



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO SÓCIO-ECONÔMICO
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL**

ANGELA MARIA SOZZEKI

**ADOLESCÊNCIA E GRAVIDEZ: da construção da autonomia à falta de atenção
socioassistencial no município de Florianópolis**

**Florianópolis
2015/1**

ANGELA MARIA SOZZEKI

ADOLESCÊNCIA E GRAVIDEZ: da construção da autonomia à falta de atenção socioassistencial no município de Florianópolis

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Serviço Social do Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC.

Professora Orientadora: Prof^a. Dr^a. Carla Rosane Bressan

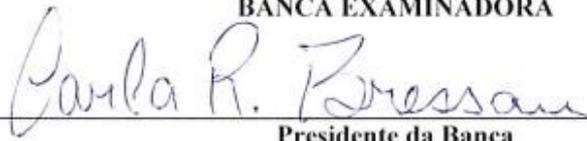
**Florianópolis
2015/1**

ANGELA MARIA SOZZEKI

ADOLESCÊNCIA E GRAVIDEZ: da construção da autonomia à falta de atenção socioassistencial no município de Florianópolis

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para obtenção do título de bacharel em Serviço Social.

BANCA EXAMINADORA



Presidente da Banca

Profª Drª. Carla Rosane Bressan

Universidade Federal de Santa Catarina- Departamento de Serviço Social



Profª Drª Liliane Moser
1ª Examinadora



Profª Drª Michelly Laurita Wiese
2ª Examinadora

Dedico este trabalho à todas as adolescentes gestantes que conheci no HU/UFSC durante o período de estágio, as quais compartilharam momentos significativos de suas vidas. À vocês, meu carinho e agradecimento.

AGRADECIMENTOS

Voltar à jornada acadêmica. Caminho percorrido com o coletivo, com a família e amigos. Não tem como descrever a alegria que sinto em, de novo, me embrenhar neste vasto campo que é o conhecimento. E nesse caminhar, muitos encontrei... e hoje venho agradecer.

Agradeço em primeiro lugar ao meu amoroso Deus, “porque dele, por ele e para ele são todas as coisas”.

À minha querida mãe, exemplo de força e amor. Ao meu pai-amigo (*in memoriam*), ser iluminado e companheiro constante na minha caminhada. É a ele que devo meus primeiros ensaios no campo do Serviço Social da vida, quando me ensinou que o outro merece todo meu respeito e atenção. Se não me ensinou, lapidou em mim essa virtude. Pai, hoje você é uma estrela que me ilumina! Amo vocês!

Às minhas irmãs amadas Rosiclei e Simone, distantes, mas tão perto do meu coração.

Aos meus sobrinhos Thamíres, Larissa e Enzo. Vocês são meus amores.

Às minhas pequenas estrelas em forma de filhos, Luisa e Gustavo, bálsamo para minha existência... Agradeço como quem acaba de parir. Vocês nascem todos os dias quando os vejo acordar. E a dor de ser mãe me desperta cada músculo na busca de dias melhores. Obrigada por trazerem sol às nossas vidas (e tantas outras coisas boas juntas).

Ao meu esposo Waldir, pelo incentivo no decorrer do curso.

Aos meus amigos, em especial à Cléia. A nossa amizade se escreve assim, em pequenos grandes gestos e palavras.

Às minhas amigas e companheiras do curso de Serviço Social: “... nada se compara ao amigo fiel.”

À professora Carla Bressan, mestra e amiga: “O silêncio é a voz do coração que admira”.

Às professoras Liliane Moser e Michelly Wiese, muito obrigada por comporem a banca!

Aos profissionais do Serviço Social do HU/UFSC, pela atenção, comprometimento e carinho demonstrados ao longo do estágio. Muito obrigada!

Aos professores do Departamento de Serviço Social desta universidade pública e de qualidade, pela dedicação e demonstração de tantos conhecimentos que contribuíram para minha formação profissional. Muito obrigada!

Em especial ao professor Arnaldo Xavier. Ser iluminado! Missão cumprida com muita sabedoria. Vai com Deus!

