de doença ou enfermidade. A saúde reprodutiva implica, por conseguinte, que a pessoa possa ter uma vida sexual segura e satisfatória, tendo a capacidade de reproduzir e a liberdade de decidir sobre quando e quantas vezes deve fazê-lo. Está implícito nesta última condição o direito de homens e mulheres de serem informados e de terem acesso aos métodos eficientes, seguros, aceitáveis e financeiramente compatíveis de planejamento familiar, assim como a outros métodos de regulação da fecundidade de sua escolha e que não contrariem a lei, bem como o direito de acesso a serviços apropriados de saúde que propiciem às mulheres as condições de passar com segurança pela gestação e o parto, e proporcionando aos casais uma chance melhor de ter um filho sadio. Em conformidade com a definição acima de saúde

reprodutiva, a assistência à saúde reprodutiva é definida como a constelação de métodos, técnicas e serviços que contribuem para a saúde e o bem-estar reprodutivo, prevenindo e resolvendo os problemas de saúde reprodutiva. Isto inclui igualmente a saúde sexual, cuja finalidade é a melhoria da qualidade de vida e das relações pessoais, e não o mero aconselhamento e assistência relativos à reprodução e às doenças sexualmente transmissíveis (CIPD, 1994, parágrafo 7.2).

Tendo em vista a definição anterior, os direitos de reprodução abrangem certos direitos humanos já reconhecidos em leis nacionais, em documentos internacionais sobre direitos humanos e em outros documentos consensuais. Esses direitos se ancoram no reconhecimento do direito básico de todo casal e de todo indivíduo de decidir livre e responsavelmente sobre o número, o espaçamento e a oportunidade de ter filhos, bem como de ter a informação e os meios de assim o fazer, e o direito de gozar do mais elevado padrão de saúde sexual e reprodutiva. Inclui também o direito de tomar decisões sobre a reprodução, livre de discriminação, coerções ou violências, conforme expresso nos documentos sobre direitos humanos. No exercício desse direito, os casais devem poder levar em consideração as necessidades de seus filhos atuais e futuros e suas responsabilidades para com a comunidade. A promoção do exercício responsável desses direitos por todo indivíduo deve ser a base fundamental de políticas e programas de governos e da comunidade na área da saúde reprodutiva, incluindo-se o planejamento familiar. Como parte de seus compromissos, toda atenção deve ser dispensada à promoção de um relacionamento mutuamente respeitoso e equitativo entre os gêneros, particularmente no que se refere a atender às necessidades educacionais e de serviço dos adolescentes para capacitá-los a tratar sua sexualidade de uma maneira positiva e responsável. A questão da saúde reprodutiva constitui um desafio para muitos povos do mundo em função dos seguintes fatores: níveis inadequados de conhecimento da sexualidade humana e informações ou serviços inadequados ou de pouca qualidade na área da saúde reprodutiva; prevalência de comportamentos sexuais de alto risco; práticas sociais discriminatórias; atitudes negativas com relação às mulheres e às jovens; o limitado poder que têm muitas mulheres e moças sobre suas próprias vidas sexuais e reprodutivas. Na maioria dos países, os adolescentes são particularmente vulneráveis em função da sua falta de informação e de acesso aos serviços relevantes. Homens e mulheres mais idosos têm problemas distintos de saúde reprodutiva e sexual, os quais muitas vezes são tratados de maneira inadequada (CIPD, 1994, parágrafo 7.3, destaque do autor).

Com base nessas duas definições, estabeleceu-se que o levantamento bibliográfico deveria pautar-se pelo cruzamento entre os descritores “adolescência” e “adolescentes” e a seguinte listagem de termos-chaves, adaptados às especificidades de cada um dos bancos de dados⁶: o saúde reprodutiva, saúde sexual, sexualidade, sexo, reprodução, comportamento sexual, comportamento reprodutivo, educação sexual, direitos reprodutivos, planejamento familiar,

⁶ Para a localização desta bibliografia foram utilizadas bases de dados eletrônicas: Sistema de Bibliotecas da UNICAMP (através da Internet); Sistema de Biblioteca da USP (através da Internet); Base de Dados da Biblioteca Ana Maria Poppovic, da Fundação Carlos Chagas (também disponível via Internet); Medline (base de dados da área de saúde em CD-ROM).

anticoncepção, erotismo, prazer, sexo seguro, aborto, gravidez, AIDS, doenças sexualmente transmissíveis, gênero, gênero e saúde, gênero e medicina, ginecologia, saúde de homens e *advocacy*⁷.

Após a realização das buscas nas bases de dados eletrônicas, ainda foi necessária seleção criteriosa dos materiais quanto à sua pertinência aos objetivos do estudo. Não foram selecionados estudos de natureza estritamente clínica ou biomédica, que tratavam dos componentes específicos de diagnóstico e terapêutica da população adolescente. Claro está que as práticas de saúde, como práticas sociais, sempre poderão ser interpretadas como dotadas de caráter ético-político; no entanto, as questões de ordem estritamente clínica extrapolam o âmbito de interesse deste estudo, tanto em função de especificidades disciplinares, quanto dos objetivos da pesquisa.

A partir da bibliografia levantada, foi analisado o total de 97 trabalhos. A produção bibliográfica foi selecionada, segundo os temas abaixo especificados, tendo sido possível observar que, nessa produção, há temas mais “saturados” e outros sobre os quais se encontra grande silêncio.

O tema *sexualidade*, traz noções de vida sexual satisfatória e de saúde sexual como melhoria da qualidade de vida e das relações pessoais; o *sexo seguro*, idéias de vida sexual segura e de prevenção de DST/AIDS; *anticoncepção*: direito a informações e acesso a métodos de planejamento familiar e regulação da fecundidade; *gravidez na adolescência*: a tematização sobre a questão da gravidez na adolescência e suas implicações; as *relações de gênero* a promoção de relações respeitadas e equitativas entre os gêneros, por meio de medidas educativas e de acesso a serviços; a *violência*, situações de ameaça aos direitos à integridade física e psíquica dos adolescentes, compreendendo-se aqui as idéias de vitimização, abuso sexual, prostituição e vida nas ruas.

Analisando as abordagens da sexualidade e da adolescência, o primeiro aspecto que chama a atenção na leitura do material selecionado é o tratamento dispensado às temáticas da sexualidade e da adolescência. Apesar do grande esforço despendido pela maioria dos autores na caracterização tanto da sexualidade quanto da adolescência como fenômenos sociais – onde há forte influência de “fatores” sociais e culturais, tal como costuma ser apontado -, observa-se forte

⁷ Termo em inglês utilizado para referir-se ao tipo de ação desenvolvida por movimentos sociais em defesa de direitos ou na promoção de concepções ou pontos de vista de caráter sociopolítico.

tendência à naturalização e à não-historicização de tais fenômenos.

Esse esforço se dá mais fortemente na caracterização da adolescência. Menções do tipo “a adolescência é um fenômeno psicossociocultural diretamente ligado aos fenômenos biológicos da puberdade” (MAIA FILHO, 1993, p.2), ou, ainda “a grande maioria dos estudos sobre o adolescente o caracteriza como um ser em transformação nos aspectos biopsicossociais, como um ser que deixou de ser criança mas ainda não é adulto” (PATRÍCIO, 1991, p.11) são comuns. Verifica-se, nesses tipos de referências, não apenas a apontada naturalização, mas também a inclusão da transitoriedade como uma das principais características identificadas à condição adolescente, tal como indicado anteriormente.

O caráter transitório da adolescência, no entanto, articula-se, em alguns estudos, simplesmente à condição de transformação biológica da puberdade, não havendo referência ao caráter social e cultural dessa distinção entre os grupos etários.

O conceito de adolescência como um tempo de transição gradual à idade adulta é relativamente novo, sobretudo nos países em desenvolvimento. Só recentemente tem sido reconhecido que meninos e meninas com idade entre dez e vinte anos diferem psicológica e fisiologicamente de crianças e adultos, constituindo, assim, um grupo distinto de indivíduos (MAIA FILHO, 1993, p.3).

Vários autores discorrem sobre as proposições de programas de saúde do adolescente.

[...] a dimensão coletiva e a determinação social da adolescência e de suas demandas de saúde restringem-se, na maioria das vezes, a preocupações marginais ao trabalho efetivamente realizado. É certo que está já solidamente discutido que, desde a delimitação do conceito de adolescência até a definição do que sejam as necessidades de saúde dos indivíduos adolescentes, a dimensão social é aspecto fundamental (MARCONDES, 1979; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1989). Contudo, se a questão social, e não só ela, mas também a psicológica, afetiva, intelectual, sexual etc., são, felizmente, sempre lembradas antes do trabalho com adolescentes, quando trazidos para dentro desse trabalho tais aspectos acabam por reduzir-se às suas traduções biológicas (AYRES; FRANÇA, 1996; MARCONDES, 1979; BRASIL, 1998).

Em outro trabalho, Ayres aponta as principais características com que o saber clínico apreende a adolescência em seu processo de trabalho, como sendo a “universidade/historicidade de sua fenomenologia e a individualidade/singularidade de sua apreensão e interpretação” (AYRES, 1993, p.145). Esse mesmo processo parece estar presente na produção acadêmica decorrente desses saberes. O autor indica, ainda, como o binômio universalização/individualização transparece nas

produções teóricas que abordam o *status* psicoemocional do adolescente na referência à concepção de “síndrome de adolescência normal” (AYRES, 1993, p.147). Nessa concepção, os aspectos gerais identificados como próprios da síndrome estão presentes em cada adolescente. Na teorização sobre o fenômeno psíquico vivido na adolescência, assim, não cabem reelaborações ativas e subjetivas das experiências dos adolescentes.

Quanto à abordagem da sexualidade, na grande maioria dos trabalhos, observa-se ênfase na aproximação de cunho “sexológico”, no sentido de um estudo científico dos comportamentos sexuais, representada na utilização de autores como Kinsey, Masters e Johnsons, ou, no Brasil, de representantes dessa tradição, vinculados a instituições como o Instituto Kaplan, o Instituto H.Ellis e a Sociedade Brasileira de Sexualidade Humana. Utilizando a formulação de Parker e Gagnon (1994), esse tipo de abordagem da sexualidade pode ser caracterizado por:

- consideração da sexualidade como força natural, em contraposição à civilização;
- concepção de indivíduo e pulsão anteriores à ordem social ou cultural;
- quase sempre, crença em diferenças fundamentais que acompanham as diferenças naturais entre o feminino e o masculino;
- dominância normativa de noções masculinas de sexualidade e de imagens e práticas heterossexuais;
- justificativa dos estudos científicos da sexualidade visando a redução da ignorância sexual, na tentativa de estabelecer relação mais equilibrada entre indivíduo e sociedade;
- a implicação do aspecto anterior na busca da aplicação desses conhecimentos científicos no aprimoramento humano.

Tais tendências podem ser observadas em parcela significativa da produção sobre comportamento sexual, especialmente nos levantamentos amostrais sobre comportamento sexual, na literatura que embasa os escritos sobre educação sexual, bem como nas considerações sobre comportamento sexual implícitas nos estudos sobre gravidez na adolescência e anticoncepção. Tal abordagem se choca com os estudos sobre as relações de gênero, como pode ser observado na colocação de Baptista Neto sobre os resultados obtidos em seu levantamento sobre comportamento sexual adolescente:

Há uma tendência no sentido de valorizar exclusivamente os aspectos socioculturais, sobretudo o caldo de cultura machista ainda vigente, como razão ou causa do menor grau de satisfação sexual por parte das mulheres. Em que pese a importância desses fatores, verifica-se que a diminuição da repressão sexual e a maior liberdade conquistada pelas mulheres quanto ao uso de seu corpo, como vêm ocorrendo nas últimas décadas, não mudaram o menor interesse e satisfação delas na fase da adolescência em comparação ao comportamento masculino (BAPTISTA NETO, 1992, p.30-40).

Há estudos que trabalham com diferentes concepções, em concordância com o paradigma de abordagem crítica da pesquisa sexual, apontada como paralela ao surgimento do construtivismo social nas ciências sociais (PARKER; GAGNON, 1994). Nesses, nota-se a influência do próprio Richard Parker como importante referência na produção analisada, bem como dos estudos realizados no Museu Nacional, no Rio de Janeiro, sob a influência de Sérvulo Figueira e Gilberto Velho e, ainda, a presença dos estudos feministas.

A influência dos estudos feministas parece ocorrer em dois momentos distintos: inicialmente, nos trabalhos sobre educação sexual produzidos pelo grupo representado por Carmem Barroso e Maria Christina Bruschini, da Fundação Carlos Chagas, e, posteriormente, nos estudos sobre relações de gênero. Os primeiros, por serem mais antigos e dedicarem-se tanto à esfera da intervenção em educação sexual quanto à investigação e reflexão sobre a gravidez na adolescência, são amplamente referidos, independentemente dos autores concordarem com os posicionamentos feministas. Já no caso dos estudos sobre relações de gênero, só se observa a presença de tais referências na produção identificada com a abordagem crítica da pesquisa em sexualidade.

Essa abordagem crítica é caracterizada pela ênfase na organização social das interações sociais, nos contextos nos quais ocorre a prática sexual, e nas relações complexas entre “significado e poder na constituição da experiência sexual”, acarretando o deslocamento do foco do comportamento sexual para os fatores culturais que o organizam (PARKER; GAGNON, 1994, p.17). Observa-se, nos estudos de autores como Ayres (1996); Brum e Pereira (1996); Diegoli (1996); Lavinhas e Madeira (1997); Garcia e Almeida (1996); Guimarães (1997); Heilborn (1997); Madeira (1997) e Marques (1997), entre outros, a ausência de citações a John Gagnon, importante referência internacional nessa perspectiva crítica, tendo sido constatada sua utilização apenas por Vera Paiva (1993). Na seqüência, será focalizado cada um dos temas de que se ocupa a bibliografia na área de saúde e adolescência.

A categoria sexualidade é a que concentra o maior número de títulos (50), representando 51,5% de todo material encontrado sobre saúde sexual e reprodutiva do adolescente. Em função da grande quantidade de títulos, efetuou-se uma subclassificação dentro da mesma categoria temática, como exposto a seguir: educação sexual (28), comportamento sexual (5), sexualidade e mídia (5), sexualidade e cultura (3), reflexões sobre sexualidade e deficiência (2), relação com serviços de saúde (4), políticas públicas em saúde sexual e reprodutiva (2), guia de materiais educativos (1).

Nessa subclassificação, nota-se que a educação sexual representa a maior parte do material classificado em sexualidade, encontrando-se textos que discutem experiências consideradas bem-sucedidas em educação sexual, a maioria delas em situações escolares: opiniões de escolares sobre educação sexual nas escolas, livros de educação sexual dirigidos aos adolescentes, ou aos pais e educadores, referindo-se à sexualidade dos adolescentes.

Grande parte dos trabalhos enquadra-se na categorização proposta por Figueró (1995, p.112), em seu estudo sobre o estado da arte da educação sexual no Brasil, no período compreendido entre 1980 e 1995. A autora inclui nessa categorização textos relativos e explanações teóricas que discutem o desenvolvimento de trabalhos de educação sexual, compreendendo-se aí “o que fazer, como fazer, quais os problemas a enfrentar”.

Destaca-se, aqui, alguns dos principais achados de Figueiró (1995, p.189) sobre a produção bibliográfica em educação sexual, pois seu estudo é bastante amplo. A autora critica a baixa qualidade da produção acadêmico-científica brasileira nesse campo em função de sua “repetitividade”, principalmente no que diz respeito à explicitação de como realizar educação sexual.

Entre toda a bibliografia sobre sexualidade consta pequeno desenvolvimento de trabalhos de pesquisa: dez entre os 50 textos. Das dez pesquisas, sete são realizadas com os próprios adolescentes: cinco sobre comportamento sexual, sendo uma através de questionários (BAPTISTA NETO, 1992), uma através de entrevistas em grupos (PATRÍCIO, 1991), duas através de entrevistas (CHAVES, 1994; FIÚZA, 1991) e uma reunindo informações provenientes das duas fontes (AFONSO, 1997). Há ainda duas pesquisas sobre educação sexual: uma avalia proposta de intervenção (FELIZARI, 1990) e a outra examina as opiniões de estudantes sobre a realização de educação sexual na escola (FIGUEIREDO, 1991).

Em relação às três pesquisas restantes, duas são realizadas com profissionais de saúde responsáveis pelo atendimento aos adolescentes (CONCEIÇÃO, 1991; GROSSMAN, 1995) e a última confronta as concepções e valores de adolescentes sobre gênero, sexualidade e adolescência e as práticas dos profissionais de saúde responsáveis pelo seu atendimento (SANTOS, 1997). Nota-se a ausência de estudos que enfatizem o universo simbólico de pais e professores sobre a sexualidade da população em foco. Apesar da grande quantidade de trabalhos sobre educação sexual e sexualidade na escola, esses últimos discutindo, teoricamente, os imbricamentos da sexualidade na prática escolar, nota-se a ausência de investigações sobre concepções ou representações de professores, principalmente considerando-se as novas políticas de inclusão da orientação sexual, como tema transversal, nos currículos escolares de 1º e 2º graus (ARILHA; CALAZANS, 1998).

Três interessantes pesquisas trabalham com a categoria de gênero: Chaves (1994) investiga o comportamento do “ficar com”, Afonso (1997) estuda questões relativas à sexualidade, saúde reprodutiva e relações de gênero de adolescentes a respeito das representações, tradicionais ou inovadoras, sobre a vida afetivo-sexual; e Fiúza (1991) examina as identidades jovens em duas redes sociais das camadas médias do Rio de Janeiro. Considerando-se a avaliação de Abramo (1997) sobre a produção acadêmica nacional relacionada à juventude, é importante refletir sobre a pequena quantidade de investigações que têm como foco os jovens, suas vivências e suas formas de compreendê-las, existindo maior ênfase nas considerações de adultos e técnicos sobre tais experiências.

Entre os cinco trabalhos sobre sexualidade e mídia, quatro examinam revistas dedicadas ao público adolescente feminino: o primeiro investiga cartas enviadas por adolescentes à revista *Capricho* (SIMONETTI, 1991); o segundo oferece importante reflexão sobre a transformação do papel da mesma revista, à luz da consideração da responsabilidade do comunicador que redige informações sobre sexo para o público adolescente feminino, considerando a adequação da informação à faixa etária do público-alvo (BUITONI, 1991); o terceiro aborda a experiência editorial da revista *Carícia* com o público adolescente feminino (LOPES, 1991); o quarto investiga ainda a revista *Capricho*, analisando o discurso da mídia sobre e para adolescentes, à luz da concepção de poder em Foucault (FISCHER, 1994). É interessante notar que nenhuma das autoras faz referência às outras, apesar de a

maioria dos trabalhos demonstrar qualidade e consistência em suas reflexões. O quinto título traz reflexão crítica acerca do papel “formador” da mídia sobre a sexualidade dos adolescentes (SANTOS, 1997).

Os dois trabalhos sobre políticas públicas em saúde sexual e reprodutiva (BERQUÓ, 1997; ARILHA; CALAZANS, 1998) integram publicações organizadas pela Comissão Nacional de População e Desenvolvimento (CNPD, 1998), e orientam o desenvolvimento de políticas públicas para jovens. O guia de materiais educativos (FUNDAÇÃO EMÍLIO ODEBRECHT, 1994) é uma útil compilação voltada ao desenvolvimento de educação sexual de adolescentes.

Os trabalhos sobre sexo seguro representam 6,2% de toda a bibliografia (seis títulos), referindo-se a textos voltados prioritariamente à prevenção da AIDS, não tendo sido localizados estudos que abordassem especificamente outras doenças sexualmente transmissíveis. Um estudo dirige-se à formação de recursos humanos na área de educação para o desenvolvimento de projetos de prevenção à AIDS e ao abuso de drogas em escolas, visando a apresentação de conceito dirigido à racionalização das ações preventivas à AIDS (AYRES, 1996).

Os outros cinco trabalhos enfocam especificamente a educação sexual voltada para a prevenção da AIDS. Dois não trazem novidades em relação aos demais estudos voltados para a educação sexual, a não ser sua priorização na informação de conteúdos voltados à AIDS (FRUET, 1995; GHERPELLI, 1996). Os três trabalhos restantes são de um mesmo grupo de pesquisa (NEPAIDS/IP-USP), voltados para o desenvolvimento de projeto de prevenção à AIDS em escolas públicas da cidade de São Paulo.

Sobre o tema anticoncepção, foram localizados apenas dois títulos (2% da amostra). O estudo de Schor (1995) é bastante extenso e descritivo, mas poderia beneficiar-se de maior investimento na busca de compreensão da experiência dos adolescentes relativa à reprodução e à anticoncepção.

A gravidez na adolescência é o segundo tema mais numeroso, reunindo 23 textos, o que representa 23,7% do total da bibliografia analisada. São dez teses ou dissertações, um livro originado de uma dissertação, cinco artigos em periódicos, dois capítulos de livros, três trabalhos apresentados em seminário e dois resumos de trabalhos apresentados em congresso.

Quando se pensa na saúde de jovens e adolescentes no Brasil, depara-se com grandes desafios, levando em conta as condições de vida da maioria dos

adolescentes do país.

Oferecer um panorama geral das condições de saúde de adolescentes e jovens no Brasil é grande desafio, pelo tamanho deste país; assim, será dado destaque para o Estado de São Paulo, tendo como base a bibliografia existente sobre o assunto. Este panorama acerca das características sociodemográficas, da morbidade, da mortalidade e do comportamento sexual na adolescência apóia-se especialmente nas análises contidas em duas publicações: o livro em dois volumes da Comissão Nacional de População e Desenvolvimento sobre jovens e políticas públicas e a coletânea da Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados, intitulada 20 anos no Ano 2000 (SEADE, 1998). Os cortes etários de adolescência e juventude aqui utilizados serão aqueles adotados por ambas as publicações, com base nos critérios definidos pela Organização Pan-americana de Saúde. Segundo esses critérios, considera-se adolescentes os indivíduos de 15 a 19 anos, e jovens aqueles de 20 a 24 anos.

A população brasileira jovem, segundo informações da contagem populacional realizada pela Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2000), compreende 34,1 milhões de pessoas entre 15 e 24 anos. Tal população vive prioritariamente na zona urbana: 80,3% dos adolescentes (15-19 anos) e 82,7% dos jovens (20-24 anos). Entre a população jovem rural encontra-se mais homens do que mulheres: 53,3% dos homens e 46,7% das mulheres entre 15-19 anos e 53,7% dos homens e 46,3% das mulheres entre 20-24 anos. Isso ocorre em função da maior presença da população jovem feminina no fluxo migratório da zona rural para a zona urbana. Em relação à população brasileira como um todo, há maior contingente de mulheres do que de homens, devido a maior risco de mortalidade entre a população masculina. Do total de 169 milhões de pessoas, 86 milhões são mulheres e 83 milhões são homens, ou seja, 3 milhões a mais da população feminina.

Assim, falar de juventude brasileira é falar de processos resultantes de conjugação específica entre herança histórica e padrões societários vigentes. Nesse cenário, entre jovens brasileiros de hoje, são os mais pobres os mais atingidos pelos processos de desqualificação geradores de desigualdades sociais. Sabe-se, no entanto, que a universalização de direitos e acessos não anularia automaticamente os mecanismos que ancoram preconceitos e discriminações sociais. Desvantagens relativas acentuadas são expressas nas relações etno-raciais e nos atributos de

gênero, idade, local de origem ou de moradia e também de orientação sexual. Nesse sentido, a juventude é como um espelho retrovisor que reflete e revela a sociedade de desigualdades e diferenças sociais.

Ainda assim, a condição juvenil – como etapa da vida que se situa entre a proteção socialmente exigida para a infância e a emancipação esperada na vida adulta – tem suas especificidades. Isso porque a experiência geracional é inédita, já que a juventude é vivenciada em diferentes contextos históricos, e a história não se repete. Dessa forma, para pensar a condição juvenil contemporânea, e as políticas públicas destinadas a esse segmento, deve-se que considerar a rapidez e as características das mudanças no mundo de hoje, pois essas interferem nas possibilidades e identidades juvenis e no conteúdo dos conflitos e consensos presentes nas relações intergeracionais.

**CAPÍTULO 2 AS POLÍTICAS PÚBLICAS DESTINADAS AOS JOVENS
NO BRASIL: UM BALANÇO REFLEXIVO DA ATUAL CONJUNTURA**

2.1 Aproximações em torno do tema: ampliação de direitos - o Estatuto da Criança e do Adolescente

Traçar um balanço das políticas públicas, destinadas aos jovens, no Brasil, torna-se particularmente oportuno se se levar em conta a atual conjuntura com o novo período político inaugurado com a reeleição de Luiz Inácio Lula da Silva, em 2007, para presidente da República, e o interesse, aqui, em analisar como os jovens estão sendo beneficiados com ações que protegem sua constituição enquanto sujeitos em desenvolvimento.

Além das expectativas de mudança que sua reeleição condensou, é preciso voltar o olhar para o que foi feito e considerar que já existiam no seu governo, anterior, um conjunto de iniciativas que merecem ser avaliadas para se evitar práticas que reiterem alguns dos desacertos evidentes das orientações anteriores. Mas é preciso considerar que o país também convive com mudanças expressas nas políticas de juventude que nascem de iniciativas municipais diversificadas e poderão confluir para a construção de novo paradigma em torno da questão. Mais do que nunca, orientações que integrem esses caminhos poderão contribuir para o nascimento de novas percepções em torno dos direitos da juventude.

A presente análise esboça um esforço de compreensão abrangente, de modo a situar, com base em concepção democrática de realização da política e de clara defesa dos jovens como sujeitos de direito, os caminhos percorridos nos últimos dez anos das iniciativas focalizadas nos segmentos juvenis da sociedade brasileira. Para tanto, a partir de algumas considerações em torno do tema “as políticas públicas destinadas aos jovens”, examinou-se, aqui, as ações federais observadas no período 1995-2005 e traçou-se alguns dos caminhos percorridos no âmbito dos municípios em direção à constituição dessas políticas.

Embora recente, observa-se na sociedade brasileira consenso inicial em torno da necessidade de implementação de políticas públicas destinadas à juventude.

Em sua acepção mais genérica, a idéia de políticas públicas está associada a um conjunto de ações articuladas com recursos próprios (financeiros e humanos), envolve dimensão temporal (duração) e alguma capacidade de impacto. Não se reduz à implantação de serviços, pois engloba projetos de natureza ético-política e

compreende níveis diversos de relações entre o Estado e a sociedade civil na sua constituição. Situa-se também no campo de conflitos entre atores que disputam orientações na esfera pública e os recursos destinados à sua implantação. É preciso não confundir políticas públicas com políticas governamentais. De toda forma, um traço definidor característico é a presença do aparelho público-estatal na definição de políticas, no acompanhamento e na avaliação, assegurando seu caráter público, mesmo que em sua realização ocorram algumas parcerias. Nesta análise, serão privilegiadas as políticas governamentais em âmbito federal e municipal.

Analisando as ações públicas destinadas à juventude, fazendo um balanço da década de 1990, Rua (1998, p.731) opta por definição bastante sugestiva de políticas públicas. Diz a autora: “[...] proponho o entendimento das políticas públicas como conjunto de decisões e ações destinadas à resolução de problemas políticos” e contrapõe à idéia de “problemas políticos” a expressão “estado de coisas”. Vale ressaltar que a expressão “os jovens como problema social” tem estatuto diferente da noção de que políticas públicas ocorrem quando jovens deixam de ser “estado de coisas” para aparecerem como “problemas políticos”. Nesse último caso, tanto pode estar presente a idéia de “proteção” da sociedade, diante do risco iminente provocado por seus segmentos jovens, como a percepção de que atores juvenis podem estar contemplados nas políticas, enquanto expressão de um campo ampliado de direitos reconhecidos pela democracia. Assim, somente quando alcançam a condição de problemas de natureza política e ocupam a agenda pública, alguns processos de natureza social abandonam o “estado de coisas”.

Essas observações são importantes para a compreensão da trajetória recente das políticas públicas destinadas aos jovens no Brasil, uma vez que, de modo diferente do conjunto da América Latina, elas tenderam a permanecer muito mais como estado de coisas do que como problemas de natureza política que demandam respostas. Por essas razões, ao examinar, sobretudo no nível federal, as políticas setoriais de educação, saúde e trabalho, Rua (1998) constata que nenhuma delas estava, naquela conjuntura, contemplando ações especialmente voltadas para os jovens: no Brasil os jovens são abrangidos por políticas sociais destinadas a todas as demais faixas etárias, e tais políticas não estariam sendo orientadas pela idéia de que os jovens representariam o futuro, sob a perspectiva de formação de valores e atitudes das novas gerações.

Esse cenário passa a se alterar no final dos anos 1990 e no início da década

atual. Iniciativas públicas são observadas, algumas envolvendo parcerias com instituições da sociedade civil e as várias instâncias do Poder Executivo – federal, estadual e municipal – são mobilizadas.

Mas o reconhecimento de consensos preliminares em torno de sua relevância na sociedade brasileira não obscurece a diversidade de orientações e pressupostos que alimentam projetos e programas destinados aos jovens. É também necessário considerar que as decisões, envolvendo a implementação de políticas, são amplamente produto de conflitos em torno do destino de recursos e de bens públicos limitados, ocupando espectro amplo de negociações e de formação de consenso, mesmo que provisórios.

No caso das ações que envolvem a juventude, dois aspectos importantes precisam ser levados em conta. De um lado, a idéia de que qualquer ação destinada aos jovens exprime parte das representações normativas correntes sobre a idade e os atores jovens que uma determinada sociedade constrói, ou seja, as práticas exprimem uma imagem do ciclo de vida e seus sujeitos, como afirma Lagree (1999). No entanto, é preciso reconhecer – e essa é uma idéia relevante para a compreensão das políticas públicas recentes destinadas aos jovens no Brasil – que há interconexão entre aquilo que tende a se tornar uma representação normativa corrente da idade e dos jovens na sociedade e o próprio impacto das ações políticas. Ou seja, a conformação das ações e programas públicos não sofre apenas os efeitos de concepções, mas pode, ao contrário, provocar modulações nas imagens dominantes que a sociedade constrói sobre seus sujeitos jovens. Assim, as políticas públicas de juventude não seriam apenas o retrato passivo de formas dominantes de conceber a condição juvenil, mas poderiam agir, ativamente, na produção de novas representações.

Quanto às representações sociais, é importante recorrer à afirmação de Durkheim (1970) quando diz que não são a simples soma das representações dos indivíduos. Mas, nessa análise, o sentido dado à noção de representação apóia-se, sobretudo, em Henri Lefebvre (1980), que recusa a dicotomia entre o que está fora, exterior (como coisa), e as representações que também vêm de dentro e são contemporâneas à constituição do sujeito, tanto na história de cada indivíduo quanto na gênese do individual na escala social. Desse modo, as representações “não são nem falsas nem verdadeiras, mas, ao mesmo tempo, falsas e verdadeiras: verdadeiras como respostas a problemas “reais” e falsas na medida em que

dissimulam objetivos “reais” (LEFEBVRE, 1980, p.55).

As representações normativas, embora focadas nos jovens, não incidem apenas sobre eles, isoladamente. Elas tratam, sobretudo, de universos relacionais: jovens e mundo adulto, esse último marcado pelo poder exercido nas instituições, nas quais as possibilidades de interação, de conflito e de solidariedade também se destacam. É preciso considerar que a disputa em torno das concepções ocorre, ainda hoje, na arena pública, protagonizada pelos vários atores, tanto jovens como adultos, que se desenvolvem nesse segmento, incluindo nessa diversidade não só a sociedade civil como a própria composição dos aparatos do Estado.

No Brasil, ainda se observa a ausência de estudos que reconstituíam os modos como foram concebidas as ações públicas, destinadas aos jovens no século XX, embora, de modo geral, sejam perceptíveis algumas imagens, reiterando algumas orientações latino-americanas.

Segundo Abad (2002), em linhas gerais, a evolução histórica das políticas de juventude na América Latina foi determinada pelos problemas de exclusão dos jovens da sociedade e os desafios de como facilitar-lhes processos de transição e integração ao mundo do adulto. Ressaltando a pluralidade de enfoques, as características institucionais e a diversidade regional dos países latino-americanos, esse autor sintetiza contribuições de diversos autores e estabelece periodização em torno de quatro modelos distintos de políticas de juventude: a) a ampliação da educação e o uso do tempo livre (entre 1950 e 1980); b) o controle social de setores juvenis mobilizados (entre 1970 e 1985); c) o enfrentamento da pobreza e a preservação do delito (entre 1985 e 2000) e d) a inserção laboral de jovens excluídos (entre 1990 e 2000).

Vive-se simultaneamente, de tempos em tempos, o debate sobre juventude, o que faz a convivência, muitas vezes dentro de um mesmo aparelho de Estado, de orientações tais como as dirigidas no controle social⁸ do tempo juvenil, à formação de mão-de-obra e também aquelas que aspiram à realização dos jovens como sujeitos de direito. No que pese o maior ou o menor predomínio de determinada tendência ao longo da história, algumas formulações em torno dos segmentos

⁸ Por controle social, entende-se a ocupação dos espaços de participação social possibilitados – criados e a serem criados – pela Constituição Federal de 1998, objetivando o conhecimento, vigilância, comando e fiscalização dos recursos, espaços e serviços públicos por parte da sociedade organizada. Ver: LOURENÇO, E.A. de S. “Saúde pública e participação cidadã: uma análise do controle social”. Dissertação de Mestrado – UNESP- Franca, SP, 2004.

juvenis e da juventude têm sido mais fortemente reiteradas nos últimos anos. Os jovens ora são vistos como problemas ou como setores que precisam ser objeto de atenção. Manter a paz social ou preservar a juventude? Controlar a ameaça que os segmentos juvenis oferecem ou considerá-los como seres em formação ameaçados pela sociedade e seus problemas? (LAGREE, 1999).

É preciso reconhecer que, histórica e socialmente, a juventude tem sido considerada como fase de vida marcada por certa instabilidade, associada a determinados “problemas sociais”, mas o modo de apreensão desses também muda (SPOSITO, 1997, 2002). Bourdieu (1996) examina as ambigüidades presentes nessa expressão. As representações correntes ora investem nos atributos positivos dos segmentos juvenis, responsáveis pela mudança social, ora acentuam a dimensão negativa dos “problemas sociais” e do desvio. Assim, se nos anos 1960 a juventude era um “problema”, na medida em que podia ser definida como protagonista de crise de valores e de conflito de gerações, essencialmente situado sobre o terreno dos comportamentos éticos e culturais, a partir da década de 1970 os “problemas” de emprego e de entrada na vida ativa tomaram progressivamente a dianteira nos estudos sobre a juventude, quase a transformando em categoria econômica (MISCHE; ABRAMO 1997).

É no âmbito de concepção ampliada de direitos que alguns setores da sociedade brasileira têm se voltado para a discussão da situação dos adolescentes e dos jovens, cuja expressão maior reside no Estatuto da Criança e Adolescente (ECA – Lei Federal nº 8.069), promulgado em 13 de julho de 1990. No entanto, parte das atenções tanto da sociedade civil como do poder público voltou-se, nos últimos anos, sobretudo para os adolescentes e aqueles que estão em processo de exclusão ou privados de direitos dentro da faixa etária compreendida pelo ECA.

Art. 1º Esta Lei dispõe sobre a proteção integral à criança e ao adolescente.
Art. 2º Considera-se criança, para os efeitos desta Lei, a pessoa até doze anos de idade incompletos, e adolescente aquela entre doze e dezoito anos de idade (ECA, 2000).

Esse duplo recorte – etário (adolescentes) e econômico-social – pode operar com seleções que acabam por impor modos próprios de conceber as ações públicas. Se tomadas exclusivamente pela idade cronológica e pelos limites da maioridade legal, parte das políticas acaba por excluir um amplo conjunto de indivíduos que atingem a maioridade, mas permanecem no campo possível de

ações, pois ainda vivem efetivamente a condição juvenil. De outra parte, no conjunto das imagens não se considera que, além dos segmentos em processo de exclusão, há inequívoca faixa de jovens pobres, filhos de trabalhadores rurais e urbanos (os denominados setores populares e segmentos oriundos de classes médias urbanas empobrecidas), que fazem parte da ampla maioria juvenil da sociedade brasileira e que podem estar, ou não, no horizonte das ações públicas, em decorrência de um modo peculiar de concebê-los como sujeitos de direito.

As orientações defendidas pelos movimentos voltados para os direitos da infância, no final da década de 1980, procuraram superar a concepção restritiva do que é ser criança e adolescente, caminhando para a representação que reconhece direitos e demanda políticas aos que ainda não atingiram a maioridade. O estatuto legal traz, em seu bojo, nova concepção de direitos que incide fortemente sobre conservadoras formas e conteúdos de conceber jurídica, institucional e socialmente crianças e adolescentes na sociedade brasileira. Sob esse ponto de vista, as lutas sociais em torno dos direitos da infância e da adolescência ofereceram caminhos novos para a constituição de imagem positiva em torno de ações destinadas a esses segmentos.

O caráter inovador das representações, posto na defesa de direitos e produto dos movimentos sociais, entra em disputa com um campo dominante de significados, constituídos, que imediatamente filtram, reinterpretem e restringem a percepção. Observa-se assim, nos últimos anos, uma reação conservadora às conquistas, expressando-se na pressão por mudanças na legislação ordinária e na Constituição Federal – por exemplo, com propostas de diminuição da idade para se atribuir a responsabilidade penal e a demanda por providências coercitivas típicas do mundo adulto para crianças e adolescentes. De forma mais tênue, as resistências aparecem sob a égide de certo temor diante do que estaria sendo considerado “excesso de direitos”, fixados pelo Estatuto, e poucos “deveres” de crianças e adolescentes nas instituições escolares que, por sua vocação, deveriam acolher todos sem qualquer tipo de discriminação.

A Constituição Federal de 1988 privilegiou a paridade de participação entre governo e sociedade civil em conselhos responsáveis por formular, gerir e estabelecer controle social sobre políticas públicas descentralizadas. A municipalização foi diretriz instituída com o intuito de estimular a participação cidadã no trato com a coisa pública. No contexto da referida ampliação da consciência dos

direitos, a sociedade brasileira repensou a fragilidade histórica da situação das crianças e dos adolescentes, especialmente aquelas oriundas das classes populares. O ECA é o marco legal de processo prático reflexivo que se dispôs a transformar o estatuto da minoridade brasileira, especialmente naquilo que se refere aos que estão em processo de exclusão social, ou em conflito com a lei. O ECA, além de representar radical mudança de rumo ético-político perante o antigo ordenamento jurídico-institucional, configurado no segundo Código de Menores (1979), gerou estruturas colegiadas nos âmbitos nacional – Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA), estadual e municipal (conselhos estaduais e municipais de direitos da criança e do adolescente).

Mesmo no interior do aparelho de Estado, as políticas de juventude comportam diversidade de orientações e podem disputar recursos e operar diferentes definições de prioridades em face de outras políticas. Podem estar mais próximas de modelos participativos ou serem definidos com base no que, no Brasil, tradicionalmente foi designado como cidadania tutelada, ou apenas como forma de assistência e controle do Estado sobre a sociedade, sobretudo para os grupos que estão na base da pirâmide social.

Governos e demais organizações da sociedade podem ter forte vocação democrática, serem propositivos de políticas públicas no estabelecimento de canais democráticos de interação com os cidadãos, mas podem não contemplar os sujeitos jovens como um dos focos possíveis das ações e considerá-los parceiros, ou segmentos, para os quais estariam abertos os canais participativos. Pode ocorrer também o inverso: a formulação de políticas de juventude, mesmo consideradas em sua especificidade, é definida em um quadro de distanciamento, tutela ou subordinação da sociedade diante do Estado, em virtude das orientações prevalentes nos governos que rebaterão diretamente sobre a forma como essas políticas vão equacionar as relações com os segmentos juvenis.

2.2.0 caráter plural das políticas sociais de educação e saúde: apreciações sobre ações voltadas às crianças e adolescentes no Brasil

É importante enfatizar que o Estatuto da Criança e do Adolescente pode ser considerado um dos desdobramentos mais importantes da Constituição Federal de 1988, a qual, no seu artigo 277, determina que é dever da família, da sociedade e do

Estado garantir, com absoluta prioridade, direitos considerados essenciais: saúde, alimentação, educação, lazer, respeito à liberdade e à convivência familiar e comunitária. O artigo determina, também, que crianças e adolescentes devem ser protegidos contra toda forma de negligência, discriminação, violência, crueldade e opressão.

O ECA regulamentou conquistas presentes na Constituição, e a sua implantação, mesmo morosa, dados os entraves e resistências de setores da sociedade brasileira, vem promovendo revolução nas áreas jurídica, social e política.

Como analisado, aqui, anteriormente, a primeira delas está na mudança da concepção de infância e adolescência e que, portanto, precisa simplesmente de tutela. Pela nova concepção, instituída pelo ECA, crianças e adolescentes passam a ser vistos como sujeitos em situação peculiar de desenvolvimento e pessoas portadoras de direitos.

Pretende-se dar sentido à reflexão, destacando os direitos assegurados à criança e ao adolescente relativos à educação e ao trabalho, por se entender que é o primeiro passo para a formação da cidadania.

No que diz respeito à educação, o Estatuto afirma que, para o pleno desenvolvimento da criança e do adolescente, é preciso educação que garanta o exercício dessa cidadania e da qualificação para o trabalho. Para isso, devem ser assegurados a crianças e adolescentes, igualdade de condições para acesso e permanência na escola, o respeito dos educadores a esses sujeitos, o direito de serem contestados os critérios avaliativos da escola e de se recorrer às instâncias escolares superiores para garantir esses direitos, o direito de organização e participação em entidades estudantis, o direito de acesso à escola pública gratuita próxima de sua residência. Para democratizar a informação sobre o que os filhos aprendem, os pais ou responsáveis devem estar cientes do processo pedagógico. Podem, para isso, participar das definições das propostas educacionais das escolas.

A fim de garantir o direito à educação, o Estado tem o dever de assegurar à criança e ao adolescente o ensino fundamental obrigatório e gratuito, inclusive para aqueles que não tiveram acesso a ele em idade própria; a progressiva extensão da obrigatoriedade e gratuidade do ensino médio, o atendimento especializado aos portadores de deficiência (preferencialmente na rede regular de ensino), o atendimento em creches e pré-escola às crianças até seis anos de idade, o atendimento a crianças, no ensino fundamental, através de programas

suplementares, transporte, alimentação e assistência à saúde.

Para assegurar o direito ao ensino obrigatório, o Estatuto chama à responsabilidade o poder público e os pais ou responsáveis, no sentido de que haja oferta de vagas nas escolas, e de que os pais cumpram a obrigatoriedade de matricular os filhos e de assegurar a frequência deles às aulas.

Os casos de reiteradas faltas injustificadas, de evasão escolar, de elevados níveis de repetência e de maus-tratos deverão ser comunicados pelos dirigentes de estabelecimentos de ensino fundamental ao Conselho Tutelar.

Ao adolescente aprendiz maior de 16 anos, são assegurados direitos trabalhistas e previdenciários; um adolescente portador de deficiência tem direito a trabalho protegido. No artigo 63, estão definidos: orientações sobre formação técnica e profissional, começando pela garantia de acesso e frequência obrigatória ao ensino regular, o desenvolvimento de atividades compatíveis com o desenvolvimento do adolescente e horário especial para o exercício das atividades.

Ao adolescente empregado é vedado o trabalho noturno, realizado entre 22 horas e 5 horas do dia seguinte, o trabalho perigoso insalubre ou penoso, o trabalho realizado em locais prejudiciais à sua formação e ao seu desenvolvimento físico, psíquico, moral e social, e a realização de trabalho em locais e horários que não permitam a frequência à escola.

O artigo 68 estipula as condições de trabalho educativo nos programas sociais, sob a responsabilidade de entidade governamental ou não-governamental, sem fins lucrativos. Destaca-se nele a necessidade de se assegurar ao adolescente a capacitação para o exercício de qualquer atividade remunerada. O trabalho educativo é definido como “uma atividade laboral em que as exigências pedagógicas relativas ao desenvolvimento pessoal e social do educando prevalecem sobre o aspecto produtivo”.

Outro documento legal, que reforça ou complementa algumas das determinações do ECA, é a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. No seu título III – do direito à educação e do dever de educar -, apresenta o acesso ao ensino fundamental como direito público subjetivo e, para garanti-lo, qualquer cidadão, grupo de cidadãos, associações, organizações ou entidades pode acionar o Ministério Público (artigo 5º). Em outros artigos e parágrafos, a LDB reitera e aprofunda aspectos relativos ao direito à educação já mencionados no ECA, como a obrigação dos pais de

garantirem a matrícula dos filhos nas escolas.

Sobre a educação profissional, a LDB, nos artigos 39 a 42, afirma que a educação profissional destina-se ao desenvolvimento de aptidões para a vida produtiva e que essa educação pode ser desenvolvida em articulação com o ensino regular, também no ambiente de trabalho. Esse conhecimento adquirido, inclusive no trabalho, pode ser objeto de avaliação, reconhecimento e certificação para prosseguimento ou conclusão de estudos.

Segundo Chieco e Cordão (1994), essa concepção de educação profissional da LDB apresenta novidades importantes como a certificação e a modulação, que reconhece, pela primeira vez, a possibilidade de aproveitamento adquiridos no exercício profissional e no autodidatismo; e, além disso, abre a possibilidade de se trabalhar com currículos modulados ou módulos de formação. Os autores destacam também que as políticas de educação profissional, pelo que determina a LDB, não podem mais ser implementadas sem articulação ou sintonia com as políticas de educação básica e mesmo de desenvolvimento científico e tecnológico.

Com referência às políticas de capacitação, voltadas para segmentos populares e que incluem tanto a necessidade de oferta de cursos de capacitação, quanto o reconhecimento, se possível com certificação, de capacitação no exercício profissional, destaca-se aqui, as contribuições de Jacinto e Suarez (1994). As autoras estudam a situação educacional e de qualificação para jovens pobres de setores urbanos na América Latina. Consideram que os dados disponíveis apontam, de um lado, ligeira melhoria na formação geral desses jovens, indicando que eles estão permanecendo mais tempo na escola, e, de outro, que esse fato tem contribuído para o aumento da taxa de desocupação juvenil.

[...] aqueles que conseguem permanecer no sistema educacional formal, têm ascendido habitualmente aos segmentos mais deteriorados do sistema, obtendo credenciais que não implicam ganhos educacionais semelhantes aos de seus pares de outros setores sociais [...]. Não obstante a permanência dos jovens no sistema educacional estar em geral condicionada pela entrada no mercado de trabalho, no caso o grupo em questão, o acesso não pode ser postergado, dada a necessidade familiar de contar com novos rendimentos. Mas quase sempre, esta entrada leva a inserções ocupacionais muito precárias e nos segmentos mais informais do mercado (JACINTO; SUAREZ, 1994, p.138).

Para as autoras, em face dessa realidade, a capacitação pode representar experiência crucial no sentido de poder modificar as chances desses jovens, de

forma positiva, em relação aos mecanismos de seleção do mercado de trabalho.

Para garantir que essas chances sejam favoráveis aos jovens oriundos dos setores populares, é necessário que essa capacitação seja mais flexível, não estabeleça requisitos rígidos em termos da relação capacitação e escolarização, e, na medida do possível, atrele a capacitação em serviço a cursos modulados. Nas duas instâncias de aprendizagem deve-se contemplar conteúdos relativos à socialização no trabalho, formação pessoal e social em sentido amplo, capacitação de gestão e trabalho em equipe, entre outros.