*Sentir primeiro, pensar depois
Perdoar primeiro, julgar depois
Amar primeiro, educar depois
Esquecer primeiro, aprender depois*

*Libertar primeiro, ensinar depois
Alimentar primeiro, cantar depois*

*Possuir primeiro, contemplar depois
Agir primeiro, julgar depois*

*Navegar primeiro, aportar depois
Viver primeiro, morrer depois.*

Mario Quintana

SOZZEKI, Angela Maria. **ADOLESCÊNCIA E GRAVIDEZ: da construção da autonomia à falta de atenção socioassistencial no município de Florianópolis**. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis - SC, 2015.

RESUMO

Este Trabalho de Conclusão de Curso é resultado das inquietações advindas da experiência de estágio vivenciadas na maternidade do Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago (HU/UFSC) no período compreendido entre agosto de 2014 a junho de 2015. A proximidade com adolescentes gestantes motivou investigar as situações que levaram essas adolescentes a engravidarem nessa fase de suas vidas. A abordagem do tema foi realizada de forma não alarmista e que vai além de questões biologizantes. Todavia, não foi tarefa fácil assegurar e avançar no debate acerca do tema, uma vez que a maioria das pesquisas tratam o tema sob uma ótica de biologização e/ou moralizante. A proximidade com as adolescentes mães na maternidade do HU/UFSC proporcionou uma reflexão de como essas adolescentes internalizaram a nova condição de serem mães, bem como acerca do papel do Estado, do que este tem a oferecer após a alta hospitalar a essas adolescentes. Diante dessas inquietações para se discutir o tema gravidez na adolescência, estabeleceu-se como objetivo geral: analisar quais são as principais demandas e necessidades apresentadas pelas adolescentes em situação de vulnerabilidade social atendidas na maternidade do HU/UFSC. O presente trabalho é composto de pesquisa bibliográfica sobre o tema, que além de documentos normativos do Ministério da Saúde, desenvolveu um diálogo com vários autores, como Brandão e Heilborn (2002; 2006), Osório (1992), Beretta (2011), Teixeira e Dias (2004) e Fanelli (2003), os quais produziram estudos sobre a adolescência e a gravidez. O processo metodológico adotado nesse estudo foi de natureza qualitativa, com coleta realizada a partir da observação na intervenção de estágio, do levantamento de informações e contato com instâncias governamentais da administração pública municipal, bem como a pesquisa documental. Finalmente o estudo permitiu concluir que as adolescentes engravidam e são conhecedoras dos métodos anticoncepcionais, bem como a notícia da gravidez, em sua maior parte, é tida como desejada. Evidencia-se o desafio para as políticas públicas e traz à tona questões relevantes sobre a gravidez na adolescência, não excetuando-se das informações a esse público, mas fornecendo subsídios para que essas pessoas vivam sua sexualidade de forma plena e com planejamento de anticoncepção ou concepção.

PALAVRAS-CHAVES: Adolescência. Gravidez. Família.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Número de mães adolescentes atendidas no HU/UFSC23

Quadro 2: Entidades não governamentais do município de Florianópolis,
contendo idade das crianças e adolescentes e o regime de serviço prestado.....62

LISTA DE SIGLAS

MEC – Ministério da Educação e Cultura
MS – Ministério da Saúde
OMS – Organização Mundial da Saúde
ONU – Organização das Nações Unidas
ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente
PSE – Programa Saúde na Escola
PROSAD – Programa Saúde do Adolescente
LOAS – Lei Orgânica da Assistência Social
HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana
AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
DST – Doença sexualmente transmissível
DIU – Dispositivo Intrauterino
HB/HT – Hemograma
VDRL – Venereal Disease Research Laboratory
ABO-Rh – Tipos de sangue A, B, AB e O
HU – Hospital Universitário
UFSC – Universidade Federal de Santa Catarina
SUS – Sistema Único de Saúde
CUN – Conselho Universitário
AC – Alojamento Conjunto
CIAM – Central de Incentivo ao Aleitamento Materno
TO – Triagem Obstétrica
CO – Centro Obstétrico
UTI – Unidade de Terapia Intensiva
GM – Gabinete do Ministério
PNH – Política Nacional de Humanização
PFST – Programa de Formação em Saúde e Trabalho
PHPN – Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento
MS – Ministério da Saúde
ONG – Organização não governamental
CRAS – Centro de Referência de Assistência Social

UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância

UNFPA – Fundo de População das Nações Unidas

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

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 CONTEXTUALIZANDO A DISCUSSÃO	15
2.1 A Maternidade do Hospital Universitário: desafios do campo de estágio.....	17
2.2 O Serviço Social e as demandas na maternidade do HU/UFSC	24
3 ADOLESCÊNCIA E A GRAVIDEZ	31
3.1 O espaço social da adolescência	31
3.2 Adolescência e a gravidez: onde se entrecruzam?	35
3.3 Gravidez na Adolescência e o amparo das políticas públicas	43
4 A MATERNIDADE DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO: DESAFIOS DO CAMPO DE ESTÁGIO	47
4.1 O campo de estágio e a emergência do objeto de estudo.....	47
4.2 Quem são as adolescentes.....	50
4.3 Principais demandas apresentadas pelas adolescentes.....	59
4.4 O mapeamento dos serviços socioassistenciais disponíveis no município de Florianópolis.....	61
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	65
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	68

1 INTRODUÇÃO

Este Trabalho de Conclusão de Curso é resultado das inquietações advindas da experiência de estágio vivenciadas na maternidade do Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago (HU/UFSC). A proximidade com adolescentes gestantes que ali se internam para terem seus bebês suscitou o interesse em investigar as situações que levaram essas adolescentes a engravidarem nessa fase de suas vidas. A abordagem do tema foi realizada de forma não alarmista e que vai além de questões biologizantes. Todavia, não foi tarefa fácil assegurar e avançar no debate acerca do tema, pois muitas pesquisas nos trazem somente as perspectivas predominantes na biologização e na moralização do tema, dificultando assim contemplar o objetivo proposto.

O trabalho aborda a adolescência com ênfase na gravidez nesse período de vida. Foi realizado por meio de pesquisa bibliográfica e coleta de dados sistematizados a partir da experiência de estágio na maternidade do Hospital Universitário Professor Ernani de São Thiago, da Universidade Federal de Santa Catarina (HU/UFSC), no período compreendido entre agosto de 2014 a junho de 2015.

A proximidade com as adolescentes mães na maternidade do HU/UFSC proporcionou uma reflexão de como essas adolescentes internalizaram a nova condição de serem mães, bem como acerca do papel do Estado, do que este tem a oferecer após a alta hospitalar a essas adolescentes.

Diante dessas inquietações para se discutir o tema gravidez na adolescência, estabeleceu-se como objetivo geral: analisar quais são as principais demandas e necessidades apresentadas pelas adolescentes em situação de vulnerabilidade social atendidas na maternidade do HU/UFSC.

E delimitaram-se os objetivos específicos, que são:

- conhecer o perfil das adolescentes gestantes e puérperas que são atendidas na maternidade do HU/UFSC;
- identificar a rede apoio socioassistencial do Município de Florianópolis disponíveis, após alta hospitalar o período de puerpério;
- conhecer quais serviços ofertados pelo poder público municipal e sua origem, de modo especial o município de Florianópolis, contexto que contribuirá para a produção de conhecimento em Serviço Social sobre o tema da gravidez na adolescência.

Por meio de um diálogo com vários autores, como Brandão e Heilborn (2002; 2006), Osório (1992), Beretta (2011), Teixeira e Dias (2004) e Fanelli (2003), os quais produziram estudos sobre a adolescência e a gravidez, este trabalho procura, de forma clara e sucinta, desmistificar algumas questões geradoras de alarmismo, no tocante à gravidez na adolescência.

O presente trabalho é composto de pesquisa bibliográfica sobre gravidez na adolescência, a fim de conhecer o objeto de estudo. Foram consultados livros, artigos, teses, dissertações, trabalhos de conclusão de curso, além de documentos normativos do Ministério da Saúde.