Os programas de formação profissional se vêem frente a múltiplos desafios para se adequar às necessidades de jovens dos setores marginalizados. Para isto resulta imprescindível levar em consideração suas particulares condições de vida, fundamentalmente suas desvantagens, relativas ao capital cultural e social, sua deficiente formação geral e a necessidade familiar de que contribuam com novos rendimentos. Também devem-se ter presentes as tendências do mercado de trabalho, particularmente sua crescente informalização e as mudanças nas ocupações, que se refletem em uma demanda cada vez maior de trabalhadores polivalentes (JACINTO; SUAREZ, 1994, p.141).

Pensar a educação formal e a capacitação para os setores populares exige, sobretudo, considerar a especificidade dessa população, a fim de se garantir os requisitos mínimos necessários para que os jovens pobres tenham preparação capaz de fazê-los enfrentar suas necessidades mais imediatas e, ao mesmo tempo, dar garantias de acesso a melhores condições de vida.

Tanto as determinações do ECA quanto as da LDB apontam para a perspectiva de se redesenharem as políticas sociais voltadas para a infância e juventude. Elas apresentam alternativas para o desenvolvimento educacional e laboral, de modo a garantir que estudo e trabalho possam estar sintonizados e voltados para o desenvolvimento pleno de novas gerações.

Analisando a Política de Saúde, há a consagração, no Estatuto da Criança e do Adolescente em seu artigo 7º que a criança e o adolescente têm direito à proteção à vida e à saúde, mediante efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência. A Constituição Federal de 1988 (artigo 196 a 200) defende a priorização da “saúde para todos”, definindo:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visam à redução do risco de doença e de outros

agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988, p.92)⁹.

Partindo desse princípio, analisar-se-á a política de saúde no final da década de 1970, onde ganha destaque, na relação Estado–Sociedade, o movimento pela democratização da saúde, que envolvendo intelectuais/profissionais de saúde, movimentos sociais e estudantes, criou condições para a construção do projeto de Reforma Sanitária brasileira. Esse movimento teve como princípio a crítica à concepção de saúde restrita à dimensão biológica e individual, bem como a afirmação da relação entre organização social, organização dos serviços de saúde e prática médica, tendo como fundamento a determinação social da doença para se pensar o processo de saúde¹⁰.

As primeiras repercussões desse movimento surgem com o Programa Nacional dos Serviços Básicos de Saúde (PREV-Saúde), que, mesmo tendo sido implementado, já expressava a preocupação com a atenção primária e a saúde comunitária, voltadas para a integração e hierarquização institucional e reorganização do atendimento, ainda que sua preocupação central fosse com a racionalização dos custos de assistência médica. Esse programa serviu de referência para o Conselho Nacional da Administração da Saúde Previdenciária (Conasp) (1981), que, através do Programa de Ações Integradas de Saúde (PAIS), objetivava mudanças no modelo de assistência.

As diretrizes do Conasp, já indicavam a importância da referência e contra-referência, da descentralização e da regionalização das ações de saúde, tendo em vista não só os interesses pela atenção primária em saúde coletiva, como também a racionalização e a contenção de gastos dos serviços de saúde a partir da crise da previdência.

Com a Nova República, em 1985, o Programa de Ações Integradas de Saúde (PAIS), foi transformado em portaria interministerial, passando a ser denominado Ações Integradas de Saúde (AIS), deixando de ser um programa para ser norma nacional. Aqui, as diretrizes do Conasp são retomadas, a partir da luta política na

⁹ No artigo 196 da Constituição, além de estar previsto o Sistema Único de Saúde para os serviços públicos, estão estabelecidas suas diretrizes, a saber: I – descentralização, com direção única em cada esfera de governos; II – atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III – participação da comunidade.

¹⁰ O processo de trabalho em saúde foi estudado por diversos autores, dentre os quais se destaca: Braga, 1986; Guimarães, 1994; Mendes 1996; Fleury, 1989 e 1997; Campos, 1997; Bravo, 1991, 1999, 2001, 2004; Carvalho, 2004; Soares, 2004; Braz, 2004.

saúde, com nova conotação.

A emergência do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), – a partir da 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986) – acontece nesse contexto de mobilização nacional pela redemocratização, com valorização da determinação social da doença. A correlação de forças favoráveis, inclusive dentro do governo federal nas áreas de Previdência e Saúde até 1988, sustentada no movimento social, assegura a inscrição, na Carta Constitucional de 1988, dos princípios fundantes de um novo Sistema de Seguridade Social, que passa a compreender a saúde, a assistência e a previdência social. Assim, figuram na Constituição a universalidade, eqüidade, uniformidade e equivalência, irredutibilidade dos valores dos benefícios, gestão democrática, descentralizada e participativa, como princípios e objetivos da Seguridade Social, garantindo seu caráter público e de responsabilidade do Estado.

A 8ª Conferência Nacional de Saúde contou com ampla participação popular e com a de profissionais da área da saúde, na busca de nova proposta de estruturação política para a saúde. Nesse momento, era aprovada a Reforma Sanitária, que estabelecia a saúde como resultado das condições de vida, para que as pessoas tivessem acesso a emprego, salário justo, educação, saneamento, transporte, alimentação, cultura, lazer e a um sistema de saúde de qualidade.

A Constituição Federal, promulgada em 5 de outubro de 1988, avançou em alguns pontos importantes no que tange à saúde, pois referendou o desejo manifesto, principalmente, pelas representações populares e dos trabalhadores da saúde e fixou, nos seus artigos 196 a 200, a saúde como direito de todos e dever do Estado.

O Sistema Único de Saúde – SUS, fruto de um movimento político e ideológico de articulação de forças contra o regime militar, tinha como bandeira de luta as más condições de saúde da população brasileira (MEDICI,1992, p.41). Sua proposta era uma rede única regionalizada e hierarquizada, que atuasse através das diretrizes básicas de universalização, eqüidade, descentralização, integralização e participação social.

Esses são os fundamentos do Sistema Único de Saúde (SUS), regulamentado na Lei Orgânica da Saúde (LOS) – (Lei 8.080/90). A proposta requer a municipalização de um modelo assistencial que contemple a diretriz de integralidade, ou seja, que contemple, além da assistência individual, a Vigilância Sanitária e a Vigilância Epidemiológica (CARVALHO; SANTOS, 1995).

A universalização da saúde, já iniciada pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), em 1985, e, a partir de 1988, garantida na Lei maior do país, é o ganho mais significativo para os diferentes segmentos da classe trabalhadora, sobretudo aqueles não vinculados formalmente à Previdência. Desse processo resulta, ainda, mudança significativa na Seguridade Social como um todo: os Conselhos responsáveis pelo controle social dos serviços na Seguridade Social. Os conselhos de Saúde regulamentados a partir da Lei Orgânica de 1990 são órgãos permanentes, de caráter deliberativo, existentes nas três esferas de governo e dotados de poderes legais, onde usuários têm representação partitória em relação aos representantes do governo/prestadores de serviço e profissionais de saúde.

Os Conselhos de Saúde são a expressão das idéias defendidas desde o início do movimento pela politização da saúde, no final da década de 1970, podendo ser definidas pela participação¹¹ da população nas políticas e na organização dos serviços, estabelecendo novos mecanismos de gestão.

Segundo Carvalho (1997, p.99), a participação social poderá ter papel determinante na análise e definição das demandas de saúde, causando impacto modernizante e democratizante, ao negar e restringir a cultura patrimonialista.

Um dos fatores determinantes do processo de implementação do SUS está na capacidade de abertura de canais de participação, transparência, descentralização, que possam garantir os princípios almejados. Mas deve-se pontuar que esse processo de desburocratização/democratização está mediado pelas relações de força e poder político (federal, regional e local). Assim, pode-se observar, nas iniciativas de implementação estrutural do SUS, avanços e, principalmente, recuos desse processo na década de 1990, apesar dos esforços e espaços de resistência de muitos governos locais.

No sentido de superar os obstáculos político-burocráticos, frente a interesses divergentes, o Ministério da Saúde (MS) tem elaborado, desde 1991, Normas Operacionais Básicas (NOB) para definição de estratégias e movimentos táticos, que orientam a operacionalidade do Sistema, definindo o financiamento das ações e serviços de saúde e as respectivas competências, nem sempre em obediência aos princípios e diretrizes da Constituição Federal e da LOS, quando não desmontando-

¹¹ Entende-se aqui, por participação, partilhamento de decisões e de poder (IAMAMOTO, 1998, p.78).

os.

A NOB/91 define critérios de repasse de recursos do MS para Estados e municípios, unidades públicas e privadas, criando padrão único de pagamento para os serviços públicos e privados. A partir dessa, outras NOBs foram criadas. A NOB/92 acrescenta os critérios populacionais para o repasse automático para os municípios. A NOB/93 incentiva a autonomia dos municípios, caracterizando três estágios de gestão: incipiente, parcial e simplena. A NOB/96, que entrou em vigor em 1998, rompe com o conceito de integralidade na saúde e enfatiza a criação de programas focalistas. Para Vaistman (1996) e Campos, (1997), o que interessa é a capacidade do município para gerir os recursos e não a qualificação sobre o nível de complexidade, para que não se discrimine, na alocação de recursos, os municípios de baixa complexidade e de baixa capacidade de arrecadação.

Mesmo assegurados em lei, os princípios e diretrizes do SUS enfrentam impasses quanto aos seus fins e meios, especialmente no tocante ao seu financiamento (não só do custeio, mas, principalmente, o não-investimento na expansão da rede de serviços) – e acesso aos seus serviços, cada vez mais desfinanciados e sucateados. A determinação dessa contradição, resultante da divergência dos interesses presentes na área da saúde, tende a obscurecer e/ou negligenciar a importância do debate sobre a prática na saúde, processo esse que, se mediado pelos princípios e diretrizes do SUS, resultaria na construção de correlação de forças favoráveis à manutenção e objetivação desses princípios e diretrizes, consubstanciando a desejada relação entre teoria e prática.

Segundo Fleury (1997, p.36),

Se há uma frente em que a Reforma Sanitária foi amplamente vitoriosa, esta é inegavelmente na difusão de uma consciência sanitária, revelada na introjeção da noção de direito à saúde por parte da população usuária do sistema. Se, no entanto, esta noção se reduz ao consumo de serviços curativos, exames e medicamentos, esta é uma evidência de que a reforma, ademais de democrática, necessita reencontrar a sua dimensão sanitária.

Ao traduzir a noção de equidade como o acesso universal e igualitário ao sistema de saúde, abolindo qualquer tipo de discriminação positiva ou negativa, a Reforma Sanitária assume a igualdade como valor e princípio normativo, formulando um modelo de ética e de justiça social fundado na solidariedade, em uma comunidade politicamente inclusiva.

Esses princípios assumidos e defendidos no debate teórico sobre Reforma

Sanitária, constantes da Constituição Federal e fazendo parte da documentação que institui e regulamenta o SUS, ainda que ameaçados pelos processos de terceirização, pelas cooperativas e pela proposta de transformação de unidades de saúde pública em Organizações Sociais, encontram expressão na maioria dos serviços de saúde pública. Sem negar a importância da universalização do direito à saúde para os trabalhadores, como afirma Fleury (1989, p.35),

[...] paradoxalmente, a tradução da concepção ampliada da saúde na norma legal não foi acompanhada de uma alteração das práticas sanitárias prevalecentes, de tal forma que se pode avaliar que a Reforma Sanitária, originada como contestação ao modelo médico hegemônico, tem sido a principal via de sua expansão e institucionalização através do Sistema Único de Saúde.

Desse modo, os usuários contam com o acesso universal aos serviços de saúde, mas não com a qualidade dos serviços prestados, decorrente do modelo médico hegemônico, esse sim, necessitando de reformulação objetivando a busca de qualidade dos serviços de saúde como direito universal. É a associação e a confusão entre direito universal e qualidade dos serviços – ou seja, a equiparação entre modelo e acesso – que frequentemente têm servido de justificativa para a contestação do direito universal à saúde em vez da contestação ao modelo médico hegemônico.

A crítica à “onipotência do discurso e à impotência da prática” (CAMPOS, 1997, p.119) chama a atenção para as justificativas, que ora responsabilizam a necessidade de mudanças estruturais como solução dos problemas de saúde, ora focalizam “ações diferenciadas para os excluídos”. Isso tem levado ao imobilismo ou à apologia de determinados programas ou modelos como “solução universal”. O que parece imprescindível é saber do papel das ações e serviços de saúde a partir das “necessidades epidemiológicas” e da “escuta diferenciada” da população. A superação da abordagem mecanicista da determinação da saúde e da doença implica a politização da prática que, resgatando a totalidade na singularidade do adoecer e da saúde, demarca o que é possível e necessário ser feito, sem esquecer que a ação decidida deve ser resultante da definição de necessidades, interesses e prioridades dos usuários e não da focalização, que rompe com a proposta do Sistema Único de Saúde.

A proposta dos sistemas locais de saúde, mesmo que não coloquem frontalmente contra a universalização do direito à saúde, serve às propostas

focalistas e privatistas na saúde, uma vez que essas não consideram a complexidade do sistema em face da complexidade epidemiológica e social, ou seja, não consideram o sistema local tendo como referência a totalidade social. Os argumentos em defesa desses sistemas, ao se analisar a trajetória do movimento sanitário, interpretam a influência e a produção do pensamento de esquerda, como único, homogêneo e responsável pela ausência do sujeito. Como afirma Bodstein (1996, p.163),

As análises de viés marxista tradicional, pelo seu apego aos esquemas de determinação totalizantes, insistem nos aspectos estruturais do desenvolvimento do capitalismo e na idéia de “necessidade histórica”, abrindo a possibilidade de pensar-se a existência de processos sociais sem a participação de atores e sujeitos.

A valorização das representações sociais, expectativas e crenças toma o espaço que fora julgado como de “tradicional marxismo”. No lugar do sujeito recebem destaque suas representações sociais, suas expectativas e crenças. Essa perspectiva, que recusa as condicionantes das classes sociais na vida dos sujeitos, da coletividade, reclama:

[...] há que se apostar em estudos e pesquisas que avaliem o impacto redistributivo das estratégias de implementação de políticas focais, deixando de lado – arriscaria – a mítica do princípio da universalidade, tão caro a todos nós envolvidos com a reforma sanitária e a operacionalização do SUS (BODSTEIN, 1996, p.168).

Diante dessa questão, Fleury (1997, p.36) observa: “O debate atual tem ficado aquém das necessidades de ruptura conceitual e política assinaladas, restringindo-se à polarização da universalização e focalização”.

Se o conteúdo e a direção dos caminhos para a reforma sanitária estivessem orientados por necessidades epidemiológicas e pela redução das desigualdades no acesso aos recursos assistenciais, tomar-se-ia o caráter redistributivo de qualquer política social como princípio inalienável e previsível. Portanto, o objetivo de atenção da reforma sanitária é superar esse sentido básico das políticas sociais, a redistribuição, e ter na necessidade social de saúde, como necessidade de apropriação de um bem individual e coletivo, o objetivo principal. De modo que a integralidade das ações possa vir a garantir, desde a atenção primária à quaternária, acesso fácil e universal, observando que o pressuposto é a situação/condição histórica e política de determinada população.

Os recursos de saúde num país como o Brasil não dependem da estabilização econômica, mas da distribuição da riqueza, o que, conseqüentemente, determina a distribuição do acesso e consumo dos bens criados pelo conhecimento médico e científico. Mas, ainda que se entenda que o horizonte possível do capitalismo não seja introduzir ética e humanidade em suas relações, esse é o caminho que poderá materializar condições básicas para a realização da saúde como direito social e de sobrevivência.

Há que se entender que o quadro atual de recessão da produção econômica mundial tem levado a profundas transformações no mundo do trabalho e no Estado, na busca de superação da crise atual do capitalismo. Se a implantação do “Estado mínimo” para o trabalho não põe em questão, direta e explicitamente, os direitos civis e políticos, investe toda sua força e recursos contra a implantação (onde não estão presentes), consolidação, desenvolvimento e manutenção (onde são ou foram uma realidade) dos direitos sociais, o que está ocorrendo atualmente no caso da saúde, sem reação popular de peso. Mas, diante do enxugamento do Estado para a saúde, educação, assistência social e dos gordos financiamentos para grandes conglomerados obterem as estatais a serem privatizadas, fica claro que se está perante um Estado mínimo para o trabalho e máximo para o capital.

De um governo que busca, a qualquer preço, estabilidade econômica, colhe-se concentração brutal de riqueza que tem resultado na perda daquelas já escassas conquistas sociais, fruto do não-investimento e ampliação dos serviços sociais e sua conseqüente destruição. Mesmo direitos garantidos no texto constitucional, como a saúde, vêm recebendo do Estado tratamento de mercado com incentivo da medida de grupo e sugestões de cobrança pelo SUS “de quem tem condições de pagar”¹² como vêm afirmando algumas autoridades, explicitando assim o objetivo de destinar o serviço público apenas aos “excluídos”, que comprovam a sua pobreza, tal como vem preconizando o Banco Mundial para a América Latina e como já praticam os Estados Unidos. Essa estratégia – cobrança seletiva – já vem mostrando resultados desastrosos em países como o Peru e o México. Aqui, fica claro, por um lado, a

¹² Entre março e abril de 1999, o Ministério da Saúde encaminhou 200 mil cartas para mulheres de todo o país que tiveram parto normal ou cesárea. Oito mil dessas mulheres responderam às cartas pelo Disque Saúde – 0800-61-1997. Dessas, 3 mil ligações referiam-se a denúncias historicamente conhecidas pelo Sistema de Saúde Pública: pagamentos por procedimentos não realizados; cobranças em dobro – do cidadão e do SUS e do Plano de Saúde ao qual o cidadão é filiado. Se esses fatos são comuns nas grandes metrópoles, que contam com rede própria do SUS, a cobrança do usuário e a imposição de assinar a documentação do SUS é uma rotina nas cidades do interior do país (os usuários, de forma geral, não só acham natural a dupla cobrança como muitas vezes deixam de reagir pelo medo do mau atendimento em resposta a qualquer exigência de sua parte).

necessidade que o governo tem tido de investir contra as garantias institucionais constantes da Constituição de 1988, no que se refere à saúde, objetivando a obediência à proposta oficial do Banco Mundial, e, por outro lado, a urgência de se disseminar junto à população brasileira a importância de já ter garantido, institucionalmente, o direito à saúde pública e a necessidade premente de transformá-lo em realidade.

O que se impõe, assim, não é eliminar a desigualdade econômica e social, mas diminuí-la no nível do eticamente aceitável. A igualdade vista como um princípio pelo qual a todos são dadas condições e possibilidades iguais para contribuir socialmente, requer relações sociais que partam da eliminação das classes sociais, ao passo que a aceitação de que as contribuições devam ser repartidas proporcionalmente admite/aprova/conforma-se com a desigualdade, não só no tratamento de necessidades, interesses e desejos, mas como fundamento: quem desfruta/possui não só maior quantidade de bens, mas é proprietário de certos bens – proprietário dos meios de produção -, continua a ter/aumentar o que tem, mas “deve” contribuir “mais”, não o necessário; e a maioria dos trabalhadores continua a não ter e/ou deve ter acesso a um “mínimo” de bens necessários à sua reprodução material. À maioria é negado o direito de usufruir, além dos bens materiais, dos bens simbólicos, cultura, lazer. Assim, a maioria dos trabalhadores “deve” agradecer o que é “possível receber” numa censura velada aos que querem “suprimir uma propriedade que pressupõe, como sua condição necessária, que a imensa maioria da sociedade não possua propriedade” (MARX; ENGELS, 1998, p.24).

2.3 Questões relacionadas a direitos sexuais e reprodutivos: o desenvolvimento das tecnologias contraceptivas

A noção de direito reprodutivo como direito humano desenvolveu-se ao longo de todo o século XX. Os direitos humanos são uma resposta às atrocidades vividas durante a Segunda Guerra Mundial, após a qual se vê surgir movimento internacional em prol de normas e proteção de direitos básicos dos seres humanos (MANN, 1996; VENTURA, 1999).

Para Mann (1996), as relações entre direitos humanos e saúde pública podem ser descritas por três relações básicas: a primeira, mais óbvia, seria aquela em que

os programas e práticas de saúde poderiam oprimir ou violar os direitos humanos, pois historicamente a Saúde Pública tem limitado os direitos individuais a favor do bem coletivo. A segunda relação envolve a necessidade de identificar e avaliar os impactos dos direitos e da dignidade humana, ou seja, até que ponto as violações dos direitos humanos têm impacto sobre a saúde. A terceira relação implica que a promoção e a proteção à saúde estão intrinsecamente ligadas à promoção e proteção dos direitos humanos. Os princípios nos quais se baseiam os direitos sexuais e direitos reprodutivos estão presentes na concepção contemporânea de direitos humanos, a Assembléia Geral das Nações Unidas proclamou que:

[...] um padrão comum de realização para todos os povos e todas as nações, a fim de que cada indivíduo e cada órgão da sociedade tenha sempre em mente esta Declaração, e se empenhem ensinando e educando a promover o respeito por estes direitos e liberdades e mediante medidas progressivas, nacionais e internacionais, para garantir seu reconhecimento e observância em bases universais e efetivas (MELLO, 1986 apud VENTURA, 2002).

Os princípios são sínteses de valores jurídicos e éticos presentes nas leis nacionais e internacionais, compondo exatamente os fundamentos da norma e servindo de parâmetro para a sua compreensão e inteligência, na acepção de parâmetro para a sua compreensão e inteligência, com o propósito de definir a lógica e racionalidade do sistema normativo. Esses princípios são: a universalidade, a indivisibilidade, a diversidade e a democracia.

A universalidade se baseia na condição de pessoa, como requisito único e exclusivo, para a titularidade de direitos, sendo a dignidade humana o fundamento dos direitos humanos. Já a indivisibilidade deve estar presente nos direitos humanos, pois esses são direitos que conjugam direitos civis e políticos aos direitos sociais e culturais, não havendo possível separação entre eles. A diversidade implica no direito às diferenças que não produzam desigualdades e o princípio democrático deve estar contemplado na visão integral dos direitos humanos, para que seja assegurada efetiva participação dos beneficiários das políticas e programas públicos (VENTURA, 2002).

Segundo Gillon (1985), os direitos podem ser classificados em diferentes categorias: direitos legais, institucionais e morais universais. Direitos reprodutivos são definidos como direitos humanos morais universais, embora persistam discordâncias em relação à sua natureza, pois alguns consideram direitos

reprodutivos como “direitos naturais”, parte inalienável da humanidade do indivíduo, e outros os definem como necessidades socialmente determinadas, derivadas de relação desigual de gênero na maioria das sociedades (FREEDMAN; ISAACS, 1993). A interpretação dos direitos sexuais e reprodutivos como direitos naturais está presente em discursos religiosos, biomédicos e jurídicos e expressa a idéia de que esses dois domínios da vida humana estão circunscritos à ordem da natureza. Segundo Correa e Ávila (2003), seriam, portanto, impermeáveis à aplicação da racionalidade e dos direitos. Por isso, essas autoras e outros (BARSTED, 2003; COSTA, 1999; DIAZ, 1999; MÉDICI, 1999; GALVÃO, 1999) criticam a naturalização desses direitos e preferem a perspectiva da construção social, pois, as condições de equidade entre os cidadãos seriam dadas pelas leis, normas e pela sociedade e não pela condição física ou biológica dos indivíduos.

Com a evolução histórica e política das sociedades, conceitos novos sobre cidadania e direitos foram elaborados. A concepção de direitos reprodutivos é fenômeno histórico recente, esses se relacionam às mudanças no papel das mulheres e ao seu valor na sociedade, às mudanças de consciência das mulheres sobre seu valor e papel e ao desenvolvimento das tecnologias na área médica (VIEIRA, 1994).

A evolução dos direitos reprodutivos e direitos sexuais, ao longo da segunda metade do século XX, foi elaborada e ratificada em pactos e convenções Internacionais com poder normativo sobre os Estados, gerando obrigações e responsabilidades. Já os Planos de Ação das Conferências Internacionais interpretam e traçam diretrizes para a implementação de leis no campo das políticas públicas, nos países signatários (VENTURA, 2002).

A Declaração Universal dos Direitos Humanos, assinada na Assembléia Geral das Nações Unidas, em 1948, não mencionava os direitos reprodutivos. Foi somente em 1968, em Teerã, na Conferência Internacional de Direitos Humanos, que a reprodução humana se tornou objeto de preocupação (FREEDMAN; ISAACS, 1993). Entretanto, essa preocupação relacionava-se mais como forma de a comunidade internacional pressionar os países menos desenvolvidos, que resistiam à disseminação das políticas de controle demográfico, do que tentativa de defender o direito dos indivíduos contra uma política coercitiva de controle populacional.

O Plano de Ação da População Mundial, adotado pela Conferência Mundial de População, realizada em Bucareste, em 1974, incluiu a reafirmação do direito de

decisões reprodutivas, embora houvesse divergências dos países em relação ao crescimento populacional.

Ao final da década de 1970 e durante os anos de 1980, o movimento de mulheres, inicialmente nos países centrais e depois internacionalmente, foi desenvolvendo a idéia de que todas as mulheres deveriam ter controle de seu próprio corpo, sua sexualidade e sua vida reprodutiva. As palavras de ordem “nossos corpos nos pertence”, do movimento feminista dos anos 70, expressam, segundo Corrêa e Ávila (2003), o reconhecimento de que o corpo de cada um é o lugar primário da existência, a partir do qual ocorrem as experiências individuais no cotidiano e nos processos coletivos da história. Barsted (2003) afirma que esse *slogan* marca o corpo feminino como território com direito à autodeterminação.

Um marco no avanço dos direitos reprodutivos foi a Convenção para Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher que teve lugar nas Nações Unidas, em 1979, (COOK, 1993). Um dos objetivos dessa reunião era obter dos países que ratificassem, no documento, o compromisso de que leis e políticas seriam implantadas para obter equidade entre homens e mulheres, em seus direitos e habilidades para controlar sua reprodução. Esse documento provavelmente influenciou a Conferência do México, em 1984, quando foi estabelecido o direito de fazer escolhas reprodutivas com base nas noções de integridade corporal e controle.

Do ponto de vista dos direitos humanos, os direitos reprodutivos foram definitivamente incorporados com a Conferência Internacional de População e Desenvolvimento do Cairo e a IV Conferência Mundial sobre a Mulher, em meados da década de 1990, nos discursos de diversos países que concordaram que suas políticas públicas iriam se pautar por esses acordos.

Para Petchesky (1999), a grande novidade no debate internacional de direitos humanos é a discussão sobre direitos sexuais. Para ela, a Plataforma de Ação (Parágrafo 96), aprovada em Beijing (1995), avançou alguns passos ao definir direitos sexuais como direitos humanos. Aparece pela primeira vez em documentos oficiais internacionais que as mulheres são seres sexuais, além de reprodutivos:

Os direitos humanos das mulheres incluem seu direito a ter e decidir livre e responsabilmente sobre questões relacionadas à sua sexualidade, incluindo a saúde sexual e reprodutiva livre de coação, discriminação e violência. Relacionamentos igualitários entre homens e mulheres nas questões referentes às relações sexuais e à reprodução, inclusive o pleno

respeito pela integridade da pessoa, requerem respeito mútuo, consentimento e divisão de responsabilidades sobre o comportamento sexual e suas conseqüências (BEIJING, 1995 apud PETCHESCHY, 1999).

O reconhecimento internacional de que as mulheres devem ser respeitadas em relação à sua sexualidade, como sujeitos autônomos, com direito à autodeterminação sexual significa avanço imenso, pois ainda se observam em todo mundo situações nas quais a exploração sexual de mulheres faz parte do cotidiano e da cultura. A violência sexual, o tráfico de mulheres, a prostituição infantil, a mutilação genital, os casamentos arranjados de menores ainda são práticas usuais. O avanço estaria no compromisso político de os países que assinaram os documentos em promover políticas para a abolição dessas práticas.

Segundo Villela e Arilha (2003), ao incluir o termo sexual no texto dos direitos reprodutivos, consagrando a expressão “direitos sexuais e reprodutivos”, pretende-se que as mulheres tenham direito a desfrutar sua sexualidade independente de suas escolhas, eróticas ou reprodutivas.

Por outro lado, há críticas em relação à pouca abrangência dos direitos sexuais, pois teriam sido deixadas de lado outras questões, como a falta de direitos em relação à orientação sexual. Para Petchesky (1999), muitos aspectos dos direitos sexuais ficaram sem ser discutidos ou foram camuflados por forças políticas conservadoras, que não queriam abordar a orientação sexual ou outras questões.

A mudança de paradigma em relação à sexualidade e à reprodução trouxe a necessidade da incorporação de mudanças na área da saúde, pois, com o avanço da tecnologia na área, a escolha sobre a reprodução tornou-se possível e factível, entretanto, e devido à sua interconexão com a saúde, torna-se assunto médico e de saúde. Baseado na visão integral de indivíduo e de suas necessidades de saúde, o conceito de saúde reprodutiva vai se consolidar dentro do contexto dos direitos sexuais e reprodutivos.

A Conferência Internacional de População e Desenvolvimento, realizada no Cairo, em 1994, incluiu, no capítulo VII do Programa de Ação, o conceito de direitos reprodutivos, contextualizado na definição de saúde reprodutiva (FNUAP 7 CNPD, s.d., p.17). Segundo esse documento:

Os direitos reprodutivos [...] baseiam-se no reconhecimento do direito básico de todos os casais e indivíduos decidirem livre e responsabilmente sobre o número, espaçamento e quando devem ter os filhos e de terem acesso à informação sobre a forma de como fazê-lo, bem como o direito de

se beneficiarem de saúde sexual e reprodutiva do mais alto nível. Também incluem o direito de todos tomarem decisões sobre a reprodução sem discriminação, coerção nem violência.

O que muda fundamentalmente, após a Conferência do Cairo, é que a escolha de ter ou não ter filhos, ou quando tê-los, passa a ser encarada como um direito que deve ser assistido na área da saúde. Estabelece-se que a coerção, os incentivos ou desestímulos são contrários aos princípios dos direitos reprodutivos, que o planejamento familiar deve ser desvinculado de metas demográficas e que essas não devem permanecer como quesito de avaliação desses programas. Essa nova retórica não tem sido facilmente transformada em ações práticas. No 8º Encontro Internacional de Mulher e Saúde, realizado no Rio de Janeiro, em 1997, ficou patente o “descompasso entre as Declarações do Cairo e Beijing e as estratégias dos governos visando a redução do papel do Estado na defesa dos direitos da população” (ARILHA, 1998).

A discussão sobre direitos reprodutivos trouxe em seu bojo a questão dos direitos sexuais, não somente, por causa da óbvia relação entre sexo e reprodução, mas, também, porque surge em um momento histórico assolado pela epidemia de AIDS.

A reprodução como escolha, só poderia acontecer do ponto de vista histórico; após o desenvolvimento de tecnologias e novas idéias sobre contracepção, que, segundo Back (1989) não podem ser analisadas em separado, pois ilustram os dois processos pelos quais o movimento de *birth control*¹³ sofreu em sua evolução histórica: a inovação técnica e a mudança de valores. Da metade do século XIX até 1960, houve progressiva aproximação entre esse movimento e a profissão médica, permitindo que o aumento de conhecimento sobre a reprodução e meios de contracepção fossem desenvolvidos.

Antes de 1960, após a descoberta da manufatura do látex (HIMES, 1963), as tecnologias disponíveis compreendiam o preservativo, a capa cervical e o diafragma que haviam sido aprimorados. Os progressos alcançados pela indústria da borracha, no século XIX, permitiram a fabricação desses artefatos em grande escala e sua propaganda se revestia de conotação política devido ao movimento do *birth control* (VIEIRA et al., 1989).

¹³ Esse movimento na virada do século XIX e início do século XX, teve a participação de vários socialistas e anarquistas como Emma Goldman, ou pessoas da área da saúde como Margareth Sanger e Marie Stopes, que tiveram importante papel (BACK, 1989).

Investimentos financeiros na pesquisa de novas tecnologias, assim como programas experimentais de planejamento familiar, muitos objetivos de controle populacional, vão mudar o espectro dos contraceptivos usados, influenciando as possibilidades de escolha pela promoção de contraceptivos disponíveis.

Segundo Back (1989), depois da Segunda Guerra Mundial, a preocupação com o crescimento demográfico e a qualidade de vida levou várias agências internacionais públicas e privadas a entrar no campo do controle das populações e do planejamento familiar. A aceitação política dos programas de controle de natalidade se deu devido às primeiras experiências de programas que ocorrerem no Caribe e na Ásia e a posição internacionalmente poderosa dos Estados Unidos à frente dessas iniciativas, aliadas às condições de pouco desenvolvimento dos países onde foram implantados. Por outro lado, a evolução da percepção de que o planejamento familiar deveria ser direito individual mudou valores relativos ao uso de contraceptivos, assim como sua aceitação.

Esses programas de planejamento familiar e seus idealizadores ficaram conhecidos como neomalthusianos. Como Malthus (1766-1834), que escreveu o *Ensaio sobre o princípio da população* (SZMRECÁNYI, 1980), eles acreditavam que era necessário limitar os nascimentos devido aos perigos de explosão demográfica e aos limites dos recursos naturais, mas diferentemente de Malthus, que havia defendido a abstinência sexual e idade tardia ao casar, eles se apegavam às novas tecnologias para tal (MALTHUS, 1776-1834 apud SZMRECÁNYU, 1980).

Em 1937, um cientista descobriu que a progesterona tinha o poder de inibir a ovulação em coelhos. A partir desse fato, foram possíveis os investimentos para o desenvolvimento dos métodos hormonais (HATCHER et al., 1988). No final da década de 1950, o primeiro método hormonal oral, o Enovid, é elaborado e, no início de 1960, a tecnologia para a esterilização feminina foi aperfeiçoada.

Hoje os progestágenos ainda são a estrela do *show* tecnológico dos novos lançamentos da indústria farmacêutica (PASTORE, 2001). Sob formas diversas: pílulas, injetáveis, implantes intradérmicos e DIU, os progestágenos de última geração prometem contracepção eficaz e retorno imediato da fertilidade, após a interrupção de uso. Desde 1960, quando a pílula anticoncepcional foi aprovada para uso, tem ocorrido mudança radical na sua tecnologia de elaboração, traduzida por dosagem muito menor de hormônios: as primeiras pílulas tinham de 50 a 150 microgramas de estrógeno e de 1 a 10 miligramas de progestágeno. Ao final da

década de 1960, ficou claro que os efeitos colaterais e os riscos à saúde relacionados com problemas circulatórios eram devido ao estrógeno. As pílulas atuais contêm entre 30 e 50 microgramas de estrógeno e menos de 1 miligrama de progestágeno. Nesse período, foram criadas as pílulas de apenas progesteronas (as minipílulas), as pílulas bifásicas e trifásicas (HATCHER et al., 1997). Muitas frentes na área da pesquisa foram abertas, desde o uso do Gossypol¹⁴ até o consórcio de desenvolvimento dos microbicidas¹⁵ que se tornaram importantes após o aparecimento da epidemia de AIDS. Inclui-se aí, também, o desenvolvimento do preservativo feminino que foi idealizado, testado e comercializado a partir da década de 1990 (WHO, 1997).

Desde a elaboração do primeiro anticoncepcional hormonal, o desenvolvimento de tecnologias de contracepção tem sido uma história cheia de contratempos: sucessos surpreendentes, promessas não cumpridas, efeitos colaterais inesperados, suspeitas de riscos à saúde e processos legais.

Principalmente um campo na qual a ética se materializa em novas possibilidades, e segundo Correa (1998, p.29):

“A disseminação das modernas tecnologias anticonceptivas e os direitos humanos das mulheres constituem possivelmente um dos momentos mais controvertidos da história contemporânea”.

Vários foram os problemas relativos ao desenvolvimento das tecnologias contraceptivas. Houve suspeitas de efeito carcinogênico, no uso da Depoprovera¹⁶, que dificultaram a sua aprovação, o aumento das doenças inflamatórias pélvicas

¹⁴ Anticoncepcional masculino. Substância derivada do algodão que inibe a produção de espermatozóide. Sendo testado desde a década de 1990, na Austrália. A pílula está sob análise do MS, pois altas doses podem levar à atrofia dos testículos, aumento do risco de câncer de próstata e de doenças cardiovasculares.

¹⁵ Espermicidas com poder viricida e/ou bactericida para uso vaginal que vêm sendo estudados recentemente. Os microbicidas são métodos químicos apresentados sob a forma de gel, creme, filme, supositório, esponjas ou anéis vaginais, com propriedades para reduzir a transmissão de DST, quando introduzidos na vagina ou no reto. Alguns desses produtos estão no mercado há décadas, utilizados como espermicidas, como é o caso do nonoxinol-9 (N-9). O uso dessa substância é controverso, pois estudos mostraram que, apesar de seu uso diminuir o risco de infecção por gonorréia e clamídia, pode haver risco aumentado de lesões genitais e mesmo de infecção pelo HIV. Uma experiência multicêntrica com essa substância no Brasil, como espermicida associado ao diafragma, mostrou que, na dosagem de 2% em gel ou creme, para uso fora do contexto do trabalho sexual, raramente aconteceram problemas com a mucosa. As pesquisas atuais buscam microbicidas que possam ser seguros o suficiente para o seu uso, independente de outro método como as barreiras.

¹⁶ Depoprovera – contraceptivo (forma injetável de aplicação de acetato de medroxiprogesterona trimestral), também usado no tratamento para endometriose. Fabricado pela SEM – Sigma Pharma e Farmácia do Brasil, encontrado em Farmácia do Estado e distribuído gratuitamente em algumas prefeituras do Brasil pelo laboratório Organon.

com o uso do DIU Dalkon Shiedls¹⁷, que rendeu ganhos de causas legais nos Estados Unidos, a suspensão das pesquisas com o Norplant¹⁸ por desrespeito às autorizações para pesquisa no Brasil.

A tecnologia da contracepção na busca do método perfeito deve levar em consideração alguns aspectos: eficácia, inocuidade, aceitabilidade, facilidade de uso, disponibilidade e reversibilidade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1996). A eficácia seria a capacidade para cumprir o que promete, ou seja, sua atuação como método contraceptivo. Estudos realizados em condições ideais demonstram que a eficácia prática ou de uso é observada em estudos não controlados, em condições normais da vida. A inocuidade seria a capacidade de não provocar efeitos colaterais, doenças ou provocar riscos à saúde de seus usuários.

A aceitabilidade seria a sua capacidade de ser aceito. Essa característica é freqüentemente influenciada pela cultura, pelos profissionais e pela motivação. Por exemplo, métodos que alteram a menstruação, mesmo que sejam inócuos, ou métodos que interferem na relação sexual são resistentes quanto à aceitação. A facilidade de uso e a disponibilidade são fundamentais para que as pessoas possam usar e ter acesso aos métodos contraceptivos. Pesquisas com substâncias muito raras ou caras poderão tornar os métodos inacessíveis. A reversibilidade de um método assume importância, caso o usuário esteja interessado em espaçar a gravidez ou mude de idéia sobre ter filhos. O método ideal seria aquele que poderia ser revertido facilmente, se a pessoa mudasse de idéia.

Muitas críticas têm sido feitas ao desenvolvimento das pesquisas nessa área. As críticas partem do movimento feminista e incluem principalmente os efeitos colaterais, os riscos à saúde e a falta de ética das pesquisas. Para Corrêa (1998), as pesquisas iniciaram seu desenvolvimento em uma época em que as políticas de controle demográfico não viam as mulheres como sujeitos de direitos, havia busca de eficácia a todo custo, ignorando a aceitabilidade, já que as metas eram reduzir a fertilidade.

A autora afirma que as pesquisas nessa área são marcadas pelas desigualdades de gênero, pois na disseminação das tecnologias há desrespeito e

¹⁷ DIU Dalton Shiedls – Dispositivo Intra-Uterino importado dos EUA, substituído no Brasil pelos contraceptivos Tcu 380 A CEPEÓ; DIU OPTIMA Tcu 380 A; Safe Cu 300; Multiload 375 – Standard ou 5L e DIU T de cobre 380 A. Esse último, distribuído em algumas prefeituras do Brasil.

¹⁸ Norplant – é uma forma de contraceptivo composto por seis pequenas cápsulas de silicone que são implantadas sob a pele do braço.

abuso dos direitos reprodutivos. Corrêa e Petchesky (1996) entendem haver quatro fundamentos cruciais dos direitos reprodutivos, seja no desenvolvimento das pesquisas seja na definição de políticas: a autonomia pessoal ou a condição de pessoa, a igualdade, a diversidade e a integridade corporal. Se a condição de pessoa não é considerada, a pesquisa nessa área não levará em consideração a autonomia do usuário, portanto, só se procurará desenvolver anticoncepcionais femininos ou inacessíveis para todos, não se pensaria nas diferentes culturas e aceitabilidade dos diferentes usuários e se não considerar a integridade corporal, métodos com efeitos adversos e riscos à saúde serão desenvolvidos.

A mudança de paradigma da escolha reprodutiva como direito humano é hoje internacionalmente aceita como base fundadora das políticas, cabendo aos programas levar até os seus usuários a possibilidade concreta da disponibilização desses direitos.

CAPÍTULO 3 SISTEMAS E REDES DE PROTEÇÃO SOCIAL

3.1 Programas destinados à juventude no Brasil. Saúde do adolescente do Governo Federal

No plano das políticas federais no tratamento do tema da juventude é preciso recompor um desenho de ações que emerge do reconhecimento de que alguns problemas afetam expressiva parcela da população jovem, sobretudo a partir da década de 1990, e a lançam numa condição que se tornou usual conceituar como sendo de risco social.

Segundo Seda (2002), situação de risco é um rótulo que estão usando para substituir a antiga situação irregular que autorizava a intervenção de autoridades públicas na vida de crianças e adolescentes, chamados menores. Para início (e fim) de conversa, estão rotulando como em situação de risco crianças que não vão à escola, que estão escravizadas por exploradores, bandos e quadrilhas, que não recebem cuidados dos pais, que são prejudicadas em sua saúde etc. Nessas condições, é bom que se perceba que essas crianças não estão em situação de risco. Estão violadas em suas necessidades básicas, quer dizer, em seus direitos. Além do nome “risco” ser inadequado para dizer da coisa em si, essa expressão vem justificando a imposição de constrangimentos às famílias e seus filhos, além de justificar a criação de programas e serviços discriminatórios com claras características de evidente exclusão social. Organizam-se serviços não para a cidadania em geral, mas para esses excluídos, ou se criam instituições para esses discriminados ou rotulados. Em resumo: “Rotula-se, discriminando e excluindo. Discrimina-se, excluindo e rotulando. Exclui-se, rotulando e discriminando” (SEDA, 2002, p.304).

Entende-se que o uso do termo “em situação de risco” conota restrição e decorre do entendimento de que esse remete para a mensagem, preconceituosa, de que apenas os pobres são vulneráveis, quando na verdade a sua maior sujeição à vulnerabilidade está na sua condição de criança, adolescente ou jovem, amplamente potencializada pela situação de pobreza.

Problemas reais, identificados principalmente na área da saúde, da segurança pública, do trabalho e do emprego dão a materialidade imediata para se pensar as

políticas de juventude sob a égide dos problemas sociais a serem combatidos. Nesse processo, é possível reconhecer que, em muitas formulações, a própria condição juvenil se apresenta como elemento problemático em si mesmo, requerendo, portanto, estratégias de enfrentamento dos “problemas da juventude”.

Vivencia-se situações como a destinação de poucos recursos para o atendimento à população mais vulnerabilizada¹⁹.

Mesmo que não se possa falar na esfera federal de políticas estratégicas, orientadas para os jovens brasileiros, algumas propostas foram executadas, sobretudo com base na idéia de prevenção, de controle ou de efeito compensatório de problemas que atingem a juventude, transformada, em algumas situações, num problema para a sociedade.

Ao se empreender qualquer análise sobre as iniciativas federais, é preciso evidenciar a baixa atividade coordenada do governo federal no período 1995-2002, em relação a seus programas e projetos. Nenhum órgão da administração federal demonstrou capacidade de concentrar e publicar informações acerca das políticas de juventude. Nesse sentido, um dos primeiros diagnósticos se relaciona com a constatação da ausência de registros sobre a avaliação e o acompanhamento gerencial das políticas. O Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão demonstrou algum esforço na avaliação do desempenho de programas e projetos agrupados em torno dos macroobjetivos ministeriais do Plano Plurianual (2000-2003), mas o que foi divulgado não foi suficiente para a percepção do conjunto das ações realizadas e seus resultados na área da juventude.

A apresentação descritiva dos programas e projetos federais, orientados para a juventude, não tem o objetivo de avaliar a realidade da efetivação das políticas, dificultada pela completa ausência, na quase totalidade dos programas, de informações públicas e confiáveis sobre o desempenho das ações. Sendo assim, procura-se realizar a descrição das ações, buscando em seus objetivos e metodologias anunciados elementos de análise das principais tendências dos projetos e programas orientados para os jovens brasileiros, centrando os objetivos analíticos desta pesquisa na saúde de jovens mães. Torna-se oportuno salientar que

¹⁹ Entende-se vulnerabilizada como a condição “desfavorável dada”, é a objetiva situação de exclusão e que aumenta a probabilidade de um evento ocorrer. O que identifica são processos sociais e situações que produzem fragilidade, discriminação, desvantagem e exclusão social, econômica e cultural. (Versão Preliminar da Política Nacional de Assistência Social, 2004, p.6).

foi enviada correspondência à Coordenadoria do Programa Saúde do Adolescente do Estado de São Paulo e o total silêncio e ausência de respostas, ou a indicação de que se deveria consultar o *site* do programa, dificultou análises mais eficazes quanto ao desenvolvimento do mesmo. Assim, as informações que seguem sobre os projetos federais focados na juventude foram recolhidas em diversas páginas governamentais da internet.

Foram identificados 30 programas/projetos governamentais no período de 2002 a 2003, incidindo com maior ou menor foco nas faixas etárias comumente consideradas como jovens (adolescentes de 15 a 19 anos e jovens de 20 a 25 anos), e três ações sociais não-governamentais de abrangência nacional: Programa de Capacitação Solidária, Projeto Rede Jovem e Programa Alfabetização Solidária.

Dos 30 programas estritamente governamentais, cinco se localizavam no Ministério da Educação, seis no Ministério de Esporte e Turismo, seis no Ministério da Justiça, um no Ministério de Desenvolvimento Agrário, um no Ministério da Saúde, dois no Ministério de Trabalho e Emprego, três no Ministério de Previdência e Assistência Social, dois no Ministério de Ciência e Tecnologia, dois no Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República, um no Gabinete do Presidente da República (Projeto Alvorada) e, por último, um de caráter interministerial, especificamente voltado para a integração das ações de onze projetos/programas, focados em jovens, localizado no Ministério de Planejamento, Orçamento e Gestão (Programa Brasil em Ação).

A quantidade de programas/projetos em um mesmo ministério não representa garantia de maior atenção e qualidade de ação na questão da juventude. Comparando o Ministério da Saúde com o do Esporte, observa-se que, na Saúde, mesmo com um único programa, as ações se mostram institucionalmente orgânicas, racionalmente focalizadas, refletidas teoricamente e articuladas com redes governamentais e da sociedade civil, enquanto dos Esportes, que contava com seis programas, demonstrou baixa capacidade de coordenação de suas ações, incipiente reflexão sobre a problemática juvenil e baixíssima sinergia com atores coletivos da sociedade civil. Observou-se também que os programas/projetos da Saúde e Educação poderiam uniformizar suas ações, objetivando resultados mais satisfatórios quando trabalhado na totalidade do sujeito e não somente na sua parcialidade, fragmentando o ser social.