O processo metodológico adotado nesse estudo foi de natureza qualitativa, em que a coleta de dados ocorreu a partir da observação da intervenção de estágio, do levantamento de informações e contato com instâncias governamentais da administração pública municipal, bem como a pesquisa documental.

O trabalho em questão está estruturado em quatro seções para melhor contextualização e reflexão da temática. Na primeira seção (Introdução) apresenta-se o trabalho realizado. Na segunda seção, aborda-se o Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago da Universidade Federal de Santa Catarina (HU/UFSC), especificamente a sua maternidade, locus da experiência de Estágio Obrigatório I e II, inserindo a temática gravidez na adolescência, bem como a dinâmica de trabalho junto à maternidade do HU/UFSC.

Na terceira seção, procura-se trazer o debate acerca do espaço social em que a adolescência está inserida, as definições sobre sexualidade, a descoberta da gravidez e seus impasses, a gravidez no âmbito familiar e o amparo das políticas públicas à adolescente, bem como algumas definições da Organização Mundial de Saúde - (OMS), do Ministério da Saúde - (MS) e do Estatuto da Criança e do Adolescente - (ECA), bem como interpretações de alguns autores sobre esse período de vida.

Por fim, na quarta seção, é focado o campo de estágio, na qualidade de locus de desenvolvimento da proposta de intervenção, no que se refere à caracterização dessas adolescentes, as demandas apresentadas e o levantamento realizado junto à rede pública do município de Florianópolis quanto à possibilidade de encaminhamento da adolescente mulher e mãe.

Logo após, apresentam-se as considerações finais, indicando as principais questões apreendidas no processo de reflexão da temática, buscando salientar a importância do

conhecimento que as adolescentes precisam ter dos métodos anticoncepcionais, mas, sobretudo, de ações do Estado que as amparem nessa fase de suas vidas.

2 CONTEXTUALIZANDO A DISCUSSÃO

Este estudo toma como referência principal as demandas emergentes no campo de estágio na Maternidade do Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago (HU/UFSC). Um dos principais desafios presentes no trabalho desenvolvido foi atuar diretamente com as adolescentes grávidas.

Nessa perspectiva, inicia-se este trabalho situando o campo de estágio, priorizando demonstrar de que forma essa demanda aparece na maternidade do HU/UFSC. Além disso, pretende-se mostrar como essa demanda tem sido usual em seu cotidiano, situando os encaminhamentos dados em outros contextos de saúde.

O tema gravidez na adolescência está presente no fazer profissional do Assistente Social. Nesse sentido, tornou-se importante para nossos estudos a realização de um levantamento do perfil das adolescentes grávidas a fim de situar a temática e sua abordagem no Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago, tendo em vista que esse levantamento de dados do perfil permeou as atividades de todo o período do Estágio Obrigatório I e II.

O Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago (HU/UFSC), é um hospital público ligado à Universidade Federal de Santa Catarina e também ao Ministério da Educação. A sua inauguração ocorreu em 1980 e tem como princípios o ensino, a pesquisa e a extensão. Atende a comunidade local, do Estado de Santa Catarina, bem como turistas e visitantes que chegam a Florianópolis.

Caracterizado como hospital-escola de referência estadual em doenças complexas, clínicas e cirúrgicas, o HU/UFSC atua no nível da alta complexidade, ou seja, dispõe de leitos de clínica médica e pediátrica e seus respectivos ambulatórios. O HU/UFSC também possui o atendimento de emergência, que funciona vinte e quatro horas por dia, atendendo adultos e crianças em áreas separadas, em números crescentes, e que atualmente atingem a média de 400 pacientes/dia¹.

No que se refere ao corpo clínico, o HU/UFSC é formado por professores dos Departamentos do Centro de Ciências de Saúde, médicos e demais profissionais de áreas diversas como Enfermagem, Farmácia e Bioquímica, Nutrição, Serviço Social, Odontologia,

¹ Informação disponível no *site* do HU/UFSC www.hu.ufsc.br. Acesso em: 3.4.2015.