Sinteticamente, pode-se afirmar que a racionalidade formal-abstrata, ou seja,

o modo de pensar e de se operar processos configurados na realidade social, trata os fenômenos e processos sociais como coisas “exteriores, superiores e anteriores aos homens” e, por isso, independente da vontade dos sujeitos (DURKHEIM, 1984). Forja, mistifica, nega os aspectos ontológicos da realidade e, conseqüentemente, a possibilidade de o sujeito intervir sobre essa realidade que, segundo o pensamento conservador, é dada objetivamente por conexões causais, possui legalidade férrea e “positividade” que garante a manutenção, cristalização e permanência de determinadas formas de comportamento e pensamento sob e sobre a ordem social burguesa.

O grau de racionalidade contido no pensamento formal-abstrato esconde, acoberta, vela as determinações fundamentais do ser social, pelas quais os homens se diferenciam de outros seres orgânicos e inorgânicos. Visto que os fenômenos sociais são tratados tal como os fenômenos da natureza, podem ser manipulados com a mesma destreza e instrumentalidade com que se trata as coisas da natureza. A instrumentalidade posta na relação entre homem e natureza passa a dominar a relação dos homens entre si (GUERRA, 2000). A racionalidade que, ao mesmo tempo, funda e engendra essa relação é a racionalidade de tipo manipulatório que, no âmbito ideocultural, sustenta as ações instrumentais. O que decorre dessa relação é a extensividade e intensividade da racionalidade instrumental²⁰ pelos diversos níveis e instâncias da vida social.

Em relação ao tempo de início das ações relacionadas com jovens em curso nos diferentes ministérios, constata-se que, antes de 1995, se criou o Programa Saúde do Adolescente e do Jovem (Ministério da Saúde), Programa Especial de Treinamento (PET – Ministério da Educação) e Prêmio Jovem Cientista (Ministério da Ciência e Tecnologia). No período de 1995-1998 foram criados seis programas, Jogos da Juventude, Esporte Solidário (ambos do Ministério dos Esportes e Turismo), PRONERA (Ministério do Desenvolvimento Agrário), PLANFOR (Ministério do Trabalho e Emprego), Capacitação Solidária e Alfabetização Solidária (Presidência da República/Conselho Comunidade Solidária).

Entre 1999 e 2002 ocorreu ativação de 18 programas para o setor, número significativo para o período estudado, representando explosão da temática juventude

²⁰ A racionalidade instrumental remete à manipulação que, por sua vez, submete, aprisiona os homens em diferentes níveis e graus, desde o direcionamento de necessidades para o consumo (nível econômico) até a manipulação dos instrumentos legítimos dos trabalhadores: sindicatos e partidos (nível político).

e adolescência no plano federal, ainda que essa tenha ocorrido num quadro de grande fragmentação setorial e pouca consistência conceitual e programática.

A identificação de trinta e três programas que incidem sobre a juventude no âmbito federal é acompanhada também da constatação de que os mesmos não constituem totalidade orgânica naquilo que se refere à sua focalização no segmento jovem. Conforme a classificação, verificou-se a diversidade de intenções fragmentadas que acompanha os mesmos, são eles: Projeto Escola Jovem, Financiamento Estudantil e Programa Recomeço, Programa de Apoio ao Aluno Estrangeiro (Ministério da Educação), Olimpíadas Colegiais, Projeto Navegar e Esporte na Escola, Combate ao Abuso e Exploração Sexual (Ministério do Esporte e Turismo), Serviço Civil Voluntário, Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual, Programa de Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente e Programa Paz nas Escolas, Reinserção Social do Adolescente em Conflito com a Lei (Ministério da Justiça), Jovem Empreendedor (Ministério do Trabalho e Emprego), Projeto Sentinela, Centros da Juventude e Agente Jovem de Desenvolvimento Social e Humano (Brasil Jovem – (Ministério da Previdência e Assistência Social); Prêmio Jovem Cientista (Ministério da Ciência e Tecnologia), PIAPS e CENAFOCO (Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República); Brasil em Ação (Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão), Projeto Alvorada (Presidência da República), Rede Jovem (Comunidade Solidária).

A classificação acima permite intuir a falta de consenso, no âmbito federal, sobre a necessidade da definição de políticas específicas e coordenadas para a juventude, pois o foco dos programas é difuso entre categorias de crianças e adolescentes ou jovens e adultos. O pouco acúmulo teórico sobre essa problemática se expressa na elaboração de significativo número de programas e projetos que se destinam indistintamente a crianças, adolescentes e jovens.

Nesse quadro de heterogeneidade de parâmetros sobre a dimensão etária da juventude, a infância pode se alargar até aos 14 anos de idade e o jovem ser designado como maior de 10 anos de idade. O primeiro exemplo é o caso do Programa de Erradicação do Trabalho Infantil (PETI), cuja população alvo se estende até aos 14 anos. O segundo exemplo é o Programa Saúde do Adolescente e do Jovem, que circunscreve a juventude brasileira na ampla faixa que vai de 10 a 24 anos.

A seguir, será apresentada apenas a descrição do Programa de Saúde do

Adolescente e do Jovem (Ministério da Saúde), por ser esse o foco principal desta pesquisa, entendendo que o mesmo não se concretizará independente dos outros segmentos, importantes para o desenvolvimento integral do sujeito jovem, sendo assim, focar-se-á também, o Programa Brasil em Ação, do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão.

As iniciativas na área de saúde remontam a 1989, quando o Ministério da Saúde voltou-se para a saúde do adolescente com a criação do Programa Saúde do Adolescente (PROSAD). Em 1999, foi criada a Área de Saúde do Adolescente e do Jovem (ASAJ), no âmbito da Secretaria de Políticas de Saúde. Essa nova área, então, tornou-se responsável pela articulação dos diversos projetos e programas do Ministério da Saúde que lidam com questões relativas à adolescência e à juventude, em decorrência da percepção da necessidade de uma política nacional integrada de atenção específica aos indivíduos de 10 a 24 anos. São áreas de atuação: crescimento e desenvolvimento, sexualidade, saúde mental, saúde reprodutiva (gravidez na adolescência), saúde do escolar adolescente, prevenção de acidentes, violência e maus-tratos, família.

É importante destacar, além do desenvolvimento de atividades relacionadas à promoção da saúde dos adolescentes e dos estudos temáticos, a preocupação pelo programa em contribuir com atividades intra e interinstitucional, nos âmbitos governamentais e não-governamentais, visando a formulação de política nacional para a adolescência e a juventude, a ser desenvolvida nos níveis federal, estadual e municipal. Reconhece-se que muitas das intervenções voltadas para a melhoria da saúde do adolescente falharam em virtude do foco estreito e da desarticulação das iniciativas governamentais. Também é digno de nota o crítico reconhecimento do programa sobre a pouca participação dos jovens no planejamento, na implementação e na avaliação das atividades oriundas de políticas públicas.

O Programa Brasil em Ação, criado em 2000, no Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, também denominado Grupo Juventude, foi programa-piloto de coordenação de grupo de programas de atendimento à juventude (jovens na faixa etária de 15 a 29 anos), abrangendo seis ministérios, 11 programas (Educação de Jovens e Adultos, Esporte Solidário, Paz nas Escolas, Qualificação Profissional do Trabalhador, Centros de Juventude, Reinserção do Adolescente em Conflito com a Lei, Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente, Direitos Humanos, Direito de Todos, Saúde de Jovem, Desenvolvimento do Ensino Médio e Desenvolvimento da

Educação Profissional), e suas interações com governos estaduais.

O Brasil em Ação foi desenvolvido no âmbito da estratégia do Programa Avança Brasil, destinado a promover a integração das ações governamentais com o mesmo público-alvo ou no mesmo espaço geográfico específico de atuação. A avaliação do Ministério do Planejamento, após o primeiro ano de funcionamento desse programa, indicou, como resultado geral, que o trabalho permitiu que os gerentes dos programas do Avança Brasil conhecessem seus pares e os programas correlatos, o que teria possibilitado visão mais global da questão da juventude no conjunto da administração federal. Mesmo com essa positiva (ainda que genérica) avaliação, o Ministério do Planejamento alertou para a inadequação do tamanho do grupo e a qualificação da equipe responsável pelo gerenciamento e também para as dificuldades de participação no processo de programação financeira dos coordenadores, o que comprometia a execução do Programa Avança Brasil.

A constituição desse grupo de coordenadores de programas e projetos de juventude, ainda que não tenha apresentado produtos significativos, indica certo grau de consciência da administração federal sobre a fragmentação das ações na área da juventude. A continuidade desse tipo de ação poderia se constituir numa protopolítica facilitadora, talvez, de níveis superiores de instituições de políticas coordenadas.

Traçando uma perspectiva de análise das ações federais, constatou-se, aqui, que as primeiras ações de programas específicos destinados aos jovens, sobretudo adolescentes, aparecem no interior da área da saúde e são marcadas pelo foco de prevenção (DST/AIDS), drogadição, acidentes de trânsito e gravidez precoce), já no final da década de 1980, com a criação do Programa Saúde do Adolescente (PROSAD), no âmbito do Ministério da Saúde, antes mesmo do primeiro mandato do presidente Fernando Henrique Cardoso (FHC).

A disseminação das mortes violentas de jovens ou por eles protagonizadas e o crescimento das redes de narcotráfico se associam ao tema do consumo de substâncias ilícitas/lícitas, a partir da década de 1990. Desse modo, o tema da criminalidade atravessa permanentemente o debate sobre as políticas públicas para os jovens. Na esteira dos indicadores sociais e no clamor público do combate à violência, no segundo mandato consecutivo de FHC, se desenham ações que teriam a pretensão de se constituírem em instâncias coordenadas de políticas de juventude. Sob a égide da segurança pública foi criado o Programa do Gabinete de

Segurança Institucional da Presidência da República, sob o controle de um general do exército, num claro simbolismo da “guerra” que deveria se travar pela salvação da juventude das garras do crime, do tráfico e da violência.

A Constituição Federal de 1988 instaurou novo ordenamento constitucional costurado com os fios de uma superior consciência de direitos e cidadania. Na esteira da mobilização democrática da sociedade brasileira, surgiram canais de participação da sociedade civil na formulação e na gestão das políticas públicas em áreas relacionadas com os sistemas de garantia de direitos e proteção de crianças e adolescentes – Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) e Plano Nacional dos Direitos Humanos. A promulgação do ECA, em 1990, foi o principal indutor de políticas sociais destinadas às crianças e adolescentes, sobretudo na Secretaria Nacional de Direitos Humanos do Ministério da Justiça. Programas e ações foram criados, não mais com base na ideologia do menor em situação irregular, mas na doutrina cidadã de proteção integral às crianças e adolescentes.

A Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS), aprovada em 1993, estabeleceu a criação do Sistema Descentralizado e Participativo da Assistência Social, do qual emergirão também ações na área da adolescência e da juventude. Entretanto, naquilo que se refere ao conjunto da população jovem, especialmente aqueles maiores de 18 anos que não mais estão sobre a proteção incondicional do ECA, inexistem formas democráticas e colegiadas de relacionamento participativo. Nacionalmente, no Brasil, ainda estão por se constituir conselhos e fóruns que canalizem a interlocução de jovens e demais atores com o Estado, na direção da definição política e da implementação prática de pautas ampliadas de garantia dos direitos universais à juventude.

Na análise do conjunto de programas e projetos classificados pela sua maior ou menor intensidade de foco na juventude, destacou-se o fato de esses programas serem recentes. É significativa a informação de que 60% dessas ações foram implantadas somente nos últimos sete anos (2001), o que denota a recente trajetória na formulação de políticas de juventude, assim como explica, em parte, a sua incipiente institucionalização e fragmentação.

As ações desarticuladas e a superposição de projetos objetivos, clientela e área geográfica de atuação comuns, exprimem a frágil institucionalidade das políticas federais de juventude. As diferenças de concepções longe de significarem a pluralidade dos que dialogam, revelam a incomunicabilidade no interior da máquina

administrativa.

A depender do local de onde partem, os sentidos políticos e sociais das ações mudam, assim com o recorte etário da população demandatória; alguns ministérios se dedicam à assistência, alguns pretendem a inclusão dos “jovens carentes” e outros dão caráter profilático às suas ações, implementando medidas saneadoras para evitar a violência. Mais recentemente emergem projetos e programas que pautam suas ações pela defesa da promoção da cidadania – noção evidente em muitos documentos oficiais, mas de pouca visibilidade nos desenhos e conteúdos teórico-metodológicos, que guiam a implementação das ações nos municípios por equipes técnicas de organizações não-governamentais e prefeituras municipais, que se ressentem de acompanhamento político-pedagógico, suporte administrativo e avaliação de suas práticas.

Alguns programas assumiram sobremaneira o fetiche da capacitação do jovem para um mercado de trabalho de poucas oportunidades, sem propor qualquer caminho de questionamento da realidade econômica e social de um período histórico que viveu a recessão provocada pelas altas taxas de juros e os efeitos agudos da crise do mundo do trabalho. O acesso à informação também se apresentou como panacéia capaz de superar o isolamento sociocultural dos jovens, tanto aqueles das periferias das grandes cidades quanto os do interior rural.

Dois conceitos vigoraram em documentos de órgãos do governo federal e organizações não-governamentais, principalmente quando referentes a projetos e programas fortemente focados na juventude: protagonismo juvenil e jovens em situação de risco social. Aliás, essas idéias foram marcadas mais por apelo social do que conceitos ancorados em diagnósticos sociais e reflexões analíticas sobre o tema da juventude. Na grande maioria dos casos, representaram simplificações facilitadoras do entendimento de realidades sociais e culturais complexas e também códigos de acesso para financiamentos públicos, orientados por uma tão nova quanto frágil conceituação de proteção social e cidadania participativa. Estimular o protagonismo juvenil, expressão tantas vezes encontrada em textos de projetos variados, parece ser auto-explicativa até o momento em que se questiona sobre o seu verdadeiro significado.

Constatou-se, aqui, que o Brasil, do ponto de vista global, optou por um conjunto diversificado de ações, muitas delas efetivadas na base do ensaio e do erro, na falha de concepções estratégicas que permitam delinear prioridades e

formas orgânicas e duradouras de ações institucionais que compatibilizem interesses e responsabilidades entre organismos do Estado e da sociedade civil. São heranças deixadas por governos de várias gestões, incidindo mais sobre projetos isolados, sem avaliação, configurando a inexistência de desenho institucional mínimo que assegure algum tipo de unidade que permita dizer que se caminha na direção da consolidação de políticas e formas contínuas e concretas de gestão democráticas.

Projetos e programas são concebidos na esfera federal – por servidores públicos e agentes de organizações não-governamentais consorciadas – e executados por municípios que, ansiosos por verbas federais, não questionam diretrizes, métodos e metas pré-fabricadas. Por sua vez, as organizações não-governamentais e demais grupos da sociedade civil acabaram por se conformar ao modelo proposto perante o pacote federal de ações. Buscaram, muitas vezes, com base nas estreitas faixas de ação autônoma, imprimir contornos próprios mais próximos de seus objetivos institucionais. Por essas razões, como a realidade das cidades é mais complexa que as correrias de transmissão da centralização política, há sempre a possibilidade de saídas locais, tanto envolvendo a gestão criativa e participativa dos recursos quanto a reprodução dos velhos clientelismos políticos no trato com jovens “participantes” das atividades propostas por programas induzidos pelo poder central.

Enquanto se assiste a essa diversidade de ações no campo dos programas federais e a expectativa da implantação e execução no âmbito municipal, outras prioridades deixam de ser desenvolvidas de fato, como, por exemplo, o Planejamento Familiar que deveria avançar nos aspectos relacionados à efetivação da cidadania e saúde reprodutiva da mulher, mas deixar a desejar. Segundo Silva (2007, p.84), torna-se necessário debater o financiamento para os programas voltados para a saúde da mulher, os poucos recursos destinados à sua efetivação e onde estão sendo aplicados, inviabilizando assim sua efetivação enquanto política pública.

3.2 Planejamento familiar em saúde reprodutiva

A Constituição Federal no título VII da Ordem Social, em seu capítulo VII,

artigo 226, inciso 7º, diz que:

Fundado nos princípios da dignidade da pessoa humana e da paternidade responsável, o planejamento familiar é livre decisão do casal, competindo ao Estado propiciar recursos educacionais e científicos para o exercício deste direito, vedada qualquer forma coercitiva por parte de instituições oficiais ou privadas (BRASIL, 1988, p.97).

O Planejamento Familiar iniciou no Brasil em 1940, sendo que as novas técnicas para controle das doenças transmissíveis e melhor nível sanitário foram responsáveis pelo declínio da mortalidade, nessa época. De 1940 a 1970, a alta fecundidade e moderado nível de mortalidade produziram uma pirâmide etária concentrada em jovens, sendo 4% da população menor de 15 anos e somente 5% mais velhos que 60 anos (UNITED NATIONS, 1988).

A segunda fase da transição demográfica começou em 1970, com o rápido e consistente declínio da fecundidade. A aceleração desse declínio é explicada pelo uso de contraceptivos, já que os outros determinantes da fecundidade (idade ao casar, infertilidade pós-parto e amamentação) não haviam mudado na mesma proporção (UNITED NATIONS, 1988).

Merrick e Graham (1979) ressaltaram que aquilo que ocorreu no Brasil foi muito diferente do modelo neomalthusiano, concebido para um típico país em desenvolvimento, em termos de população e crescimento econômico. As principais características essencialmente diferentes da transição demográfica brasileira foram: a mortalidade não declinou abruptamente após a Segunda Guerra, a industrialização já tinha começado antes dessa; a densidade populacional era baixa e o declínio da fecundidade estabeleceu-se, a despeito da recusa governamental para implantar o planejamento familiar.

Segundo Becker e Egler (1992), a transição demográfica no Brasil é essencialmente diferente da transição clássica devido a dois fatores. O primeiro é a velocidade: em quatro décadas o Brasil atingiu o nível que levou um a dois séculos na Europa, o segundo é que a transição no Brasil ocorreu independente de melhorias das condições materiais da população. Esses autores afirmam que o declínio da natalidade, aliada à crescente mobilidade da força de trabalho, pode ter agido como importante estratégia de sobrevivência e resistência ao empobrecimento absoluto.

Demógrafos e peritos em estudos de população começaram a notar declínio

da fecundidade na década de 1970, quando observaram ruptura no padrão tradicional de reprodução, expressando fenômeno inteiramente novo na pirâmide populacional brasileira. A taxa de fecundidade total, que era 6,2 filhos por mulher, em 1950, e 5,8%, em 1970, diminuiu para 4,2, em 1980 (MERRICK; BERQUÓ, 1983) e 3,5, em 1984 (BARROSO, 1988).

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2000), entre 1980 e 1990 a taxa de fecundidade total caiu para 2,8 e, em 2000, o registro foi de 2,44 (Brasil, 2000b). Esse declínio foi extremamente rápido e intenso. Segundo Berquó (1987), enquanto se demorava 40 anos para aumentar 45% na esperança de vida, leva-se 15 anos para diminuir 48% na taxa de fecundidade. Entre 1980 e 1984, a queda foi de 19% e, pela primeira vez, incluiu também o Norte, Nordeste e áreas rurais, tradicionalmente as menos desenvolvidas e de alta fecundidade.

Algumas teorias explicam o aumento do uso de contraceptivos e as conseqüências do declínio da fecundidade no país. A primeira teoria afirma que o Brasil é exemplo de resposta clássica ao processo de modernização, que aumentou a renda *per capita*, incrementou a urbanização, reduziu a força de trabalho na agricultura e aumentou o trabalho feminino. Todos esses fatores combinados teriam levado a demanda por menos filhos. A segunda teoria relaciona o declínio da fecundidade a duas causas: uma estrutural, explicitada pela intensificação do processo de proletarização, e uma causa cíclica, explicada pela deterioração das condições de vida de segmentos substanciais da população.

Barroso (1988) aponta fatores culturais na causalidade do declínio da fecundidade. De um lado, houve entrada de mulheres no mercado de trabalho formal, trazendo nova fonte de realização para a população feminina. De outro, teriam persistido padrões tradicionais da divisão sexual do trabalho. As transformações sociais relacionadas à urbanização e seu desenvolvimento aumentaram os custos de ter filhos. Segundo Merrick (1990), a demanda por filhos foi afetada pelas expectativas crescentes de consumo, mudanças nos padrões reprodutivos associados à urbanização, aumento de educação e contato com a mídia. A piora das condições de vida das famílias urbanas tornou mais difícil realizar essas expectativas de consumo.

Com relação às políticas de população, percebe-se que a queda da fecundidade no Brasil não foi produto de alguma política nacional deliberada para tal. Mas, segundo alguns autores, houve política implícita de controle populacional.

Merrick (1990) afirma que o caso do Brasil é ilustrativo de política implícita ao colocar no mercado contraceptivos orais de baixo custo, facilitou acesso à esterilização feminina e também agiu através de ações indiretas, tais como ampliação do acesso à educação, aumento das mulheres na força de trabalho e a promoção do consumo pela mídia televisiva nacional.

No Brasil, houve queda de fecundidade acentuada de 1960-2000, se se fizer análise retrospectiva na história, verificar-se-á que, até 1970, no Brasil, a política populacional não incluía programa de planejamento familiar. Havia somente preocupação para ocupar as fronteiras e os vastos espaços territoriais, já que existia baixa densidade demográfica (McDONOUGH; SOUZA, 1984). Havia, também, forte influência política da Igreja Católica. Outros fatores teriam contribuído para a mudança de discurso que ocorreria a partir da metade dos anos 1970. O crescimento demográfico, o ceticismo em relação ao crescimento econômico, diante de recessão mundial, e pressões externas levaram o governo brasileiro a assumir posição diferente. Na Conferência de Bucareste, o Brasil defendeu o direito de os casais de decidirem sobre o tamanho da família e o papel do Estado em fornecer meios e informações sobre contracepção (MERRICK; GRAHAM, 1979).

Nenhuma medida concreta foi tomada para implementar essas idéias. Na Conferência do México, embora o Brasil tenha novamente sustentado a posição de que o Estado seria responsável por prover acesso universal ao planejamento familiar, refutou a idéia de ter metas demográficas, objetivando o declínio da fecundidade (PATARRA, 1990). O governo brasileiro nunca teve posição explícita sobre controle populacional que nunca foi aceito como base para política de controle populacional. Segundo Berquó (1987), durante a década de 1970, havia um grupo de militares que apoiava o controle populacional. Entretanto, as dimensões das terras brasileiras, a abundância de recursos naturais e a desigualdade da distribuição de renda nunca justificaram uma política de controle populacional (MERRICK; GRAHAM, 1979).

Ao se analisar os dados da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS), há dados do período de 1986-1996, pois nova pesquisa foi encomendada pelo Governo Federal em 2005, mas o acesso a esses dados ainda não foram divulgados. Sendo assim, em 1986, 65,8% das mulheres com união estável de 15 a 44 anos usavam um método anticoncepcional, 10 anos depois 76,7% das mulheres com união estável de 15 a 49 anos usavam contraceptivos (BEMFAM, 1996).

Essa proporção de uso de métodos ultrapassa a média encontrada em países desenvolvidos (72%) (Berquó, 1999). Mas a distribuição de métodos é bastante diferenciada. Enquanto nos países desenvolvidos existe predominância no uso de métodos reversíveis, no Brasil observa-se o aumento progressivo do uso da esterilização feminina, com predominância dessa. Além disso, tal como notou Perpétuo (1996), nos países desenvolvidos existe maior equilíbrio no uso dos métodos cirúrgicos entre homens e mulheres.

Berquó (1999) observou que nesse período também houve aumento do uso de contraceptivo entre mulheres com união instável, e que o uso de preservativo entre elas é três vezes mais freqüente do que entre mulheres com união estável. Mesmo as mensagens da Organização Mundial da Saúde (OMS, 1997), divulgando a importância do uso da camisinha, como o único anticoncepcional que confere proteção contra as DSTs (por exemplo HBV, HIV/AIDS), o uso da pílula predomina entre mulheres jovens, independente de união conjugal, como mostra pesquisa realizada em hospital conveniado com o SUS em 2003. Amostra de 70 mulheres com idade entre 10 e 19 anos de idade, tendo sua 2ª ou mais gestações, encontrou-se que 80% dessas mulheres não usavam nenhum método anticoncepcional, 11,4% usavam pílula, 4,3% usavam camisinha, 2,9% usaram anticoncepcional injetável e 1,4% outros métodos (SAKAMOTO, 2003).

A preocupação se volta para a esterilização feminina, pois essa se apresenta como fenômeno generalizado em todo o Brasil, tendo iniciado seu aumento progressivo em meados dos anos 80. Nesse sentido, o país segue a tendência global de disseminação da anticoncepção cirúrgica que se configura como fato mundial (PERPÉTUO, 1996). Em 1990, estimou-se que 170 milhões de casais estavam esterilizados (ROSS, 1992).

Segundo Berquó (1999), o aumento das esterilizações femininas no Brasil veio acompanhado de decréscimo da idade mediana ao esterilizar-se, que passou de 31,4, em 1986, a 29,9 anos, em 1996, tendo ocorrido em áreas mais pobres, rurais e com mulheres de menor escolaridade, segundo os dados analisados por Perpétuo (1996).

A equipe que elaborou a PNDS-1996, reconhecendo que havia formas pouco claras em relação à oferta da esterilização, adicionou a questão: “quem pagou pela cirurgia?”, colocando como uma das opções de resposta, “político” (CAETANO, 2000). Enquanto no Sul e Sudeste do Brasil a maioria das esterilizações é realizada

durante cirurgia cesariana e paga pela própria usuária, tal como foi encontrado por Vieira (1994) quando apontou que 80% das mulheres de baixa renda na região metropolitana de São Paulo haviam pagado pelo procedimento. No Nordeste, 43,2% das esterilizações foram realizadas em momento diferente do parto e menos de 20% foram pagas pela usuária, sendo o médico (57,6%) ou o político (19,4%) as pessoas que providenciaram o procedimento (CAETANO, 2000).

Na pesquisa de Silva (2007), em relação à idade das usuárias que procuram o Ambulatório de Planejamento Familiar em busca de cirurgia de esterilização, pôde-se constatar que, do total pesquisado, um universo de 60 mulheres, 53 com idade entre 26 e 40 anos, faixa etária essa estabelecida pela Lei nº 9.263/96 para a realização de laqueadura ou vasectomia no art. 10 desta Lei lê-se: “somente é permitida a esterilização voluntária nas seguintes situações: em homens ou mulheres com capacidade civil plena e maior de vinte e cinco anos de idade ou com dois filhos vivos” (BRASIL, 1996, p.88).

Entre aquelas que tinham idade entre 20 e 25 anos, cinco mulheres procuraram o serviço. Em geral, as mulheres dessa faixa etária são encaminhadas ao Ambulatório após terem se submetido a duas cesarianas ou mais, devido à possibilidade de realizar a cirurgia na hora do parto, conforme preconiza a lei, desde que comprovada a necessidade (SILVA, 2007, p.62).

Segundo Minella (2005), levando-se em conta que a trajetória de vida de uma mulher pode sofrer várias alterações, incluindo as possibilidades de separação, viuvez, perda de filhos, necessidade de construir novas relações nas quais a falta de filhos pode ser cobrada, a esterilização de pessoas excessivamente jovens ou que têm apenas um filho deveria ser seriamente reavaliada do ponto de vista ético, dado o caráter praticamente irreversível do procedimento.

Um relatório técnico de missão enviada pelo Fundo de População das Nações Unidas ao Brasil, em 1994, diagnosticou vários problemas em relação ao planejamento familiar. Entre eles destaca-se, segundo as palavras contidas nesse relatório, imensa lacuna entre a demanda das pessoas por contraceptivos e o desejo e acesso aos métodos anticoncepcionais. Além de constatar a falta de insumos contraceptivos e ausência de gerenciamento logístico, também foi notada a falta de capacidade técnica das equipes em clínicas do serviço público. Como conclusão, o relatório afirma que há distorção no *mix* de métodos contraceptivos e, como consequência, o planejamento familiar não tem contribuído para a melhoria da

saúde reprodutiva das mulheres (UNFPA, 1995).

O Ministério da Saúde decidiu que as ações de anticoncepção devem ser garantidas para todas as mulheres e homens em idade reprodutiva, adultas(os) e adolescentes, que desejem ter acesso a métodos e meios para regulação da sua fecundidade (BRASIL, 2000a).

Sob essa perspectiva, apresentou proposta, aprovada pela Comissão Intergestora Tripartite (CIT), que definiu a inclusão dos métodos anticoncepcionais (pílula combinada de baixa dosagem, pílula só de progesterona – minipílula, pílula anticoncepcional de emergência, preservativo masculino, injetável mensal, injetável trimestral, DIU e diafragma) no elenco de medicamentos/insumos para a atenção básica.

Com relação especificamente ao DIU e ao diafragma, a aquisição foi prevista cobrir progressivamente 100% da necessidade do país, inicialmente atendendo 1 200 municípios, em 2005, e foi previsto o incremento de aproximadamente 350 municípios/ano, para os anos de 2006 e 2007.

Os municípios atendidos com o DIU e o diafragma, inicialmente, são aqueles que, na atual estratégia, recebem o *kit* complementar com os métodos anticoncepcionais. A ampliação do número desses municípios se dará a partir da informação ao Ministério da Saúde, por parte das secretarias municipais ou secretarias estaduais de saúde, da existência de profissionais capacitados para o manejo desses métodos, tendo em vista que muitos municípios ainda não possuem essa condição (BRASIL, 2000a).

Tomou-se por base, para definir a população atendida, aquela de mulheres em idade reprodutiva, de 10 a 49 anos, que sejam usuárias de métodos anticoncepcionais modernos (cerca de 70% desse universo, segundo Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde (PNDS)1996), e que sejam atendidas na rede SUS (cerca de 74% da população, segundo dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD)1998). Os parâmetros utilizados definem uma população notória em torno de 30 366 934 mulheres.

Essa proposta contempla a disponibilização da pílula anticoncepcional de emergência na atenção básica, de modo que não fique restrita apenas aos serviços de referência para mulheres vítimas de violência sexual. A pílula anticoncepcional de emergência é recurso importante nas situações de relações sexuais desprotegidas, ajudando a diminuir o número de gestações indesejadas e de abortos provocados

(SILVA, 2007, p.46-47).

Após essas análises, verifica-se que os esforços em atender às necessidades das mulheres nas diversas fases de sua vida ainda não foram efetivados em sua plenitude, nem mesmo ações como fornecimento de insumos e métodos contraceptivos têm a distribuição regularizada e se perdem muitas vezes nos caminhos da política, da burocracia e na inoperância do sistema.

Faz-se necessário ainda discutir aspectos relacionados com a perversidade do modelo econômico, concentrador de renda e excludente da maioria da população, adotado no país, pois mulheres sem escolarização, desprovidas de conhecimentos, ficam sem acesso às informações, aos métodos disponíveis para deles se beneficiarem na regularização de sua fecundidade e no planejamento de suas famílias.

3.3 O papel da família como mecanismo de proteção social no Brasil

A família é apontada como elemento-chave e não apenas para a “sobrevivência” dos indivíduos, mas também para a proteção e a socialização de seus componentes, transmissão do capital cultural, do capital econômico e da propriedade do grupo, bem como das relações de gênero e de solidariedade entre gerações. Representando a forma tradicional de viver e instância mediadora entre indivíduo e sociedade, a família operaria como espaço de produção e transmissão de pautas e práticas culturais e como organização responsável pela existência cotidiana de seus integrantes, produzindo, reunindo e distribuindo recursos para a satisfação de suas necessidades básicas.

Ainda que determinados fenômenos venham suscitando alguns questionamentos sobre a centralidade e o futuro da família nas sociedades contemporâneas, suas responsabilidades e suas funções sociais não parecem ter perdido a relevância, tanto nos países desenvolvidos, quanto nos que não chegaram a estabelecer um estado de bem estar e um sistema de políticas sociais mais consistente, como é o caso do Brasil. Essas funções e responsabilidades seriam particularmente demandadas nas situações de adversidade.

Mais recentemente, a literatura especializada das ciências sociais tem abordado algumas questões instigantes como, por exemplo, quais as mudanças que

estão ocorrendo na estrutura da família ocidental típica e se essas estariam reduzindo a importância de seu papel de “amortecedor social” e, também, se estariam as crises econômicas atuais, num quadro de declínio dos amortecedores do Welfare State, contribuindo para a destruição da estrutura familiar tradicional.

Entre os fenômenos que traduzem as modificações na estrutura tradicional das famílias estariam:

- aumento da proporção de domicílios formados por “não-famílias”, não apenas entre os idosos (viúvos), mas também entre adultos jovens que expressariam novo “individualismo”;
- a redução do tamanho das famílias;
- a fragilização dos laços matrimoniais, com o crescimento das separações e dos divórcios;
- incremento da proporção de casais maduros sem filhos; e
- a multiplicação de arranjos que fogem ao padrão da típica família nuclear, sobretudo de famílias com apenas um dos pais, e em especial aquelas chefiadas por mulheres sem cônjuge²¹ (SALLES; GOMES, 2002).

É preciso reconhecer nessas transformações que se trata de processo universal, mas apenas no sentido de que é comum às sociedades urbanas dos países ocidentais ou ocidentalizados. Ele ocorre na França, na América Latina ou nos Estados Unidos. No entanto, na Ásia e na África, se a família muda com a industrialização e a urbanização, essa mudança adquire significados particulares porque se faz com a preservação de valores e tradições específicas. Essa especificidade é marcante nos países muçulmanos, onde a ocidentalização da família continua sendo largamente rejeitada (SEGALEN, 2000). A diferenciação nos processos de modernização da família alerta para o fato de que ela não pode ser reduzida aos efeitos de fenômenos econômicos (urbanização, entrada da mulher no mercado de trabalho e outros) ou demográficos (como a queda das taxas de fecundidade). As estruturas familiares continuam determinadas também por fatores culturais, ideológicos e políticos, que vão da afirmação do feminismo no Ocidente à reafirmação do integrista fundamentalista no mundo árabe.

É preciso verificar, ainda, que a mudança nas estruturas familiares na direção

²¹ A chefia familiar feminina é fenômeno que cresce em âmbito global, representando a quarta parte de todas as famílias do mundo (SOARES, 2003). Sobre esse assunto ver análises de Pires (2004) e Carloto (2006).

de maior diversidade de tipos ou modelos não é, em absoluto processo novo. A literatura especializada internacional insiste há muito tempo na desconstrução do mito da família (nuclear) ocidental (SEGALEN, 2000; BURKE, 2000). A família nuclear ideal talvez seja apenas uma invenção moderna, um fenômeno efêmero, que atingiu o auge na década de 50, sustentado pela prosperidade do pós-guerra, pela difusão da cultura de massa. Assim, as alterações na estrutura familiar atualmente em curso no Ocidente podem estar simplesmente marcando o retorno ao estado complexo e diverso em que de fato a família passou a maior parte do milênio.

Ainda que no passado as causas não tenham sido as mesmas, fenômenos como o incremento do número de separações, de casamentos tardios, de nascimentos fora do casamento ou da proporção de mulheres trabalhando fora, já se verificaram em outros momentos das sociedades ocidentais.

É necessário também lembrar que as mudanças aparentes nas estruturas familiares devem ser relativizadas com base na crítica da chamada “abordagem do domicílio”. Segundo Burke (2000, p.80), há dois grandes riscos na utilização de enfoque “residencial” da família. O primeiro é que diferenças nas composições das famílias podem ser apenas instantâneos de fases diferentes do ciclo de desenvolvimento de grupos domésticos. Esses grupos surgem pequenos, expandem-se com os filhos e diminuem de tamanho à medida que os filhos maduros abandonam o lar. O segundo e maior perigo para a análise é o da confusão entre o grupo familiar e grupo residencial. A família extrapola a residência:

[...] ela não é apenas uma unidade residencial, mas também [...] uma unidade econômica e jurídica. Ainda mais importante, é uma comunidade moral, no sentido de um grupo com o qual os membros se identificam e mantêm envolvimento emocional [...]. Essa multiplicidade de funções coloca problemas porque as unidades econômica, emocional, residencial e outras podem não coincidir. (BURKE, 2000, p.81).

Assim – conclui Burke (2000), “um índice baseado na co-residência talvez não nos informe o que mais precisamos saber sobre estrutura familiar”.

Analisando as condições de reprodução social de trabalhadores brasileiros, estudos como os de Bilac (1993), Carvalho (1994), Ribeiro (1994, 1999) e Montali (2000) têm destacado o papel desempenhado pela família nesse processo. Constatando como os baixos salários, a carência de serviços públicos e outros fatores mostram-se desfavoráveis à referida reprodução, esses estudos evidenciam

como ela vem se viabilizando em decorrência de uma lógica de solidariedade e de um conjunto de práticas no campo de ação de grupos domésticos, que atuam como unidades de formação de renda e de consumo, procurando maximizar os recursos à sua disposição.

Diante da crise econômica brasileira citada anteriormente por Antunes (2001), e baseado nesses estudos, destaca-se o papel “amortecedor” da família, pois, vêm sendo utilizadas as expressões “estratégias familiares” ou “estratégias de sobrevivência”, que procuram responder por um conjunto de práticas de trabalho, não trabalho, consumo e reivindicações. Por meio dessas práticas, rendas seriam obtidas e reunidas em orçamento comum e dispendidas segundo critérios estabelecidos no âmbito da unidade familiar, com o objetivo de atender da melhor forma possível as necessidades de seus diversos membros. Essas estratégias teriam como elemento central o recurso ao trabalho complementar do cônjuge e dos filhos para compensar os baixos rendimentos do principal provedor, ocasionando ampliação do número de membros ativos da família, redução da proporção daquelas em que uma só pessoa trabalha e conseqüente aumento da participação de mulheres e de jovens. Montali (2000) assinala que isso se dá dentro da lógica da divisão sexual do trabalho e das relações de gênero e de hierarquia, vigentes tanto na família quanto no mercado de trabalho, que se expressam em valores e em papéis atribuídos ao homem, à mulher e aos filhos na família e na produção, definindo tanto a disponibilidade dos diferentes membros da família para o ingresso no mercado quanto às possibilidades de sua absorção.

Diversos estudos assinalam que geralmente o principal provedor é o chefe da família, seja ele homem, seja mulher. O segundo membro da família a participar mais intensamente do mercado de trabalho é o cônjuge, seguido pelos filhos adultos ou adolescentes. A chefia feminina tende a ampliar as dificuldades de subsistência; principalmente quando os filhos são menores, porque, além de receberem salários médios mais baixos, tem que conjugar o trabalho remunerado com as atividades domésticas e o cuidado das crianças. Nesse último aspecto, a colaboração mais ampla da família extensa tende a ser crucial (MONTALI, 2000).

Assim, notadamente nas classes populares, as condições da família terminam dependendo de alguns fatores: da fase do ciclo familiar, do número e características de seus componentes (conforme sexo, idade, instrução e nível de qualificação, entre outros) e de sua posição no grupo doméstico (chefe, cônjuge e filhos,

principalmente, em razão da prevalência da família nuclear no Brasil), à qual estão associados papéis definidos socialmente. Famílias com filhos mais novos ou chefiadas por mulheres têm alta probabilidade de serem pobres ou muito pobres. Contudo, à medida que os filhos crescem e começam a entrar no mercado de trabalho, essa probabilidade diminui, para crescer novamente em algum momento na família de chefes idosos, seja quando ainda há filhos maduros em casa, seja quando o casal – ou cônjuge viúvo – está só (LOPES; GOTTSCHALK, 1990).

Transformações na dinâmica demográfica, recentemente nos valores e nos comportamentos sociais e no mercado de trabalho parecem afetar os mencionados arranjos e condições. Os anos 90 foram marcados por várias mudanças repercutindo sobre as condições de vida de amplos segmentos da população brasileira, reafirmando que o conceito de família é polissêmico, com várias acepções. No sentido mais restrito, refere-se ao núcleo familiar básico. No mais amplo, ao grupo de indivíduos vinculados entre si por laços consangüíneos, consensuais ou jurídicos, que constituem complexas redes de parentesco atualizadas de forma episódica por meio de intercâmbios, cooperação e solidariedade, com limites que variam de cultura, de uma região e classe social e outra (SALLES, 1999, 2002; TUIRÁN, 2002). Nas sociedades contemporâneas ocidentais, o modelo arquétipo é a família conjugal tradicional, constituída pelo casal e seus filhos não emancipados, que residem em domicílio independente. Contudo, como já se avançou, há brecha clara e crescente entre esse modelo e a realidade muito mais plural, na qual proporção crescente de famílias não se enquadra nesse padrão.

Com o avanço da urbanização, da industrialização e da modernização dessas sociedades, ainda que persistam a pequena agricultura camponesa, indústrias caseiras e empresas domésticas urbanas, atividades econômicas ancoradas em relações familiares perderam a relevância, já não se podendo caracterizar a família, em geral, como unidade de produção. O declínio do poder patriarcal e de princípios e controles religiosos e comunitários mais tradicionais traduziu-se em mudanças nas relações de gênero, na ampliação da autonomia dos diversos componentes da família e em exercício bem mais aberto e livre da sexualidade, dissociada das responsabilidades da reprodução. A presença de mulheres no mercado de trabalho passou a ser crescente, assim como a difusão e a utilização de práticas anticoncepcionais e a fragilização dos laços matrimoniais, com o aumento das

separações, dos divórcios e de novos acordos sexuais.

Esses fenômenos associam-se à significativa redução da fecundidade e do tamanho médio das famílias e à sua maior diferenciação, com a persistência de arranjos mais tradicionais, ao lado de outros genuinamente emergentes. No âmbito da família, estão se constituindo novas relações, com o relaxamento dos controles sociais sobre o comportamento dos cônjuges, o deslocamento da importância do grupo familiar para a importância de seus membros, a idéia de que o “amor” constitui condição para a permanência da conjugalidade e a substituição de uma “educação retificadora”, corretora e moral das crianças, por “pedagogia da negociação” (MACHADO, 2001).

À primeira vista, essa nova realidade pode dar a impressão de que as famílias estão desestruturadas, ameaçadas, ou, até mesmo, em vias de extinção. Uma leitura mais cuidadosa e acurada, porém, deixa patente sua plasticidade e sua enorme capacidade de mudança e de adaptação às transformações econômicas, sociais e culturais mais amplas, bem como sua persistente relevância, notadamente como espaço de sociabilidade e socialização primárias, de solidariedade e de proteção social.

Carvalho e Draibe (1994) se reportam à pauperização de enorme contingente da população brasileira (especialmente no Nordeste, no meio rural e nas áreas metropolitanas) e recomendaram que a reforma das políticas e dos programas sociais colocasse a família como eixo e prioridade das ações governamentais nesse campo. Ao lado de macropolíticas, orientadas para o combate à pobreza e à exclusão social, propuseram a implementação de programas de geração ou complementação de emprego e renda e de uma rede de serviços comunitários, incluindo programas de renda mínima para as famílias carentes, com a condicionalidade da permanência de seus filhos na escola. Esse reconhecimento da centralidade da família tornou-se praticamente consensual, apesar da absoluta insuficiência das políticas e dos programas sociais do país.

O perfil das famílias brasileiras no início dos anos 2000 expressa as mencionadas transformações, acentuando tendências detectadas já em décadas anteriores. Com decréscimo continuado e persistente, a taxa de fecundidade total passou de 2,6 filhos por mulher, em 1992, para 2,3 filhos, em 2001; o tamanho médio das famílias, que alcançava 4,5 pessoas em 1980 e 3,8 em 1992, reduziu, em 2001, para 3,3 membros, segundo a PNAD. Já, em 1998, o número médio de filhos

por família era de 2 no Norte, 1,9 no Nordeste, 1,5 no Sudeste, 1,4 no Sul, 1,5 no Sudoeste e 1,6 em todo o Brasil, conforme dados do IBGE/PNAD elaborados pelo Dieese (2001, p.18).

Além disso, preliminares do Censo 2000 evidenciaram crescimento das separações, de novas uniões e de casamentos não oficiais, com as uniões consensuais, elevando-se dos 18,3% registrados em 1991 para 28,3% do total de arranjos conjugais. O exercício mais amplo e mais livre da sexualidade contribuiu para maior incidência da gravidez e da maternidade entre as adolescentes ou jovens.

Quanto aos arranjos familiares, ainda que o casal com filhos permaneça como o padrão de organização dominante, registra-se ligeira queda de sua frequência, paralela ao aumento relativo das famílias unipessoais e das famílias monoparentais. O crescimento das famílias unipessoais está principalmente associado a mudanças na pirâmide etária e ao envelhecimento da população, pois a maior parte dessas unidades é composta por pessoas idosas. O tamanho médio da família apresenta algumas diferenças entre as diversas regiões, sendo maior no Norte (3,9) e Nordeste (3,7) e menor no Sul e Sudeste (3,3), sobretudo em decorrência de variação no número médio de filhos.

A frequência de famílias monoparentais está associada a um dos fenômenos mais destacados pelo Censo de 2000 e pelas últimas PNADs: o aumento das responsabilidades das mulheres, que passaram a responder pela chefia de um em cada quatro domicílios no Brasil (27,3%, segundo a PNAD 2001). De acordo com os Censos Demográficos, isso significou incremento de 37,6% entre 1991 e 2000.

Entre as modificações no cotidiano familiar, parte-se do pressuposto apresentado por Szymanski (2002) em que, para ela, as práticas educativas são ações contínuas e habituais realizadas pelos membros mais velhos da família, nas trocas integradas, possibilitando a construção e apropriação de saberes, práticas e hábitos sociais pelos mais jovens.

O aspecto socializador é assumido pelos pais e mães, conforme o modo de ser, construído ao longo de suas vidas. As famílias buscam uma equação entre os valores herdados, os partilhados com os pares e os novos valores que surgem do contato com outras informações e segmentos da sociedade.

A cada dia os modos de vida das famílias contemporâneas vêm transformando-se, num tempo histórico e social, criando, assim, novas articulações

de gênero e gerações, elaborando novos códigos e formas de vida em família.

Conforme Alencar (2004), as condições de vida dos indivíduos dependem, na sua maioria, da inserção social de todos os membros da família, uma vez que é nela que se articulam as mais diversas formas de tentativas de alternativas, como meio de superar as situações de precariedade social, frente ao desemprego estrutural ou inserção precária no mundo do trabalho. Percebe-se que, no cotidiano da família e seus membros, todos são mobilizados a prover as necessidades básicas.

A tendência à maior integração por intermédio do mercado de trabalho exauriu-se na década de 80, a denominada “década perdida”, com o esgotamento da tradicional industrialização por substituição de importações e a crise do Estado desenvolvimentista e do padrão de crescimento por ele impulsionado. Em razão do agravamento da crise econômica e da crise fiscal do Estado e de grande aceleração do processo inflacionário na década de 90, o padrão e o ritmo de desenvolvimento do Brasil foram reorientados, com a implementação de um conjunto de políticas convergentes, recomendadas pelas agências multilaterais. Denominadas “ajuste estrutural”, “reformas estruturais” ou “reformas orientadas para o mercado”, elas envolveram programa de estabilização, a realização de abertura econômica intensa e rápida, a implementação de amplo programa de privatizações, ênfase nos mecanismos do mercado e profunda reformulação do papel do Estado, não apenas em termos do seu protagonismo econômico e de suas funções reguladoras como, também, de suas responsabilidades como provedor de políticas econômicas e sociais.

O ajuste e a reestruturação produtiva dos anos 90, associados à inserção passiva e subordinada do país na economia global, contribuíram decisivamente para agravar o quadro social do Brasil nessa década, período marcado por baixos níveis de crescimento econômico, deterioração das condições de trabalho e renda da população, persistência das desigualdades sociais e espaciais e reorientação profunda das políticas sociais. A economia brasileira – sobretudo metropolitana – avançou na direção da terceirização que caracteriza o trabalho contemporâneo. Ampliou-se o tradicional excedente de força de trabalho no país, intensificando a seletividade e dificuldades e as desigualdades no acesso aos postos de trabalho existentes. Isso vem se traduzindo em acentuado crescimento do desemprego, na queda do rendimento médio dos que permanecem ocupados, na acentuação das disparidades espaciais e na persistência de pobreza massiva e secular.

A Pesquisa de Emprego e Desemprego, realizada periodicamente pelo Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos (DIEESE) nas principais regiões metropolitanas, onde se concentra grande parcela das atividades econômicas e da população no Brasil, encontrou números elevados de desempregados. Em 2000 correspondiam a 17,8% em Belo Horizonte, 19,6% no Distrito Federal, 16,6% em Porto Alegre, 20,7% em Recife, 26,6% em Salvador e 17,6% em São Paulo (DIEESE, 2001).

O crescimento do desemprego agrava-se com a duração média do tempo de procura de trabalho pelos desempregados e com a proporção dos que estão há mais de um ano nessa condição. Paralelamente ao incremento do desemprego, ocorre deterioração das condições e da qualidade da ocupação, com o decréscimo do emprego formal, associado a garantias trabalhistas e a certa (des)proteção social, engrossando as fileiras do mercado informal.

É verdade que a distribuição da renda do trabalho teve pequena melhoria nos anos 1990, principalmente em razão dos efeitos da estabilização monetária, pela redução do “imposto inflacionário” e recuperação do valor do salário mínimo. Contudo, é preciso relevar dois fatos.

Em primeiro lugar, o país continuou a conviver com uma das distribuições mais injustas do planeta. Assim, por exemplo, 40,7% da população brasileira ocupada ganhava até um salário mínimo em 1999 (66,3% no Nordeste). E, em 1999, 50% dos trabalhadores que menos ganhavam se apropriavam de apenas 13,9% do total da renda proveniente do trabalho, enquanto os 10% que ganhavam mais ficavam com 46,8% e os 5% mais ricos com 33,4%.

Em segundo, a desvalorização do real e o conseqüente retorno da inflação no final da década implicaram a volta da tendência à queda nos rendimentos reais das pessoas já ocupadas, visível, por exemplo, na comparação das PNADs 1999 e 2001 (IBGE, 2002). Se houve melhoria nos rendimentos médios mensais a partir de 1992, a perda média anual das pessoas com rendimento de trabalho foi da ordem de 0,7% entre 1999 e 2001.

Nota-se impactos sobre as famílias, pois, em sociedade que não dispõe de sistema de políticas mais efetivo e abrangente, como o Brasil, as condições de subsistência das famílias são determinadas por seu nível de rendimentos. associado, fundamentalmente, tanto à renda obtida pelo seu chefe como à existência, ao número e a características de outros parentes inseridos no mercado

de trabalho, e que auferem rendimentos adicionais. As mudanças e os fenômenos assinalados vêm tendo claros e fortes impactos sobre a organização e as condições de vida das famílias brasileiras, e que afetam negativamente sua capacidade de atender às necessidades básicas de seus membros e propiciar-lhes efetiva proteção social.

Com as transformações dos últimos anos, o crescimento da ocupação das mulheres e dos filhos registrado até os anos 80, paralelo ao incremento da diversidade e complementariedade de formas de trabalho e fontes de renda, que constituíam o eixo central das “estratégias de sobrevivência” das famílias das classes trabalhadoras, vem sendo inviabilizado. Como assinala Goldani (2002), a utilização dos “recursos da pobreza” vem-se transformando em perversa “pobreza de recursos”, com a família reduzindo seu tamanho, mas com “dependentes dependendo cada vez mais” dos poucos adultos que trabalham, em condições muitas vezes bastante desfavoráveis.

Estudos como os de Montali (2000), Salles (2002) e Goldani (2002); têm ressaltado como as dificuldades de inserção da maioria dos trabalhadores em um mercado cada vez mais restrito e exigente quanto à instrução, qualificação (que envolve o capital cultural), condições de saúde e tempo de dedicação ao trabalho afetam, também, os padrões de organização do grupo familiar. Isso porque, nas classes populares, o homem ainda é considerado e valorizado como chefe e provedor da família, ao passo que as mulheres tendem a perceber o casamento como apoio moral e econômico e, muitas vezes, como oportunidade de deixar de trabalhar, dedicando-se aos afazeres domésticos e à criação dos filhos. À medida que o desemprego e os baixos níveis de remuneração inviabilizam essa divisão sexual de responsabilidades, o projeto feminino de melhorar de vida pelo casamento é frustrado, enquanto o homem, impossibilitado de cumprir o seu papel, sente-se fracassado, enveredando muitas vezes para o alcoolismo ou abandonando a família. Assim, a ruptura das possibilidades objetivas de manter o padrão de família culturalmente estabelecido e dominante parece estar contribuindo para o aumento das separações e das famílias monoparentais, chefiadas, sobretudo, por mulheres (GOLDANI, 2002; SOARES, 2003; PIRES, 2004; CARLOTO, 2006; JOSÉ FILHO, 2007).

Com responsabilidades ampliadas, elas têm aumentado a participação entre a população ocupada, que passou de 38,8%, em 1989, para 40,3%, em 1999

(DIEESE, 2001). Contudo, enfrentando discriminações e dificuldades no mercado de trabalho, as mulheres não apenas auferem remunerações médias inferiores às dos homens como tendem a se concentrar em ocupações precárias, instáveis, mal remuneradas e com baixa proteção social. Nas classes populares, o emprego doméstico (ao lado de serviços executados de forma autônoma diretamente para o público) constitui o grande absorvedor da mão-de-obra feminina, indicando tanto a permanência de papéis tradicionais para as mulheres no mercado de trabalho como a precariedade de sua inserção, uma vez que esse tipo de emprego apresenta os menores níveis de formalização do vínculo, jornadas de trabalho irregulares e prolongadas e baixa remuneração.

De acordo com o Censo de 2000, nos domicílios chefiados por mulheres, 90% não viviam com cônjuge masculino, sendo as principais quando não as únicas provedoras de suas famílias. A contribuição de outros membros vem sendo dificultada pela elevação do desemprego e da vulnerabilidade ocupacional entre os diversos segmentos da população e, especialmente, entre os jovens (IBGE, 2001a, p.254).

Recorrendo mais uma vez ao estudo do Dieese, que analisou com minúcia a situação do trabalho no Brasil na década de 90, observa-se que as taxas de desemprego total têm aumentado entre os chefes, cônjuges, filhos e outros componentes da família em todas as regiões metropolitanas brasileiras pesquisadas.

Além daqueles segmentos que tradicionalmente já enfrentavam maiores dificuldades para encontrar uma ocupação (como os dotados de menor escolaridade), o desemprego também tem se acentuado entre a força de trabalho na idade mais produtiva (16 a 39 anos), na sua parcela mais madura e experiente (40 anos e mais) e até mesmo entre os mais instruídos, ou seja, entre os que possuem o segundo grau completo ou curso superior. Entre os jovens, muitas vezes sem qualificação profissional adequada e com experiência limitada por sua própria idade, esses problemas vêm assumindo proporções extraordinárias. Nas regiões metropolitanas brasileiras, as taxas de desemprego dos jovens são superiores a 40% entre aqueles de 16 e 17 anos, chegando a 54,1% em Salvador. Entre os 18 e 24 anos elas vão de 27% em São Paulo a 35,4%, nessa última região metropolitana.

Esses problemas afetam não apenas as condições materiais da subsistência da família como sua própria convivência e organização, com o aumento dos conflitos, da violência doméstica, da fuga de crianças e adolescentes para as ruas e

do envolvimento desses últimos em atos infracionais. A pobreza, o desemprego e, em especial, a falta de perspectivas têm conduzido muitos jovens brasileiros para a criminalidade, o que contribui para o crescimento da violência, da qual eles têm se tornado vítimas preferenciais, notadamente nos bairros pobres onde se concentram.

Constata-se a carência de políticas sociais, pois, fragilizada pelos processos e pelas mudanças que marcam a atual realidade, a família vê crescer, paradoxalmente, suas responsabilidades como mecanismo de proteção social. Reportando-se a essa realidade, Fitoussi e Rosanvallon (1996) assinalam como a desestabilização da condição salarial, e multiplicação das situações de precaridade e massivo crescimento do desemprego vêm levando a uma sociedade de trabalhadores sem trabalho.

Nessa sociedade, o crescimento das situações de vulnerabilidade e a crise das instituições que fazem funcionar o vínculo social e a solidariedade têm obrigado cada um a dar conta de si mesmo, organizando e procurando dar um sentido à sua vida de forma mais individual e solitária.

Nesse contexto, cresce a importância da família e dos contornos sociais imediatos, notadamente para todos os que carecem de bens materiais, culturais e simbólicos, necessários não apenas à subsistência, mas também à criação de identidade e à alimentação de uma interioridade. Essa importância cresce entre as pessoas mais frágeis, para as quais não se dá um lugar na sociedade e que não conseguem encontrá-lo por si mesmas. É a família, sobretudo, que pode transmitir-lhes, entre outros aspectos, um patrimônio de defesas internas.

Suscitadas com base na observação sobre países capitalistas avançados e onde se constitui e ainda persiste um Estado de Bem-estar Social, essas considerações aplicam-se especialmente à situação dos países latino-americanos e do Brasil, onde os (históricos) problemas e transformações na esfera do trabalho são bem mais acentuados e somam-se à enorme carência de políticas sociais (LAUTIER, 1994, 1995).

Diversos estudos, por um lado, têm analisado como, na história brasileira, os desafios de combate ao pauperismo e de regulação e controle das desigualdades e das injustiças nunca foram priorizados e efetivamente enfrentados (CARVALHO, 2001). Todavia, o projeto desenvolvimentista pelo menos incorporava certa lógica de integração e as altas taxas de crescimento econômico por ele propiciadas viabilizaram, durante algumas décadas, expansão significativa das oportunidades de

emprego e de obtenção de renda, bem como perspectivas de mobilidade e /ascensão social, abortadas com sua crise e seu esgotamento. Por outro lado, notadamente na década de 80, na luta contra o regime autoritário, as reivindicações dos trabalhadores e as demandas da grande massa excluída dos benefícios da modernização e crescimento do país alcançaram nova expressão e relevância política, colocando o enfrentamento da questão social no centro da agenda da redemocratização; para isso, eram enfatizadas melhor distribuição das oportunidades e da riqueza e ampliação e a universalização dos direitos de cidadania, notadamente pelo sistema de proteção e de um conjunto de políticas públicas de caráter social.

Com o ajuste e a reestruturação produtiva nos anos 90, porém, essas prioridades foram alteradas, passando-se a enfatizar e a tratar a questão social de outra perspectiva. Partindo de concepções antinômicas entre o desenvolvimento econômico e o social e considerando o segundo como subproduto do primeiro, essa perspectiva:

- despolitiza a questão social, dissociando-a da questão da injustiça e das desigualdades sociais e da própria esfera pública;
- subordina o desenvolvimento e as políticas sociais aos ditames absolutos da economia;
- reduz a questão social à questão da pobreza, com outra compreensão desse fenômeno;
- adota concepção residual que retira o caráter universal das políticas sociais, direcionando-as, fundamentalmente, aos contingentes excluídos do mercado e em situação de maior pobreza, com o objetivo de atenuar seus efeitos mais perversos e seu potencial conflitivo e disruptivo; e
- promove reconfiguração do sistema de proteção e das políticas sociais, adaptando-as a essas novas orientações (CARVALHO, 2001; IVO, 2001).

Assim, em vez de a década dos direitos, os anos 90 constituíram, na verdade, a década de sua destituição.

Com disponibilidade reduzida de recursos e sujeita a pressões crescentes por sua contenção, a chamada “área social” do Estado brasileiro vem buscando racionalização dos gastos e adequação de suas ações às orientações anteriormente mencionadas, mediante focalização, descentralização e busca de novas parcerias

com o mercado e a sociedade. Reproduzindo uma concepção da vida social fragmentada, os “problemas sociais” passaram a ser enfrentados pela multiplicação de políticas e programas setoriais, emergenciais e isolados, sem projeto que os articule e lhes imprima sentido político (COHN, 2000).

A prioridade concedida aos segmentos populacionais considerados como mais pobres e vulneráveis (como as crianças e os adolescentes) vem-se traduzindo em intervenções pontuais, compensatórias e assistencialistas, de alcance geralmente limitado. Remetem à própria população pauperizada a “responsabilidade” de dar conta de seus problemas, exaltando a “participação”, a “solidariedade” e a “autogestão”.

Em acuradas análises sobre as relações entre pobreza e governança, Ivo (2001) destaca esse fenômeno, reportando-se ao desenvolvimento de iniciativas inspiradas pelas agências multilaterais que procuram aproveitar o que consideram como “ativos” e como “potencial” dos pobres, mobilizando-os e canalizando-os “para resolver a um só tempo o problema material da pobreza, da participação e da integração social”, por intermédio de ações restritas ao campo de ação da comunidade e de ênfase no empreendedorismo e na incorporação dos pobres no mercado.

Embora necessários para aliviar a extrema carência de determinadas camadas da população, contudo, programas pontuais e enfatizados têm limites bastante estreitos no enfrentamento dos problemas sociais e da pobreza quando não são associados a políticas e transformações mais amplas, que ataquem seus determinantes estruturais (LOPES; GOTTSCHAK, 1990). Além disso, no caso brasileiro, eles vêm atendendo a parcela bastante reduzida de sua potencial clientela.

O Programa Brasil em Família ilustra bem esse fato. Criado em 2000, propõe parceria entre o governo federal (por intermédio da Secretaria da Assistência Social (SEAS) do Ministério da Previdência e Assistência Social), os governos estaduais e municipais para a instalação e manutenção de Núcleos de Apoio à Família (NAF). Conforme a proposta oficial (BRASIL, 2001a), esses núcleos se incluiriam entre as ações integradas no combate à pobreza, com múltiplas atribuições. Objetivando impulsionar a inclusão social de famílias de baixa renda, com atividades de atendimento, orientação, encaminhamento, suporte social e visitas domiciliares.

Na prática, porém, o programa parece estar bem distante dessas pretensões.

Programas direcionados à infância e à juventude pauperizadas, como o Programa de Erradicação do Trabalho Infantil (PETI), o Projeto Agente Jovem de Desenvolvimento Social e Humano e o Programa Bolsa Escola do Governo Federal também são destacados como iniciativas de proteção à família no discurso oficial.

Não se pode ignorar que, além de atingir apenas reduzida parcela de seu público-alvo, esses programas deixam grande contingente de trabalhadores empobrecidos e vulnerabilizados e aqueles que não são considerados como em situação extremada de pobreza são excluídos dos suportes sociais. Assim, o que a referência às “responsabilidades” deixa evidente é um processo de privatização dos riscos que remete os indivíduos e as famílias ao enfrentamento da vulnerabilidade e da precariedade das condições de vida. Atingida pelas mudanças assinaladas e por processos nos quais não têm qualquer controle, porém, a família vem perdendo gradativamente sua capacidade de funcionar como amortecedor da crise e como mecanismo de proteção de seus componentes, o que leva não apenas à deterioração das condições de vida da maioria da população como afeta e ameaça a própria unidade familiar (SZYMANSKI, 2002).

Sabe-se que as políticas sociais brasileiras estão muito longe de constituir alternativa para minimizar as desigualdades sociais, constata-se que também não estão suficientemente estruturadas para oferecer padrão básico de proteção àqueles que dela dependem para sua subsistência (BOSCHETTI, 2004; YASBEK, 2004; SPOSATI, 2004). Analisa-se, ainda, que essas políticas de atendimento à família deixam a desejar. Indaga-se que existem programas voltados ora à mulher, ora à criança, ao adolescente, ao idoso, ao jovem, mas de forma isolada. Ainda não existe em sua totalidade uma política que trabalha a família de forma integrada para prevenção e superação dos impactos sociais que a mesma sofre. Há tendência histórica predominante na atual sociedade brasileira no que se refere às condições sociais e econômicas: ao de resolver na esfera privada, questões de ordem pública.

A construção da cidadania perpassa pela exigência de avaliar os princípios de igualdade na distribuição justa da renda e acesso de todos aos bens de consumo e meios de produção. Na família encontram-se os valores essenciais para a construção de uma sociedade com significado em sua forma de ser e agir, capaz de romper as falsas ideologias do mercado e do capital.

CAPÍTULO 4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

4.1 Caracterizando o local da pesquisa

Os paradigmas hegemônicos da saúde sempre estiveram assentados numa perspectiva positivista, dados como algo exterior à pessoa, que essa adquire ou perde, dependendo de seus comportamentos. Visão que trouxe muitas das crises da Saúde Pública e que se tem tentado romper através da elaboração de novas Políticas Públicas (PAIM, 2006). Esses discursos de Saúde Pública, repletos de velhos e novos conceitos e significados que se entremeiam e se contradizem, não são exclusivos dos formuladores das Políticas de Saúde, estando também refletidos em toda a sociedade, incluindo aí os usuários do Sistema Único de Saúde, permeando seus discursos de saúde/doença.

Existe, hoje, em todos os discursos na área da saúde, busca pela promoção da saúde global, valorização à autonomia das pessoas, enfatizando a melhor qualidade de vida. Porém, se não houver respaldo e condições para outros tipos de cuidados, incluindo a prevenção, promoção, recuperação e reabilitação, não há como contemplar a globalidade dessa saúde.

Uma forma de viabilizar esse funcionamento integral na saúde e promover a efetiva reorientação da assistência é a criação de redes.

As redes são uma proposta de trabalho coletivo, uma contribuição a uma nova maneira de articular sujeitos diversos e de produzir transformações. São formas de organização multicêntricas, com múltiplos nós constitutivos de lugares de articulação, não estando a propulsão do conjunto localizada em um lugar fixo (SOUZA, 2000, p.51).

As redes podem ser pensadas também a partir de diferentes perspectivas que podem até se articularem. Sendo assim, nesta pesquisa, tomou-se como ponto de referência a rede de instituições que seria pensada em possível articulação entre a Secretaria Municipal de Saúde e uma empresa de iniciativa privada de prestação de serviços na área da saúde, com perspectivas da promoção de educação em saúde, visando a qualidade de vida da população de adolescentes e jovens.

A idéia da articulação, englobando o setor público e privado, visa estabelecer

parcerias de ensino e formação para os profissionais de saúde, pólos de capacitação de recursos humanos e educação permanente aos profissionais de saúde da área básica, preparando-os para atendimento diferenciado, em sintonia com os princípios e diretrizes do SUS e articulado com outros níveis de atenção.

A formação de redes interativas, sendo estratégia para a implantação de ambientes saudáveis e promotores de saúde em torno de uma cidade, expande a idéia da promoção de saúde como qualidade de vida por outros aparelhos sociais como o envolvimento dos setores educacionais, vindo, nas escolas, bem como em outras iniciativas como, por exemplo, as ONGs²², possibilidades para que a saúde realmente se torne territorial, integral e intersetorial.

Não esquecendo também da rede de Referência e Contra-referência²³, utilizada no Programa Saúde da Família (PSF)²⁴, tendo por objetivo a estruturação dos serviços de saúde local, previstos pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Sendo que essa última rede faz a interlocução entre a Unidade Básica de Saúde, os hospitais credenciados, atendendo no nível primário, secundário, compondo, assim, uma rede interativa, como forma de promover a saúde.

Essa rede é que permite a integralidade do sistema de saúde em seus níveis de atenção. A organização das redes de referência e contra-referência possibilitam a entrada do usuário no serviço, tendo todos os níveis de atenção garantidos e articulados entre eles, mantendo um sistema interligado. Com isso, se torna possível o acesso integral ao sistema de saúde pela população.

Enquanto essas redes não estiverem priorizadas na saúde, não só o sistema não funcionará do ponto de vista organizacional/estrutural como também ficará comprometida a adesão da população ao nível básico de atenção.

²² Não será tratada aqui, da participação das Organizações Não-governamentais (ONGs), como rede de proteção social, mas destacar-se-á que existe no município em questão, dezoito ONGs trabalhando na área de educação infantil e educação para jovens, suprimindo necessidades de mães trabalhadoras, cujo Estado e/ou município não consegue absorver a demanda. Sendo uma escola de ensino fundamental de 1ª a 4ª séries atendendo crianças de três a doze anos; uma pré-escola, crianças de três a sete anos; dois núcleos, com crianças e adolescentes de sete a dezessete anos; dois núcleos, com crianças e adolescentes de três a dezesseis anos e doze creches, atendendo crianças de zero a oito anos de idade (SAKAMOTO, 2003, p. 178).

²³ A Referência e Contra-Referência faz parte do conjunto de ações para acolher o usuário do SUS, encaminhar a outros níveis do sistema garantindo o atendimento de suas necessidades. Contempla, em suas linhas de ação e estratégias, um modelo assistencial, cujo contexto incluem a integridade e a equidade, no qual se aborda a saúde da mulher de maneira global e em todas as fases do ciclo vital. (FORMIGA FILHO, 1999, p. 151)

²⁴ O PSF representa tanto uma estratégia para reverter a forma atual de prestação de assistência à saúde como proposta da atenção básica como eixo de reorganização do modelo assistencial, respondendo a nova concepção de saúde não mais centrada somente na assistência à doença mas, sobretudo, na promoção da qualidade de vida e intervenção nos fatores que colocam a saúde em risco (FORMIGA FILHO, 1999, p.152).

Ao tratar das concepções de promoção de saúde, Minayo (1998) referiu-se a elas como fenômeno cultural ainda não constituído e também relatou a importância de se compreender como a população vivencia essas concepções, para ser possível propor intervenções mais efetivas e condizentes com as especificidades locais.

Sendo assim, como se viu nos capítulos anteriores, há dicotomia entre saúde coletiva e individual e sua promoção, presente nas unidades públicas, refletindo-se no processo de cooperação e na fratura dos elos dos processos de trabalho em saúde, como é o caso das atividades cotidianas realizadas nas unidades básicas de saúde, hospitais e ambulatórios especializados, que passam a ser considerados, na prática, como instâncias de serviços de caráter “mais preventivo” ou “mais curativo”.

Como a saúde do indivíduo ou de uma coletividade requer a articulação e a interação das ações de saúde nos níveis curativo, preventivo e promocional, o privilegiamento das ações curativas em detrimento das ações básicas transforma-se em problemática que compromete a capacidade de atendimento, a eficácia e a resolutividade de todo o sistema de saúde.

Para se entender melhor como se processa o trabalho em saúde, destaca-se, aqui, a seguir algumas características sociais e demográficas do município no qual se realizou a pesquisa, entendendo ser essa complexa estrutura, e redes de serviço à população, fundamentais para se entender os desafios dos sistemas de proteção social à saúde de jovens mães, sujeitos desta reflexão.

A cidade de São Sebastião do Ribeirão Preto, fundada a 19 de junho de 1856, constitui importante centro regional de comércio e serviços do Estado de São Paulo.

Localiza-se no nordeste do Estado de São Paulo, a 313 km da capital, à altitude de 518 metros acima do mar. A cidade apresenta clima tropical, com verão chuvoso e inverno seco, temperatura oscilando entre 10°C e 34°C. Na primavera e verão, a temperatura chega a atingir mais de 38°C (URBANO, 2003).

Com cerca de 505 012 habitantes, segundo o Censo Demográfico do IBGE de 2000, o município de Ribeirão Preto se encontra entre os maiores do Estado de São Paulo e do Brasil, apresentando índices de qualidade de vida semelhantes aos de países desenvolvidos.

O município apresentou elevadas taxas de crescimento demográfico nas duas últimas décadas, situando-se sempre acima da média estadual, levando assim ao aumento de sua participação em relação ao Estado de São Paulo. Esse desempenho se deve aos fluxos migratórios atraídos pelo dinamismo econômico do

município e sua elevada qualidade de vida.

A estrutura etária da população é semelhante à do Estado de São Paulo com forte concentração na idade ativa, ou seja, entre 16 e 65 anos. Outro fator importante que merece ser destacado está relacionado à elevada taxa de urbanização, Ribeirão Preto possui cerca de 99% da população vivendo na área urbana (RIBEIRÃO PRETO, 2005).

Quando analisados os dados distribuídos sobre a população, agrupados por faixa etária, verifica-se que o maior crescimento da população se dá nas faixas etárias que caracterizam a juventude (entre 15 e 24 anos).

A população de crianças, adolescentes e jovens (até 24 anos) representa percentual considerável da população ribeirão-pretana. No ano 2000, eles somavam 217 774 pessoas, ou cerca de 43,1% da população estimada para aquele ano. Vale destacar que a população entre 15 e 19 anos cresceu 82% na última década (IBGE, 2000).

Esses fatos acarretam importantes conseqüências no discurso das políticas municipais para a juventude, principalmente aquelas ligadas à geração de emprego e renda. Em particular, implicam que os esforços direcionados para a provisão de serviços de infra-estrutura do município devem se voltar, basicamente, para as questões de desenvolvimento urbano: educação, saúde, transportes coletivos, habitação e saneamento, comunicação, segurança etc.

O município de Ribeirão Preto está classificado, entre 20 cidades, como a 6ª cidade do Estado de São Paulo em relação ao Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM). Em 1º lugar está São Caetano do Sul e em 20º lugar, Pirassununga. O IDHM procura espelhar, além da renda, mais duas características desejadas e esperadas do desenvolvimento humano: a longevidade de uma população (expressa pela sua esperança de vida ao nascer) e o grau de maturidade educacional (que é avaliado pela taxa de alfabetização de adultos e pela taxa combinada de matrícula nos três níveis de ensino). A renda é calculada através do Produto Interno Bruto (PIB) real *per capita*, expresso em dólares e ajustado para refletir a paridade do poder de compra entre os países.

Dados da Companhia de Desenvolvimento Econômico de Ribeirão Preto (CODERP) mostram que, em novembro de 1998, 99% dos domicílios do município são servidos por água tratada e 96% deles ligados à rede de esgotos. O abastecimento de energia elétrica atende 100% de suas habitações e indústrias

urbanas.

A coleta de lixo urbano é universalizada e depositada em aterro sanitário. O antigo depósito de lixo, que era feito “a céu aberto”, representava perigo de contaminação do lençol aquífero e, portanto, está sendo objeto de controle freqüente para evitar essa contaminação. A coleta seletiva de lixo já está sendo realizada em alguns bairros (URBANO, 2003).

Dessa forma, pode-se dizer que o município oferece razoável rede de serviços de engenharia sanitária que, conseqüentemente, deve melhorar as condições de saúde da população.

O município de Ribeirão Preto possui rede educacional relativamente ampla, principalmente no que se refere ao Ensino Fundamental e Médio. No Ensino Fundamental e Médio somam-se cerca de 110 000 jovens matriculados, com relação aluno por docente de 25,2 alunos por docente no Ensino Fundamental e 19,2 alunos por docente no Ensino Médio. Entre a população em idade escolar (Ensino Fundamental), 98% estão regularmente matriculadas.

Mesmo assim, a evasão escolar nessa faixa chega a 27%, sendo que os principais motivos referem-se à situação socioeconômica da família, deficiências pessoais e de saúde e deficiência no método de ensino empregado. Entretanto, a rede de faculdades e universidades existente no município, instituições concentradas nas áreas de biologia e saúde, torna-o pólo universitário que atrai muitos estudantes da região.

O número médio de anos de estudo do chefe de domicílio demonstra maior nível de educação formal de parcela importante da população do município, comparativamente ao constatado para o conjunto do Estado e para a região de Ribeirão Preto. Enquanto no Estado de São Paulo e na região, os chefes de domicílio tinham, em média, pouco mais de 6 anos de estudo, Ribeirão Preto apresentava média de 7,6% anos de estudo. Esse resultado, contudo, é apenas levemente inferior ao Estado de São Paulo, o que não é suficiente, por si só, para configurar indicador de excelência em educação (RIBEIRÃO PRETO, 2003a).

A principal deficiência do serviço encontra-se na faixa etária que vai de zero a seis anos, para a qual existe déficit estimado de 5 400 vagas em creches (zero a três anos) e 3 900 vagas na pré-escola (quatro a seis anos) (RIBEIRÃO PRETO, 2003a).

Para a faixa etária de zero a seis anos, considerando a diferença entre creche

e pré-escola, além dos cuidados essenciais, constitui tarefa importante favorecer a construção da identidade e da autonomia da criança e o seu conhecimento do mundo.

No setor da saúde, a Política Municipal de Saúde de Ribeirão Preto tem por objetivo proteger e promover a saúde, diminuindo o risco da doença e outros agravos, bem como garantir o acesso universal e igualitário da população às ações e serviços de prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação (RIBEIRÃO PRETO, 2005).

O município encontra-se em Gestão Plena do Sistema de Saúde, conforme a NOB-SUS 01/96, publicado em Diário Oficial da União, através da Portaria nº 2553, de 4 de maio de 1998.

O modelo de assistência à saúde presente hoje no município é do tipo clínico-assistencial com tendência à especialização, medicalização e sofisticação tecnológica, isto é válido para todos os setores: municipal, estadual, conveniado e privado (URBANO, 2003).

A rede de saúde do município é formada por serviços estaduais, pela rede municipal e por serviços filantrópicos e particulares conveniados. Faz parte também dessa rede as Faculdades de Medicina, Odontologia, Ciências Farmacêuticas, Enfermagem, Psicologia da Universidade do Estado de São Paulo (USP) e algumas faculdades particulares como Medicina, Odontologia, Enfermagem, Fisioterapia e Ciências Farmacêuticas da Universidade de Ribeirão Preto (Unaerp) e Medicina, Ciências Biomédicas, Fisioterapia e Enfermagem do Centro Universitário Barão de Mauá (CUBM) e Enfermagem da Universidade Paulista (UniP).

As unidades da rede municipal realizam atividades prioritariamente dirigidas à demanda espontânea da população, apesar da existência de programas de saúde, como o PACs e PSF, que estão implementados e implantados em todas as unidades.

Na tentativa de compatibilizar as necessidades advindas do crescimento do município com a melhora do acesso da população aos serviços de saúde, organizou-se a assistência em Distritos de Saúde. Esses são regiões com áreas e populações definidas a partir de aspectos geográficos, econômicos e sociais, que agrupam várias Unidades de Saúde e outros equipamentos sociais. Cada Distrito de Saúde possui Unidade Básica e Distrital de Saúde (UBDS) que, além do atendimento básico para sua área de abrangência, é a referência de algumas

especialidades para todo o distrito.

No ano 2006, conforme Plano de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde do período de 2005-2006, a rede pública ambulatorial ficou constituída por cinco Unidades Básicas Distritais de Saúde (UBDS), 30 Unidades Básicas de Saúde (UBS), 3 Centros de Saúde Escola (CSE), que são Unidades Básicas que funcionam em parceria com a Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo (FMRP-USP), e 11 Unidades Especializadas: Ambulatório Regional de Saúde Mental (ARSM), Ambulatório de Saúde Mental do Distrito Central (ASMDC), Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Núcleo de Atenção para Alcoolistas e Farmacodependentes (NAAF), Núcleo de Saúde Mental do Distrito Sumarézinho (NSMD), Núcleo de Gestão Assistencial (NGA-59), Centro de Referência em Moléstias Infectocontagiosas “Dr. José Roberto Campi” e Núcleo de Atenção à Pessoa Deficiente (NAPD), Centro de Referência de Saúde do Trabalhador (CRST) e Ambulatório Geral de Especialidades Pediátricas (PAN II) (RIBEIRÃO PRETO, 2005a).

No âmbito local, a Secretaria Municipal da Saúde também está trabalhando na reorientação do modelo assistencial com a intenção de mudança do modelo centrado na assistência médica individual curativa para modelo que contemple uma atenção integral do indivíduo, tendo por base a saúde coletiva (RIBEIRÃO PRETO, 2005).

4.2 Tipo de estudo

Para a compreensão do significado da saúde sexual e reprodutiva de jovens, entende-se, aqui, que a melhor abordagem é a qualitativa, a qual, segundo Minayo (1994), permite compreender a microrrealidade, não se limitando a determinismos estruturais, mas reconstruindo crenças, percepções e particularidades a respeito da adolescência, da gravidez precoce e sua reincidência na adolescência.

Segundo Martinelli (1999), é importante enfatizar que há alguns pressupostos importantes que fundamentam o uso de metodologias qualitativas. O primeiro é o do reconhecimento da singularidade do sujeito, o segundo é que essas pesquisas partem da importância de se conhecer a experiência social do sujeito e não apenas as suas circunstâncias de vida, e o terceiro, é que se expressa no entendimento do

modo de vida do sujeito, pressupondo o conhecimento de sua experiência social.

A discussão da gravidez na adolescência, análise da reincidência e saúde reprodutiva foram os principais incentivos para que se tomasse como objeto dessa investigação o entendimento dos fatores determinantes desse processo, principalmente relacionados à saúde sexual e reprodutiva de jovens mães.

Constatou-se que a menarca ocorre em média aos 12,5 anos, trazendo precocidade na primeira relação sexual, que ocorre dos 12 aos 15 anos, em 90% dos sujeitos entrevistados. Também se observa que, após 18 meses da menarca, ocorre a primeira relação sexual e a gravidez precoce. Quanto à troca de parceiros, a gravidez na adolescência pode estar vinculada à nova maneira de os jovens se relacionarem atualmente, tal como o aparecimento do sistema ficar/namorar em situação ao modelo mais tradicional ...namorar/casar (SAKAMOTO, 2003, p.131-135).

Outro fator importante se observa com relação à escolaridade, pois, quando a adolescente engravida, encontra dificuldade para freqüentar a escola, e muitas param de estudar para cuidar do filho, fato que traz sérios problemas para a sua profissionalização, não conseguindo se inserir no mercado de trabalho. Esse problema é percebido mais diretamente nas adolescentes de nível socioeconômico menos favorecido, que já se encontram fora da escola quando ocorre a gravidez, pois logo cedo assumem a responsabilidade de cuidar dos irmãos, passando pelo treinamento de ser mãe. Quando se inserem no mercado de trabalho, muitas vezes, conseguem subempregos que não exigem delas a qualificação, e dificilmente lhes permitirão ascender na escala social (GARCIA, 1996, p.77).

Dados da Pesquisa Nacional de Desenvolvimento Social (PNDS) demonstram que 51% das mulheres na faixa de 15 a 19 anos de idade, sem escolarização, já eram mães, que 4 e 2% tinham, respectivamente, de 9 a 11 anos de estudo, fazendo possível relação entre escolaridade e fecundidade (BENFAM, 1997).

Em pesquisa de mestrado desta autora, aqui, constatou-se que as adolescentes que estudaram de 5 a 8 anos (81,5%), estavam na faixa etária de 11 a 14 anos, sendo que nesse período ocorreu a menarca, o início das relações sexuais, a gravidez precoce e a evasão escolar (SAKAMOTO, 2003, p.135-137).

De acordo com Jenera (2000), a informação sobre a gravidez pode deixar a mulher assustada, insegura e com medo do desconhecido, duvidando de sua capacidade de desempenhar, simultaneamente, os papéis de mãe, mulher, esposa,

profissional e trabalhadora.

A literatura sugere que as crianças nascidas de mulheres muito jovens estão mais sujeitas a sofrer o impacto de causas externas, aumentando a probabilidade de morte e de morbidade, podendo, também, a maternidade precoce significar problemas de ordem fisiológica tanto para a mãe como para o concepto (MOTTA; SILVA, 1994; CAMARANO, 1998).

Os adolescentes estão vivendo, atualmente, momentos de grande insegurança e frustração, com a falta de estabilidade das instituições e de credibilidade dos valores éticos. O futuro se lhes apresenta como algo imprevisível, a ser enfrentado juntamente com essa etapa do seu desenvolvimento, que o levará a mudanças físicas, psicossociais e emocionais próprias dessa fase, e a buscar a sua individualidade, ou a substituição da dependência infantil pela autonomia da vida adulta (BRASIL, 1996a).

A gravidez é uma busca de afeto para algumas adolescentes, maneira de assegurar que possuem uma criança dependente eternamente de amor incondicional. Porém, a intersecção adolescência, maternidade e precoce rompimento familiar revelam situação conflitante para essas jovens grávidas, pois precisam conciliar os cuidados necessários com elas próprias e suas crianças, com o desenvolvimento de sua adolescência.

De acordo com Minayo (1994), a abordagem social da saúde, do ponto de vista cultural e qualitativo, não constitui ideologia e não institui uma posição unívoca.

Seu arraigamento no campo da saúde evidencia, entre outros problemas, o fato de que as próprias bases do funcionamento se espelham no modelo biológico como metáfora da sociedade. Processa-se aí um efeito circular em que a biologia oferece seu referencial à sociologia, que por sua vez lhe proporciona subsídios à compreensão dos aspectos culturais da saúde/doença (MINAYO, 1994, p.16).

Sendo assim, a proposta deste estudo tem como campo de investigação a saúde integral, recortada numa situação específica, cujo foco de análise é a atuação dos sistemas de proteção social em relação à saúde sexual e reprodutiva da jovem mãe e seu segmento.

4.3 Campo de estudo

Considera-se como campo de estudo a fase da pesquisa em que se manteve contato sistematizado com os sujeitos e o espaço escolhido para esse contato, com a finalidade de coletar os dados empíricos necessários. A pesquisa foi realizada na Secretaria Municipal de Saúde e Unimed de Ribeirão Preto e nas residências das jovens mães desse município.

4.4 Amostra

Fizeram parte dessa pesquisa 10% de jovens mães que, em 2003, foram sujeitos da pesquisa de mestrado, quando as mesmas eram adolescentes com idade de 10 a 19 anos²⁵, segundo referência da Organização Mundial de Saúde (OMS).

A opção por realizar a pesquisa com essas jovens mães, foi por se entender que elas dariam a percepção de como está o acompanhamento de jovens mulheres que, após engravidarem na adolescência, reincidem e se tornam jovens mães num espaço muito curto de tempo, fazendo parte de estatística de mulheres que não são acompanhadas pelos programas oferecidos no município, algumas constituindo suas próprias famílias, outras se agregando com outros familiares (tios, avós, primos etc.), ou amigos, e ainda uma grande maioria permanecendo com suas famílias de origem.

Também fizeram parte da pesquisa dois profissionais de saúde, sendo o Coordenador do Programa Saúde da Mulher da Secretaria Municipal e o Coordenador da Unimed de Ribeirão Preto. Os dois programas voltados para a atenção à saúde da criança e adolescente.

²⁵ Referência para atendimento da população atendida, mulheres em idade reprodutiva de 10 a 49 anos, segundo dados das pesquisas: Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde (PNDS,1996); Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD,1998). O ECA define como criança o indivíduo até 12 anos de idade, e como adolescente o indivíduo entre 12 e 18 anos de idade. A OMS e OPAS definem "adolescência" como a faixa entre 10 e 19 anos e "juventude" entre 15 e 24 anos (BRASIL, 2000a).

4.5 Aspectos éticos da pesquisa

Após a escolha do campo de atuação, foi solicitado ao Secretário Municipal da Saúde de Ribeirão Preto autorização para a execução da pesquisa na Coordenadoria da Saúde da Mulher do município citado, bem como na Coordenadoria do Programa Saúde do Adolescente da Unimed de Ribeirão Preto.

Com as autorizações assinadas, o projeto foi submetido à análise pelo Comitê de Ética em Pesquisa, que atendeu a Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, envolvendo seres humanos, do Centro Universitário Barão de Mauá, o qual aprovou a realização do estudo (Anexo A).

Após terem sido identificados os profissionais de saúde e as jovens mães, esses foram abordados pela pesquisadora, que se apresentou, expôs objetivos do estudo e solicitou autorização para cada um deles. Antes da realização da entrevista o termo de consentimento livre e esclarecido foi lido, explicado e posteriormente solicitado a assinatura dos mesmos (Apêndice A).

4.6 Coleta de dados

Utilizou-se para a coleta de dados a entrevista semi-estruturada. Triviños (1987) destaca que a entrevista semi-estruturada é um dos principais meios que tem o investigador para coletar dados. Esse autor entende por entrevista semi-estruturada aquela que parte de certos questionamentos básicos, apoiados em teorias e hipóteses que interessam à pesquisa e que, em seguida, oferecem amplo campo de interrogativas, fruto de novas hipóteses que vão surgindo à medida que se recebem as respostas do informante.

Em relação à entrevista semi-estruturada, Minayo (1994) observa que essa pode ser feita verbalmente ou por escrito, mas tradicionalmente inclui a presença ou interação direta entre o pesquisador e os atores sociais. Sua qualidade consiste em enumerar de forma mais abrangente possível as questões que o pesquisador quer abordar no campo, a partir de suas hipóteses ou pressupostos, obviamente, da definição do objeto de investigação.

A entrevista semi-estruturada ocupa lugar privilegiado na pesquisa, uma vez que, através dela, se pode compreender o objeto de estudo em seu contexto.

Para Minayo (1994), a investigação qualitativa requer como atitude fundamental a abertura, a flexibilidade, a capacidade de observação e interação entre o investigador e os atores sociais envolvidos. Seus instrumentos costumam ser facilmente corrigidos e readaptados durante o processo de trabalho de campo, visando as finalidades da investigação. Mas não se pode ir para a atividade de campo sem se prever as formas de realizá-la. Improvisar significa correr o risco de romper os vínculos com o esforço teórico de fundamentação necessária e presente em cada etapa do processo de conhecimento.

As entrevistas com os profissionais de saúde “Coordenadores dos Programas” foram agendadas previamente, sendo remar cadas por duas vezes devido à indisponibilidade dos mesmos. Após agendadas, foram realizadas individualmente em sala disponibilizada pela Secretaria Municipal da Saúde e Unimed, selecionadas para este estudo. Além do uso do gravador, permitidos pelos sujeitos, os mesmos disponibilizaram documentos referentes aos programas que foram usados como instrumento para transcrição dos dados analisados, pois, em algumas respostas, os sujeitos buscavam dados em arquivos ou no programa de computador local para sustentar a fala usada no momento da entrevista.

As jovens mães foram entrevistadas em suas residências, durante visitas domiciliares. As entrevistas foram gravadas mediante a permissão dos sujeitos e, posteriormente, transcritas integralmente, respeitando a dinâmica própria de cada produção conservando o máximo de informações, tanto lingüística como gestuais (expressão de emoções, tais como riso, tom irônico, alegre, choro, silêncio e outros), sendo que essas últimas foram anotadas em um diário de campo. Não se estabeleceu limite de tempo, pois as jovens mães estavam cuidando dos seus filhos enquanto respondiam as questões. Na maioria das vezes, a entrevista era interrompida para que a entrevistada pudesse dar atenção a alguma das crianças. Os entrevistados falaram livremente o quanto desejaram e não tiveram duração mínima e máxima geralmente estabelecida em uma entrevista, pela própria situação de proteção dispensada aos filhos.

Durante as entrevistas, buscou-se identificar a percepção dos profissionais de saúde e das jovens mães sobre a saúde e sua proteção, baseando-se em questões norteadoras apresentadas a seguir.

Profissionais de Saúde (Apêndice B)

- Como nasceu o programa?

- Como ele se desenvolve?
- Há quanto tempo?
- Qual a sua compreensão sobre o programa?
- Qual a população atendida?
- Como o Coordenador entende o sujeito do programa?
- Quais os resultados alcançados?

Jovens mães (Apêndice C)

- O que significou para você ter tido um filho na adolescência?
- O que significou para você ter tido mais de um filho na adolescência?
- Você está se sentindo bem quanto à saúde, tem acompanhamento médico, faz planejamento familiar?
- Você recebe atendimento satisfatório na Unidade Básica de Saúde do município?
- Atualmente você está estudando/trabalhando?
- Como você avalia sua vivência de ter sido mãe na adolescência?
- Como está constituída sua família hoje?

A partir das questões acima, estabeleceu-se três critérios básicos para a escolha dos sujeitos da pesquisa.

- Mulheres residentes nas proximidades da maternidade onde tiveram seu primeiro filho, denominado Complexo Aeroporto, que compreende 40% da população de baixa renda do município de Ribeirão Preto, por ser a referência para o atendimento das Unidades Básicas de Saúde.
- Mulheres que engravidaram pela primeira vez quando adolescentes, ou seja, com idade entre 10 e 19 anos²⁶.
- Mulheres que, no momento da pesquisa, eram jovens adultas, com idade entre 19 e 24 anos.

A apresentação do quadro se justifica, para que se possa identificar as jovens mães que hoje representam os sujeitos de estudo, analisando a evolução da saúde

²⁶ Embora se tenha utilizado a faixa etária de 10 a 19 na pesquisa de 2003, baseados em referências da OMS/OPAS/PNDS/1996; PNAD/1998 (BRASIL, 2000a). Nesses resultados a idade mínima encontrada foi 13 anos de idade (11,4%) (SAKAMOTO, 2003).

reprodutiva e de seus significados.

Pseudônimo	Idade na ocasião da entrevista	Estado civil atual	Escolaridade em anos de Estudo	Ocupação atual	Idade da 1ª gravidez	Nº de filhos
Rosa (TAES)	22	casada	8	Dona de casa	16 18 (2º) 20 (3º)	3
Margarida (VR)	23	casada	8	Lavadeira e passadeira	15 19 (2º)	2
Violeta (TBP)	19	solteira	7	Artesã	13 15 (2º) 18 (3º)	3
Angélica (JAS)	22	união estável	5	Dona de casa	15 18 (2º) 22 (3º)	3
Palma (FSM)	21	solteira	6	Diarista	16 17 (2º) 20 (3º)	3
Hortência (JMSS)	24	união estável	7	Dona de Casa	17 18 (2º) 19 (3º) 22 (4º)	4
Primavera (DFLA)	23	união estável	5	Dona de casa	15 16 (2º) 19 (3º) 21 (4º) 23 (5º)	5

Quadro 1– Demonstrativo das mulheres que participaram do estudo

4.7 Análise de dados

O conteúdo transcrito das entrevistas foi submetido à análise de conteúdo, expressão mais comumente usada para representar o tratamento dos dados de uma pesquisa qualitativa. No entanto, o termo significa mais do que um procedimento técnico. Faz parte de histórica busca teórica e prática no campo das investigações sociais.

Segundo Bardin (1979, p.40), a análise de conteúdo pode ser definida como:

Um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção dessas mensagens.

A análise de conteúdo estuda a comunicação entre os indivíduos, sendo seu objeto de estudo a linguagem. Sua aplicação é ampla, pois toda comunicação é receptiva de análise, sendo dada ênfase ao conteúdo das mensagens que podem estar visíveis ou não, e utilizada tanto em pesquisas quantitativas como qualitativas.

De acordo com Bardin (1979, p.42),

[...] a tentativa do analista é dupla: compreender o sentido da comunicação (como se fosse o receptor normal), mas também e principalmente desviar o olhar para uma outra significação, uma outra mensagem entrevista através do lado da mensagem primeira.

A análise de conteúdo se volta para a descrição das características do conteúdo manifesto ou latente das mensagens e, de acordo com Minayo (1994), tal técnica, em termos gerais, relaciona estruturas semânticas (significantes) com estruturas sociológicas (significados) dos enunciados. Articula a superfície dos textos descrita e analisada com fatores que determinam suas características: variáveis psicossociais, contexto e processo de produção da mensagem.

Bardin (1979) refere que a análise de conteúdo pode expressar uma análise dos significados (a análise temática), embora possa ser também análise dos significantes (análise léxica, análise dos procedimentos). Por outro lado, o tratamento descritivo constitui um primeiro tempo do procedimento, mas não é exclusivo da análise de conteúdo.

Elege-se como técnica para este estudo a análise temática, que melhor se adequa à investigação qualitativa do material sobre saúde.