Psicologia, Fonoaudiologia, Fisioterapia e Engenharia Biomédica, dentre outras profissões integrantes do quadro de servidores do HU/UFSC².

Segundo informações contidas no *site* oficial do HU/UFSC, este apresenta como missão “Preservar e manter a vida, promovendo a saúde, formando profissionais, produzindo e socializando conhecimentos, com ética e responsabilidade social”. Além disso, como visão, o HU/UFSC pretende “ser um centro de referência em alta complexidade, com excelência no ensino, pesquisa, assistência e gestão, pautado na integralidade de atenção a saúde e no trabalho interdisciplinar”. Por fim, o HU/UFSC indica como seus valores a qualidade, humanização, ética, público e gratuito, inovação, valorização, qualificação e competência profissional, compromisso social, articulação entre ensino, pesquisa, extensão e assistência, construção e socialização do conhecimento e o respeito aos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), na qualidade de balizadores do seu trabalho.

Cabe destacar que os princípios do SUS compreendem a integralidade, a universalidade, a equidade e a resolutividade, e conforme Burlin (2006, p. 56), o HU/UFSC está “interligado ao SUS, que significa um conjunto de unidades e ações de serviços que interagem para a promoção, proteção e recuperação da saúde”.

Segundo o Regimento da Reitoria da UFSC, na Seção IV- Resolução Normativa nº 28/CUn, de 27 de novembro de 2012, em seu artigo 36, estão descritas as competências do Hospital Universitário, que seguem:

- I – atuar como campo de ensino, pesquisa e extensão nas áreas da saúde e afins, em consonância com os respectivos departamentos acadêmicos da Universidade;
- II – prestar assistência à comunidade na área da saúde, em todos os níveis de complexidade, de forma universalizada e igualitária;
- III – manter assistência à saúde, harmonizada com o Sistema Nacional de Saúde;
- IV – promover a integração docente-assistencial;
- V – executar outras atividades inerentes à área ou que venham a ser delegadas pela autoridade competente.

Conforme consta no referido Regimento Interno, em seu artigo 49, está previsto que a clientela do hospital Universitário é universalizada e, para acessar os serviços ofertados, basta estar munido da identificação pessoal, que é o Registro Geral (RG), bem como do Cartão Nacional de Saúde.

A instituição está organizada por níveis de complexidade dos atendimentos aos pacientes, contando com atendimentos de urgência e emergência, além de receber as

² Informação disponível no *site* do HU/UFSC www.hu.ufsc.br. Acesso em: 3.4.2015.

referências ambulatoriais, as quais são agendadas previamente pelas unidades de saúde dos municípios, por meio do sistema de regulação municipal. Isso faz com que o HU/UFSC seja uma referência em todo Estado de Santa Catarina e, por isso mesmo, seja bastante procurado pela população catarinense, pois há regiões em que o sistema de saúde não está totalmente implantado.

Assim, o HU/UFSC atende de forma igualitária, tendo como princípio básico a isonomia, pois o atendimento se dá de forma ordenada, considerando a gravidade da doença do paciente. O HU/UFSC, então, segue os princípios de que a atenção à saúde deve respeitar a gravidade da doença, a ordem cronológica de chegada, bem como as portas de entrada do sistema.

Atualmente, o HU/UFSC conta com ambulatórios, que estão estruturados em áreas básicas de atendimento: três unidades de internação, sendo denominadas como Clínica Médica I, II e III, a Pediatria, a Tocoginecologia 1, duas Emergências (infantil e adulta) e duas Clínicas Cirúrgicas I e II, e a maternidade, que conta com o Centro Obstétrico e a Unidade de Neonatologia³.

O presente estudo tem como cenário a maternidade, que recebe adolescentes grávidas dos mais diferentes locais. Durante o período de estágio obrigatório, percebemos a demanda crescente de adolescentes grávidas e, ao lidarmos com essa questão, surgiu a necessidade de uma reflexão crítica acerca do tema pelo viés do Serviço Social, principalmente no que tange aos encaminhamentos a serem dados às adolescentes grávidas no município de Florianópolis.