Segundo Bardin (1979, p.105),

[...] o tema é a unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado, segundo critérios relativos à teoria que serve de guia à leitura. O texto pode ser recortado em idéias constituintes, em enunciados e em proposições portadoras de significações isoláveis.

A autora observa que fazer uma análise temática consiste em descobrir os “núcleos de sentido” que compõem a comunicação e cuja presença, ou frequência de aparição, pode significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido.

Qualitativamente, a presença de determinados temas denota os valores de referência e os modelos de comportamento presentes no discurso.

Minayo (1994) refere que a noção de tema está ligada à afirmação a respeito de determinado assunto. Ela comporta um feixe de relações e pode ser gratificante através de uma palavra, uma frase, um resumo.

Para Bardin (1979), a intenção da análise de conteúdo é uma interferência de conhecimentos relativos às condições de produção (ou de recepção), interferência essa que recorre a indicadores (quantitativos ou não). O pesquisador trabalha com vestígios: os documentos que podem descobrir ou suscitar. Os vestígios, porém, são as manifestações de estados, de dados e de fenômenos. Assim como a etnografia necessita da etnologia para interpretar suas descrições minuciosas, o pesquisador tira partido do tratamento das mensagens que manipula para inferir (deduzir de maneira lógica) conhecimentos sobre o emissor da mensagem, ou sobre o seu meio. Dessa maneira, o pesquisador trabalha com índices cuidadosamente postos em evidência por procedimentos mais ou menos complexos. Se a descrição (a enumeração das características do texto resumida após tratamento) é a primeira etapa necessária e se a interpretação (a significação concedida a essas características) é a última fase, a interferência é o procedimento intermediário, permitindo a passagem explícita e controlada, de uma a outra.

O pesquisador deve compreender o sentido da comunicação como se fosse um receptor normal, precisa principalmente desviar o olhar para uma outra significação, uma outra mensagem entrevista, através, ou ao lado, da mensagem primeira. A leitura efetuada pelo pesquisador do conteúdo das comunicações não é, ou não é unicamente, uma leitura à letra. Mas antes o realçar de um sentido que se encontra em segundo plano. Não se trata de atravessar significantes, para atingir significados, à semelhança da decifração normal, mas atingir, através de significantes ou de significados (manipulados), outros significados de natureza psicológica, sociológica, política, histórica entre outras (BARDIN, 1979).

De acordo com a autora, pertencem ao domínio da análise de conteúdo todas as iniciativas que, a partir de um conjunto de técnicas parciais, porém complementares, consistam na explicitação e sistematização do conteúdo das mensagens e da expressão desse conteúdo, com o contributo de índices passíveis ou não de quantificação. Essa abordagem tem por finalidade efetuar deduções lógicas e justificadas, referentes à origem das mensagens tomadas em consideração

(o emissor e seu contexto ou, eventualmente, os efeitos dessas mensagens). O pesquisador possui à sua disposição ou cria todo um jogo de operações analíticas, mais ou menos adaptadas à natureza do material e à questão que procura resolver. Pode utilizar uma ou várias operações, em complementaridade, de modo a enriquecer os resultados, ou aumentar sua validade, aspirando assim à interpretação final fundamentada.

Em termos de organização da análise, observa-se três pólos cronológicos: a pré-análise; a exploração de material e tratamento dos resultados, a interferência e interpretação.

A análise dos dados referentes aos diferentes atores sociais (profissionais de saúde “Coordenadores de Programas para saúde de jovens” e “jovens mães”) foi organizada separadamente de forma a facilitar a interpretação da realidade vivida por cada um dos agentes sociais envolvidos na proteção social. Assim, foi organizada em etapas.

A pré-análise aborda a fase de organização propriamente dita. Corresponde ao período de intuições, mas, tem por objetivo tornar operacionais e sistematizar idéias iniciais, de maneira a conduzir a um esquema preciso do desenvolvimento das operações sucessivas, num plano de análise (BARDIN, 1979).

De acordo com a autora, geralmente, essa primeira fase compreende três missões: a escolha dos documentos a serem submetidos à análise, a formulação das hipóteses e dos objetivos e a elaboração de indicadores que fundamentem a interpretação final. Esses três fatores não se sucedem, obrigatoriamente, segundo a ordem cronológica, mas devem se manter estritamente ligados uns aos outros. A escolha de documentos depende dos objetivos, ou inversamente, o objetivo só é possível em função dos documentos disponíveis, os indicadores serão construídos em função das hipóteses, ou ao contrário, as hipóteses serão criadas na presença de certos índices. A pré-análise tem por objetivo a organização, embora seja composta por atividades não estruturadas, abertas, por oposição à exploração sistemática dos documentos.

A exploração do material (categorias pré-definidas) consiste, essencialmente, na operação de codificação, onde se realiza a transformação dos dados brutos, visando alcançar o núcleo de compreensão do texto. Primeiramente, trabalha-se com recortes do texto em unidades de registro que podem ser uma palavra, uma frase, um tema, um personagem, um acontecimento tal como estabelecido na pré-

análise. Após, escolhe-se as regras de contagem ou convergência dos dados, uma vez que, tradicionalmente, elas se constroem em indicadores que permitem alguma forma de qualificação ou representatividade. A partir dessa fase, realiza-se a classificação e a agregação dos dados, escolhendo as categorias teóricas ou empíricas que comandarão a especificação do tema (BARDIN, 1979).

A categoria analítica o espaço institucional dos sistemas de proteção social à saúde de jovens mães, permitiu identificar unidades temáticas como: revelando o perfil dos sujeitos envolvidos na pesquisa, o papel do Estado, Município, Organização Não-governamental, Família e Sociedade como responsáveis pela proteção social de adolescentes e jovens, os fatores de riscos à saúde de jovens mães, o planejamento familiar como órgão preventivo de DSTs, a assistência diferenciada, bem como as dificuldades da assistência e as ações da equipe de saúde.

O espaço institucional para as jovens mães (avaliação institucional), como categoria analítica, possibilitou apreender unidades de significação relacionadas à finalidade dos programas de saúde do adolescente e da mulher jovem, realização dos objetivos dos programas, resultados obtidos nesses programas, benefícios para as jovens mães, inclusão no planejamento familiar para a promoção da saúde, prevenção de DSTs e programação para o planejamento de filhos programados e desejados. O conteúdo referente às unidades temáticas dessa categoria analítica está contido nos resultados e interpretação dos dados.

Os resultados brutos foram submetidos a operações que permitiram colocar em relevo as informações obtidas, permitindo ao pesquisador propor inferências e realizar interpretações previstas no seu quadro teórico ou abrindo outras pistas, em torno de dimensões teóricas sugeridas pela leitura do material.

Para construção desse processo de análise e interpretação dos dados apropriou-se, aqui, de referenciais teóricos de construções socioculturais de significados e realidades sociais. As formulações de Pierre Bourdieu (2001) apontam caminhos para a compreensão de como os sujeitos se relacionam e a forma como esses sujeitos apreendem a realidade objetiva nas quais estão inseridos (BOURDIEU, 2001). Da mesma forma, Berger e Luckmann (2002) auxiliaram na compreensão sobre a lógica da construção das diferentes realidades vividas pelos sujeitos estudados, fornecendo elementos para a identificação dos nexos entre a objetividade e a subjetividade, dos espaços institucionais de atenção à saúde de

jovens mães e as políticas públicas desenvolvidas através de seus programas sociais.

Dessa forma, no processo de aproximação e reaproximação com o material, foram analisados inicialmente dois grandes temas, programa saúde do adolescente no cenário público e sempre nas escolas no cenário privado, entendendo que a saúde e a educação são mecanismos indispensáveis no processo de mudança social, mas são muitos os desafios para sua concretização. Nesse sentido, analisou-se a realidade dos sujeitos beneficiários desses programas, desvendando significados e vivências no cotidiano de jovens mães e suas famílias. Sendo assim, na análise final, construiu-se os seguintes temas: aspectos familiares e sociais, emocionais e reprodutivos.

CAPÍTULO 5 ANALISANDO OS PROGRAMAS

5.1 Saúde da criança e adolescente e a realidade no cenário público

Nascido com base em instância do Poder Executivo local ou regional, começa a ser delineado no Brasil, no final dos anos 1990, movimento que dá início à preocupação mais sistemática com a formulação e a implantação de algumas ações específicas voltadas para a juventude.

Não resta dúvida que, sob o ponto de vista dessas mudanças, o poder local – sobretudo a gestão municipal – oferece campo significativo para a análise, em virtude de algumas características presentes no processo de democratização da sociedade brasileira a partir da década de 1980.

O município, como foco de ações inovadoras, decorre não só de novo desenho da ação do Estado, mas, também de alguns dos mecanismos descentralizadores propostos na reforma dos aparatos estatais (PEREIRA; WILHEIM; SOLA, 1999; DRAIBE, 1998). Por outro lado, é preciso reconhecer que parte significativa das ações federais tende a ser implantada por meio de parcerias com organizações não-governamentais, ou mediante sistemas de distribuição de recursos, que encontram no poder executivo municipal canal importante de execução de programas e ações.

Na perspectiva de interpretar a realidade, com apoio no referencial acima citado, constatou-se que o Programa da Secretaria Municipal da Saúde da Prefeitura de Ribeirão Preto, SP, é de natureza pública, denominado Programa Saúde da Criança e do Adolescente.

O sujeito institucional foi a Coordenadora do referido programa, que será caracterizada como (C1), de formação médica pediátrica.

Buscando entender a dinâmica institucional, não se trata aqui de recuperar toda a discussão da sociedade civil e esfera pública, observada nas ciências sociais no Brasil, mas de reconhecer que o conceito de sociedade civil adquire maior visibilidade sobretudo com o processo de democratização (AVRITZER, 1993; DAGNINO, 2002; REIS, 1995; COSTA, 1994, 1997). Sola (1998) considera que, não obstante a diversidade de modos de abordagem, há pontos de forte convergência entre os autores quando examinam a cultura política, os valores e os desenhos

institucionais como elementos importantes para conformar a sociedade civil em sua perspectiva democrática.

Observa-se que, para responder as questões da entrevista, quanto ao nascimento, desenvolvimento e tempo de funcionamento do programa, a coordenadora, como resposta às questões levantadas, recorreu a textos e documentos da Secretaria Municipal da Saúde.

Sobre esse aspecto, percebe-se a fala da entrevistada de forma bastante dirigida.

O programa nasceu de uma demanda reprimida nos diversos atendimentos secundários, quando as adolescentes internavam para terem seus filhos, e a urgente necessidade de um atendimento diferenciado, preventivo, que atendesse essa faixa etária no nível primário para um atendimento integral à sua saúde. O programa está sendo desenvolvido há aproximadamente treze anos, mas estou nesta função há apenas dois anos (C1).

Nota-se, no discurso acima, a ausência da prevenção da gravidez na adolescência, pois é a partir da internação que as adolescentes passam a fazer parte dos programas. Observou-se também que o programa já tem treze anos de funcionamento, mas não houve referência quanto à sua mudança direcionada para o nível primário. Constatou-se apenas que existe a necessidade de se investir na prevenção, porém, ainda não houve a implantação.

A análise do cenário assistencial, aliada à vontade de promover reorganização do modo de produzir ações de saúde foram, segundo estudos, aqui, motivações para entender melhor sobre a elaboração do Plano Municipal de Saúde 2005-2008, já que entender como o programa se desenvolve faz parte de complexo estudo sobre sua implantação, execução e desenvolvimento.

Sendo assim, volta-se, aqui, o olhar para os programas que a Secretaria da Saúde trabalha dentro da perspectiva de saúde integral. Encontrou-se, então, doze programas, sendo que dois desses, o Programa de Saúde da Criança e do Adolescente e o Programa de Saúde do Adulto, se dividem em vários outros subprogramas.

O Programa de Saúde da Criança e do Adolescente coordena os subprogramas, Programa de Aleitamento Materno (PALMA), Programa de Assistência Primária à Saúde do Escolar (PROASE), Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), Programa de Imunização (PI); Programa de Controle da Tuberculose (PCT), Programa de Controle da Hanseníase (PCH) e o Programa Floresce uma Vida (FUV).

Sobre eles, a coordenadora explica:

Estes subprogramas têm como objetivo facilitar o processo de agendamento de consulta para os recém-nascidos, nas Unidades Básicas de Saúde do município. A mulher recebe alta do hospital/maternidade, com o dia e horário da consulta do recém-nascido agendado pelo sistema, evitando assim transtornos para a puérpera agendar a consulta do seu domicílio (C1).

Observa-se, nessa fala, que o foco de atenção dos subprogramas, está direcionado ao recém-nascido, podendo se estender o agendamento da puérpera para as consultas ginecológicas, porém, não se constata esse direcionamento sistematizado, colocando à jovem mãe a total responsabilidade dos cuidados com a sua saúde.

Quanto ao Programa de Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente, esse, enfoca e trabalha outros dois grandes núcleos, sendo: o Programa de Puericultura e Amamentação e o Programa Saúde do Escolar.

O primeiro programa tem como proposta, a manutenção das ações do Floresce uma Vida, sendo programa criado para facilitar e agilizar a marcação das consultas dos recém nascidos nas Unidades Básicas de Saúde, antes da alta hospitalar, garantindo o atendimento sistematizado, ou seja, com dia e hora agendados na rede SUS de referência do domicílio do usuário. Esse programa incentiva o preenchimento de relatórios mensais pelas Unidades de Saúde, formalizando e facilitando dados estatísticos, contribuindo para a redução do coeficiente de mortalidade infantil e estimulando as ações para o aleitamento materno.

Os programas e subprogramas são compostos de metas a serem cumpridas anualmente. Observa-se grande preocupação com referência aos anos de elaboração e execução dos programas, fazendo referência a 2006/2007:

A implantação da planilha do Floresce uma Vida (FUV) reformulada, em 100% das unidades de saúde que atendem puericultura, a realização do agendamento da 1ª consulta do RN para o pediatra e enfermeira das unidades de saúde na alta hospitalar, nas maternidades: Hospital das Clínicas (HC), Maternidade do Complexo Aeroporto (Mater) e Santa Casa, pelo Floresce uma Vida (FUV); a realização de reuniões com as equipes das unidades em que ocorreram óbitos materno e infantil para implementação de ações preventivas, a investigação dos casos de óbitos com revisão de prontuários e realização de visitas domiciliares e a continuação dos treinamentos de equipes, palestras, supervisão e comemoração da semana mundial da amamentação, em 100% da unidade de saúde que atende puericultura, pré-natal e puerpério (C1).

Sobre a compreensão que o coordenador tem dos sujeitos beneficiários dos programas, principalmente as mulheres usuárias do SUS, observou-se a distância que há entre as metas e sua operacionalização e a realidade dos sujeitos.

Segundo a entrevistada, muitas são as dificuldades para a implantação, execução e desenvolvimento desses programas, mesmo assim, relatou algumas realizações que foram conseguidas em 2006, vistas como ações de sucesso para os programas.

Realizamos a manutenção das ações do Floresce uma Vida nas maternidades do Sistema Único de Saúde (SUS) com três auxiliares de enfermagem e três estagiárias de nível superior, com cadastramento e agendamento de todos RNs e puérperas nas unidades; a implantação da nova planilha do FUV desde fevereiro de 2006; a realização do agendamento da 1ª consulta do RN também para o enfermeiro (C1).

Houve, também, supervisão nas três maternidades e reuniões mensais com a equipe do FUV; participação nas duas reuniões mensais em parceria com o Serviço de Atendimento Domiciliar (SAD), nas discussões de casos e visitas domiciliares; participação do programa da criança (pediatras e enfermeiros) em reuniões quinzenais do Comitê de Mortalidade para discussões de casos (C1).

Foram realizadas visitas domiciliares e busca de prontuários nas unidades de saúde; reuniões em UBS para discussão dos casos, no período de março a maio; treinamento em Aleitamento Materno, para a equipe do Pacs Geraldo de Carvalho em maio/06 para quinze profissionais; treinamento para doze novos enfermeiros com carga horária de 28 h, no período de 2 a 29 de junho; treinamento dias 4 e 5/12/06 sobre IHAC em parceria com a Mater com participação de dez novos enfermeiros das unidades; organização e realização da XV Semana Mundial da Amamentação no período de 1 a 7/08/06 em parcerias com unidades de saúde, maternidades e universidades (C1).

Houve supervisão direta e indireta nas unidades de saúde e nos domicílios para as puérperas; palestras sobre aleitamento em grupos de gestantes de algumas unidades de saúde, duas vezes ao mês; discussão de protocolos com objetivo de finalização até março/07; palestras para dois grupos de pediatras sobre hipertensão arterial e obesidade infantil no 2º semestre/06.

Observou-se que mesmo as atividades que não foram realizadas, por exemplo, as reuniões com Diretoria Estadual de Ensino, por impossibilidade de tempo. Foi considerada como metas atingidas e/ou a atingir, as parcerias com a Secretaria da Educação são constantes, realizando trabalhos em conjunto com a Secretaria da Saúde, e suas principais ações são a capacitação de professores para avaliação da acuidade visual e auditiva e reuniões em Unidades Básicas de Saúde, para discussão de casos com defasagem de alfabetização. Observou-se que realizar

metas e operacionalizá-las é complexo, demanda disponibilidade intersetorial. Pode-se verificar essa problemática na fala abaixo.

Não é fácil conciliar tudo, sistemas informatizados, trabalhadores para capacitar, usuários para serem inseridos nos programas. Por exemplo: o sistema de informática, em algumas unidades básicas não aceita o agendamento das consultas para enfermeiros, ou porque não abriram agenda da enfermagem ou não as mantêm formatadas, Divisão de Enfermagem e, algumas unidades com agenda muito longe para a 1ª consulta de puericultura; algumas unidades ainda não dispõem do sistema hygia, que é onde todas as informações são coletadas, armazenadas e distribuídas nas três instâncias da saúde, dificultando o preenchimento e devolução das novas planilhas; agendamento das reuniões nas unidades de saúde; liberação dos profissionais das unidades para os treinamentos e a falta de recursos financeiros destinados para a realização da Semana da Amamentação. Sendo assim, o médico, a enfermeira, às vezes, ficam impotentes diante da falha do sistema de informatização (C1).

Percebe-se na fala da entrevistada que existe um nó entre o assistido “jovem mãe” e o assistente do programa. Sendo que o assistido assume agenda cheia de compromissos, nos cuidados com o recém-nascido, a priorização da amamentação bem-sucedida, que é uma iniciativa do cumprimento dos 10 passos da OMS/Unicef²⁷, sem que o assistente “recursos humanos/programa”, em questão, verifique ou tenha condições de acompanhar as condições que a jovem mãe tem para cumprir sua agenda e as metas do programa.

A disponibilidade administrativa, o acesso aos recursos materiais e financeiros, bem como quadro de recursos humanos disponíveis/polivalentes para a execução das tarefas exige profissionais constantemente treinados e capacitados para trabalhar com ações que vão sendo requisitadas conforme as demandas, para o cumprimento de todas as fases dos programas.

Para Cox (2000), a formação e o preparo são riscos psicossociais incluídos em uma categoria a qual denominou “Cultura e Função Organizacional” e, relacionada ao contexto do trabalho, podem levar ao estresse profissional. Muitas vezes o preparo oferecido pela instituição prestadora de saúde é precário, alguns cursos, reuniões e encontros de treinamento sem profundidade no modelo de assistência implantado, dificultam a excelência no trabalho com os usuários.

O poder municipal aparece como interlocutor próximo dos grupos organizados, sobretudo quando as demandas giram em torno de transformações da

²⁷ Os dez passos é uma iniciativa do Hospital Amigo da Criança para o aleitamento materno bem-sucedido, segundo OMS/UNICEF (BRASIL, 1993b).

qualidade de vida e de novas apropriações do espaço citadino. Por outro lado, é exatamente nesse plano que as políticas públicas no Brasil têm ousado na inovação, sobretudo nas administrações de caráter progressista sob a responsabilidade de partidos de esquerda ou de centro-esquerda. Porém, não é possível desconhecer a permanência de alguns núcleos duros (LECHNER, 1990) da cultura política nacional, nos quais o poder local aparece como foco privilegiado para o estabelecimento do clientelismo.

Por essas razões, alguns autores, como Abad (2002), tratam também do surgimento do neolocalismo como uma das práticas que afetam negativamente a constituição dos espaços democráticos e de políticas públicas de juventude.

Quando se perguntou sobre o programa de Saúde do Escolar, a entrevistada recorreu a documentos, respondendo de forma pontuada, como se estivesse descrevendo normas e procedimentos. Sendo assim, sobre as propostas desse programa, descreve-se:

Implantar ações específicas de atenção às doenças respiratórias e obesidade infantil, principalmente para a faixa etária de 1 a 6 anos; integrar as unidades de saúde com escolas e creches de sua área de abrangência, estabelecendo ações interdisciplinares; integrar as unidades de saúde com escolas e creches de sua área de abrangência; capacitar profissionais de saúde, coordenadores de ensino e parcela de professores, para realização do teste Snellen (acuidade visual) em 100% das crianças da 1ª série escolar e crianças com defasagem de alfabetização; garantir licitação e aquisição das lentes prescritas; promover e ampliar parcerias com setores intra e extragovernamentais; implementar a atenção integral ao adolescente, visando a redução de vulnerabilidade em especial DST/AIDS, uso de drogas e gravidez; sensibilizar e capacitar as equipes das unidades de saúde quanto aos aspectos psicossociais da saúde da criança e do adolescente; implantar grupo de orientação de pais e/ou responsáveis de crianças e adolescentes em integração com equipamentos sociais (C1).

O discurso deixa claro que a operacionalização do processo de trabalho do profissional, dentro da coordenadoria do programa é sistematizada pelas obrigações e metas a atingir e ou cumprir. Se se analisar ao pé da letra o significado de cada meta, ver-se-á que esse indica o sinal e demarca o ponto final das corridas, como será visto abaixo, o processo de trabalho vai além do cumprimento dessas metas. Ele deveria se fundamentar em resoluções para o atendimento às necessidades da população. Ou seja, vai além da burocratização e discussão de papéis e normas.

Exige processo de formação e capacitação permanentes de todos os profissionais envolvidos, pois, como assinalam Almeida e Mishima (2001) há

carência de profissionais em termos quantitativos e qualitativos que possam responder a esse modelo de assistência à saúde. As instituições têm papel fundamental na capacitação de seus trabalhadores. Essa capacitação deve proporcionar instrumental para lidar com as questões técnicas, sociais, bem como emocionais.

Retomando a análise sobre o programa Saúde do Escolar, e qual a população atendida por esses programas, verifica-se a fala a seguir.

Iniciamos em 2006/2007, as discussões de protocolos com as Divisões afins, para padronização de diagnóstico, condutas e novas medicações possíveis, a partir do segundo semestre de 2006; realizamos reuniões de equipe responsável pela saúde escolar da UBS com a Diretoria Regional de Ensino e as Secretarias Municipais da Educação e da Cidadania para integrar ações no atendimento do escolar; desenvolvemos projeto de escolares com defasagem de Alfabetização da Rede Municipal da Educação com apoio do FNDE; realizamos reuniões com a Diretoria Estadual de Ensino e Secretaria Municipal de Educação com o objetivo de programar capacitação de coordenadores e/ou professores da rede pública municipal e estadual. Também foram solicitadas tabelas Snellen para a DIR (25 exemplares), através do apoio do FNDE, para toda a rede de Ensino Municipal; a manutenção do Laboratório Óptico da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP). Foi encaminhado pedido de compra, para o departamento financeiro da SMS, solicitando compra de lentes e armações adequados para a faixa etária; reuniões com Secretarias Municipais de Educação e Cidadania, assim como Diretoria Estadual de Educação, Vara da Infância e Juventude e contatos com Rede Crescer, Sentinela, PETI, GEAVIDAS; atendimento da pediatria para faixa etária de 0 a 15 anos, 11 meses e 29 dias em todas as Unidades de Saúde; atendimento de ginecologia/obstetrícia (GO), para adolescentes em todas as unidades de Saúde; manutenção do programa de educação permanente mensal aos profissionais de saúde das Unidades; integração com a Polícia Militar através dos Jovens Construindo a Cidadania (JCC); promoção nas UBSs, grupos de educação para saúde e apoio para questões psicossociais; levantamento junto às Unidades, possibilidades de trabalho integrado com equipamentos sociais, especialmente as escolas, com participação multiprofissional da equipe da Unidade de Saúde (C1).

Observa-se que inúmeros são os programas, subprogramas e parcerias existentes, mas, diante da diversidade das ações e da multiplicidade de fatores que envolvem cada um deles, fica difícil perceber se há a participação de jovens como, por exemplo, as jovens mães, sujeitos da pesquisa nesse processo. O tempo de permanência na coordenadoria do programa, dependendo da gestão política vigente, pode ser de dois a quatro anos de atuação. Sendo assim, dificulta para os coordenadores colher resultados concretos de suas ações, pois a dinâmica dos trabalhos desenvolvidos são percebidos a médio e longo prazo. Por isso, tem-se a impressão de que os trabalhos ficam restritos a metas e objetivos a serem

atingidos/cumpridos num determinado tempo, fazendo com que aumente a distância entre o gestor e o sujeito beneficiário, gerando desconhecimento das necessidades e realidades da população atendida.

Iniciou, no ano 2001, uma inflexão importante no processo de constituição de políticas públicas destinadas aos jovens. Trata-se do primeiro ano de novas gestões no âmbito municipal, período que marca a ampliação desses novos organismos. Por outro lado, somente uma perspectiva longitudinal, incorporando uma série histórica maior, poderá aferir tendências, descontinuidades e formas de consolidação de nova institucionalidade nas políticas de juventude no Brasil.

O coordenador entende o Programa Saúde do Escolar através de suas realizações e ações cotidianas. Sendo assim, descreve seu processo de trabalho seguindo protocolos pré-estabelecidos.

Realizamos palestra para dois grupos de pediatras sobre hipertensão arterial e obesidade infantil, no 2º semestre de 2006; reuniões com a diretoria Estadual de Ensino e Secretaria da Educação. Firmamos parcerias; realizamos várias ações, A) capacitação de professores para avaliação da acuidade visual e auditiva e reuniões em UBSs para discussão de casos com defasagem de alfabetização; B) supervisão de dois estagiários, contratados pela SME, com verba do FNDE, para atenção a projeto escolar; C) comunicação com equipe da UBS, PACS e Saúde da Família, para implantação de projeto de alunos com defasagem em alfabetização; reunião com grupo gestor das unidades Maria Casagrande, Jardim Juliana, Quintino Facci I, Parque Ribeirão Preto e Vila Virgínia, sendo esta última com professores e estagiários de enfermagem da Unip; reunião com agentes Comunitários de Saúde para distribuição dos alunos e suas famílias, por microáreas (UBS Maria Casagrande, Jardim Juliana e Quintino I); reunião com mães dos alunos de referência (Maria Casagrande, Quintino Facci I e Jardim Juliana) (C1).

Também houve discussões dos casos com a equipe da UBS (pediatra, enfermeiro, agentes comunitários, dentistas das escolas e, em alguns casos, com diretores das escolas e profissionais do Núcleo da Criança e do Adolescente da Secretaria da Cidadania (UBS Maria Casagrande, Quintino Facci I e Jardim Juliana); avaliação das crianças selecionadas pela psicóloga do programa da criança e do adolescente; realização de encaminhamento para consulta pediátrica com visão ampliada e/ou outras especialidades; capacitação de professores da rede municipal com os temas: Avaliação de Acuidade Visual e Auditiva, em um total de 120 professores, com a participação do NADEF; capacitação de profissionais dos Núcleos da Criança e Adolescente da Secretaria da Cidadania, para avaliação de acuidade visual e auditiva; realização de uma licitação (out/06), via pregão eletrônico para a compra de lentes e armações, mas não houve manifestação de interesse. Atualmente está aberta a licitação, aguarda-se a compra do material (C1).

Ampliamos as reuniões e discussões com Secretarias Municipais de Educação e Cidadania, assim como Diretoria Estadual de Educação, Vara da Infância e Juventude e contatos com Rede Crescer, Sentinela, PETI, GEAVIDAS; realização de parceria com a Secretaria da cidadania e

realizado grupo de Mães Jovens no Núcleo Branca Sales; capacitação de pediatras e profissionais interessados das UBSs para a visão ampliada em saúde. A princípio, só adolescentes, e no segundo semestre de crianças e adolescentes em geral; realização das ações com grupo de orientação da equipe da UBS Jardim Zara com a enfermagem e os agentes comunitários junto com os alunos das escolas da área, com o objetivo de formar agentes multiplicadores de saúde nas questões de prevenção da gravidez, contracepção e DST/AIDS; realização, junto às escolas, de palestras sobre Sexualidade e Desenvolvimento do Corpo reprodutivo, feita pelos adolescentes multiplicadores, junto com a equipe da UBS Jardim Zara, com a participação de um total de 90 alunos da 5ª e 6ª séries da Escola Estadual Miguel Jorge e Escola Municipal José Rodini Luiz (C1).

Embora haja interesse muito grande em firmar parcerias e trabalhar em rede para melhor atender a população, não se constatou preocupação quanto ao número de funcionários designados para os diferentes programas, ou seja, não foi esclarecido se o número de funcionários é suficiente em sua composição e equipe e/ou estão devidamente capacitados para desenvolver o trabalho proposto.

Muitas transformações têm ocorrido nos processos de trabalho em saúde, entre os quais estão aqueles referentes à tecnologia, aos estilos de gestão organizacional e ao crescimento da importância do setor de serviços no cenário econômico (BORGES et al., 2002) e com isso, constroem-se novas formas de organizar o trabalho variadas e mais complexas, responsabilidades e maior atenção à relação do trabalhador com o usuário, gerando novas exigências de qualidade na execução das tarefas, mais qualificação e novas competências do trabalhador.

Segundo a Coordenadora do Programa, muitas dificuldades foram encontradas para a realização das metas traçadas para o ano de 2006/2007 na Saúde do Escolar, são citadas abaixo.

Integração com os profissionais das escolas para discussão das histórias pessoais dos alunos; atenção do tempo requerido pela Secretaria Municipal de Educação para Encaminhamentos ao oftalmologista, para a Secretaria Municipal da Saúde. O tempo previsto foi adequado, mas as crianças não foram encaminhadas por não possuírem o cartão SUS; divulgação do Laboratório Óptico da EERPUSP; realização do treinamento e ampliação da faixa etária dos usuários para os profissionais do Laboratório Óptico; realização dos grupos de adolescentes no NAI (Núcleo de Atendimento Integral da Vara da Infância e Juventude), junto com o Ministério Público com muita dificuldade, pois é necessário integração com a Saúde Mental e o próprio NAI; integração com a Polícia Militar (JCC) não ocorreu por questões internas ligadas ao Batalhão Escolar (C1).

As transformações no mundo do trabalho concretizam-se no setor de prestação de serviços de saúde pública, através da constante necessidade de adaptação dos trabalhadores às diversas e complexas situações presentes na

realidade sanitária e na área da educação que, por sua vez, pode desencadear o estresse profissional.

As instituições prestadoras de serviços de saúde devem ter seus objetivos definidos e os trabalhadores preparados para atuarem nas atividades que lhes competem.

Para melhor qualidade na assistência, diante das mudanças que vêm ocorrendo no setor da saúde, que exigem hoje, inclusive, atendimento mais humanizado, é necessário que as instituições se preocupem com a capacitação de seus profissionais.

Tendo em vista as dificuldades anunciadas, tomou-se, aqui, como discurso pontuado, a fala da coordenadora sobre algumas propostas que foram desenvolvidas especialmente para adolescentes.

Promover e/ou apoiar oficinas para adolescentes; organizar o atendimento de saúde em rede para criança e adolescente em situação de risco e violência; aumentar a resolutividade para o atendimento às urgências e emergências pediátricas (C1).

Ainda, referindo-se às propostas citadas acima, as metas para o período de 2006/2007 parecem ser destaque no processo de trabalho dos programas para adolescentes, como se vê abaixo.

Manter a Feira do Adolescente em várias escolas da área Central e tentar ampliação do número de escolas participantes; manter e ampliar Grupos de Multiplicadores (adolescentes) com abordagem lúdica; manter a participação de representação da saúde na Rede Crescer, com reativação das discussões e planejamento da implantação do Banco de Dados; manter o planejamento e a capacitação das Distritais em atendimentos de urgência (C1).

Segundo a Coordenadora, os resultados dos programas estão sendo alcançados, embora ainda não quantificados estatisticamente, mas qualitativamente observados diante de realizações, que são importantes parâmetros para a continuação e desenvolvimento do mesmo. Por isso, tornou-se fundamental realizar, durante o ano, reuniões com a Escola Sebastião Fernandes Palma, com o projeto Multiplica Teen com encontros mensais e/ou quinzenais, abordando os temas sobre Sexualidade na Adolescência, Contracepção, Gravidez e DST-AIDS; parcerias com as Universidades Barão de Mauá e Unaerp, com alunos voluntários do curso de Medicina, sendo apoiadores do Projeto Multiplica Teen; realização da 4ª Feira do

Adolescente no dia 28-11-06 com o total de 500 participantes entre alunos e professores, pais e a comunidade local; do 1º Fórum de Multiplicadores de saúde na Adolescência em parceria com Programa DST-AIDS, no total de 400 participantes com o palestrante Dr. Benito Lourenço. O planejamento de capacitação das Distritais em atendimentos de urgência, ficou sob responsabilidade do Serviço de Atendimento Médico de Urgência (SAMU).

Analisando os dados, constatou-se que, embora haja grande número de ações por parte do programa, também existe fragmentação dessas ações específicas para o segmento jovem, causando deficiência na prevenção e abordagem da gravidez na adolescência, reincidência e os cuidados com a saúde sexual e reprodutiva, enfatizando a necessidade de rever os sistemas de controle das DSTs e das Políticas de Saúde.

Essa problemática leva a se pensar que, quando uma adolescente fica grávida pela primeira vez, há todo um questionamento sobre o assunto, tanto da sociedade quanto da instituição, mas, logo após essa adolescente ter sido mãe, passa a ser tratada como uma mulher em fase reprodutiva e não como uma mulher em fase de desenvolvimento, não se dando a devida atenção à jovem mãe nesse processo de vida.

Sendo assim, a sociedade deve ter acesso ao serviço de informação para que possa participar do seu funcionamento, deve ser estimulada ao debate democrático, pois, todos os serviços públicos deveriam, obrigatoriamente, socializar informações claras e precisas, deixando transparente seu atendimento, promovendo dessa forma, processo permanente de educação em saúde, usando todos os equipamentos necessários para informar a população sobre seus direitos e deveres no cuidado com a sua saúde e do próximo.

Os ministérios da Saúde e Educação vêm elaborando políticas destinadas a promover mudanças na formação e distribuição dos profissionais de saúde: Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação da Área de Saúde, Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina (PROMED), Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (PRÓ-SAÚDE); Pólos de Capacitação de Saúde da Família (PCSF); Programa de Residência Médica (PRM) e Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS).

A edição das novas Diretrizes Curriculares dos cursos da área da saúde, pelo

MEC (BRASIL, 2001), busca corrigir as deficiências na formação dos profissionais de saúde, eliminando a ênfase nas especializações e procurando formar novo ator social: o profissional com formação generalista, direcionado primordialmente à atenção básica de saúde e capaz de resolver a maior parte dos problemas de uma população ainda carente do básico para a sua sobrevivência (SANTOS; CUTOLO, 2003).

Ação bastante inovadora constitui a abertura institucional para a presença jovem nas várias etapas que marcam a discussão e a implantação do Orçamento Participativo em alguns municípios. Essa experiência constitui referência importante de nova modalidade de relação entre governo e sociedade, que tende a se disseminar em vários municípios do país.

Quando se analisa o conjunto de motivações que as ações propõem, observa-se que, mesmo conformadas por gestões municipais de caráter progressista, as representações normativas correntes exprimem ainda a idéia básica de superação dos problemas vividos pelos jovens, sua situação de vulnerabilidade e, portanto, a meta fixada incide sobre o combate a esses problemas (desemprego, violência, drogas). Verifica-se que nas percepções há, também, conjunto de referências ligadas às novas desigualdades e processos de exclusão, decorrentes das conjunturas neoliberais que atingem, sobretudo, o segmento juvenil, e que, por essas razões, são demandadas ações específicas para esses segmentos.

Convivem com essas orientações algumas práticas que exprimem o reconhecimento de direitos e a admissão de necessidades a serem satisfeitas por políticas (emprego, saúde, lazer, educação, cultura). Observa-se práticas capazes de reconhecer os jovens como sujeitos capazes de participação – sobretudo nas experiências do orçamento participativo – e, em caráter minoritário, ações voltadas para os processos de construção de auto-estima e de identidade juvenis, com base no diálogo com as formas coletivas pelas quais esses segmentos se organizam.

É preciso tornar efetiva a capacidade de articular ações e parcerias e evitar que aos organismos reste apenas função decorativa e, de certa forma, apaziguadora de certa pressão de jovens e demais setores da sociedade civil, quando essa incipiente institucionalidade de forma geral é marcada pela ausência de poder nas relações de governabilidade do poder Executivo. Mesmo reconhecendo a diversidade de ações presentes nos municípios, é preciso investigar em que medida elas sinalizam para a formulação de políticas, implicando coordenação de esforços

e, em que medida, reiteram ou impõem rupturas com padrões tradicionais da cultura política administrativa brasileira.

Concorda-se com Rua (1998) que traduz os padrões da cultura política em cinco regularidades, sendo fragmentação, competição interburocrática, descontinuidade administrativa, ações com base na oferta e não na demanda e, finalmente, a existência de clara clivagem entre a formulação/decisão e a implantação.

O desafio é contribuir efetivamente para a construção de um modo diverso de compreensão dos jovens na sociedade brasileira a ser expresso tanto sob a forma de políticas públicas democráticas que reconhecem o não-cumprimento de direitos historicamente negados – educação, saúde e trabalho – como capaz de se abrir para outras modalidades de ação que contemplem novos direitos da juventude (SPOSITO, 2002).

5.2 Interpretando a realidade no cenário privado

A Unimed tem 34 anos de existência, foi fundada por 162 médicos, hoje conta com 808 profissionais de todas as especialidades, é um Serviço de Medicina Preventiva de Ribeirão Preto, de natureza privada, formando uma cooperativa de médicos. O nome do Programa desenvolvido pela Unimed é Sempre nas Escolas: serviço de medicina preventiva. O projeto está em desenvolvimento há seis anos, mas somente há dois anos foi colocado em funcionamento. É na sede administrativa da Unimed que são realizadas as reuniões e as tomadas de decisões do programa, sendo que nos espaços públicos das escolas municipais e estaduais, o programa se desenvolve.

O município de Ribeirão Preto conta com dezessete escolas municipais, mas somente doze dessas escolas atendem adolescentes, ou seja, são de ensino fundamental e médio, as outras sete escolas são apenas de ensino fundamental.

Em 2006, além da adesão das escolas municipais, o programa também ingressou nas escolas da rede estadual de ensino e no Serviço Social da Indústria (SESI), que também é responsável pela educação de crianças e jovens do ensino fundamental e médio, absorvendo grande parte de filhos de funcionários do comércio e da indústria locais.

Em 2007, aderiram ao programa todas as diretorias de Ensino Estadual do município e da região, bem como a cidade de Cravinhos e Serrana que aderiram 100%. Nesse mesmo ano, foram realizadas parcerias com escolas de ensino particular e a primeira escola a aderir ao programa foi a Escola Moura Lacerda de Ribeirão Preto, SP.

Conforme relato do coordenador:

O programa nasceu de uma angústia pessoal e insatisfação profissional em atender pacientes adolescentes grávidas em seu consultório, e não poder fazer mais nada em termos do fato já ocorrido tão precocemente. Partindo dessa indagação e prostração profissional, pensou na possibilidade de ações que pudessem prevenir uma segunda gravidez, ou no caso das escolas, uma prevenção com ações educativas para evitar que as adolescentes engravidassem precocemente (C2).

Quando foi questionado sobre como o programa se desenvolve, o entrevistado respondeu:

O programa se desenvolve pautado na ética dos que acreditam nele. Além disso, está inserido numa missão que todos os profissionais de saúde deveriam ter o compromisso profissional de colaborar para a redução dos altos índices de gravidezes precoces, iniciando com a prevenção nas escolas. Sendo o foco principal de seu programa investir na prevenção. Tendo, também atualmente, como objetivos específicos, reduzir a segunda gravidez na adolescência e os novos casos de DSTs e AIDS (C2).

Analisando a fala do entrevistado, acredita-se que a multiprofissionalidade por si só não é condição suficiente para garantir a recomposição dos trabalhos parcelares na direção de atenção integral. Como salienta Schraiber (1999), a eficiência e a eficácia dos serviços requerem modalidade de trabalho em equipe que traduza uma forma de conectar as diferentes ações e os distintos profissionais.

Ao estudar o trabalho em equipe, é importante conhecer como cada profissional conjuga seu trabalho no âmbito individual e coletivo e identificar evidências de articulação das ações desenvolvidas pelos diferentes profissionais (SILVA; TRAD, 2005). Em uma equipe multiprofissional, a articulação refere-se à recomposição de processos de trabalhos distintos e, portanto, à consideração de conexões e interfaces existentes entre as intervenções técnicas peculiares de cada área profissional (CIAMPONE; PEDUZZI, 2000).

No questionamento sobre qual a compreensão sobre o programa, o mesmo acredita que o programa deva atingir os objetivos propostos para que tenha finalidade própria, sendo assim, o coordenador acredita que:

Todos deveriam se sensibilizar com os altos índices de adolescentes, mães precoces. “A batalha é constante”. As palestras nas escolas são primeiramente direcionadas aos funcionários, no sentido de capacitar profissionais, principalmente os professores que estão mais próximos e há mais tempo com os alunos, mas todos que trabalham com as crianças e adolescentes devem ser sensibilizados da importância do assunto, criando uma rede complementar para a socialização das ações de educação preventiva, percebendo que as crianças e os adolescentes são seres em formação e desenvolvimento e, portanto, devem ser respeitados em sua singularidade de sujeito social (C2).

Concorda-se, aqui com Paim (1993) que, embora os treinamentos e as capacitações possam contribuir para progressiva politização e socialização do saber podem repercutir sobre as relações de poder no âmbito do saber e no contexto do trabalho.

Quando os profissionais não estão preparados para o trabalho em equipe, ou quando não existe treinamento e/ou orientações adequadas por parte de supervisores para o trabalho, qualquer situação pode ser desgastante nas relações que se estabelecem entre eles.

Observa-se que o programa pretende crescer estruturalmente, ampliando sua estratégia de socialização em toda a rede municipal, estadual, conquistando o espaço necessário e o apoio das diretorias que, muitas vezes, são resistentes aos objetivos do programa. Para que isso ocorra, os dirigentes do programa contam com o apoio dos laboratórios e das empresas privadas para aquisição de material audiovisual, folhetos ilustrativos, cartilhas explicativas, enfim, todo material para a educação continuada.

O Coordenador compreende o programa como um desafio.

A maior dificuldade do Programa é a capacitação dos profissionais e principalmente de professores que trabalham diretamente com as crianças e adolescentes. O momento atual requer mudanças de paradigmas, quebra de preconceitos, mudanças estruturais e de ideologias falsificadas, muitas vezes enraizada na cultura e modo de ser das pessoas. O programa visa treinar também agentes multiplicadores nas escolas públicas para trabalhar com jovens de 10 a 19 anos de idade (C2).

As aulas de treinamento são ministradas por equipe multidisciplinar da Unimed de Ribeirão Preto, em sua sede. Segundo ele, está aberta a quem quiser colaborar, inicialmente assistindo as aulas e, posteriormente, levando sugestões para sua melhoria e aperfeiçoamento.

Segundo informações do Coordenador do Programa, estudos mostram que a incidência da gestação na adolescência em Ribeirão Preto, foi de 27,8%, em 2001.

A gravidez precoce e/ou indesejada leva, freqüentemente, à interrupção do projeto de vida e, por vezes, da própria vida, sendo concomitantes possíveis outros riscos relacionados ao aborto e doenças sexualmente transmissíveis. Entendendo que essa população merece ser assistida de modo diferenciado, pois são crianças e adolescentes em processo de desenvolvimento, o mesmo ressalta:

Existe um consenso geral de que o estado gravídico e a maternidade interferem, negativamente, sobre o estilo de vida das adolescentes. Mais importante, ainda, são as conseqüências desfavoráveis sobre suas perspectivas de estudo e trabalho, ou seja, crescimento pessoal e profissional (C2).

Demógrafos e estudiosos da área da saúde pública têm enfatizado, com freqüência, o significativo aumento do número de adolescentes grávidas nas últimas décadas. A gravidez emerge como causa de problemas psíquicos e sociais desestruturantes para as adolescentes e seus filhos.

Dados da PNDS demonstram que 51% das mulheres na faixa de 15 a 19 anos de idade, sem escolarização, já eram mães, que 4 e 2% tinham, respectivamente, de 9 a 11 anos de estudo, com possível relação entre escolaridade e fecundidade (BENFAM, 1997).

Como demonstra o Coordenador, apoiado no cotidiano de seu trabalho com adolescentes:

Percebo que, apreender o que as próprias pessoas consideram importantes temas de grande interesse dos adolescentes como “ficar”, “namorar”, “transar”, “engravidar”, “ser mãe adolescente”, “ser pai adolescente”, “ter seu próprio projeto de vida”, “constituir família precocemente”, devem ser temas privilegiados para tratar do assunto educação e saúde reprodutiva (C2).

Tratar de temas que envolvem os adolescentes torna-se importante para a prevenção, pois norteiam as ações entre o gênero, sendo que a primeira experiência sexual tende a se dar de forma desprotegida em razão da persistência dessa definição de papéis de gênero, na qual se espera da mulher comportamento passivo e do homem comportamento ativo. É expressão comum entre adolescentes masculinos “só uso camisinha com as mulheres que não conheço”. Quando o relacionamento atinge o estágio do “namoro”, prevalece o não uso do preservativo “camisinha”, atitude que denota valores correspondentes à fidelidade e confiança entre os parceiros.

“Assim, propostas com formatos pontuais seguem ‘fórmulas’ prontas que, por

vezes, desconhecem os reais desejos e necessidades daqueles jovens em particular” (C1).

Segundo Takiuti (1997), as estatísticas de saúde registram o aumento das DSTs, inclusive da AIDS, entre a população feminina na qual também está inserida a adolescente. Os fatores relacionados a esse aumento vão desde à maior liberação sexual até à falta de educação sexual ampla e contínua.

A gestação na adolescência é acontecimento que muitas vezes não está desvinculado do ciclo de pobreza, educação precária, falta de perspectiva de futuro. Continua sendo motivo de preocupação porque, no momento atual, há aumento de sua incidência entre adolescentes de 11 a 15 anos. As conseqüências são a perda de liberdade, adiamento ou comprometimento dos projetos de estudos e limitação de perspectivas de ingresso no mercado de trabalho.

A necessidade de iniciar a educação sexual nas escolas é fundamental, pois, se na década de 1970 as brasileiras se iniciavam na vida sexual com 19 anos, hoje, a idade reduziu para 13 anos. Das adolescentes que não usaram qualquer método na primeira relação sexual, as primeiras razões alegadas foram: não pensaram “nisso” na hora, não esperavam ter relações naquele momento, não conheciam método anticoncepcional, afirmaram que os parceiros não queriam usar, não se importavam em ficar grávida, confiavam no parceiro, tinham dificuldade de acesso, não tinham experiência sexual, só conversavam sobre o assunto com as colegas de escola, não conversavam com os pais e não buscaram por orientação médica antes da primeira gravidez (TAKIUTI, 1997).

Segundo o coordenador, os dados revelam a realidade da população que o Programa Sempre nas Escolas atende e a realidade de vida dos adolescentes no Brasil, sendo que,

[...] em Ribeirão Preto, aproximadamente 30% das adolescentes grávidas abandonam a escola, e na maioria dos casos, o retorno ao estudo se dá em menores proporções. Há também explicações psicológicas para a reincidência da gravidez na adolescência no que diz respeito ao aumento da auto-estima. Após passado o primeiro impacto do anúncio da gravidez, elas passam a ser o centro das atenções e cuidados, privilégios que terminam após o nascimento do bebê, com o início das cobranças e responsabilidades. Desta forma, a adolescente, para resgatar a atenção perdida, engravida de novo (C2).

A educação é fato que precisa ser trabalhado de forma ampla e geral, envolvendo políticas de educação, saúde e geração de emprego. Segundo Garcia

(1996, p.77), quando a adolescente engravida, abandona a escola e quando necessita se inserir no mercado de trabalho, muitas vezes, consegue subempregos que não exigem dela qualquer qualificação e “difícilmente lhes permitirão ascender na escala social”.

Estudos de Ferraz e Ferreira (1998) mostram associação entre a gravidez precoce, o baixo nível de escolaridade e a inclusão no mercado de trabalho. A alta evasão escolar está relacionada à gravidez, cuidados com a casa, assumindo funções de dona de casa, difícil acesso à escola, desinteresse pelos estudos e falta de perspectiva quanto ao mercado de trabalho.

A orientação anticoncepcional é um trabalho educativo que se expande muito além do fornecimento de informações e conhecimentos sobre saúde reprodutiva, é processo que envolve o resgate do indivíduo, a promoção da auto-estima e a conscientização dos riscos vivenciados. Os profissionais de saúde e educação deverão estar preparados para o desafio de orientar: um ser ávido por experimentar o novo, destemido por se julgar invulnerável, imaturo ou amador para lidar com o impulso sexual.

Transformar em agentes multiplicadores, através de um Programa de Educação Continuada, os profissionais que atuam nas escolas, fornecendo informações sobre a anatomia e fisiologia do aparelho reprodutor feminino e masculino, informações sobre vantagens e desvantagens dos métodos existentes e discutir questões polêmicas como a interrupção da gravidez, através de uma equipe multidisciplinar, são também objetivos do Programa Sempre nas Escolas, explica o Coordenador (C2).

O conhecimento, a atitude e a prática, relacionados aos métodos anticoncepcionais observados no presente estudo, mostraram que houve significativos avanços na informação disponível e apropriada pelas adolescentes. Entretanto, a disponibilidade do conhecimento, de mais serviços e dos próprios métodos para favorecer a mudança de atitude dos adolescentes em relação à prática de uso eficiente e preventiva aparentemente não foram suficientes. Portanto, verifica-se a necessidade de buscar novas formas de atuação com a população de adolescentes, uma vez que a questão da gravidez nessa fase é problema de saúde pública no Brasil e em vários países do mundo.

O Programa Sempre nas Escolas é oferecido gratuitamente para todos os profissionais que atuam nas escolas públicas de Ribeirão Preto, SP. Durante o curso, são abordados temas como: “noções de reprodução”, “noções de

anticoncepção” e “conseqüências psicológicas da gravidez na adolescência”, e outros assuntos que, após abordados e compreendidos pela equipe, possam ser repassados ou socializados aos jovens de forma compreensiva. A equipe multidisciplinar, por enquanto, é formada por ginecologistas e obstetras, enfermeiras e psicólogos,. É equipe treinada e almeja tornar o Programa um Centro de Referência para Agentes Multiplicadores de Anticoncepção.

Quando foi perguntado sobre os resultados alcançados com o programa, o coordenador respondeu:

Os resultados do programa vão aparecendo conforme as estatísticas da Secretaria Municipal de Saúde, quando diminui o índice de adolescentes grávidas no município, reflete também no resultado do nosso trabalho, como sendo um denominador positivo de que estamos no caminho certo, acredita-se que esse percentual contou com a colaboração do programa. Enfim, tratar essas crianças, adolescentes e jovens como seres sociais, importantes no processo de desenvolvimento da cidadania é de fundamental importância para que o país tenha um desenvolvimento sustentável e esse segmento seus direitos e sua cidadania respeitados (C2).

O Programa Sempre nas Escolas revela fase importante a ser observada, que é o local que recebe crianças, adolescentes e jovens todos os dias, sendo uma oportunidade de educar e prevenir, mas outros setores teriam que estar conectados e dar continuidade a esse processo educativo. As Unidades Básicas de Saúde deveriam promover, dentro da Saúde da Família, a orientação a esse segmento da população.

Não basta ser um profissional da saúde, seja ele médico, enfermeira ou assistente social, pois a adolescente precisa ser olhada de forma diferente, como um ser humano em desenvolvimento. Toda equipe, além de seu instrumental técnico, tem que rever métodos, instrumentos específicos que surgem no decorrer do atendimento às adolescentes.

Incluir a educação sexual nas escolas perpassa inevitavelmente pelo questionamento de toda história cultural, para, só assim, compreender-se a si mesmo como sujeito histórico e sexuado entre outras tantas dimensões do ser humano. Educar sexualmente é dar condições para que os educadores possam lucidamente tomar consciência de sua realidade. É, também, dar condições para o desenvolvimento contínuo da sensibilidade e da criatividade no relacionamento pessoal. É permitir o desabrochar da afetividade entre os indivíduos numa

sensibilidade de observação do belo que existe em cada ser. Educação que, através da sensibilidade, possa dar condições para uma estética de vida como algo prazeroso e, conseqüentemente, menos infeliz.

Educação que ajude a despertar em cada homem e mulher a consciência da própria dignidade e, também, a sua capacidade de assumir a responsabilidade de fazer a sua parte para possibilitar a vida, e vida de qualidade, para cada um em sua convivência social.

Percebe-se, portanto, que as políticas públicas de saúde e educação, não podem ser organizadas separadamente, pois trabalham com seres humanos, e esse não é uma parte, mas sim um conjunto de partes para a formação do todo, entendendo ainda que os seres humanos e sua relação com o mundo deveriam passar por compreensão histórica, processual e dinâmica e, a partir dessas dimensões, perceber a vida em mudança e transformação, o que envolve conceber o homem e a sociedade não estáticos, não fragmentados e não fechados em si mesmos.

**CAPÍTULO 6 DESVENDANDO SIGNIFICADOS E VIVÊNCIAS NO
COTIDIANO DE JOVENS MÃES E SEU SEGMENTO**

Adotou-se, como procedimento de análise, o confronto entre os discursos das três categorias de atores sociais envolvidos neste estudo, verificando a reincidência da gravidez na adolescência, cuidados com a saúde sexual e reprodutiva e planejamento familiar como mecanismo de prevenção e promoção da saúde. Acredita-se que, por essa análise, foi possível articular a teoria e a prática e, com isso, alcançar os objetivos propostos nesta investigação.

O enfoque principal dado à pesquisa foi a saúde dessas jovens mães e os desafios dos sistemas de proteção social.

A aplicação da técnica de Análise de Conteúdo, conforme proposta por Minayo (1994), citada no capítulo quatro, possibilitou a identificação dos núcleos temáticos frente aos dados levantados junto aos sujeitos desta pesquisa e após o tratamento descritivo, estabelecer três grandes categorias:

- aspectos familiares e sociais;
- aspectos emocionais- vivências e significados;
- aspectos reprodutivos- assistência à saúde e promoção da saúde.

6.1 Aspectos familiares e sociais

A formação de uma família se inicia pela união das pessoas que querem viver juntas, podendo ser formal ou não (ALTHOFF, 2002) A Constituição Brasileira de 1988, no parágrafo 3º do art. 226, legitima que “para efeito da proteção de Estado, é reconhecida a união estável entre o homem e a mulher como entidade familiar, devendo a lei facilitar sua conversão em casamento” (BRASIL, 2005, p.237).

A família, como grupo social, é “uma unidade complexa e essencial para o processo de viver de todo ser humano e se concretiza por meio da convivência” (ALTHOFF, 2002, p.27).

“Ela cuida de seus membros, assim como socializa as crianças, atende às suas necessidades básicas e auxilia na formação dos referenciais de vida que lhe possibilitará enfrentar o mundo em permanente mudança” (MARCON, 2002, p.45).

A família tem importante papel na evolução do adolescente, pois é no seio familiar que ele irá vivenciar experiências de afeto, prazer, dor, medo, como também

outras emoções que favorecem os aprendizados. As trocas existentes na família irão implicar em mudanças importantes na vivência dos adolescentes/jovens, na percepção e construção que ele faz de seus aspectos socioafetivos e projetos de vida. Sendo a família a principal doadora de identidade, é ela responsável pela produção de comportamentos, e é no seio da mesma que se concentram as possibilidades de constituição de pessoas enquanto sujeitos e cidadãos, onde irão acontecer as primeiras identificações, que serão o reflexo para as identificações futuras (AMAZONAS et al., 2003).

Na atualidade, as modificações socioeconômicas e culturais alteraram os vínculos. Os membros das famílias assumem novos papéis e posições e são levados a conviver com novos arranjos familiares. “Os papéis destinados a cada sexo, antes fortemente delimitados, hoje se encontram mais flexibilizados” (AMAZONAS et al., 2003, p.11). De acordo com os autores, acima citados, na família tradicional atribuía-se ao pai a função de prover o sustento da família e à mãe a responsabilidade pelos cuidados e afetos dedicados às crianças. Essas funções vêm sofrendo modificações, sendo as crianças entregues aos cuidados de outras pessoas ou instituições como a escola, o que aumenta as possibilidades de identificação do indivíduo.

As famílias de origem das jovens mães deste estudo constituíram-se de pessoas pobres, os pais, na maioria, estão separados e tanto o pai quanto a mãe já constituíram outras famílias, sendo nessas famílias reconstituídas que a maioria foi criada, como revela Violeta: “Meu pai é casado com outra mulher, têm dois filhos [...] minha mãe mora com outro homem [...] gosto de ficar na casa da minha avó [...]”, para Palma, a família é sinônimo de sofrimento, pois para ela “[...] família é um sofrimento só. Porque primeiro meu pai mora com outra mulher e tem mais filhos [...] nem quero saber da vida deles [...] ele nem lembra que minha mãe existe [...]”. Primavera relata que “meus pais era só briga, eu já não agüentava mais minha mãe chamando ele de sem-vergonha [...], mulherengo [...], dizia que não parava em emprego, não dava dinheiro para comprar comida [...], minha mãe vivia num sufoco [...]”, para Angélica, família é uma coisa muito complicada [...] conta que os pais são separados, e que têm problemas com a justiça [...].

Durante a entrevista, essas narrativas sobre a família de origem surgiram naturalmente, como se as jovens quisessem se isentar da sua condição familiar, fazendo referência à situação vivenciada por terem sido criadas com as mães, com

pouca participação masculina, ou seja, do pai biológico, que teve pouca participação no processo de aprendizado no núcleo familiar. Quiseram deixar claro que a separação dos pais aconteceu quando elas eram crianças ou estavam na pré-adolescência, fase fundamental na construção da identidade feminina e de importantes aprendizados. As jovens mães relatam manter bom relacionamento com as mães, e o pai é figura mais distante em suas vidas diárias. Os vínculos com as mães na maioria delas se mostram mais fortalecidos que os vínculos paternos.

Observa-se que esse relacionamento mais perto com a mãe está de acordo com a teoria de Chodorow (1979) quando afirma que o envolvimento precoce com a figura feminina implica em conseqüências distintas para o desenvolvimento de meninos e meninas, auxiliando as meninas a traçarem seu papel sexual e de gênero de uma maneira natural, sendo que a construção da identidade feminina está baseada nessa aprendizagem.

Nesse ponto, Hortência é uma exceção, relata “não tenho um bom relacionamento com a minha mãe”, queixa-se das brigas da falta de diálogo e de afeto por parte dela, apesar de viverem fisicamente próximas, porém, refere bom relacionamento com o pai, apesar do pouco contato que mantém com ele, pois ele mora em outra cidade. Diz “nunca tive um bom entendimento com minha mãe, ela era muito ciumenta e por isso meu pai foi embora”.

As mudanças estruturais das jovens mães, ocorridas quando elas eram crianças ou adolescentes pela separação dos pais, levaram-nas a viver processos de reconstituição familiar de um deles ou de ambos e podem influenciar seus próprios relacionamentos e escolhas que fariam para o futuro. O contexto socioeconômico e cultural da família, também, pode ter influenciado diretamente no processo de formação dessas jovens.

Observa-se que nas famílias dessas jovens mães encontrou-se, aqui, a feminilização da pobreza, pois a perda do provedor, na separação dos pais de origem, as levaram a mudanças nas condições de vida. Foram suas mães que ficaram com os filhos quando da separação, tornando-se chefe da família, evidenciando que, com a desagregação do núcleo familiar, as mulheres são colocadas em desvantagem social. Mesmo sabendo que a situação da mulher melhorou nos últimos anos, a pobreza em nosso grupo de mulheres agrava a situação de desigualdade em que vivem.

Sabe-se que a adolescência está marcada por dúvidas e inseguranças, não

só do ponto de vista das adolescentes, mas de todos aqueles se relacionam com ela, incluindo pais, professores e médicos. Em se tratando do sexo feminino, a questão cultural com relação à sexualidade impõe tabus e normas rígidas. Na gravidez, principalmente na reincidência, as incertezas se intensificam com essa nova condição de mulher que se forma e, forma outros seres, mais especificamente com as questões ligadas à sua sexualidade, à família e à sociedade.

A infância já ficou para trás, refletida nas vivências familiares e sociais e a fase adulta ainda está distante, mas a responsabilidade aumentou. Enquanto isso, o corpo sofre mudanças e a adolescente se depara com nova realidade: o despertar da sexualidade, um filho para cuidar e nova gravidez, mudando novamente o corpo físico e os relacionamentos cotidianos.

Os pais sentem dificuldades em abordar junto a seus filhos a sexualidade que se aflora, como ainda temem a discussão sobre o início de atividades sexuais e métodos contraceptivos para evitar novas gravidezes. Existe não só o constrangimento por parte dos pais como também o medo de manter diálogo aberto e franco com seus filhos, como se essa ação pudesse propiciar ou indicar liberação para os jovens iniciarem as práticas. Com isso, esses jovens passam a buscar informações fora do âmbito familiar e a esconder o uso de anticoncepcionais dos pais e da família.

Pode-se observar, nas falas abaixo, que as jovens relatam que a primeira gravidez foi pela falta de experiência, pois se achavam inexperientes, a segunda foi mais aceitável, mas mesmo assim não foi planejada e nem programada, e a terceira gravidez foi descuido e falta de procurar por acompanhamento médico e não comparecimento às consultas nos postos de saúde.

Quando tive meu primeiro filho estava com dezesseis anos, levei um susto, foi difícil, demorei três meses para contar para minha mãe. Eu tinha uma irmãzinha de seis anos que eu ajudava criar. A segunda gravidez foi mais aceitável, mas não foi programada, porque eu sou muito nova[...], estava tomando pílula e fui trocar por injeção, descontrolou e eu engravidei. O terceiro filho não esperava mesmo, foi muito vacilo, estava com vinte anos, até os seis meses de gravidez não conseguia aceitar. Tô casada[...], mas a minha mãe me ajuda nas despesas (Rosa).

Quando engravidei do meu primeiro filho eu quis ser mãe, construir uma família, tinha vontade, mas mesmo assim foi um choque quando aconteceu, eu era muito novinha, inexperiente, o segundo filho foi mais tranquilo porque, quando engravidei pela primeira vez, meu namorado não assumiu e foi embora, continuei sozinha[...], fui morando com meus pais[...]. No segundo filho ele voltou para morar comigo na casa dos meus pais, mas ele

tem outra mulher e tem um casal de filhos com ela, eu tinha medo de não dar certo, mas meu pai cedeu um cômodo nos fundos para minha família. Recebo bolsa-família. . (Margarida).

A primeira vez que engravidei não conhecia nenhum método, mas achei normal, fui morar com meu namorado que tinha vinte e um anos Na segunda vez fiquei grávida tomando injeção, fiquei assustada porque não queria a gravidez Estou atualmente separada do pai dos meus primeiros filhos e o terceiro filho tive com outro moço que assumiu no registro[...], foi muito complicado, escondi até os seis meses, mas quando minha avó descobriu me colocou para fora de casa e minha mãe não quis nem saber. O pai dos meus dois primeiros filhos está preso. Meu primeiro filho faz tratamento no Pam II do Marinceck tem traços de falsiforme, é doentinho (Violeta).

As referências sobre o suporte social têm aumentado na literatura sobre o tema, e a família tem sido cada vez mais referida nesses estudos. Por um lado, quando julgada que a gestação precoce e não planejada pode ser considerada de risco na ausência do apoio familiar, do pré-natal e do abandono do parceiro, essas circunstâncias podem levar a adolescente à depressão e a baixa da auto-estima. Por outro lado, quando a família é o próprio fator de risco, afirma-se que:

Adolescentes provenientes de famílias disfuncionais, pobres, de pouca instrução e cujas mães tiveram precocemente seu primeiro filho, correm um risco maior de engravidar. Ainda, famílias com história de violência, abuso de drogas e doença crônica dos pais podem predispor as adolescentes a uma relação sexual prematura (RIBEIRO, 2001, p.54).

O conhecimento sobre a importância do suporte social e familiar tem sido considerado fator decisivo para o encaminhamento das ações de saúde relacionados aos adolescentes nos serviços de saúde, pois aumenta cada vez mais o consenso de que a rede de proteção social é fator determinante no processo de maternidade adolescente, e a família tem sido colocada cada vez mais em pauta.

A família, como instituição social, representa papel fundamental junto à adolescente grávida e essas, quando recebem o apoio e a compreensão familiar, sentem maior segurança e coragem para enfrentar a situação que no momento parece ser muito difícil, um caminho duro e tortuoso a ser percorrido, pois a adolescente não conseguiu ainda se recuperar do primeiro impacto que é a gravidez nessa fase da vida e já se encontra grávida novamente.

Detecta-se que as jovens mães sentem medo e receio de contar para a família quando descobrem que engravidaram novamente, às vezes essa adolescente está morando com o pai da criança, mas uma grande porcentagem

continua morando com os seus próprios pais, sendo a mãe ou a avó a pessoa que sempre oferece maior suporte e compreensão da problemática. Já o pai tem maior dificuldade para aceitar essa nova situação.

Os pressupostos que devem nortear a organização das práticas de saúde, voltadas às famílias, tais como a prestação de atenção integral, humanização e participação comunitária, são parte de estratégia para induzir mudanças na reestruturação do processo de trabalho dos profissionais da saúde (VASCONCELOS, 2003). O desenvolvimento dessas práticas obriga que os profissionais de outras áreas do saber, envolvidos na mesma visão integral do sujeito, da família e da comunidade, necessitam educação permanente para acompanhar o processo de mudança no trabalho com famílias.

Constata-se, nesta pesquisa, que as famílias das adolescentes estão na maioria em processo de separação conjugal, sendo a mãe a responsável pelo núcleo. Algumas jovens relatam isso como fator de insegurança e manifestam o desejo de constituírem suas próprias famílias para supostamente saírem dessa situação de instabilidade, mas quando não conseguem realizar esse sonho, suas vidas tornam-se mais difíceis, tendo que voltar à sua família de origem e trazer seus filhos. As falas a seguir comprovam essa dificuldade com a separação dos pais, e a instabilidade com seus parceiros, o medo da solidão, medo de assumir a família sozinhas.

Engravidei novamente com dezessete anos, morava com meus pais e ia ter meu segundo filho, quando meu pai foi embora e nós ficamos passando muitas dificuldades, meu namorado não tinha emprego fixo, sentia muita tristeza, minha mãe começou a fazer faxina e eu cuidava da casa, dos irmãos e dos meus filhos, meu namorado vinha me ver de vez em quando, não era fixo, não tinha segurança, nós mulheres acabamos arcando com os filhos, e mesmo assim não aprendemos. Em casa recebemos o bolsa-família (Palma).

Engravidei do segundo filho aos dezoito anos, estava namorando outro rapaz, não queria a gravidez, minha família é separada, complicada, tem problemas com a justiça. Muita briga, sabe[...], até meus vizinhos ajudam, mais uma criança ficou muito complicado. Preciso me cuidar mais (Angélica).

Engravidei com quinze anos do meu namorado, não foi planejada, eu não aceitava aquilo que estava acontecendo comigo, no início pensei em tirar o bebê. Tive muito medo dos meus pais que brigavam muito, meu pai era muito bravo, só contei quando estava de cinco meses. Meu namorado tinha minha idade e a mãe dele me apoiou, mas, não ficamos juntos ele queria aproveitar a vida (). Quando o bebê estava para nascer fui morar com minha sogra. Engravidei novamente aos dezesseis anos (Primavera).

Loyola (1998) afirma que sexualidade é um dos pilares de nossa sociedade cujas normas não são homogêneas, variando de uma para outra com relação ao que é permitido e ao que se é proibido fazer. Em relação à moral da sexualidade, pode-se definir como um conjunto de valores e de regras de ações propostas, geralmente, pela igreja, instituições educativas, entre outros, aos indivíduos e aos grupos. “Entende-se o comportamento real dos indivíduos em relação às regras que lhes são propostos, designa-se assim, a maneira pela qual eles se submetem [...]” (FOUCAULT, 2001a, p.26) a um princípio de conduta que os indivíduos podem aceitar ou podem resistir a elas.

Para Bozon (1998), as normas, as representações e os comportamentos masculinos e femininos na área da sexualidade podem ser vistos sob a perspectiva de gênero, sendo constitutivos de uma socialização ativa que expressa uma das maneiras fundamentais da dominação social masculina.

Minha mãe me responsabilizou pela primeira gravidez, afirmou ter me orientado[...] nunca falou abertamente comigo sobre sexo apenas dizia que sabia como era[...] não tinha conversa[...] (Hortência).

Hortência afirma que suas outras irmãs (duas) também engravidaram na adolescência. Disse que a mãe era muito rigorosa com os namoros, mas que elas fugiam, davam um jeito de “transar” escondidas da mãe. A família de seu companheiro no início foi contra, especialmente a sogra, pois disse que o casal tinha que fazer a vida antes de ter filho. Teve medo de enfrentar a vida como mãe, porque após a união ela e seu companheiro brigavam muito devido à ausência dele em casa e ao problema que ele tem com dependência química.

A precocidade na iniciação sexual é discutida por Foucault (2001b) que afirma que as crianças podem estar predispostas a terem atividade sexual, o que pela sociedade atual não é aceita, pelos riscos que envolvem, e seu exercício é alvo de vigilância e controle. Observa-se na fala acima que a família exercia controle muito frágil sobre a sexualidade dessas adolescentes, o que facilitou o contato com o sexo oposto com quem estabeleceram relações afetivas e sexuais longe do controle familiar.

A família deve garantir ao adolescente a proteção e a ajuda na solução de seus problemas. Mas como garantir esse apoio se a própria família está desprotegida, desamparada, sensível e também necessitada desse apoio e estrutura

(VASCONCELOS, 1999).

A complementaridade Família-Estado parece cada vez mais tênue, depositando-se nas famílias sobrecarga que, na maioria das vezes, não conseguem suportar, tendo em vista as precárias condições socioeconômicas em que parcela considerável da população está submetida. Isso se acentua ainda mais quando se trata de configurações familiares que não contam com reconhecimento legal, pois, além de todas as questões vividas pelas demais famílias, a elas cabe fazer frente aos preconceitos expressos nas relações com amigos, com a vizinhança, com a escola, com os filhos e no trabalho, além de não poderem contar, em certos casos, com o amparo legal e previdenciário disponível para as configurações familiares reconhecidas, social e legalmente.

Nesse sentido, é importante que o debate sobre novas configurações familiares analise seu(s) significado(s) para o indivíduo e para a sociedade, tendo presente a possibilidade do que a organização da família nesta ou naquela forma pode representar: para alguns, escolhas individuais inseridas num contexto relacional, no qual os vínculos com parentes, amigos ou colegas de trabalho estão mantidos; para outros como se constata no cotidiano das jovens mães pesquisadas, circunstâncias de vida que não representam escolhas pessoais e que podem significar isolamento social, pois tais vínculos são superficiais, ou inexistentes, ou estão fragilizados, pela circunstância, ficando, assim, a jovem família numa condição de maior vulnerabilidade pessoal e social.

Algumas das jovens mães referiram receber o bolsa-família. Sobre esse assunto é preciso refletir sobre os limites entre direitos individuais e privatização das responsabilidades pelo bem-estar social com base nos vínculos familiares.

A unificação de políticas sociais recentemente, através do bolsa-família que reúne quatro programas federais (bolsa-escola, bolsa-alimentação, vale-gás e cartão alimentação) reacende a polêmica da vinculação de políticas sociais a um determinado modelo de família²⁸, uma vez que a transferência de renda está relacionada, entre outros aspectos, à presença nas famílias de filhos com até 15 anos. O programa também está vinculado a contrapartidas que pretendem favorecer que se rompa o viés assistencialista rumo à idéia de “portas de saída” da exclusão

²⁸ Para considerações sobre a prevalência dos programas de transferência de renda na política social brasileira ver (SILVA; YAZBEK; GIOVANNI, 2004).

social.

Nesse sentido, as contrapartidas indicadas são as seguintes: manutenção de filhos em idade escolar na escola; frequência regular de crianças de zero a seis anos de idade aos postos de saúde, como manutenção do cartão de vacinas atualizado; frequência de mulheres aos exames de rotina; retorno de adultos analfabetos à escola, devendo todas as famílias participarem de ações de educação alimentar que devem ser oferecidas pelo governo (SILVA; YASBEK; GIOVANNI, 2004, p.138-139).

A partir das análises de Castel (2004, 2005), é possível relacionar iniciativas como o bolsa-família, num quadro de políticas de renda mínima de inserção (RMI), em face da relação propriedade-segurança. Seria a propriedade individualizada (renda a ser usada livremente) suficiente para assegurar o bem-estar dos cidadãos? Se não nos parece legítimo ao Estado condicionar uma renda de cidadania a uma determinada configuração familiar, parece válido, através de bens coletivos, como serviços de saúde e educação, garantir adequada socialização das crianças e respaldo pessoal e familiar aos adultos, segundo um ideário de bem-estar familiar, desde que seja esse igualitarista, pluralista e equilibre individualidade e solidariedade grupal.

A partir da oposição entre proteção e exclusão/vulnerabilidade social, pode-se pensar as conseqüências das políticas sociais para a integração da sociedade e a solidariedade social. As políticas de renda mínima universal pretendem assegurar a segurança material, atrelando-a à idéia de cidadania.

Muitos autores (ROSANVALLON, 1998; ZALUAR, 1997; CASTEL, 2004, 2005) têm realçado a preocupação de que, na medida em que se assegure renda a todos, evite-se o estigma de “parasita social”. Discute-se ainda a utilização de contrapartida sob a forma de trabalho socialmente útil ou engajamento em sua recuperação social, como forma de garantir que a proteção favoreça a construção da autonomia dos beneficiários e não que seja transformada em um vínculo permanente de dependência.

6.2 Aspectos emocionais: vivências e significados

Além da perda das relações sociais, algumas das adolescentes estudadas sentem ainda mais a mudança de vida com a chegada da criança, devido à necessidade de trabalhar para se manter ou ajudar no orçamento doméstico e voltar

a estudar torna-se um sonho mais distante ainda, pois, muitas vezes, o trabalho é árduo por falta de qualificação, levando ao desgaste, distanciando cada vez mais a adolescente do retorno à escola.

Observa-se que a mudança de vida para a adolescente, após a reincidência de uma gravidez não programada, acontece de forma radical; no primeiro momento abandona os estudos e, assim, surge a interferência em sua relação social. Após o nascimento da criança, as obrigações de estar sempre ao lado do filho, amamentando, ou prestando cuidados e ainda ter que cuidar do outro filho menor, afasta ainda mais a adolescente de seu convívio social, interrompendo o vínculo afetivo com seus amigos, pois os filhos impedem que essas jovens exerçam atividades peculiares à sua idade como vinha acontecendo anteriormente à gestação.

Esse isolamento do grupo de amigos é natural, uma vez que esses continuam vivendo seus sonhos de adolescentes e caminhando para o desenvolver da idade adulta. Entretanto, as mães adolescentes precisam assumir abruptamente esse papel e, com a reincidência, esse papel fica ainda mais complexo, o que acarreta responsabilidades dobradas, independente do querer tê-las.

Ser mãe, ter um filho na adolescência, ter um segundo filho na adolescência e ainda ter mais um, dois ou três filhos na adolescência, não significa que a jovem se tornou adulta. É uma situação difícil e como se pode observar, gera conflitos, insegurança, medo da rejeição e da falta de apoio familiar e social, deixando a adolescente em conflito com o seu núcleo de convívio e consigo mesma.

Engravidar do meu primeiro filho com catorze anos e ele nasceu quando eu tinha 15 anos, não tive apoio de meus familiares, não queria engravidar naquele momento, meu segundo filho fiquei um pouquinho triste e custei a acreditar, passei por muitas dificuldades financeiras. Tenho dez irmãos, o mais velho tem vinte e nove anos e o mais novo seis anos, a nossa vida é muito difícil, parei os estudos, sempre tenho que trabalhar fora, fazer uns bicos para poder comer (Angélica).

Mais uma vez engravidar sem esperar, estava com dezoito anos. A família te olha de um jeito que parece que você não tem responsabilidade. Me sinto mal às vezes. O namorado não assume, os amigos somem, estou me sentindo muito sozinha, pareço uma velha cuidando de casa e quatro filhos. Gostaria de voltar a estudar (Hortência).

Engravidar novamente aos dezessete anos, não esperava, namorar é bom, mas cuidar de criança é muito trabalhoso, não tenho tempo para mim, meu companheiro não liga muito para mim, sai muito, nem dá satisfação, e eu tenho que cuidar de tudo, se eu pudesse queria voltar atrás, estudar, passear e me cuidar mais (Palma).

O terceiro filho não esperava mesmo, foi muito vacilo, estava com vinte anos, até os seis meses de gravidez não conseguia aceitar, eu já tinha voltado a trabalhar fora “numa fábrica”, tinha convênio médico para mim e as crianças e tinha voltado a estudar, estava fazendo o supletivo à noite ia terminar a 8ª série, mas tive que parar tudo. Meu sonho é fazer um curso técnico de enfermagem. Sou católica e meus filhos são batizados, mas tenho pouco tempo para freqüentar a igreja. A terceira gravidez é a mais complicada, porque agora a gente vê que não dá para sair de casa mesmo, queria trabalhar, estava fazendo diária, mas faltou muito por causa da doença dos filhos e minha patroa fica chateada (Rosa).

Observa-se, nas falas acima, que os estudos são importantes para as mães, mas foram percebidos só agora, quando as mesmas relatam sentir necessidade de estudar. A educação infantil e o ensino fundamental são duas etapas extremamente importantes para o desenvolvimento integral do ser humano. Os estímulos que uma criança recebe nos primeiros anos de vida definem seu sucesso escolar e seu desenvolvimento (BRASIL, 2005). O Departamento de Políticas de Educação Infantil e Ensino Fundamental do MEC analisa que a gestão democrática da escola, os materiais didáticos pedagógicos e a formação do professor são fatores determinantes para a qualidade social da educação que forma indivíduos críticos e criativos para o pleno exercício da cidadania (BRASIL, 2005).

O ensino fundamental é composto por oito anos de estudo, sendo a idade fixada para o ingresso da criança de sete anos e sua conclusão esperada para a idade de 14 anos.

A idade de ingresso das mulheres estudadas no ensino fundamental foi variável. As questões familiares e sociais interferiram no ingresso e a gravidez na adolescência na sua continuidade. Constatados nesta pesquisa que somente Rosa e Margarida tiveram oito anos de estudo cada, as outras tiveram sete, seis e cinco anos de estudo.

Assim, as mulheres apresentam, de maneira geral, baixa escolaridade, sendo possível observar atraso na progressão normal durante sua freqüência à escola por curto período. Tal fato aponta o fracasso escolar que elas tiveram e pode ter sido reflexo de rendimento insatisfatório que se agravou com a descoberta da gravidez na adolescência, conforme se pode ler nos trechos a seguir.

[...] fazia a 5ª série, mas tinha o temperamento rebelde demais, aí não dava certo, eu preferia namorar do que aplicar nos estudos, aí[...] engravidei[...] , pelo menos não tinha que estudar matemática [...] (Primavera).

Estudar pra mim era um pé no saco, nunca gostei de estudar, comecei a estudar na hora certa, fiz a 5ª série e fiquei grávida, nunca tive paciência de estudar[...] (Angélica).

Observa-se em suas falas que elas atribuem o seu fracasso a si próprias, pelo desinteresse pelos estudos, não questionando a qualidade da escola ou dos professores, o difícil acesso à escola, a desagregação familiar, o trabalho infantil, embora esse, ocorrido no

âmbito familiar, e a desestruturação da rede estadual de ensino identificada por meio de greves dos professores ocorridas durante o período letivo. Esses e outros fatores podem ter contribuído para o desinteresse pelos estudos apresentados por elas.

As mulheres, quando narram o abandono escolar, na ocasião da gravidez, demonstram arrependimento por não terem se dedicado mais aos estudos e relacionam a situação atual de suas vidas com a falta de qualificação o que lhes impede de ter melhores possibilidades de trabalho e, conseqüentemente, mobilidade social. Entretanto, apesar do fracasso escolar que elas vivenciaram em suas trajetórias de vida, e a gravidez ser a principal razão da evasão escolar e a maternidade o ponto de dificuldade na continuidade dos estudos, observa-se que ser mãe entre elas pode ser considerado como sucesso de um projeto de vida, em algum momento, estabelecido por ela.

Rosa acredita que lhe faltou juízo por ter engravidado cedo e caso isso não tivesse ocorrido poderia ter continuado a estudar e hoje estaria trabalhando, ou seja, com outra perspectiva de vida. Ela se sente presa dentro do contexto da maternidade, fato que lhe impossibilitou outras realizações pessoais: “Faltou juízo, se eu tivesse estudado, não teria tido tanto filho, e hoje não seria uma simples dona de casa cheia de crianças para cuidar”.

É importante, entretanto, que não se reduza o abandono escolar dessas jovens mães somente ao fato de terem engravidado ou de serem mães, mas o fracasso e o abandono escolar provocado pela gravidez podem estar relacionados com o contexto de desvantagem social em que elas estão inseridas, como também à falta de apoio para que elas pudessem continuar a estudar, pois, como já se pôde observar, o fracasso escolar já era uma realidade antes da ocorrência da primeira gravidez. Percebe-se que as entrevistadas não visualizam a oportunidade de mudanças futuras, a volta aos estudos, a conquista de novas oportunidades de trabalho, pois vivem distantes, dependentes de sua condição atual, e demonstram essa concepção através de suas angústias e sentimentos.

Sentimento é definido como o ato ou efeito de sentir, ligado à sensibilidade, à disposição afetiva em relação às coisas de ordem moral ou intelectual e pode ser descrito como afeto, amor, tristeza, pesar entre outros (FERREIRA, 1993).

As mulheres deste estudo, que foram mães na adolescência, pelo tempo que vivenciam a maternidade, já têm definido o seu papel materno, pois, mesmo ainda muito jovens têm mais de dois filhos e hoje não contam mais com a mesma rede de apoio que podem ter tido disponível na primeira gravidez. Observa-se alguns sentimentos de angústia e perdas. Apesar do desejo que elas apresentaram de ser mães, a vivência da maternidade, em situações tão adversas e após passar o encanto inicial, é ressignificada por várias delas e sentimentos contraditórios são expressos, mostrando a realização do desejo de ser mãe, mas, ao mesmo tempo, percebendo o ônus que carregam por viverem em condições adversas e em um contexto de vida de exclusão social.

Minha vida piorou [...], ficou tudo mais difícil [...]. Queria que tudo fosse diferente, mas agora tenho minha família e tenho que agüentar as pontas (Rosa).

Fiquei meio rancorosa, amarga como dizem as pessoas [...] sem aquele encanto que era antes, meu companheiro sai como se eu não estivesse ali [...] me ignora, mas eu sou gente [...] tenho meus sentimentos (Palma).

As falas evidenciam sentimentos de grande insatisfação com o rumo que suas vidas tomaram, de sofrimento, violência e solidão. Esse sofrimento está relacionado à falta de afetividade e de apoio a que essas mulheres estão sujeitas, assumindo toda a responsabilidade dos cuidados com os filhos, responsabilidade essa que muitas vezes é um peso em suas vidas tão jovens. Esses sentimentos mostram a contradição dessas gravidezes, cuja maioria não foi planejada, mas não foram caracterizadas como indesejáveis.

A maternidade na adolescência ocorreu no momento em que essas mulheres poderiam estar realizando outros projetos de vida, entretanto, o contexto desfavorável de inserção precoce no trabalho doméstico, o desinteresse pelos estudos, o fracasso escolar e a falta de oportunidade de ascensão não favoreceram o desenvolvimento individual das jovens mães. Dessa forma, apesar de os sentimentos negativos, que apresentam em relação à maternidade não planejada, assumem o papel de mães e esposas, restringindo seu espaço social ao contexto doméstico. Assim, a maternidade que, no momento de sua ocorrência representou sua passagem para uma posição de mulher adulta, responsável, com papel definido na sociedade em que estão inseridas, na atualidade representa obstáculo à mobilidade social, visto que as impede de retornar aos estudos, bem como sua inserção no mercado de trabalho.

Como se pode observar, a jovem interrompe uma fase de sua vida onde os sonhos e a ilusão eram predominantes e passa a viver a realidade de cuidar e ser responsável pela educação de uma criança.

Considera-se que, para a adolescente, principalmente quando tem mais de um filho nessa fase, essas mudanças acontecem, com maior intensidade, tendo em vista o despreparo propiciado pela pouca idade e maturidade emocional e a maternidade é uma imposição decorrente dos fatos e não uma opção responsável e consciente.

Nota-se que a adolescente poderá ser adequadamente compreendida se se conhecer a realidade em que vive junto à sua família. Pois a criança transforma a vida não só da adolescente mas também altera os hábitos da vida familiar, onde se estabelece inversão de papéis, na qual a adolescente passa da posição de filha para

realizar a função de mãe. A família sente todas essas mudanças decorrentes do nascimento da criança, inclusive com o aumento da preocupação de cuidar de uma criança e continuar cuidando da jovem mãe. Observa-se nas falas das adolescentes grande preocupação com os fatores relacionados à mudança de vida, ao abandono dos estudos e ao aumento da responsabilidade.

Engravidar novamente aos dezoito anos, na troca de medicação. A gravidez acaba com as amizades, larguei os estudos, estou desempregada, estou preocupada com minha saúde, não me sinto muito bem, todo dia acordo meio zozona e tenho dores de cabeça muito fortes, aí eu falo[...] vou no médico, mas aí começa a correria, filhos pra cuidar, roupa pra lavar, vem a hora do almoço, aí o dia vai passando, tomo um remédio e o dia acaba (Angélica).

Engravidar novamente aos dezessete anos, meu companheiro ficou contente, temos muito conflito, minha mãe ajuda sempre que pode, sinto muito a morte do meu pai, meu companheiro diz que minhas amizades atrapalham o relacionamento, larguei meus estudos, me sinto sozinha, a responsabilidade dobra, não quero ter mais filho, a minha relação é muito instável, tenho até medo de pegar uma doença, pretendo colocar um DIU (Palma).

Engravidar novamente aos quinze anos, não havia planejado outra gravidez, mas não estava usando nenhum método, fiquei triste e o pai do bebê também não gostou, não queria que eu engravidasse, depois que o bebê nasceu nos separamos, ele vive desempregado, eu larguei a escola, o trabalho, as amizades e agora só tenho muita responsabilidade. O momento mais difícil da minha vida foram as minhas gravidezes, foi muita ingenuidade ter engravidado tão nova com apenas treze anos (Violeta).

Pode-se observar e detectar, através das falas das adolescentes, que a gravidez na adolescência e, conseqüentemente, a incidência de nova gravidez precoce leva realmente à interrupção das relações sociais, pois quando a jovem interrompe o estudo e o trabalho deixa de crescer seu grupo de iguais e perde assim elemento de apoio afetivo muito importante em sua vida.

6.3 Aspectos reprodutivos: assistência à saúde e promoção da saúde

Os serviços públicos que prestam assistência à saúde das adolescentes, por sua vez, não desenvolvem programa específico de atendimento a adolescentes grávidas.

Apesar da preocupação do Programa Saúde do Adolescente (PROSAD) para propiciar treinamento continuado aos profissionais da área da saúde que trabalham

com adolescentes, observa-se que as adolescentes, assistidas em Unidades Básicas de Saúde do município e que terminaram essas consultas na maternidade, tinham realizado em média três consultas de pré-natal durante o período gestacional e os exames de rotina solicitados pelo médico que as atenderam, segundo anotações nos cartões e a fala das mesmas foram: hemograma, anti-HIV, VDRL, ABO + Rh e indicação de vacinação antitetânica. Entretanto, sabe-se que na assistência em consultórios médicos particulares, existe número maior de consultas durante o período gestacional, perfazendo o que seria considerado como o ideal ou satisfatório para o acompanhamento dessas adolescentes que são mais de seis consultas.

Observa-se que, pelo fato de as depoentes terem baixa escolaridade, dificuldade de acesso aos serviços básicos de saúde, antes que o PSF se instalasse na comunidade, e dificuldade de diálogo dentro do contexto familiar as mesmas não tiveram oportunidade de se inserirem em programas de orientação sexual que auxiliassem a compreender e a aprendizagem acerca da sua sexualidade, situação que as deixaram mais vulneráveis aos riscos pertinentes ao exercício da mesma, pois de acordo com Bozon (2004, p.40) “a adolescência é uma idade que tem como objetivo o acesso à sexualidade”.

Na relação com o parceiro do outro sexo, “o aprendizado da autonomia se faz permeado pela descoberta das regras que presidem a relação entre gêneros e as dificuldades daí decorrentes” (BRANDÃO, 2004, p.65). Para Aquino et al. (2003) “a entrada na sexualidade é um processo de experimentação física e relacional que se inicia antes e se estende até depois da primeira relação sexual”, ou seja, essa aprendizagem é algo que vai se construindo de forma positiva na dependência de como essas relações se estabelecem e os conhecimentos vão se consolidando (p.383).

Essa diferença na assistência à saúde que se percebe entre o serviço público e privado se refere ao atendimento à adolescente grávida. A inexistência de programa específico de atendimento para esse grupo e a falta de compromisso e capacitação profissional que realiza o atendimento preocupa, tendo em vista a importância da assistência médica durante as consultas de pré-natal, pois, nesse período, é que a adolescente e sua família devem receber orientações quanto à gestação e aos cuidados para não reincidir na gravidez precocemente.

As adolescentes, geralmente, iniciam o controle pré-natal no segundo

trimestre de gestação, pois no início tentam esconder a gravidez da família ou mesmo pelo desconhecimento da importância desse controle, como se pode observar a seguir.

Agora que tenho três filhos queria colocar o DIU e conversar melhor com o médico, queria saber melhor sobre esse tal de planejamento familiar, se eu poderia fazer. Não posso correr o risco de engravidar de novo sem programar, não queria mais filhos, mas não tive tempo para ir me consultar, era muito serviço em casa, as crianças tomam muito tempo. Foi apertado só dois anos de diferença e o meu primeiro filho nasceu com problema físico e mental, sofri bastante, foi muito difícil. Ainda bem que a minha mãe me ajudou bastante. Meu primeiro filho me dá muito trabalho ainda, tem vários retornos no HC. Quando ele nasceu, achei que era normal, mas ele não andava, fui descobrir quando ele tinha oito meses que teve “anoxia”. Teve paralisia do lado direito devido a uma isquemia cerebral. Tem ainda convulsões e toma remédio controlado. Eu e meu marido estávamos passando apertado, fomos morar com minha avó, faz um ano que voltamos a morar sozinhos, meu marido trabalha à noite, ganha cesta básica. Estou me sentindo bem, meu marido me ajuda com as crianças e a casa no que ele pode, mas estou com problemas alérgicos, “rinite”, sinto dores de cabeça, tenho muita infecção urinária, cistite, temos convênio com a Santa Casa, mas não tenho tempo para ir ao médico e vou deixando (Rosa).

Tenho vinte e três anos e dois filhos, tive depressão após o primeiro filho, era muito nervosa, tive estresse, sem paciência, enxaqueca, sinusite, nunca fiz pré-natal, só na hora de nascer, acho que não sou muito fácil de pegar barriga, porque eu não evito muito. Meu sonho é ter minha casa própria, cuidar dos meus filhos, penso em voltar a estudar, eu pretendo ter mais um filho, quero uma menina, tenho dois moleques. Preciso ir ao médico porque acho que estou com uma infecção, umas semanas atrás o médico do pronto atendimento disse que era uma leve lesão no colo do útero, tenho que passar no ginecologista e fazer ultra-som. Tive um aborto recente, mas não quero falar sobre isso, estou muito insegura, preciso ir mais ao médico (Margarida).

Tenho três crianças, estou morando num cômodo com uma amiga e trabalhando em casa, a fábrica de bijuteria manda umas peças pra eu montar, fico o dia inteiro montando peças e cuidando das crianças. Elas estão sem creche porque eu perdi o dia da inscrição. Não estou estudando, tinha voltado e começado fazer supletivo na 8ª série. Minha avó me ajuda como pode. Não ando muito bem, tenho enxaqueca e pressão alta, não quero saber de homem, parei de “transar”, tô tentando colocar o DIU (Violeta).

Tenho vinte e três anos e cinco filhos, pretendo fazer uma laqueadura, tenho consciência de que não posso mais ter filho, fico muito nervosa e deprimida com as crianças, tive depressão após o parto, sofro muito por ter um bebê doente, não tive uma gravidez muito tranqüila, sempre fui muito nervosa, fico impaciente, é muita responsabilidade, Engravidei novamente aos dezesseis anos, o bebê nasceu doente com citomegalovírus (alteração auditiva ocular). Eu acho que não tinha muito juízo de engravidar de novo. Meu marido arrumou emprego na fazenda, e fomos morar lá, mas logo ficou doente. Ficou internado 2 meses e sete dias toma medicação direto. Não conseguia vim no médico e engravidei de novo com 19 anos, fiquei com medo que o bebê nascesse com o vírus. É difícil ser tão nova com três bebês, é muita responsabilidade, muito sofrido. Pretendo fazer uma laqueadura, tenho consciência de que não podia mais ter filho, fico muito

nervosa e deprimida, fico impaciente, é muita responsabilidade. Engravidei do quarto filho e não queria engravidar mesmo, entrei em choque, fiz tratamento no HC de depressão, minha mãe não tem condições de me ajudar, moro na fazenda perto de Ribeirão, falta dinheiro para coisas tomei muito remédio fluxetina, haloperidol (ficava meio dopada) tentei me matar. Tomei um monte de remédio de uma só vez. Estava com 21 anos, foi horrível. Agora estou com 23 anos acabei de ter meu 5º bebê estou morando com minha mãe e as crianças e minha casa fica na fazenda faço tratamento no HC e eles disseram que vão colocar o DIU. Estou fazendo tratamento também com psicóloga e psiquiatra. Ter um filho nova só me trouxe problema (Primavera).

Tenho vinte e um anos e três filhos, até hoje não aprendi como evitar direito, meu marido não quer saber de usar camisinha, eu esqueço de tomar pílula, mas também ela me deixa com dor de estômago. Não tenho com quem conversar (Palma).

Depois que tive meu filho, fiquei com depressão (Angélica).