2.1 A Maternidade do Hospital Universitário: desafios do campo de estágio

A maternidade do HU/UFSC foi inaugurada em 1995, com a finalidade de atender (gestantes e puérperas) na modalidade de assistência integral com atenção ao recém-nascido e à família, levando em consideração os aspectos biopsicossociais.

A maternidade conta com os setores de atendimento, que são a Triagem Obstétrica - (TO), Centro Obstétrico - (CO), Unidade de Neonatologia, Alojamento Conjunto - (AC), Central de Incentivo ao Aleitamento Materno (CIAM), Lactário, Hotelzinho, Serviço Social, Psicologia e Nutrição.

A equipe multiprofissional da maternidade é composta por médicos obstetras, neonatologistas, anestesistas, enfermeiras, técnicos de enfermagem, assistentes sociais e duas

³ Informação disponível no *site* do HU/UFSC www.hu.ufsc.br. Acesso em: 3.4.2015.

estagiárias de Serviço Social, nutricionista, psicóloga, fonoaudióloga, atendentes e auxiliares administrativos.

A maternidade do HU/UFSC está estruturada como Alojamento Conjunto, que é definido pelo Ministério da Saúde como:

[...] um sistema hospitalar em que o recém-nascido sadio, logo após o nascimento, permanece ao lado da mãe, 24 horas por dia, num mesmo ambiente, até a alta hospitalar. Tal sistema possibilita a prestação de todos os cuidados assistenciais, bem como, a orientação à mãe sobre a saúde do binômio mãe e filho. (BRASIL, 1993, p. 02)

Assim, o Alojamento Conjunto da Maternidade do HU/UFSC possui 16 leitos para as puérperas juntamente com os seus bebês, sendo que, destes, 6 são destinados às gestantes com gravidez de alto risco⁴ e 1 leito de isolamento. O Serviço Social atua no Alojamento Conjunto junto às gestantes de alto risco, às puérperas, recém-nascidos e suas famílias. A dinâmica de trabalho na maternidade é permeada pela questão da imediatividade das situações.

O profissional precisa tomar conhecimento da realidade diária do AC, com especial atenção para a rotatividade das usuárias, identificando as demandas emergentes, que serão acompanhadas e atendidas pelo Serviço Social, como as gestações de risco, pacientes procedentes de outras cidades e Estados, gestantes e mães adolescentes, óbitos, acompanhamentos de alta, bem como as situações identificadas como de vulnerabilidade social.

Nesse sentido, a Política Nacional de Humanização (PNH) foi lançada em 2003, buscando colocar em prática os princípios⁵ do SUS, no dia a dia dos serviços de saúde, refletindo mudanças nos modos de gerir e cuidar, uma vez que a Política Nacional de Saúde enfatiza que:

⁴ Segundo o Ministério da Saúde (2010), entende-se por alto risco as grávidas portadoras de doenças que podem se agravar durante a gestação ou que apresentarão problemas que podem ter sido desencadeados nesse período. São exemplos de alto risco: hipertensão, diabetes, infecções, doenças do coração e do aparelho circulatório. Existem vários tipos de fatores geradores de risco gestacional. Alguns desses fatores podem estar presentes ainda antes da ocorrência da gravidez. Sua identificação nas mulheres em idade fértil na comunidade permite orientações às que estão vulneráveis no que concerne ao planejamento familiar e aconselhamento pré-concepcional. Assim, é importante que as mulheres em idade reprodutiva, especialmente aquelas em situações de vulnerabilidade, tenham acesso aos serviços de saúde e oportunidade de estar bem informadas e na melhor condição física possível antes de engravidar. Como exemplo, podemos citar uma mulher diabética, cuja doença deve estar bem controlada antes de engravidar. Os fatores de risco gestacional podem ser prontamente identificados no decorrer da assistência pré-natal, desde que os profissionais de saúde estejam atentos a todas as etapas da anamnese, do exame físico geral e exame gineco-obstétrico, bem como por ocasião da visita domiciliar, razão pela qual é importante a coesão da equipe.

⁵ Por princípio, entende-se o que impulsiona as ações, disparando movimentos no plano das políticas públicas.