Destaca-se, nesse grupo, falta de preparação para a iniciação sexual e descobrimento dos riscos inerentes a ela, levando-as a se inserirem nessa prática sem avaliação de sua saúde, sem uso prévio de métodos contraceptivos e de sexo seguro, sem conhecimento da família sobre sua decisão, fatores que contribuíram para que a experiência fosse vivida como fruto da situação ou do acaso. Sabe-se que é importante que os adolescentes sexualmente ativos devam ter acesso a serviços, seja de saúde ou de educação, de orientação sexual e de planejamento familiar, situação não vivenciada pelas jovens mães entrevistadas, que estão distantes desses cuidados fundamentais à saúde.

Acredita-se que a assistência à adolescente grávida deve ser global e planejada até após o nascimento da criança, porém, é no período gestacional que se deve iniciar esses cuidados com as consultas pré-natal com o objetivo de prevenir riscos com a saúde e também uma nova gravidez precoce.

Essas ações de orientação e apoio às adolescentes e suas famílias, apontadas a partir de observação, aqui, e pela literatura, deveriam fazer parte de contexto mais amplo de promoção à saúde, e, de acordo com Mendes (1996, p.76-77):

[...]a promoção de saúde se constitui numa estratégia de mediação entre as pessoas e o meio, envolvendo escolha pessoal com responsabilidade social. Neste sentido, se move através de duas vertentes complementares: a educação para a saúde e políticas sociais definidas, baseadas no pressuposto de que as ações devam ser integradas e interativas através de amplos meios políticos, legislativos, fiscais e administrativo, numa concepção de saúde apreendida como resultante do modo de vida das pessoas e de sua interação com o meio físico e social.

McKinla, citado por Mendes (1996, p.75-76), diz que:

[...]promoção de saúde não pode se prender apenas aos fatores de risco, uma vez que o indivíduo não existe em um vácuo, o direcionamento das intervenções de saúde pública, para produzir mudanças no estilo de vida individual, contribui distraindo a atenção de outras áreas de trabalho. Tais intervenções individuais “descontextualizam” o comportamento de risco e falha no investimento de recursos, uma vez que tais comportamentos são socialmente gerados e mantidos. Reconhece a importância de tais investigações, contudo, não podem estar separadas dos aspectos mais abrangentes do sistema social, ou seja, políticas governamentais, prioridades organizacionais e comportamentos profissionais. As investigações vêm demonstrando que uma estratégia integral dirigida à população é mais efetiva e eficaz que uma ação a nível de alto risco individual.

O acesso da população a serviços de qualidade, através de políticas públicas, não é suficiente. Faz-se necessária a mobilização da população (BUSS, 1996). É importante ressaltar a definição da Carta de Otawa que refere a promoção de saúde como “um processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo” (BUSS, 1996, p.170).

Observa-se, na fala das adolescentes que voltaram a engravidar, que não é preciso consultar o IBGE para constatar que existe epidemia de gravidez na adolescência, no país. Cada bebê assim nascido tira a mãe da escola e empobrece a família dos avós e parentes, porque os homens dificilmente assumem paternidades não desejadas e não programadas, mesmo que as desejem não as programam e geralmente também não as assumem por falta de condições financeiras e do desemprego.

Esses bebês não programados pelo jovem casal de namorados vêm ao mundo como consequência da ignorância e da dificuldade de acesso aos métodos de contracepção. Embora no papel o programa brasileiro de planejamento familiar seja considerado dos mais avançados, na prática ele chega capenga à população de baixa renda. As pílulas distribuídas nos postos de saúde são as mais baratas do mercado (e que mais efeitos colaterais provocam); os anticoncepcionais através de adesivos a serem trocados apenas uma vez por semana, ideais para vencer a indisciplina das adolescentes como os estudos demonstram, não estão disponíveis; os dispositivos intra-uterinos (DIU) são virtualmente ausentes e camisinha, à vontade, só no Carnaval. (VARELLA, 2003).

Dos partos realizados atualmente na rede pública, cerca de 25% são de adolescentes. Em 1990, essa proporção era de 10%, ou seja, todos os anos o Brasil ganha mais um milhão de mães precoces, fragilizadas na escola e no mercado de trabalho.

O governo federal lançou no segundo semestre de 2003 novo projeto referente à distribuição de camisinhas nas escolas, acompanhado de programa de educação sexual, mas falta ainda política coerente e abrangente para a juventude que envolve diversos ministérios e não somente a área da saúde.

Sabe-se que a gravidez precoce significa riscos de saúde, é uma das razões, entre outras, porque o Brasil é o campeão mundial de mortalidade materna, mas o obstáculo maior para essas jovens é a falta de progresso escolar e profissional que causa essa gravidez, aumentando a miséria econômica e social desses jovens.

Dados do IBGE (2003), mostraram que 3,7 milhões de jovens estão sem emprego, quase metade do total de desempregados brasileiros. O dado mais grave é que 4,5 milhões de jovens não trabalham, não estudam, nem procuram emprego, vivendo em inatividade. Não fazem parte nem sequer do índice de desemprego, é gente jovem, que já desistiu de tudo, por falta de perspectiva futura. (DIMENSTEIN, 2003).

Sob esse ponto de vista, observa-se que a gravidez não planejada aponta para a desigualdade entre os gêneros. Os parceiros não estão presentes nos relatos como alguém que divida as responsabilidades na reprodução, mostrando relação de desigualdade existente entre eles, que os libera da responsabilidade e da prevenção de uma gravidez não desejada, cabendo a elas todas as decisões sobre o que fazer com a próxima gestação e assumir mais uma maternidade.

A primeira e as gravidezes subseqüentes, para a maioria das jovens estudadas, não foram desejadas, porém, assumir a responsabilidade com a gravidez e a maternidade faz parte do cotidiano dessas jovens, que não encontram métodos seguros de controle da reprodução, ou método eficaz de evitar essa ocorrência.

Observa-se, além do risco de gravidezes muito precoces, o fato de as mesmas estarem acontecendo pelo não uso do preservativo, feminino ou masculino, que poderia evitar também e no caso o mais preocupante, nesse caso, as doenças sexualmente transmissíveis, e ainda a contaminação com o vírus da hepatite e do HIV, que são fatais, e podem levar a óbito mulheres tão jovens.

As mulheres se queixam da falta de liberdade e se ressentem da atitude do

parceiro, que as trai. Badinter (2004, p.27) afirma que a dominação masculina baseia-se no poder dos homens em tratar as mulheres como objetos sexuais.

De acordo com Salem (1986), a sexualidade masculina pode ser representada em termos de uma teoria sexual pulsional, tendo em vista o desejo incontrolável que o homem tem de transar, ligado à “vontade” de fazer sexo. Segundo a autora, a traição masculina prevê, simultaneamente, vínculos com diferentes parceiras, fato creditado “à dificuldade masculina de resistir aos apelos das numerosas [...] parceiras sexuais que afirmam haver tido ao longo da vida” (SALEM, 1986, p.28).

Bozon (1998) reconhece que as trajetórias conjugais atualmente vêm sofrendo modificações ao longo da história e que existem modificações no papel da mulher com esperada modificação de sua sexualidade, não parece ser isso que se observa entre essas jovens mulheres estudadas aqui, que ainda mantêm padrão em que o homem exerce papel mais autônomo no exercício de sua sexualidade e a mulher se subordina a essa conduta masculina reconhecida como parte de sua natureza. Entretanto, observa-se que, ao se subordinarem a essa situação ou troca de parceiro, não significa que elas a aceitem como natural, mas em suas narrativas demonstram a impossibilidade de agir devido à dependência econômica que têm dos mesmos ou a busca de nova segurança financeira.

Segundo Badinter (2004) e Salem (1986), o desenvolvimento psicossocial mostra-se de máxima importância quando se fala de prevenção e promoção da saúde, porém, lamentam que esses aspectos, junto com as condições socioambientais, sejam os que são permanentemente negligenciados no modelo de saúde vigente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa suscitou reflexões sobre expectativas e possibilidades acerca da construção coletiva de um modelo de atenção e de gestão para o sistema público de serviços de saúde que, mesmo necessitando de parcerias para sua complementação e desafios, seja centralizado em necessidades e não somente em demandas. Assim, reflete-se, aqui, sobre as possíveis incorporações de novas práticas assistenciais e de gestão que abarquem o planejamento ascendente e compartilhado e a institucionalização da avaliação continuada em saúde.

A possibilidade de arranjos inovadores, principalmente para a atenção básica, com a utilização de ferramentas tais como o Programa Saúde da Família ampliado, o acolhimento da mãe adolescente e o acompanhamento dessa família durante o processo reprodutivo, como uma jovem em desenvolvimento para a vida adulta, o apoio matricial, estendendo as ações às questões de gênero, o prontuário unificado iniciando na Unidade Básica de Saúde e se estendendo no nível secundário e terciário, permitindo acompanhar a evolução sexual e reprodutiva dos jovens numa abordagem transdisciplinar, entre outros, corroboram para a necessidade do exercício dos profissionais de saúde, com vistas à atenção mais responsável, para um planejamento familiar resolutivo e humanizado.

A inserção do assistente social em programas como saúde da família pode tornar-se estratégia importante para o trabalho em saúde interdisciplinar no atendimento à saúde integral de jovens mães. Refletindo não somente no desenvolvimento de novas competências sociopolíticas e teórico-instrumentais, no sentido de promover a (re)legitimação e o alargamento do espaço profissional, à pesquisa, à produção de conhecimento e às alternativas de sua instrumentalização, mas, contribuindo para o desenvolvimento de novos projetos e políticas, pois a profissão está permeada por instrumentais que captam o conhecimento sobre a realidade social, enriquecendo o instrumental científico de análise da realidade social e acompanhamento atento da dinâmica conjuntural e, como resultado dessa postura investigativa cotidiana, pode subsidiar ações futuras para atenção à saúde da jovem mãe em nossa realidade local.

Esse envolvimento da profissão com a demanda do estudo em referência, oferece subsídios analíticos para uma ação conseqüente na realidade social,

coerente com o projeto ético-político do Serviço Social, articulando-o com o Projeto de Reforma Sanitária na Saúde, tendo como horizonte o projeto societário de Democracia de Massas que defende a retomada pelo Estado no papel de condutor do processo de desenvolvimento e de redistribuição de renda com ampla participação social.

Constata-se nos estudos realizados, no que concerne à reincidência da gravidez na adolescência, que várias mudanças ocorreram na vida dessas jovens mulheres, entre eles o comprometimento do desenvolvimento familiar, social e principalmente individual foram relatados pelas jovens.

Melhorar a resolutividade e qualificar o modo de produzir ações de saúde são questões que perpassam o quanto e quais tecnologias podem ser agregadas a cada componente do sistema para o alcance de metas, que não desvalorizem os recursos humanos disponíveis para o cumprimento das ações.

Sob essa lógica, a estratégia dos programas de saúde do adolescente tanto na perspectiva pública como privada mostrou sua capacidade de tornar-se instrumento importante para a atenção básica, pois ambos estão preocupados com a prevenção e promoção da saúde, garantindo acessibilidade e equidade e, por conseguinte, uma das faces da integralidade da atenção à saúde, mas, para isso, os desafios foram percebidos claramente quanto ao direcionamento da demanda a ser atendida, adolescentes que não estão mais freqüentando as escolas e não estão buscando os serviços de atenção básica, oferecidos pelos referidos programas, desqualificando o sistema de serviço de saúde, a um modelo de atenção e de gestão que considere as necessidades dos usuários no processo de planejamento e no desenvolvimento da política pública de saúde.

O estudo evidenciou aspectos da estrutura organizativa do sistema de saúde local, apontou tendências e acenou para possibilidades de um “fazer diferente” na necessidade de entender a realidade do sujeito social, usuário dos sistemas, e ao modo de produção das ações de saúde. A explicitação de muitas inquietações a respeito do modelo de atenção e de gestão desejados e de possíveis intervenções para essas conquistas podem ser compreendidas como contribuições dessa pesquisa, na medida em que se transformem em objetos de outras investigações.

Desse modo, acredita-se que a metodologia empregada no desenvolvimento do estudo permitiu o cumprimento dos objetivos propostos.

Foi possível, por meio da análise qualitativa, apreciar aspectos do resultado

de programas importantes para os adolescentes que se estendem aos cuidados com a família no município de Ribeirão Preto, SP, e as percepções das jovens mães que, mesmo distantes dessa realidade, poderão ser incluídas através de ações mais concretas.

Quanto à análise das narrativas das jovens mães, suscitou reflexões sobre suas histórias de vida, cuja maternidade ocorreu na adolescência, sendo que as histórias foram mais ricas e expressivas de informação do que se conseguiu apreender ao longo do processo de construção deste estudo, não sendo possível esgotar o seu conteúdo.

O objeto deste estudo foi centrado na construção social da maternidade na adolescência, em relação à saúde sexual e reprodutiva. Para isso colou-se como pressuposto que as jovens mães colaboradoras deste estudo, oriundas de camada social mais desfavorecida economicamente, usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS), puderam estabelecer na maternidade na adolescência seu projeto de vida, os cuidados necessários e o controle de sua saúde, participando do Planejamento Familiar. Entretanto, essa escolha ou acontecimento de concretizar novos projetos que lhes dessem condições e poder de negociação e enfrentamento das desigualdades de gênero, vividas em si mesmas e com seus parceiros, também as afastaram dos serviços de saúde, entendendo-se como não amparadas quanto aos desafios dos sistemas de proteção social para a conquista da saúde integral da jovem mãe e seu segmento.

Ao se utilizar o referencial de mudança na forma de aproximação dos sujeitos/objetos de estudo, consistente com a alteração temática mencionada anteriormente, o termo *adolescente*, mais afeito a abordagens de cunho psicológico, cedeu lugar em neste estudo ao termo *jovem*, mais próximo da tradição sociológica. Essa compreensão foi necessária, por se tratar de pesquisa que perpassa pelo entendimento de diferentes disciplinas que desenvolvem suas concepções sobre juventude e adolescência como fases de grande agitação, tensão e turbulência, associadas às transformações relativas às dimensões corporal, subjetiva e cotidiana e aos choques com a ordem social. Em decorrência do forte conteúdo social dessas dimensões, as marcas da idade referentes a cada um desses momentos – adolescência e juventude – são dificilmente passíveis de definição fixa e universal, portanto, necessárias de releituras e novas dimensões reflexivas.

Esse processo possibilitou entender a juventude brasileira e perceber os

processos resultantes de conjugação específica entre herança histórica e padrões societários vigentes. Verificando que são os mais pobres os mais atingidos pelos processos de desqualificação, geradores de desigualdades sociais. A universalização de direitos e acessos não anula automaticamente os mecanismos que ancoram preconceitos e discriminações sociais. Desvantagens relativas acentuadas são expressas nas relações etnoraciais e nos atributos de gênero, idade, local de origem ou de moradia e também de orientação sexual. Nesse sentido, constatou-se que a juventude é como um espelho retrovisor que reflete e revela a sociedade plena de desigualdades e diferenças sociais.

Assim, a condição juvenil – como etapa da vida que se situa entre a proteção socialmente exigida para a infância e a emancipação esperada na vida adulta – tem suas especificidades. Isso porque a experiência geracional é inédita, já que a juventude é vivenciada em diferentes contextos históricos, e a história não se repete. Sendo assim, viu-se, aqui, que a rapidez e as características das mudanças no mundo de hoje interferem nas possibilidades e identidades juvenis e no conteúdo dos conflitos e consensos presentes nas relações intergeracionais.

Percebe-se que as mulheres deste estudo vivenciaram a adolescência por curto período ou passaram praticamente sem vivê-la, pois face às circunstâncias de sua vida, foram obrigadas a amadurecer precocemente, quando se inseriram no trabalho infantil doméstico e iniciaram sua vida sexual.

Nessa vivência, fica estabelecida a desvantagem social que as levaram a não terem oportunidades de romper um ciclo de desigualdade. Os papéis de gênero começam a ser apreendidos na infância e as mulheres deste estudo tiveram seu aprendizado através de situações de subordinação quando se viram obrigadas a se inserir precocemente no trabalho doméstico, que tradicionalmente são atividades femininas, fosse ele remunerado ou não, construindo seu aprendizado voltado para os papéis femininos e sendo exploradas em seu exercício.

A relação dessas jovens frente à sexualidade e à reprodução parece estar inscrita nos modelos mais tradicionais de relações sociais, baseadas na busca da construção de um núcleo familiar em que essa mulher assume papel perante a sociedade em que está inserida, porém, esse papel traz consigo desigualdade de gênero em que o homem exerce poder patriarcal inserido nessa sociedade e aceito por essas mulheres.

Aspecto importante observado, dentro dessa construção de gênero simbólica

e coletiva, é que a maternidade fazia parte do imaginário da maioria das jovens antes da ocorrência da primeira gravidez. Porém, essa maternidade não era um projeto de vida de todas as jovens estudadas, para ser concretizado na adolescência.

Os significados da maternidade na adolescência que se pôde apreender, por meio das histórias das jovens participantes desta pesquisa, foram vários, mas principalmente o desejo de constituir sua própria família.

O casamento e a maternidade embora façam parte de seus desejos e/ou projetos de vida, a concretização deles não lhes traz satisfação completa, ou seja, a realização pessoal não se deu somente pelo exercício do papel de esposa e mãe, que, talvez, em seu imaginário esperassem que acontecesse.

As jovens deste estudo têm consciência do que tiveram de abdicar para assumirem a maternidade e o casamento e fazem referência ao que tiveram que renunciar como a liberdade de sair, o lazer, a possibilidade de trabalho e de continuar com seus estudos devido à maternidade e que talvez, por isso, deversem ter esperado um pouco mais para concretizá-los.

Considera-se que, apesar de se esperar em um modelo mais tradicional de sociedade, as mulheres tenham comportamento mais restritivo à vida privada, elas não se sentem realizadas como mulheres, apenas exercendo o papel feminino voltado integralmente para o espaço doméstico.

Elas vivem uma vida de desigualdade entre seus parceiros, pois, devido às suas funções reprodutivas, vivem divisão sexual do trabalho, tendo o seu dia-a-dia centrado na rotina doméstica, voltada para os cuidados com a casa, os filhos e o parceiro, ocupações tidas como femininas. As jovens estudadas, apesar de na atualidade questionarem essa situação, assumem as tarefas domésticas não tendo oportunidades de vivenciarem relação conjugal mais igualitária, podendo defender sua liberdade sexual com autonomia sobre sua vida reprodutiva.

Essas mulheres, que tiveram sua adolescência marcada pelas desigualdades, declaram que seus projetos de vida são de estudar e/ou de se inserirem no mercado de trabalho, porém, devido ao contexto de vida em que vivem, com ausência de rede de apoio social para ela e seus filhos, não podem realizá-los, pois há déficit de creches que abriguem crianças na faixa etária de quatro meses a seis anos de idade, sendo que as mesmas não são atingidas pelos programas dos governos, tendem a ter mais dificuldades para concretizar seus projetos de vida.

Pela falta de oportunidades e liberdade de escolha, os cuidados com os filhos é o que tem mais valor em suas vidas, pois todos os seus projetos trazem como pano de fundo poder oferecer melhores condições de vida para eles, com melhores oportunidades de estudo, coisa que elas não tiveram, mas que consideram importantes para buscar romper a imobilidade social imposta.

As mulheres deste estudo, também, conseguem analisar as modificações que tiveram de fazer para assumir a maternidade e se ressentem do “encarceramento” doméstico em que vivem, entretanto, para alterar esse padrão seria necessário romper com essa ordem do poder instituído pelo modelo social em que vivemos, com tantas desigualdades sociais.

Pode-se identificar que os desejos, sonhos e aspirações da maioria das jovens estudadas estavam voltados para o mundo doméstico: ter filho, encontrar um parceiro, ter sua casa, estudar e trabalhar para a família. Infere-se que essa é a forma que encontraram para se sentirem inseridas em seu mundo social, com papel eminentemente feminino, podendo ser reconhecidas por ele nesse ambiente.

Existem, em seus projetos de vida futura, a possibilidade de inserção no mercado de trabalho e o retorno aos estudos como busca de melhora das condições de vida da família. Isso não acontece devido às adversidades vivenciadas que parecem mascarar seus desejos de realização pessoal, e assim seus desejos de inserção no espaço público não passam pela necessidade de ter a garantia de assegurar direitos iguais para homens e mulheres, exercendo assim plena cidadania.

A trajetória de vida dessas jovens, que foram mães na adolescência, mostra as diversas formas de se viver a maternidade, mas uma situação pode-se dizer, que é comum a todas elas, são as circunstâncias de vida em que vivem, marcadas pela pobreza e pela desigualdade social. Isso causa consternação, visto que são garantidas na Constituição, desde 1998, políticas públicas de proteção ao cidadão, à criança, ao adolescente, à mulher jovem e à família e essas políticas não conseguem atingir uma camada da população desfavorecida de forma a lhes garantir oportunidades de romper o ciclo da pobreza e assimetria de gênero, restringindo a cidadania.

Governos e demais organizações da sociedade podem ter forte vocação democrática, serem propositivos de políticas públicas no estabelecimento de canais democráticos de interação com os cidadãos, mas podem não contemplar os sujeitos

jovens como um dos focos possíveis das ações e considerá-los parceiros ou segmentos para os quais estariam abertos os canais participativos. Pode ocorrer também o inverso: a formulação de políticas de juventude, mesmo consideradas em sua especificidade, é definida em um quadro de distanciamento, tutela ou subordinação da sociedade diante do Estado, em virtude das orientações prevalentes nos governos que rebaterão diretamente sobre a forma como essas políticas vão equacionar nas relações com os segmentos juvenis.

Para a definição de políticas reprodutivas, entende-se ser fundamental o desenvolvimento de pesquisas que levem em consideração fatores como a autonomia pessoal ou a condição de pessoa, a igualdade, a diversidade e a integridade corporal. Se a condição de pessoa não é considerada, a pesquisa nessa área não levará em conta a autonomia do usuário, portanto, só se procurará desenvolver anticoncepcionais femininos ou inacessíveis para todos, não se pensaria nas diferentes culturas e aceitabilidade dos diferentes usuários e se não considerar a integridade corporal métodos com efeitos adversos e riscos à saúde serão desenvolvidos.

A mudança de paradigma da escolha reprodutiva como direito humano é hoje internacionalmente aceita como base fundadora das políticas, cabendo aos programas levar até os seus usuários a possibilidade concreta em disponibilizar esses direitos.

Enquanto se assiste essa diversidade de ações no campo dos programas federais e a expectativa da implantação e execução no âmbito municipal, outras prioridades deixam de ser desenvolvidas de fato como, por exemplo, o Planejamento Familiar que deveria avançar nos aspectos relacionados à efetivação da cidadania e saúde reprodutiva da mulher, mas deixa a desejar.

Assim, as jovens referem que poderiam ter tido menos filhos ou que poderiam ter esperado serem adultas para realizarem esse sonho. Isso poderia ter sido alcançado se a elas fosse garantido o direito de livremente escolher em que momento seriam mães, pois, devido a todas as circunstâncias de vida em que elas viviam, lhes faltou liberdade de exercer seu direito no controle da reprodução e de compartilhá-lo com seu parceiro, uma vez que defender os direitos reprodutivos para as mulheres significa também estender esses direitos para os homens.

Após essas análises, verifica-se, aqui, que os esforços em atender às necessidades das mulheres nas diversas fases de sua vida, ainda não foram

efetivados em sua plenitude, nem mesmo ações como fornecimento de insumos e métodos contraceptivos têm sua distribuição regularizada e se perdem muitas vezes nos caminhos da política, da burocracia e na inoperância do sistema.

Faz-se necessário ainda discutir aspectos relacionados à perversidade do modelo econômico, concentrador de renda e excludente da maioria da população, adotado no país, pois mulheres sem escolarização, desprovidas de conhecimentos, ficam sem acesso às informações, aos métodos disponíveis para deles se beneficiarem na regularização de sua fecundidade e no planejamento de suas famílias.

A gravidez/maternidade na adolescência é considerada problema de saúde pública, porém, considera-se que não seja ela o problema, mas sim a desigualdade social existente que não dá a todos os membros da sociedade as mesmas oportunidades de escolha e a mesma qualidade de vida. Observa-se que as ações de educação e orientação sexual para os adolescentes e jovens, existentes nos serviços públicos e privados na área de ensino e saúde, embora com inúmeras propostas e projetos, não atingiram e ou não tiveram impacto nessa população estudada, com reflexos na saúde sexual, reprodutiva e integral da população jovem.

Sabe-se que as políticas sociais brasileiras estão muito longe de constituir alternativa para minimizar as desigualdades sociais. Constata-se que também não estão suficientemente estruturadas para oferecer padrão básico de proteção àqueles que dela dependem para sua subsistência. Por isso, os profissionais de saúde, entre eles os(as) assistentes sociais devem estar atentos aos significados de suas demandas, compreendendo essas expressões da questão social, inseridas num processo cultural que pode diferir conforme a realidade. Assim, é necessária atenção, não à saúde ou à doença, mas à pessoa como ser social em sua totalidade. A transformação da visão dos profissionais ao lidar com a saúde gravidez/maternidade na adolescência é processo que pode garantir o atendimento dos jovens em seus direitos sexuais e reprodutivos no sentido da prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e na promoção da saúde integral como direito humano.

Mesmo reconhecendo a diversidade de ações presentes nos municípios, é preciso investigar em que medida elas sinalizam para a formulação de políticas, implicando coordenação de esforços e, em que medida reiteram ou impõem rupturas com padrões tradicionais da cultura política administrativa brasileira.

A compreensão desse fenômeno pode trazer subsídios para a assistência voltada para as reais necessidades desse grupo, pois várias mudanças ocorreram na vida dessas jovens. Esse evento está vinculado à construção e à organização social desse grupo, uma vez que não se pode separar as desigualdades sociais existentes e as desigualdades de gênero das questões econômicas, políticas e sociais.

É necessário que se reconheça que os(as) jovens necessitam de atenção e de orientação sobre sua sexualidade e saúde reprodutiva, que lhes seja oferecida oportunidade de fazer escolhas livres e viver sua vida sexual com plenitude, porém, com mais segurança e responsabilidade e, para isso, é imprescindível a participação de mulheres e homens nessas escolhas.

Entende-se que, para modificar a situação dessas mulheres, é necessário romper com o ciclo de pobreza em que estão inseridas, entretanto, o empoderamento das mesmas pode contribuir para o seu reconhecimento como mulher, cidadã com direitos que devem ser respeitados e efetivados, e não apenas serem reconhecidas como mães.

O desafio é contribuir efetivamente para a construção de um modo diverso de compreensão dos jovens na sociedade brasileira a ser expresso tanto sob a forma de políticas públicas democráticas que reconhecem o não-cumprimento de direitos historicamente negados – educação, saúde e trabalho – como capaz de se abrir para outras modalidades de ação que contemplem novos direitos da juventude.

As políticas públicas brasileiras são dirigidas aos direitos dos cidadãos e esses direitos, “teoricamente” voltados para a justiça social, torna-se necessário aplicá-los, levando em consideração as situações de desigualdades sociais, de gênero, de classe e de raça existentes em nossa sociedade. Políticas sociais que valorizem e fortaleçam os vínculos familiares, não de um tipo de família específico, uma vez que cada vez mais se rompe o vínculo entre parentesco biológico e social, mas da pluralidade de tipos de entidade familiar. Agora não com o objetivo de construir um determinado modelo de nação que exija a submissão da individualidade aos propósitos grupais, mas para garantir direitos individuais de identidade e afetividade a cada cidadão, o que, no final das contas, garante também o bem-estar e o progresso humano, e não apenas material de um país.

Ser protegido em uma sociedade moderna, em uma sociedade de indivíduos é poder dispor de direitos e condições mínimas de independência, lembrando que a

proteção social não é somente a concessão de benefícios, mas condição básica para todos, sendo que a proteção social é condição para formar uma sociedade de semelhantes, o que se pode chamar de democracia.

REFERÊNCIAS

ABAD, M. Las políticas de juventud desde la perspectiva de la relacion entre convivência, cidadania y nueva condicion juvenil. **Última Década**, Viña del Mar, n.16, p.119-155, mar. 2002.

ABESS/CEDEPSS. Proposta básica para o Projeto de Formação Profissional. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, ano 17, n. 50, p. 143-190, abr. 1996.

ABRAMO, H. W. Sexo, drogas e rock and roll: os jovens e a diversão. In: ARRUDA, S.; CAVASIN, S. (Org.). **Sexualidade na adolescência**: educação e mídia. São Paulo: ECOS, 1991. (Série cadernos, v. 1).

_____. **Cenas juvenis**: punks e darks no espetáculo urbano. São Paulo: Scritta, 1994.

_____. Considerações sobre a tematização social da juventude no Brasil. **Revista Brasileira de Educação**, São Paulo, n. 5/6, p. 25-36, 1997.

ACOSTA, A. R.; VITALE, M. A. F. (Org.). **Família**: redes, laços e políticas públicas. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2007.

AFONSO, M. L. M. **Polêmica sobre adolescência e sexualidade**. 1997. 217 f. Tese (Doutorado em Educação) - Faculdade de Educação, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 1997.

ALENCAR, M. T. Transformações econômicas e sociais no Brasil dos anos 90 e seus impactos no âmbito da família. In: SALLES, M. A; MATTOS, M. C.; LEAL, M. C. **Política social família e juventude**: uma questão de direitos. São Paulo: Cortez, 2004.

ALMEIDA, H. M. S. Programa de qualidade do governo federal aplicado à saúde. **Revista Administração em Saúde**, São Paulo, v.3, n. 12, p. 5-10, jul./set., 2001.

ALMEIDA, M. C. P.; MISHIMA, S. M. O desafio do trabalho em equipe na atenção à saúde da família: construindo "novas autonomias" no trabalho. **Debates**. **Interface**: Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu, SP, v. 5, n. 9, p.150-153, ago. 2001.

ALMEIDA, M. I. M.; EUGENIO, F. (Org.). Culturas jovens: novos mapas do afeto. In: NOVAES, R. **Os jovens de hoje**: contextos, diferenças e trajetórias. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2006.

ALTHOFF, C. R. Delineando uma abordagem teórica sobre o processo de conviver em família. In: ELSEIN, I.; MARCON, S. S.; SANTOS, M. R. **O viver em família e sua interface com saúde e doença**. Maringá: Eduem, 2002.

AMAZONAS, M. C. L. A.; DAMASCENO, P. R.; TERTO, L. M. S.; SILVA, R. R. Arranjos familiares de crianças das camadas populares. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 8, n. esp., p. 11-20, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pe/v8nspe/v8nesa03.pdf>>. Acesso em: 25 mar. 2007.

ANTUNES, R. **Os sentidos do trabalho**: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho. 4. ed. São Paulo: Boitempo, 2001.

AQUINO, E. M. L. et al. Adolescência e reprodução no Brasil: a heterogeneidade dos perfis sociais. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, n.2, p. S377-388, 2003.

ARAÚJO, E. A arte da sedução na colônia: o corpo feminino. In: DEL PRIORE, M. (Org.). **História das mulheres no Brasil**. 3. ed. São Paulo: Contexto : Ed. UNESP, 2000.

ARENDT, H. **A condição humana**. 2. ed. Rio de Janeiro: Forense, 1995.

_____. **O que é política?** Fragmentos das obras póstumas compilados por Úrsula Ludz. 2.ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1999.

ARIÈS, P. **História social da criança e da família**. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos, 1981.

ARILHA, M.; CALAZANS, G. Sexualidade na adolescência: o que há de novo? In: CNPD (Org.). **Jovens acontecendo na trilha das políticas públicas**. Brasília, DF, 1998. v. 2.

AVRITZER, L. Além da dicotomia Estado-mercado: Habermas, Coehn e Arato. **Novos Estudos - Cebrap**, São Paulo, n. 36, p. 213-222, jul. 1993.

AYRES, J. R. C. M. Adolescência e saúde coletiva: aspectos epistemológicos da abordagem programática. In: SCHRAIBER, L (Org.), **Programação em saúde hoje**. São Paulo: Hucitec, 1993.

_____. O jovem que buscamos e o encontro que queremos ser: a vulnerabilidade como eixo de avaliação de ações preventivas do abuso de drogas, DST e Aids entre crianças e adolescentes. In: TOZZI, D. et al. (Org.), **Papel da educação na ação preventiva ao abuso de drogas e às DST/AIDS**. São Paulo: Fundação para o Desenvolvimento da Educação, 1996. (Série idéias, 29).

_____.; FRANÇA JUNIOR, I. Saúde do adolescente. In: SCHRAIBER, L.; NEMES, M. I. B.; MENDES-GONÇALVES, R. B. (Org.) **Saúde do adulto**: programas e ações na Unidade Básica. São Paulo: Hucitec, 1996.

_____. **Sobre o risco**: para compreender a epidemiologia. São Paulo: Hucitec, 1997.

AZNAR LOPEZ, J. M. Instrumentación jurídico administrativa de los servicios sociales de atención primaria: reflexiones em torno a la outra autonomia. In: JORNADAS NACIONALES DE ESTUDIO DEL COMITÉ ESPAÑOL DE BIENESTAR SOCIAL, 2., 1984, Madrid. **Los servicios asistenciales y sociales de atención primária**. Madrid: Marsiega, 1984.

- BACK, K. W. **Family planning and population control: the challenge of a successful movement.** Boston: Twayne Publisher, 1989.
- BADINTER, E. **Por mal caminho.** Traducción dolores Mascarell Pellicer. Madrid: Alianza, 2004.
- _____. **Um amor conquistado: o mito do amor materno.** 10. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2004.
- BAPTISTA NETO, F. **Comportamento sexual do adolescente escolar de Florianópolis.** Florianópolis: Fundação Maurício Sirotski Sobrinho, 1992.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** Lisboa: Edições 70, 1979.
- BARROSO, C. **Esterilização no Brasil.** Comissão de Estudos de Direitos da Reprodução. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1988. (mimeo)
- BARSTED, L. L. O campo político-legislativo dos direitos sexuais e reprodutivos no Brasil. In: BERQUÓ, E. (Org.). **Sexo e vida.** Campinas, SP: Ed. Unicamp, 2003, p.79-94.
- BECKER, B.; EGLER, C. **Brazil: a new regional power in the world economy.** Cambridge: Cambridge University, 1992.
- BEHRING, E. R. Principais abordagens teóricas da política social e da cidadania. In: CAPACITAÇÃO em serviço social e política social: política social. Módulo 3, Brasília, DF: CEAD, 2000.
- BENFAM. **Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde:** 1996. Rio de Janeiro: BENFAM : Macro, 1997.
- _____. **Adolescentes: jovens e a pesquisa sobre demografia e saúde: um estudo sobre fecundidade, comportamento sexual e saúde reprodutiva.** Rio de Janeiro: Bemfam, 1999.
- BERGER, P.; LUCKMANN, A. **A construção social da realidade.** Rio de Janeiro: Vozes, 2002.
- BERQUÓ, E. Sobre a política de planejamento familiar no Brasil. **Revista Brasileira de Estudos de População**, São Paulo, v. 4, n. 1, p. 95-103, 1987.
- _____. et al. **Os jovens no Brasil: diagnóstico nacional.** Brasília/DF: CNPD, 1997.
- _____. Quando, como e com quem se casam os jovens brasileiros. In: CNPD (Org.). **Jovens acontecendo na trilha das políticas públicas.** Brasília/DF, 1998.
- _____. Ainda a questão da esterilização feminina no Brasil In: GIFFIN, K.; COSTA, S. H. (Org.). **Questões da saúde reprodutiva.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1999.

BILAC, E.D. **A família e a fragmentação do social**: natureza, história e cultura: repensando o social. Porto Alegre: Ed. UFRGS : SBS, 1993 [Edição especial de cadernos de Sociologia, publicação do programa de Pós-Graduação em Sociologia / IFFCH/UFRGS].

BOBBIO, N. **A era dos direitos**. Tradução de Carlos Nelson Coutinho. Rio de Janeiro: Campus, 1992.

_____. **Teoria geral da política: a filosofia política e as lições dos clássicos**. Rio de Janeiro: Campus, 2000.

BODSTEIN, R. Inovações na análise das políticas de saúde no campo da saúde coletiva. In: COSTA, N. R.; RIBEIRO J. M. (Org.). **Políticas de saúde e inovação institucional**: uma agenda para os anos 90. Rio de Janeiro: ENSP, 1996.

BORGES, L. O. et al. A síndrome de Burnout e os valores organizacionais: um estudo comparativo em hospitais universitários. **Psicologia: Reflexão e Crítica**. Porto Alegre, v. 15, n.1, p. 189-200, 2002.

BOSCHETTI, I. Seguridade Social e projeto ético-político do serviço social: que direitos para qual cidadania? **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, ano 25, n. 79, p. 108-132, set. 2004.

_____. História da organização político-acadêmica do serviço social na América Latina: a visão da Abepss Gestão 1998-2000. **Temporalis**, Porto Alegre, ano 4, n. 7, p. 78-83, jan./jun. 2004.

_____. (Coord.). **LOAS 10 anos**: avaliação dos 10 anos de implementação da Lei Orgânica de Assistência Social. Brasília, DF: GEST/SER/UNB : MAS : CNAS, 2003.

BOURDIEU, P. L'illusion biographique. **Actes de La Recherche em Sciences Sociales**, Paris, n. 62/63, p. 69-72, jun.1986.

_____. **Razões práticas**: sobre a teoria da ação. São Paulo: Papius, 1996.

_____. **A miséria do mundo**. Petrópolis: Vozes, 2000.

_____. **O poder simbólico**. Tradução de Fernando Tomaz. 6. ed. Rio de Janeiro: Bertrand do Brasil, 2001.

BOZON, M. Demografia e sexualidade. In: LOYOLA, M.A. (Org.) **Sexualidade nas ciências humanas**. Rio de Janeiro: Ed. UERJ, 1988.

_____.; LERIDON, H. As construções sociais da sexualidade. Trad. de The social construction of sexuality. In: BOZON, M.; LERIDON, H. (Ed.). **Sexuality and social sciences**. Aldorshot: Dartmouth, 1996.

_____. **Sociologie de la sexualité**. Paris: Nathan, 2002.

_____. **Sociologia da sexualidade**. Rio de Janeiro: Ed. FGV, 2004.

BRACHO, C.; FERRER, J. (Org.). **Política social**. Madrid: MC Graw Hill, 1998.

BRACHO, M. del C. Régimen jurídico de los servicios sociales em España. In: _____.; FERRER, J. G. **Administración del bienestar social**. Madri: Siglo Veintiuno de Espana Editores, 1996.

BRAGA, J. C. S.; PAULA, S. G. **Saúde e previdência**: estudos de política social. São Paulo: Hucitec, 1986.

BRAND, R. Social Services and Subsidiarity in the Federal Republic and the voluntary sector. **Report on a special information session**. 37ª session. Nova York: United Nations Comission for Social Developement, 1999.

BRANDÃO, E. R. Iniciação sexual e afetiva: exercício da autonomia juvenil. In: HEILBORN, M. L. **Família e sexualidade**. Rio de Janeiro: Ed. FGV, 2004.

BRASIL. **Constituição**: República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

_____. Constituição (1988) **Constituição da República Federativa do Brasil**. 24. ed. São Paulo: Atlas, 2005.

_____. Lei n.8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 20 set. 1990. p. 18055.

_____. Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde – SUS – e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde e dá providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 31 dez. 1990. p. 25694.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Conselho Nacional de Assistência Social. Resolução n. 145, de 15 de outubro de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Social. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 28 out. 2004.

_____. Ministério da Saúde. **Normas de atenção à saúde integral do adolescente**: diretrizes gerais para atendimento de adolescentes: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento: distúrbios da puberdade: desenvolvimento psicológico do adolescente. Brasília/ DF: Ministério da Saúde, 1993a. v. 1.

_____. **Normas de atenção à saúde integral do adolescente**: saúde mental: sexualidade na adolescência. Brasília/ DF: Ministério da Saúde, 1993b. v. 2.

_____. **Programa saúde do adolescente**: bases programáticas. Brasília/ DF: Secretaria Executiva : Coordenação da Saúde da Criança e do Adolescente, 1996a.

- BRASIL. **Saúde da família**: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1998.
- _____. **Aconselhamento em DST, HIV e aids**: diretrizes e procedimentos básicos. 4. ed. Brasília, DF, 2000a.
- _____. **Indicadores e dados básicos**: 2000. Brasília, DF, 2000b.
- _____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia prático do programa de saúde da família**. Brasília, DF, 2001b.
- _____. Secretaria de Educação Básica. **Departamento de educação infantil e ensino fundamental**. Brasília, DF, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttex&pid=S0104-026X2001000100017&lng=pt&nrm=isso>. Acesso em: 28 abr. 2003.
- _____. Secretaria de Políticas de Saúde. **A implantação da Unidade de Saúde da Família**: caderno 1. Brasília, DF: Departamento de Atenção Básica; 2000.
- _____. Secretaria Executiva. Coordenação de Saúde da Mulher. **Assistência ao planejamento familiar**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1996b.
- _____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo demográfico – 2000**: síntese de indicadores sociais: estudos e pesquisas. Informação demográfica e socioeconômica. Rio de Janeiro: IBGE, 2001a.
- BRAVO, M. I. S., **Serviço social e reforma sanitária**: lutas sociais e práticas profissionais. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Ed. UFRJ, 1996.
- _____. et al. (Org.). **Saúde e serviço social**. São Paulo: Cortez, Rio de Janeiro: UERJ, 2004, 264p.
- _____. **Questão da saúde e serviço social**: as práticas profissionais e as lutas no setor. 1991. 337 f. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Pontifícia Universidade Católica, São Paulo, 1991.
- _____. **A saúde no Brasil na década de 90**: projetos em disputa. Superando Desafios, Rio de Janeiro, n. 4, 1999a.
- _____. **O serviço social na construção de uma esfera pública democrática**. In: JORNADA DE INTERCÂMBIO DE TRABALHO DE SERVIÇO SOCIAL NA ÁREA DA SAÚDE, 1999, Rio de Janeiro. **Anais....** Rio de Janeiro: Ed. UFRJ, 1999b.
- _____.; PEREIRA, P. A. P. **Política social e democracia**. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Ed. UERJ, 2001.
- _____.; et al. (Org.). **Saúde e serviço Social**. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Ed. UERJ, 2004.

BRAZ, M. O governo Lula e o projeto ético-político do serviço social. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, ano 25, n.78, p. 48-68, jul. 2004.

BRUM, Z. P.; PEREIRA, M. A. Educação em saúde enfocando higiene, sexualidade e droga junto aos meninos de rua na faixa etária de 11 a 14 anos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 49, n. 3, p.333-342, 1996.

BRUNO, Z. V.; BAYLEY, P. Gravidez em adolescentes no Ceará: maternidade ou aborto. In: VIEIRA, E.M. et al. **Seminário gravidez na adolescência**. Rio de Janeiro: Associação Saúde da Família, 1998.

BUITONI, D. Consciência e inconsciência na mídia. In: ARRUDA, S.; CAVASIN, S. (Org.). **Sexualidade na adolescência: educação e mídia**. São Paulo: ECOS, 1991. (Série cadernos, v. 1)

BURKE, P. **História e teoria social**. São Paulo: Ed. Unesp, 2000.

BUSS, P. M. Saúde e qualidade de vida. In: COSTA, N. R.; RIBEIRO, J. M. (Org.) **Políticas de saúde e inovação institucional: uma agenda para os anos 90**. Rio de Janeiro: ENPS, 1996.

CAETANO, A.J. **Sterilization for votes in the Brazilian Northeast: the case of Pernambuco**. 2000. Thesis (PhD) - University of Texas at Austin, 2000.

CALAZANS, G. Adolescência e vulnerabilidade ao HIV / Aids: Implementação e avaliação de uma estratégia de prevenção entre escolares de baixa renda na cidade de São Paulo. São Paulo, 1999 (Anotações de caderno de campo de pesquisa).

CAMARANO, A. A fecundidade e anticoncepção da população jovem. In: CNPD (Org.). **Jovens acontecendo na trilha das políticas públicas**. Brasília, DF, 1998. v. 2.

CAMPOS, G. W. S. Análise crítica das contribuições da saúde coletiva e a organização das práticas de saúde no SUS. In: FLEURY, S. (Org.). **Democracia e saúde: a luta do CEBES**. São Paulo: Lemos, 1997.

_____. **Reforma da reforma: repensando saúde**. 2. ed. São Paulo: HUCITEC, 1997.

CANNON, L. C.; BOTTINI, B. Saúde e juventude: o cenário das políticas públicas no Brasil. In: CNPD (Org.). **Jovens acontecendo na trilha das políticas públicas**, Brasília, DF, 1998.

CÂNÓN, E. Los servicios sociales publicos y la pobreza. In: JORNADA DE ESTUDIO DEL COMITÉ ESPAÑOL PARA EL BIENESTAR SOCIAL, 4., 1989, Madrid. **La pobreza em Espana de los 80**. Madrid: Acebo, 1989.

CARDOSO, R.; SAMPAIO, H. (Org.). **Bibliografia sobre a juventude**. São Paulo: Edusp, 1995.

CARLOTO, M. C. Gênero, políticas públicas e centralidade na família. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, ano 27, n. 86, p. 139-155, jul. 2006.

CARVALHO, A. I. **Conselhos de saúde no Brasil**: participação cidadã e controle social. Rio de Janeiro: FASE : IBAM, 1995.

_____. **Conselhos de saúde, responsabilidade pública e cidadania: a reforma sanitária como reforma do Estado**. In: FLEURY, S. (Org.). **Democracia e saúde: a luta do CEBES**. São Paulo: Lemos, 1997.

CARVALHO, G. I.; SANTOS, L. **Comentários à lei orgânica da saúde**: Leis 8.080/1990 e 8.142/1990 – SUS. São Paulo: Hucitec, 1995.

CARVALHO, I. M. M. Brasil: reestruturação produtiva e condições sociais. **Caderno CRH**, Salvador, n. 35, p. 123-149, 2001.

_____.; ALMEIDA, P. H.; AZEVEDO, J. S. G. Dinâmica metropolitana e estrutura social em Salvador. **Tempo Social: Revista de Sociologia da USP**, São Paulo, v. 11, n. 2, p. 183-197, fev. 2002.

CARVALHO, G. O governo do PT e a desvinculação dos recursos de saúde e educação. **Abrasco Divulga**: Boletim Informativo, Rio de Janeiro, jul. 2004.

CARVALHO, M. C. B. de A priorização da família na agenda da política social. In: KALOUSTIAN, S. N. (Org.). **Família brasileira a base de tudo**. São Paulo: Cortez; Brasília, DF: Ed. Unicef, 1994.

_____. **A rede de assistência social nos municípios**. São Paulo: Cenpec. 2002. (mimeo).

CASADO, D. Cuestiones em torno a los servicios asistenciales y sociales de atención primaria. In: JORNADAS NACIONALES DE ESTUDIO DEL COMITÉ ESPAÑOL DE BIENESTAR SOCIAL, 2. 1984, Madrid. **Los servicios asistenciales y sociales de atención primaria**. Madrid: Marsiega, 1984.

_____.; GUILLÉN, E. **Introducción a los servicios sociales**. Madrid: Acebo, 1987, 227 p.

CASARES, F. Estudio comparado de las leyes autonómicas de servicios sociales. In: JORNADAS DE ESTUDIO, 5. 1987, Madrid. **Aplicacion de las leyes de servicios sociales**. Madri: Marsiega, 1987.

CASTEL, R. As armadilhas da exclusão. In: BELFIORE-WANDERLEY, M.; BOGUS, L.; YAZBEK, M.C. **Desigualdade e a questão social**. 2. ed. São Paulo: Educ, 2004.

_____. **A insegurança social: o que é ser protegido?** Petrópolis: Vozes, 2005.

CHAVES, J. 1994. **Ficar com**: um estudo sobre um código de relacionamento no Brasil. Rio de Janeiro: Revan, 1994.

- CHIECO, N. W.; CORDÃO, F. A. A educação profissional e a LDB. **Em aberto**, Brasília, DF, v. 15, n. 65, p. 144-150, 1994.
- CHODOROW, N. Estrutura familiar e personalidade feminina. In: ROSALDO, M.; LAMPHERE, L. **A mulher a cultura e a sociedade**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1979.
- CIAMPONE, M.H.T.; PEDUZZI, M. Trabalho em equipe e trabalho em grupo no programa de saúde da família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 53, n. esp., p. 143-147, 2000.
- CLARKE, J.; GERWIRTZ, S.; MCLAUGHLIN, E. **Reinventing the Welfare State**. Londres: Sage Publications, 2000.
- CNPD. (Org.). **Jovens acontecendo na trilha das políticas públicas**. Brasília/ DF: Comissão Nacional de População e Desenvolvimento, 1998. 2 v.
- COATES, V.; CORRÊA, M. G. M. Gravidez na adolescência. In: SIMPÓSIO FRANCO-BRASILEIRO SOBRE PREVENÇÃO DA MORTALIDADE MATERNA COM ÊNFASE NA GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA, 2., 1992, São Paulo. **Anais....** São Paulo, 1992. p.71-76.
- _____. Evolução histórica da medicina do adolescente. In: COATES, V; FRANÇOSO, L.; BEZNOS, G (Coord.). **Medicina do adolescente**. São Paulo: Sarvier, 1993.
- COHN, A. **Saúde no Brasil: política e organização de serviços**. São Paulo: Cortez, 1996.
- _____.; NUNES, E.; JACOBI, P. R.; KARSCK, U.S. **A saúde como direito e como serviço**. São Paulo: Cortez, 1998.
- _____. As políticas sociais no Governo FHC. **Tempo social: Revista de Sociologia da USP**, São Paulo, v. 11, n. 2, p. 183-197, 2000.
- CONANDA. **Diretrizes Nacionais para a Política de Atenção Integral à Infância e à Adolescência: (2001-2005)**. Brasília, DF: MJ : SEDH : DCA, 2000.
- CONCEIÇÃO, I. S. Relações interpessoais entre adolescentes e profissionais. In: ARRUDA, S.; CAVASIN, S. (Org.). **Sexualidade na adolescência: Educação e mídia**. São Paulo: ECOS, 1991. (Série Cadernos, v. 1).
- CONFERÊNCIA INTERNACIONAL DE POPULAÇÃO E DESENVOLVIMENTO. **Relatório da CIPD**. Cairo, 1994.
- COOK, R. J. International Humans Rights and Women's Reproducductive Health. **Studies in Family Planning**, New York, v. 24, n. 2, p. 73-86, 1993.

CORTEZ, M. C.; SOUZA, C. de. Sexo é coisa natural? A contribuição da psicanálise para o debate sexualidade / escola. In: AQUINO, J. G. (Org.). **Sexualidade na escola**: alternativas teóricas e práticas. São Paulo: Summus, 1997.

CORRÊA, S.; PETCHESKY, R. Direitos sexuais e reprodutivos: uma perspectiva feminista. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1/2, p. 147-178, 1996.

_____. Anticoncepcionais injetáveis na perspectiva feminista: o debate histórico e os novos desafios. In: ARILHA, M.; CITELI, M. T. (Org.). **Políticas, mercado, ética**: demandas e desafios no campo da saúde reprodutiva. São Paulo: Editora 34, 1998.

_____.; ÁVILA, M. B. Direitos sexuais e reprodutivos: pauta global e percursos brasileiros. In: BERQUÓ, E. (Org.). **Sexo e vida**. Campinas, SP: Ed. Unicamp, 2003.

COSTA, A. M. Desenvolvimento e implantação do PAISM no Brasil. In: GIFFIN, K.; COSTA, S. H. (Org.) **Questões da saúde reprodutiva**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1999.

COSTA, M. D. H. O trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos (as) assistentes sociais. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, ano 21, n. 62, p. 35-72, mar. 2000.

COSTA, S. Esfera pública redescoberta da sociedade civil e movimentos sociais no Brasil: uma abordagem tentativa. **Novos Estudos - Cebrap**, São Paulo, n. 38, p. 38-52, mar. 1994.

_____. sobre o conceito de sociedade civil. **Revista Brasileira de Informação Bibliográfica em Ciências Sociais (BIB)**, São Paulo, n. 43, p. 3-26, 1997.

COX, T.; GRIFFITHS, A. J.; RIAL-GONZALES, E. **Research on work-relate stress**: Report to the European Agency for Safety and Health at Work. Luxembourg, 2000. Disponível em: <<http://agency.osha.eu.int/publications/reports/stress>>. Acesso em: jan. 2005.

DAGNINO, E. **Sociedade civil e espaços públicos no Brasil**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2002.

DEMO, Pedro. **Pesquisa e construção do conhecimento**: metodologia científica no caminho de Habermas. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1994.

_____. **Participação é conquista**: noções de política social participativa. 3. ed. São Paulo: Cortez, 1996.

_____. **Saber pensar**. São Paulo: Cortez : Instituto Paulo Freire, 2000.

_____. Focalização de políticas sociais: Debate perdido, mais perdido que a agenda perdida. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, ano 24, n. 76, p. 93-117, nov. 2003.

DIAZ, M.; DIAZ, J. Qualidade da atenção em saúde sexual e reprodutiva no Brasil. In: GALVÃO, L. ; DIAZ, J. (Org.) **Saúde sexual e reprodutiva no Brasil: dilemas e desafios**. São Paulo: HUCITEC/ Population Council, 1999.

DIEESE. **A situação do trabalho no Brasil**. São Paulo, 2001.

DIEGOLI, C. A.; DIEGOLIS, M. S .C.; LERNER, T.; RAMOS, L. O. Abuso sexual na infância e adolescência. **Revista de Ginecologia e Obstetrícia**, São Paulo, v. 7, n. 2, p. 81-85, 1996.

DIMENSTEIN, G. Granidez também é epidemia. **Folha de S. Paulo**, São Paulo, 24 ago. 2003. Caderno Ribeirão, p. C18.

DONNER-REICHLE, C. Basic Social Services: Chalenges for the cooperation between government and civil society. In: UNITED NATIONS COMISSION FOR SOCIAL DEVELOPEMENT. **Reporto n a Special information Session**. 37. session. Nova York, 1999.

DRAIBE, S. As políticas sociais e o neoliberalismo. **Revista USP**, São Paulo, n. 17, p. 86-101, abr./maio 1994.

_____. As políticas sociais brasileiras: Diagnósticos e perspectivas. In: IPEA / IPLAN. **Para a década de 90: prioridades e perspectivas de políticas públicas**. Brasília, DF, 1990.

_____. Por um reforço de proteção à família: contribuição à reforma dos programas de assistência social no Brasil. In: KALOUSTIAN, S.N. (Org.). **Família brasileira, a base de tudo**. São Paulo: Cortez; Brasília, DF: Unicef, 1994.

_____. **Reforma do estado e descentralização**: a experiência recente da política brasileira de ensino fundamental. In: INTERNATIONAL SEMINAR "RESTRYCTHYRUBG ABD GOVERNMENT REFORM: BRAZIL AND LATIN AMERICA IN A GLOBALIZATION CONTEXT", 1998. [S.l.]: [s.ed.], 1998.

DURKHEIM, E. **Sociologia e filosofia**. Rio de Janeiro: Forense. 1970.

_____. **Os pensadores**. São Paulo: Abril Cultural, 1984.

_____. **De la division du travail social**. 7. ed. Paris: PUF, 1960.

_____. **As formas elementares da vida religiosa**. São Paulo: Edições Paulinas, 1989.

ECA: **Estatuto da Criança e do Adolescente. Lei nº 8.069, de 13 / julho / 1990**. 3. ed. São Paulo: Saraiva, 1993.

ESTATUTO da Criança e do Adolescente: ECA. In: CRESS: 7. Região. **Assistente Social: ética e direitos**. Coletânea de Leis e Resoluções. Rio de Janeiro: Lidador, 2000.

ESTATUTO da Criança e do Adolescente: 10 anos. Rio de Janeiro: Conselho de Defesa da Criança e do Adolescente, 2000.

FELIZARI, G. M. Enfermagem escolar e educação sexual para adolescentes. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 11, n. 2, p. 12-19, 1990.

FERRAZ, E. F.; FERREIRA, I. Q. Início da atividade sexual e características da população adolescente que engravida. In: VIEIRA, E. M. et al. (Org.). **Seminário gravidez na adolescência**. Rio de Janeiro: Ministro da Saúde, 1998.

FERREIRA, A. B. H. **Minidicionário da língua portuguesa**. 3. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1993.

_____. **Dicionário da língua portuguesa**, 4. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2002.

FIGUEIREDO, T. A. M. **Perfil de adolescentes de uma escola pública e suas opiniões em relação à orientação sexual na escola**. 1991. 80 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1991.

FIGUERÓ, M. N. D. **Educação sexual no Brasil: estado de arte de 1980-1993**. 1995, 272 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1995.

FISCHER, R. M. B. Capricho das disciplinas. **Educação e Realidade**, Porto Alegre, v. 19, n. 2, p. 47-66, 1994.

FITOUSSI, J. P.; ROSANVALLON, P. **Lê nouvel age des inégalités**. Paris: Seuil, 1996.

FIÚZA, S. Identidade jovem e camadas médias urbanas. In: ARRUDA, S.; CAVASIN, S. (Org.). **Sexualidade na adolescência: educação e mídia**. São Paulo: ECOS, 1991. (Série Cadernos, v. 1).

FLEURY, S. (Org.). **Reforma sanitária** : em busca de uma teoria. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Abrasco, 1989.

_____. (Org.) **Democracia e saúde: a luta do CEBES**. São Paulo: Lemos, 1997.

FORMIGA FILHO, J. F. N. Políticas de saúde reprodutiva no Brasil: uma análise do PAISM. In: GALVÃO, L.; DIAZ, J. **Saúde sexual e reprodutiva no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1999.

FORNA, A. **Mãe de todos os mitos: como a sociedade modela e reprime as mães**. Rio de Janeiro: Ediouro, 1999.

FOUCAULT, M. **História da sexualidade: a vontade de saber**. 14. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2001a. v. 1.

FOUCAULT, M. **História da sexualidade: o uso dos prazeres**. 9. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2001b. v. 2.

_____. O nascimento do hospital. In: _____. **Microfísica do poder**. 17. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2002.

FREEDMAN, L. P.; ISAACS, S. L. Human rights and reproductive choice. **Studies in Family Planning**, New York, v. 24, n. 1, p. 18-30, 1993.

FRUET, M. S. B. **Adolescência, sexualidade e Aids**. 1995. 125 f. Dissertação (Mestrado em Educação) - Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, 1995.

FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Ministério da Economia, Fazenda e Planejamento. **Brasil em números**. Rio de Janeiro, 1992.

_____. **Anuário Estatístico do Brasil**. Rio de Janeiro, 1996. v. 56.

_____. **Síntese de indicadores sociais 2000**. Rio de Janeiro, 2001.

_____. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: PNAD, 2001**. Rio de Janeiro, 2002.

FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. CONSELHO NACIONAL DE POPULAÇÃO E DESENVOLVIMENTO. **Relatório da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento**. Cairo, 1994.

_____. **Necessidades contraceptivas e de gerenciamento logístico no Brasil**. Brasília, DF, 1994.

FUNDAÇÃO EMILIO ODEBRECHT. **Inventário de materiais educativos sobre saúde reprodutiva e educação sexual para adolescentes**. Salvador, 1994.

GALVÃO, L. et al.. Emergency contraception: knowledge, attitudes and practices among brazilian obstetrician-gynecologia. **International Family Planning Perspectives**, New York, v. 12, n. 4, p.168-171, 1999.

GARCIA, T. R. **Cuidando de adolescentes grávidas solteiras**. Ribeirão Preto, 1996. 140 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1996.

GHERPELLI, M. H. B. V. Educação preventiva em sexualidade na adolescência. **Idéias**, São Paulo, v. 29, p. 61-71, 1996.

GILLON, R. **Philosophical medical ethics**. Chichester: Wiley and Sons, 1985.

GOLDANI, A.M. Lãs famílias brasilenas y sus desafios como factor de protección ao final do siglo XX. In: GOMES, C. (Comp.). **Procesos sociales, población y família: alternativas teóricas y empíricas em lãs investigaciones sobre la vida domestica.** México: Miguel Ângelo Porrúa, 2002.

GOMES, W. S. Propaganda política, ética e democracia. In: MATOS, H. (Org.). **Mídia, eleições e democracia.** São Paulo: Scritta, 1994.

GRAMSCI, A. **Cadernos do cárcere:** introdução ao estudo da filosofia: a filosofia de Benedetto Croce. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1999. v. 1.

_____. **Cadernos do cárcere:** Maquiavel: notas sobre o Estado e a política. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2000. v. 3.

GROSSMAN, E. **O médico de adolescentes e seu ofício:** reflexões sobre as normas e a prática. 1995. 133 f. Dissertação (Mestrado em Saúde da Criança e da Mulher) - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1995.

GUERRA, Y. Instrumentalidade do processo de trabalho e Serviço Social. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, ano 21, n. 62, p. 5-34, mar. 2000.

GUIMARÃES, E. Juventude (s) e periferia (s) urbanas. **Revista Brasileira de Educação**, São Paulo, n.5/6, p.199-208, 1997.

GUIMARÃES, R.; TAVARES, R. (Org.) **Saúde e sociedade no Brasil:** os anos 80. Rio de Janeiro: Relumê-Dumará, 1994.

HATCHER, R. A et el. **The Essentials of Contraceptive Technology:** Population Information Program. Baltimore: The Johns Hopkins University, 1997.

HATCHER, R. A. et al. **Contraceptive technology 1988-1989.** 14th. ed. rev. Atlanta: Printed Matter, 1988.

HIMES, N. E. **Medical history of contraception.** New York: Gamut Press, 1963.

HOLLOWAY, J. **Marxismo, Estado y capital:** la crisis como expresión del poder del trabajo. Buenos Aires: Tierra del Fuego, 1994.

IAMAMOTO, M. V. **Renovação e conservadorismo no serviço social:** ensaios críticos. São Paulo: Cortez, 1992.

_____. **O serviço social na contemporaneidade:** trabalho e formação profissional. São Paulo: Cortez, 1998.

IBGE. **Síntese dos Indicadores Sociais da Pesquisa Básica do PNAD de 1981 a 1989.** Rio de Janeiro, 1990.

_____. **Síntese dos Indicadores Sociais da Pesquisa Básica do PNAD de 1991 a 1999.** Rio de Janeiro, 2000a.

IBGE. **Censo demográfico**. Rio de Janeiro, 2000b.

_____. **Pesquisa Nacional por Amostra De Domicílios**: PNAD 1998: síntese de indicadores 1999. Rio de Janeiro, 2000.

_____. **Pesquisa Nacional por Amostra De Domicílios**: PNAD 2000: síntese de indicadores 2001. Rio de Janeiro, 2002.

_____. **Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílio**: PNADs 2001 e 2002. Rio de Janeiro, 2003.

IMBERT, F. **A questão da ética no campo educativo**. Petrópolis: Vozes, 2001.

IVO, A. B. L. **Metamorfoses da questão democrática**: governabilidade e pobreza. Buenos Aires: Clacso, 2001. (Coleção bolsas de pesquisa).

JACINTO, C.; SUAREZ, A. L. Juventude, pobreza e formação profissional na América Latina. **Em Aberto**, Brasília, DF, n. 65, p. 138-143, 1994.

JARRÉ, D. Challenges for Social Service in the member states of the European Union. In: FRAMEWORK of the united nations commission for social development. report n a special information session. Nova York: German Federal Government, 1999.

JENERAL, R. B. R. **Vivendo um futuro incerto**: a vivencia da gravidez em uma comunidade. São Paulo. 2000. 189 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

JOSÉ FILHO, M.; DALBÉRIO, D. (Org.). **Família**: conjuntura, organização e desenvolvimento. Franca: Ed. UNESP/FHDSS, 2007.

KNOBEL, M., Visão psicológica da adolescência normal. In: COATES, V. et al. **Medicina do adolescente**. São Paulo: Savier, 1993.

LAGREE, J. C. **Age, jeunesse et politiques publiques**. Paris: Mimeo, 1999.

LAUTIER, B. Un amortisseur à la crise? **Politis**: La Revue, Paris, v. 8, p. 25-30, nov./jan. 1994/1995.

LAVINAS, L. Gênero: cidadania e adolescência. In: MADEIRA, F. R. (Org.) **Quem mandou nascer mulher?** estudos sobre crianças e adolescentes pobres no Brasil. Rio de Janeiro: Record : Rosa dos Tempos, 1997.

LECHNER, N. **Los patios interiores de la democracia; subjetividad y política**. Santiago: Fondo de Cultura Econômica, 1990.

LEFEBVRE, H. **La présence et l'absence**: contribution à la théorie des représentations. Paris: Casterman, 1980

LEI de Diretrizes e Bases da Educação Nacional. In: EDUCAR para o sucesso é educar para transformar. Rio de Janeiro: [s.l.], 2000.

LOPES, J. A imprensa dirigida ao público adolescente: funcionamento, abrangência e limites. In: ARRUDA, S.; CAVASIN, S. (Org.). **Sexualidade na adolescência: educação e mídia**. São Paulo: ECOS, 1991. (Série cadernos, v. 1).

LOPES, J. B.; GOTTSCHALK, A. Recessão, pobreza e família: a década pior do que perdida. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v. 4, n. 1, p. 100-109, jan./mar. 1990.

LOURENÇO, E. A. S. **Saúde pública e participação cidadã**: uma análise do controle social no SUS de Franca-SP. 2004. 165 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Faculdade de História, Direito e Serviço Social, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Franca, 2004.

LOYOLA, M.A. Sexo e sexualidade na antropologia. In.: LOYOLA, M.A. (Org.). **Sexualidade nas ciências humanas**. Rio de Janeiro: Ed. UERJ, 1998.

LUKÁCS, G. **Ontologia do ser social**: os princípios ontológicos fundamentais de Marx. São Paulo: Ciências Humanas, 1979.

MACHADO, L. Z. **Famílias e individualismo**: tendências contemporâneas no Brasil. Brasília, DF: Departamento de Antropologia da Universidade de Brasília, 2001. (Série antropologia, n. 291).

MADEIRA, F. R. Os jovens e as mudanças estruturais na década de 70: questionando pressupostos e sugerindo pistas. **Cadernos de Pesquisa**, São Paulo v. 58, p. 15-48, ago. 1986.

_____. Recado dos jovens: mais qualificação. In: CNPD (Org.). **Jovens acontecendo na trilha das políticas públicas**. Brasília/DF, 1997.

MAIA FILHO, N. L. **A adolescente precoce**: aspectos relacionados ao parto, puerpério imediato e recém-nascido, comparativamente às não-precoces e às gestantes adultas. 1993. 115 f. Tese (Doutorado em Tocoginecologia) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1993.

MANN, J. Saúde pública e direitos humanos. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1/2, p. 135-145, 1996.

MARCON, S. S. Criando os filhos e construindo maneira de cuidar. In: _____.; ELSEN, I.; SANTOS, M. R. **O viver em família e sua interface com saúde e a doença**. Maringá: Eduem, 2002.

MARCONDES, E. Introdução ao estudo da adolescência. In: _____.; SETIAN, N.; COLLI, A. S. (Org.), **Adolescência**. São Paulo: Sarvier. 1979.

MARGULIS, M.; URRESTI, M. La construcción social de la condición de juventud. In: _____. et al. **Viviendo a toda: Jóvenes, territórios culturales y nuevas sensibilidades**. Santafé de Bogotá: Siglo del Hombre : DIUC, 1998.

MARQUES, M. O. S. Escola noturna e jovens. **Revista Brasileira de Educação**, São Paulo, n. 5/6, p. 63-75, 1997.

MARTINELLI, M. L. **Serviço social identidade e alienação**. 3. ed. São Paulo; Cortez, 1993.

_____. (Org.) **Pesquisa qualitativa: um instigante desafio**. São Paulo: Veras, 1999. (Núcleos de pesquisa, 1).

MARX, Karl. Para a crítica da economia política. In: _____. **Manuscritos econômicos e filosóficos e outros textos escolhidos**. 2. ed., São Paulo: Abril Cultural, 1978. (Os pensadores).

_____. **O capital: crítica da economia política**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1998.

_____.; ENGELS, F. **A ideologia alemã**. São Paulo: Hucitec, 1999.

McDONOUGH, P.; SOUZA, A. **A política de população no Brasil**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1984.

MÉDICI, A. C. Uma década de SUS (1988-1998): progresso e desafios. In: GALVÃO, L.; DIAZ, J. (Org.) **Saúde sexual e reprodutiva no Brasil: dilemas e desafios**. São Paulo: Hucitec, 1999,

MELLO, C. A. B. **Elementos de direito administrativo**. São Paulo: Ed. Revista dos Tribunais, 1986.

MENDES, E. V. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: Hucitec, 1996.

MERRICK, T. W.; GRAHAM, D. H. **Population and development in Brazil: 1800 to the present**. Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 1979.

_____.; BERQUÓ, E. **The determinants of Brazil's recente rapid decline in fertility**. Washington: National Academy Press, 1983. (Report, n. 23).

_____. The evolution and impacto f policies on fertility and family planning: Brazil, Colômbia and Mexico, In: ROBERTS, G. **Population policy: contemporary issue**. New Yord: Praeger, 1990, p. 147-165.

MÉSZÁRIOS, I. **Para além do capital**. São Paulo: Boitempo : Ed Unicamp, 2002.

_____. **O poder da ideologia**. São Paulo: Boitempo, 2004.

MISCHE, A. De estudantes a cidadãos: redes de jovens e participação política. **Revista Brasileira de Educação**, São Paulo, n. 5/6, p.134-150, 1997.

MINAYO, M. C. S. (Org.) **Pesquisa social** : teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes, 1994.

_____. **O desafio do conhecimento**: metodologia de pesquisa social (qualitativa) em saúde. 5. ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1998.

_____. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 8. ed. São Paulo: HUCITEC, 2004.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Divisão Nacional de Organização de Serviços de Saúde **Orientação para organização de Centros de Saúde**. Brasília, DF: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1982.

MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO, ORÇAMENTO E GESTÃO. IBGE. **Aspectos complementares de educação e acesso a transferências de renda de programas sociais**. Rio de Janeiro, 2006.

MONTALLI, L. Família e trabalho na reestruturação produtiva: ausência de políticas de emprego e deterioração das condições de vida. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 15, n. 42, p. 55-75, fev. 2000.

MOTA, A. E. et al. (Org.) **Serviço social e saúde**: formação e trabalho profissional. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006.

MOTTA, M. L.; SILVA, J. L. P. Gravidez entre adolescentes muito jovens. **Femina**, v. 22, n. 5, p. 348-54, maio 1994.

NETTO, J. P. **Capitalismo monopolista e serviço social**. São Paulo: Cortez, 1992.

_____. Transformações societárias e Serviço Social: notas para uma análise prospectiva da profissão no Brasil. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, ano 17, n. 50, p. 87-132, abr. 1996.

OLIVEIRA, M. W. **Gravidez na adolescência**: dimensões do problema. Caderno CEDES, Campinas, SP, v. 19, n. 45, p. 48-70, jul. 1998.

Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-32621998000200004>. Acesso em: 25 set. 2007.

OMS. **Young People's Health**: a challenge for society: relatório do Grupo de Estudos sobre jovens e Saúde para Todos no Ano 2000. Genebra, 1996. (Série de relatórios técnicos, 731).

_____. **La salud de los jóvenes**: um reto y uma esperanza. Genebra, 1997.

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

ON, M. L. R. O Serviço Social e a perspectiva interdisciplinária. In: MARTINELLI, M. L. et.al. **O uno e o múltiplo entre as áreas do saber**. São Paulo: Cortez, 1995.

- OPAS. La salud y el desarrollo humano. **Informe Anual del Director**: 1998. Washington, 2001.
- OUTEIRAL, J. **O adolescer**: estudos sobre adolescência. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.
- PAIM, J. S. A reorganização das práticas de saúde em distritos sanitários. In: MNDES, E. V. (Org.). **Distritos sanitários**: o processo social a mudança das práticas sanitárias do sistema único de saúde. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1993.
- _____. Políticas de saúde no Brasil ou recusando o apartheid sanitário. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.1, n.1, p.18-20, 1996.
- _____. Bases conceituais da reforma sanitária brasileira. In: FLEURY, S. (Org.). **Saúde e democracia**: a luta do CEBES. São Paulo: Lemos, 1997.
- _____.; SILVA, L. M. V. Desafios e possibilidades de práticas avaliativas de sistemas universais e integrais de saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org.). **Gestão em redes**: práticas de avaliação, formação e participação na saúde. Rio de Janeiro: CEPESC, 2006.
- PAIS, J. M. **Culturas Juvenis**. Lisboa: Imprensa Nacional : Casa da Moeda, 1993.
- PAIVA, V. S. F. et al. Informação, crenças, atitudes e comportamento de risco para Aids de jovens adolescentes que moram no centro histórico de São Paulo. In: CONGRESSO INTERNO DA FACULDADE DE PSICOLOGIA, 1991, São Paulo. **Resumos**. São Paulo: Ed. USP/IP, 1991. p. K.13.
- _____. et al. Sexualidade, normas de gênero e negociação do uso de camisinhas entre adolescentes. . In: CONGRESSO INTERNO DA FACULDADE DE PSICOLOGIA, 2., 1993, São Paulo. **Resumos**. São Paulo: Ed. USP/IP, 1993. p. D. 6.
- _____. **Fazendo arte com a camisinha**: a história de um projeto de prevenção da Aids para jovens. 1996a. 328 f. Tese (Doutorado em Psicologia Social) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1996a.
- _____. Sexualidades adolescentes: escolaridade, gênero e o sujeito sexual. In: PARKER, R.; BARBOSA, R. M. (Org.), **Sexualidades brasileiras**. Rio de Janeiro, Relume-Dumará, 1996b.
- PARKER, R. G.; GAGNON, J. H. Conceiving sexuality. In: PARKER, R. G.; GAGNON, J. H. (Org.) **Conceiving Sexuality**: approaches to sex research in a postmodern world. Nova York: Routledge, 1994.
- PASTORE, K. O fim daqueles dias. **Veja**, São Paulo, n.1721, p.126, 10 out. 2001.
- PATARRA, N. et al. Equívocos sobre o crescimento populacional. **Folha de S. Paulo**, São Paulo, 16 abr. 1990, p. A3.

PATRÍCIO, Z. M.; BORENSTEIN, M. S.; ELSEN, I. Compreendendo questões de saúde e doença de adolescentes de família açoriana – sexualidade e reprodução. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 12, n. 2, p. 11-18, 1991.

PÊCHEUX, M. **Analyse automatique du discours**. Paris: Dunod, 1969.

_____. **Semântica e discurso**. Campinas, SP. Ed. Unicamp, 1988.

PEREIRA, L. C.; WILHEIM, J.; SOLA, Lourdes. **Sociedade e estudo em transformação**. São Paulo: Ed. UNESP : Imesp : ENAP, 1999.

PERPÉTUO, I. H. O. **Esterilização feminina**: a experiência da Região Nordeste 1980-91. 1996. Tese (Doutorado em Demografia) - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 1996.

PERALVA, A. O jovem como modelo cultural. **Revista Brasileira de Educação**, n. 5/6, p.15-24, 1997. (n. esp. Juventude e contemporaneidade)

PEREIRA, L. C. B; GRAU, N. C. (Org.). **O público não-estatal na reforma do Estado**. Rio de Janeiro: Ed. FGV, 1999.

PESSANHA, J. A. M. A teoria da argumentação ou a nova retórica. In: CARVALHO, M. C. M. (Org.) **Paradigmas filosóficos da atualidade**. Campinas, SP: Papirus, 1989.

PETCHESCKY, R. P. Direitos sexuais: um novo conceito na prática política internacional. In: BARBOSA, R. M.; PARKER, R. (Org.) **Sexualidade pelo avesso**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; São Paulo: Editora 34, 1999.

PIROTTA, W. R. B; PIROTTA, K. C. M. O adolescente e o direito à saúde após a Constituição de 1988. In: SCHOR, N.; MOTA, M. S. F. T.; BRANCO, V. C. **Cadernos da juventude, saúde e desenvolvimento**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, 1999. v. 1.

REIS, E. Desigualdade e solidariedade: uma releitura do “familismo amoral” de Banfield. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, n. 29, p. 35-48, 1995.

RIBEIRÃO PRETO. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de Gestão**: 2002. Ribeirão Preto, 2003a.

_____. **Ata do Conselho Municipal de Saúde**. Ribeirão Preto, 2005.

_____. **Ata do Conselho Municipal de Saúde de Ribeirão Preto**. Ribeirão Preto, 10 ago. 2005a.

_____. **Ata do conselho Municipal de Saúde de Ribeirão Preto**. Ribeirão Preto, 14 jul. 2005b.

RIBEIRÃO PRETO. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano de Saúde de Ribeirão Preto: 2005 – 2008**. 2005. Disponível em: <<http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/index.html>>. Acesso em maio de 2007.

_____. Prefeitura Municipal. **Características gerais do município**. Disponível em: <<http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssaude/vigilancia/planeja/116plano.htm>>. Acesso em: maio 2007.

RIBEIRO, E. et al. Comparação entre duas coortes de mães adolescentes em município do sudeste do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 2, p. 136-142, abr. 2001.

RIBEIRO, I.; RIBEIRO, A. C. T. **Família e desafios na sociedade brasileira: valores como ângulo de análises**. São Paulo: Loyola, 1994.

RIBEIRO, J. R.; COSTA, N. R. Experiência de gestão descentralizada de redes e organizações. In: BARJAS, N.; GIOVANNI, G. **Brasil radiografia da saúde**. Campinas, SP: Ed. UNICAMP/IE, 2001.

RIBEIRO, R. Notas sobre famílias e desigualdade social na região metropolitana do Rio de Janeiro – 1991. **Cadernos Metrôpole**, São Paulo, n.1, p.191-232, 1999.

RIBEIRO, R. M. et al. Estrutura familiar, trabalho e renda. In: KALOUSTIAN, S. N. (Org). **Família brasileira a base de tudo**. São Paulo: Cortez; Brasília, DF: Unicef, 1994.

RICHARDSON, R. J. et al. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. São Paulo: Atlas, 1985.

ROMÁN, M. A. M.; PASTOR, T.M.P.; BELLIDO, H. R. Sistema público de servicios sociales em Espana. In: BRACHO, M. C.; FERRER, J. G. **Administración de bienestar social**. Madri: Siglo Veintiuno de Espana Editores, 1996.

ROSANVALLON, P. **La nueva cuestión social: repensar el Estado providencia**. Buenos Aires, Manantial, 1995.

_____. **A nova questão social**. Brasília, DF: Instituto Teotônio Vilela, 1998.

ROSS, J. A. Sterilization: past, present, future. **Studies in Family Planning**, New York, v. 23, n. 3, p. 187-198, 1992.

RUA, M. G. As políticas públicas e a juventude dos anos 90. In: CNPD (Org.). **Jovens acontecendo na trilha das políticas públicas**. Brasília, DF, 1998.

RUBIOL, G. Los servicios sociales de atención primaria em algunos países europeos. In: COMITÉ ESPAÑOL DE BIENESTAR SOCIAL. **Los servicios sociales de atención primaria**. Madri: Marsiega, 1984.

_____. **Los Servicios Sociales II: leyes de servicios sociales em Europa**. Madri: Siglo XXI de Espana Editores, 1986, 292 p.

SAKAMOTO, D. L. **Gravidez na adolescência**: análise da reincidência. Franca, 2003, 199 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Faculdade de História, Direito e Serviço Social, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Franca, 2003.

_____.; JOSÉ FILHO, M. As modificações do paradigma de atenção à saúde dos adolescentes. **Serviço Social e Realidade**, Franca, v. 12, n. 2, p. 17-40, 2003.

_____.; BERTANI, I. F. Atenção à saúde dos adolescentes: uma revisão bibliográfica e conceitual, embasamento as demandas do serviço social. **Serviço Social e Realidade**, Franca, v. 14, n. 1, p.185-205, 2005.

SALEM, T. Famílias em camadas médias, uma perspectiva antropológica. **BIB** : Boletim Informativo e Bibliográfico de Ciências Sociais, Rio de Janeiro, v. 21, p. 25-40, jan./jun. 1986.

SALES, M. A.; MATOS, M. C.; LEAL, M. C. (Org.). **Política social, família e juventude**: uma questão de direitos, 2. ed. São Paulo: Cortez : Ed. UERJ, 2006.

SALLES, V. Quando falamos de família, de que família estamos falando? **Caderno CRH**, Salvador, n.17, p. 106-140, jul./dez. 1999.

_____. Famílias em transformación y códigos por transformar. In: GOMES, C. (Comp.). **Procesos sociales, población y familia**: alternativas teoricas y empíricas em las investigaciones sobre la vida domestica. México: Miguel Ângelo Porrua, 2002.

SANTOS, B. S. Orçamento participativo em Porto Alegre: para uma democracia distributiva. In: _____. (Org.). **Democratizar a democracia**: caminhos da democracia participativa. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002.

SANTOS, M. D et al. Sexualidade e adolescência: discurso e prática nas instituições de saúde. In: SILVA, D. P. M. (Org.). **Saúde, sexualidade e reprodução**: compartilhando responsabilidade. Rio de Janeiro: Ed. UERJ, 1997.

SANTOS, M. A. M.; CUTOLO, L. R. A. A interdisciplinaridade e o trabalho em equipe no programa de saúde da família. **Arquivos catarinenses de medicina**, Florianópolis, v. 32, n.4, p. 65-74, 2003.

SÃO PAULO (Estado). Secretaria de Economia e Planejamento. **20 anos no ano 2000**: estudos sociodemográficos sobre a juventude paulista. São Paulo: SEADE, 1998.

SARTI, C. A. **A família como espelho**: um estudo sobre a moral dos pobres. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2007.

SCHRAIBER, L. B. et al. Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 221-242, 1999.

- SCHOR, N. **Adolescência e anticoncepção; conhecimento e uso**. 1995. 214 f. Tese (Livre Docência) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1995.
- SEDA, E. M. **A criança e o perfeito estadista: guia do estatuto da criança e do adolescente para prefeitos municipais e sua equipe**. Rio de Janeiro: Adês, 2002.
- SEGALEN, M. **Sociologie de la famille**. 5. ed. Paris: Armand Colin, 2000.
- SELTIZ, J. et al. **Métodos de pesquisa nas relações sociais**. 10. ed. São Paulo: EPU, 1980.
- SERRANO, J. F. Somos el extremo de las cosas: o pistas para comprender culturas juveniles hoy. In: MARGULIS, M. et al. **Vivendo a toda: Jovenes, territorios culturales y nuevas sensibilidades**. Santafé de Bogotá: Siglo del Hombre : DIUC, 1998.
- SHRYOCK, H. S. et al. **The methods and materials of demography**. Londres: Academic Press, 1976.
- SILVA, B. F. A. **Coesão social, desordem percebida e vitimização em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil**. 2004. Dissertação (Mestrado em Sociologia) – Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais, 2004. Disponível em: <http://www.crisp.ufmg.br/dissertacao_braulios.pdf>. Acesso em: 23 nov.2007.
- SILVA, E. **O planejamento familiar na perspectiva feminina**. 2007. 96 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Faculdade de História, Direito e Serviço Social, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Franca, 2007.
- SILVA, I. Z. Q. J.; TRAD, L. A. B. O trabalho em equipe no programa saúde da família: investigando a articulação técnica e a interação entre os profissionais. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, SP, v. 9, n. 16, p. 25-38, set./fev. 2005.
- SILVA, M. O. S.; YAZBEK, M. C.; GIOVANNI, G. **A política social brasileira no século XXI: a prevalência dos programas de transferências de renda**. São Paulo: Cortez, 2004.
- SIMONETTI, C. A linguagem viva das cartas adolescentes. In: ARRUDA, S.; CAVASIN, S. (Org.). **Sexualidade na adolescência: educação e mídia**. São Paulo: ECOS, 1991. (Série cadernos, v. 1).
- SOARES, L.T. O Debate sobre o Gasto Social do Governo Federal. In: SOARES, L.T. et al. (Org.). **Governo Lula: decifrando o enigma**. São Paulo: Viramundo, 2004.
- SOLA, L. Juventude, comunidade política e sociedade civil. In: CNPD (Org.). **Jovens acontecendo na trilha das políticas públicas**. Brasília, D, 1998.

SOUZA, C. **Redemocratização, federalismo e gasto social no Brasil**: tendências recentes. In: ENCONTRO ANUAL DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS SOCIAIS, 24. 1999, Petrópolis. **Resumos**. Petrópolis: ANPOCS, 1999.

SOUZA, M. M. C. **A importância de se conhecer melhor as famílias para a elaboração de políticas sociais na América Latina**. Rio de Janeiro: Ipea, 2000.

SOUZA, R. S. R. **Direitos humanos e participação da sociedade civil**: atuação da Secretaria Adjunta de Direitos Humanos de Minas Gerais. 2003. Dissertação (Mestrado em) – Escola de Governo da Fundação João Pinheiro, 2003. Disponível em: <<http://www.crisp.ufmg/teses.htm>>. Acesso em: 23 nov. 2007.

SPOSATI, A. (Org.). **Mínimos de cidadania**: ações afirmativas de enfrentamento à exclusão. São Paulo: Ed. PUC, 1994. (Cadernos do NEPSAS, 4).

_____. **Mapa da exclusão e inclusão social da cidade de São Paulo**. São Paulo: Educ, 1996.

_____. Desafios para fazer avançar a política de assistência social no Brasil. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, ano 22, n. 68, p. 54-82, nov. 2001.

_____. Especificidade e intersectorialidade da política de assistência social. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, ano 25, n.77, p. 30-53, mar. 2004.

SPOSITO, M. P. Estudos sobre a juventude em educação. **Revista Brasileira de Educação**, São Paulo, n. 5/6, p.37-52, 1997.

_____. (Coord.). **Juventude e escolarização** (1980/1998). Brasília, DF: MEC/INEP, 2002. (Estado do conhecimento, 7)

SUÁREZ, E. O. et al. **Adolescência y juventud**: aspectos demográficos y epidemiológicos. In: OPAS. Las salud del adolescente y el joven em las Américas. Washington, D.C., 1985. (Publicación científica, 489).

SZMRECSÁNYI, T. Retrospecto histórico de um debate. In: SANTOS, J. L.; LEVY, M. S. F.; SZMRECSÁNYI, T. (Org.). **Dinâmica da população**: teoria, métodos e técnicas de análise. São Paulo: Tão, 1980.

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

TAQUETTE, S. R. **Sexo e gravidez na adolescência**: estudo de antecedentes bio-psico-sociais. Ribeirão Preto 1991. 119 f. Dissertação (Mestrado em Medicina) Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1991.

TAKIUTI, A.D. A saúde da mulher adolescente. In. MADEIRA, F. R. (Org.). **Quem mandou nascer mulher?** estudos sobre crianças e adolescentes pobres no Brasil. Rio de Janeiro: Record, 1997.

- TIBA, I. **Adolescência**: o despertar do sexo: um guia para entender o desenvolvimento sexual e afetivo nas novas gerações. São Paulo: Gente, 1994.
- TORNERO, J. M. P. El ânsia de identidad juvenil y la educación: del narcisismo mediático contemporâneo y las estratégias educativas. In: MARGULIS, M. et al. **Vivendo a toda**: jóvenes, territorios culturales y nuevas sensibilidades. Santafé de Bogotá : DIUC, 1998.
- TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1988.
- TUIRÁN, R. Estructura familiar y trayectorias de vida em México. In: GOMES, C. (Comp.). **Procesos sociales, población y familia**: alternativas teóricas y empíricas em las investigaciones sobre la vida domestica. México: Miguel Ángel Porrúa, 2002.
- UBEDA, E. M. L. **Programa de atendimento à saúde do adolescente**: percepção dos atores envolvidos. Ribeirão Preto, 1996. 206 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto 1996.
- UNFPA. **Contraceptive requirements and logistics management needs in Brazil**. Nova Iorque, 1995. (Technical report, 21).
- UNICEF. **Atendimento às meninas e às adolescentes no município de Maringá**. Maringá: FLASCO, 1992.
- _____. **Situação mundial da infância 2005**. Brasília/DF, 2005a. (Caderno Brasil).
- _____. **O semi-árido brasileiro e a segurança alimentar e nutricional de crianças e adolescentes**. Brasília/DF, 2005b.
- UNITED NATIONS. Department of International Economic and Social Affairs. **Brazil**: case studies in population policy. Nova Iorque, 1988. (Population policy paper, 17).
- URBANO, L. A. **A privatização da saúde e a implantação do SUS**: cenários de uma cidade. Ribeirão Preto: Ed. FUNDEP, 2003.
- USP. **Ensino e educação com igualdade de gênero na infância e na adolescência**: guia prático para educadores e educadoras. São Paulo: Ed. USP : NEMGE, 1996.
- VAITSMAN, J. Pluralidade de mundos entre mulheres de baixa renda. **Estudos Feministas**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 303-319, 1996.
- VARELLA, D. De volta à natalidade. **Folha de S. Paulo**, São Paulo, 23 ago. 2003, Caderno Ilustrada, p. E10.
- VASCONCELOS, A. M. **A prática do serviço social**: cotidiano, formação e alternativas na área da saúde. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2003.

- VÁSQUEZ, A. S. **Filosofia da práxis**. Tradução de Luiz Fernando Cardoso 4. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1990.
- VENTURA, E. M. **Regret after female sterilization among low income woman in São Paulo, Brasil**, 1994. Tese (PhD) – University of Exeter, Exeter, 1994.
- _____. Direitos humanos e Aids no Brasil. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE. **A resposta brasileira ao HIV/AIDS: experiências exemplares**. Brasília, DF: UNAIDS, 1999.
- _____. **Direitos reprodutivos no Brasil**. São Paulo: The John D. and Catherine T. Macarthur Foundation, 2002.
- VIEIRA, E.M.; BARBOSA, R.M.; VILLELA, W.V. **Diafragma: uma escolha possível**. São Paulo: Instituto da Saúde, 1989.
- _____. **Regret after female sterilization among low income woman in São Paulo, Brasil**. 1994 Tese (PhD) – University of Exeter, Exeter, 1994.
- VILLELA, W. V.; ARILHA, M. Sexualidade, gênero e direitos sexuais e reprodutivos. In: BERQUÓ, E. (Org.). **Sexo e vida** Campinas, SP: Ed. Unicamp, 2003.
- VITIELLO, N. Sexo na adolescência uma introdução ao tema. In: CAVALCANTI, R.C.; VITIELLO, N. **Sexologia: 2. ed.** São Paulo, CEICH, 1997. v.1.
- YAZBECK, M. C. Pobreza e exclusão social: expressões da questão social. **Temporalis**, Brasília, DF, ano 3, n. 3, p. 33-40, jan./jun. 2001.
- _____. As ambigüidades da assistência social brasileira após dez anos de LOAS. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, ano 25, n. 77, p. 11-29, mar. 2004.
- WHO. **The female condom: a review**. Genebra, 1997.
- ZALUAR, A. Exclusão e políticas públicas: dilemas teóricos e alternativas políticas. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 12, n. 35, p. 29-47, fev.1997.

APÊNDICES

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO

Nome do pesquisador: Dulcinéia Luccas Sakamoto

Endereço: Rua Atibaia, 684 aptº 24 – Parques dos Bandeirantes – CEP: 14090-140

Telefone: (016) 3967-1451 – Ribeirão Preto, SP

Orientadora: Profª. Drª. Íris Fenner Bertani

Endereço: Rua Profª. Maria Faleiros, 1070 – Santa Cruz – CEP: 14403-363

Telefone: (016) 3724-1523 – Franca, SP

Título da pesquisa: **A saúde de jovens mães:** desafios para os sistemas de proteção social.

Esta é uma pesquisa de doutorado da UNESP, Universidade estadual Paulista, que tem como objetivo geral analisar a atuação dos sistemas de proteção social em relação à saúde integral da jovem mãe e seu segmento.

As suas informações serão tratadas com absoluto sigilo, não sendo publicado o seu nome ou qualquer dado que possa lhe identificar. A qualquer momento você poderá pedir esclarecimentos sobre a pesquisa, bem como retirar este consentimento, o que não acarretará nenhum prejuízo no seu atendimento no serviço de saúde.

Agradecemos a colaboração e nos colocamos à disposição para qualquer informação que julgar necessária. Informamos que nenhum dano será exposto e que os resultados da pesquisa se tornarão públicos para que possa colaborar para a efetivação de programas sociais.

Atenciosamente,

Dulcinéia Luccas Sakamoto.

Pesquisadora – UNESP

Eu, _____, tendo recebido as informações acima e ciente do exposto, concordo em participar da pesquisa.

Ribeirão Preto, _____ de _____ de 2006

Assinatura

APÊNDICE B - ROTEIRO – ENTREVISTA

COORDENADORES DOS PROGRAMAS DE SAÚDE DO ADOLESCENTE

I – Identificação da Unidade

Nome:

Endereço:

Natureza:

Nome do programa desenvolvido:

Tempo do programa:

Tempo de funcionamento do programa:

II – Identificação do sujeito institucional:

Nome:

Formação:

Natureza:

Tempo de serviço no programa:

Titulação do técnico:

Local que desenvolve o programa:

III – Roteiro para a entrevista

- Como nasceu o programa?
- Como ele se desenvolve?
- Há quanto tempo?
- Qual a sua compreensão sobre o programa?
- Qual a população atendida?
- Como o Coordenador entende o sujeito do programa?
- Quais os resultados alcançados?

APÊNDICE C - ROTEIRO – ENTREVISTA**JOVENS MÃES****IDENTIFICAÇÃO**

Nome: _____

Idade: _____ Estado civil: _____

Endereço: _____

Profissão/ocupação: _____

Renda familiar: _____

REPRESENTAÇÕES

01-O que significou para você ter tido um filho na adolescência?

02-O que significou para você ter tido mais de um filho na adolescência?

03-Você está se sentindo bem quanto à saúde, tem acompanhamento médico, faz planejamento familiar?

04-Você recebe atendimento satisfatório na unidade Básica de Saúde do município?

05-Freqüenta alguma entidade religiosa, recebeu apoio?

06-Como você avalia sua vivência de ter sido mãe na adolescência?

07-Como está constituída sua família hoje?

ANEXO

ANEXO A - Autorização do Comitê de Ética em Pesquisa



CENTRO UNIVERSITÁRIO "BARÃO DE MAUÁ"

**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
CEP-BM**

Registrado na CONEP desde 16/05/2002



CERTIFICADO PROTOCOLO APROVADO

Ribeirão Preto, 03 de outubro de 2006

Comunicamos que o projeto encaminhado por V.Sª foi analisado e considerado **APROVADO** pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário "Barão de Mauá", tendo em vista o atendimento às pendências solicitadas pelo CEP.

Protocolo: 155/2006

Projeto: "A Saúde de jovens mães: desafios para o sistema de proteção social"

Pesquisadores: Orientador: Drª Íris Fenner Bertani

Pesquisadora: Profª. Dulcinéia Luccas Sakamoto, Ms.

Conforme resolução 196/96 item IX, o projeto deverá ser desenvolvido conforme delineado e o **Relatório Final** da pesquisa apresentado ao CEP-BM, bem como comunicar qualquer intercorrência no desenvolvimento ou interrupção do projeto.


Profª Drª Tokiko Murakawa Moriya
 Coordenadora do CEP-BM