Reconhecer a individualidade é humanizar o atendimento. Permite ao profissional estabelecer com cada mulher um vínculo e perceber suas necessidades e capacidade de lidar com o processo do nascimento. Permite também relações menos desiguais e menos autoritárias, na medida em que o profissional, em lugar de “assumir o comando da situação”, passa a adotar condutas que tragam bem-estar e garantam a segurança para a mulher e o bebê⁶. (p. 10)

A PNH tem por objetivo estimular a comunicação entre gestores, trabalhadores e usuários, a fim de construir processos coletivos de enfrentamento de relações de poder, trabalho e afeto, os quais por diversas vezes, produzem atitudes e práticas desumanizadoras, que inibem a autonomia e a corresponsabilidade dos profissionais de saúde em seu trabalho e dos usuários, objetivos estes permeados pelas orientações clínicas, éticas e políticas.

A humanização, tal como nos indica a PNH:

[...] efetiva-se nas práticas em saúde a partir delas, ou seja, das formas como agimos no cotidiano dos serviços. Está voltada para homens e mulheres comuns que compõem o SUS, em suas experiências, com os trabalhadores e usuários que habitam e produzem o dia-a-dia dos serviços de saúde. É no encontro entre estes sujeitos concretos, situados, que a política de humanização se constrói. (BRASIL, 2008).

Assim, as diretrizes trazidas pela PNH são orientações gerais e se expressam no método da inclusão de usuários, trabalhadores e gestores na gestão dos serviços de saúde, por meio de práticas como:

[...] a clínica ampliada, a cogestão dos serviços, a valorização do trabalho, o acolhimento, a defesa dos direitos do usuário, entre outras. Os dispositivos, por sua vez, atualizam essas diretrizes por meio de estratégias construídas nos coletivos concretos destinadas à promoção de mudanças nos modelos de atenção e de gestão em curso, sempre que tais modelos estiverem na contramão do que preconiza o SUS. Entre os dispositivos propostos pela PNH, estão: acolhimento com classificação de risco, colegiado gestor, visita aberta e direito a acompanhante, equipe transdisciplinar de referência, Programa de Formação em Saúde e Trabalho (PFST), projetos cogeados de ambiência. A implantação desses dispositivos se efetiva caso a caso, considerando-se a especificidade dos serviços, partindo sempre da análise dos processos de trabalho, processos que nunca se repetem. A PNH traz, em seu escopo, a articulação de um conjunto de referenciais e instrumentos, operando com eles para disparar processos. (BRASIL, 2008).

⁶ O Ministério da Saúde conceitua a atenção humanizada como um bloco de conhecimentos, práticas e atitudes que visam à promoção do parto e do nascimento saudáveis, bem como a prevenção da morbimortalidade materna e perinatal. Esse processo começa no pré-natal, no qual a equipe de saúde poderá realizar procedimentos benéficos para mulher e o bebê, a fim de evitar intervenções desnecessárias, preservando a privacidade e autonomia da mulher.

No tocante à assistência humanizada junto à maternidade do HU/UFSC, a referência é anterior à publicação da PNH/2003. Internamente, esse debate teve seu início ainda em 1988, já com iniciativas que procuravam garantir o acompanhamento da mãe gestante no momento do parto, uma vez que isso já era realizado às mães gestantes beneficiadas com planos de saúde particulares. Esse conceito só foi sistematizado nacionalmente por meio do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, instituído pelo Ministério da Saúde por meio da Portaria/GM nº 569, de 1º.6.2000. Em Santa Catarina, a proposta foi transformada no Projeto de Lei nº 195, aprovado na Assembleia Legislativa em março de 2002⁷.

Em setembro de 2003, houve uma audiência pública realizada no âmbito nacional da Comissão de Assuntos Sociais, na qual compareceram diversos especialistas acerca do assunto e que foram unânimes em ressaltar os excelentes resultados alcançados com a implantação do programa de humanização do parto, pois reduz o tempo de internação, as complicações da mãe e do bebê, bem como das cesáreas, remetendo à redução de custos para o setor da saúde. Atualmente, é um direito assegurado à parturiente de ter seu acompanhante durante o período de trabalho de parto e pós-parto imediato, abrangendo todos os hospitais conveniados pelo SUS.

Assim, o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento - PHPN/2000 está fundamentado nas necessidades de atenção específica à gestante, ao recém-nascido e à mãe no puerpério⁸, considerando como prioridades:

[...] concentrar esforços no sentido de reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna, peri e neonatal registradas no país; adotar medidas que assegurem a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto, puerpério e neonatal; ampliar as ações já adotadas pelo Ministério da Saúde na área de atenção à gestante, como os investimentos nas redes estaduais de assistência à gestação de alto risco, o incremento do custeio de procedimentos específicos, e outras ações como o Maternidade Segura, o Projeto de Capacitação de Parteiras Tradicionais, além da destinação de recursos para treinamento e capacitação de profissionais diretamente ligados a esta área de atenção, e a realização de investimentos nas unidades hospitalares integrantes destas redes⁹.

⁷ As discussões sobre a temática, em âmbito estadual, tiveram orientação dos pesquisadores do Núcleo Interdisciplinar de Pesquisa sobre Parto e Nascimento, que buscava garantir esse direito das gestantes atendidas nos hospitais públicos conveniados pelo SUS. Assim, a maternidade do HU/UFSC foi a pioneira na rede assistencial pública brasileira a permitir a presença do acompanhante durante o parto e no pós-parto imediato. Informações retiradas do *site*: <http://www.hu.ufsc.br>. Acesso em: 3.4.2015.

⁸ Puerpério é o período após o parto, no qual a mulher experimenta modificações físicas e psíquicas. Nessa fase, a mulher é chamada de puérpera.

⁹ Informação retirada do *site* <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf>. Acesso em: 11.4.2015

O PHPN está fundamentado na perspectiva de que a humanização da Assistência Obstétrica e Neonatal é condição primordial para o acompanhamento do parto e do puerpério de forma adequada. Este tem como principal objetivo “proporcionar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento ao pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido, na lógica dos direitos de cidadania” (BRASIL, 2000, p. 1-2).

Esse objetivo está voltado para concretização de direitos historicamente conquistados, como:

[...] toda gestante tem direito ao acesso a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério; toda gestante tem direito de saber e ter assegurado o acesso à maternidade em que será atendida no momento do parto; toda gestante tem direito à assistência ao parto e ao puerpério e que esta seja realizada de forma humanizada e segura, de acordo com os princípios gerais e condições estabelecidas na prática médica; todo recém-nascido tem direito à assistência neonatal de forma humanizada e segura¹⁰.

Segundo o referido Programa, a humanização é compreendida como:

- dever das unidades de saúde receber com dignidade a mulher, seus familiares e o recém-nascido. Atitude que necessita de ética por parte dos profissionais de saúde e a organização da instituição de modo a criar um ambiente acolhedor e a instituir rotinas hospitalares que rompam com o tradicional isolamento imposto à mulher;
- adoção de medidas e procedimentos benéficos para o acompanhamento do parto e do nascimento, a fim de evitar práticas intervencionistas desnecessárias, que embora tradicionalmente realizadas não beneficiam a mulher nem o recém-nascido, e que com frequência acarretam maiores riscos para ambos.

O Programa indica também o adequado acompanhamento do pré-natal e assistência à gestante e à puérpera. Para tanto, é indicada a realização de atividades como:

- pré-natal até o 4.º mês de gestação, onde deverá realizar, no mínimo, seis consultas de acompanhamento pré-natal, sendo, preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no terceiro trimestre da gestação;
- uma consulta no puerpério, até quarenta e dois dias após o nascimento;
- os seguintes exames laboratoriais: a) ABO-Rh¹¹, na primeira consulta; b) VDRL (para diagnosticar sífilis), um exame na primeira consulta e outro na trigésima semana da gestação; c) Urina, um exame na primeira consulta e outro na trigésima

¹⁰ Informação retirada do *site* <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf>. Acesso em: 11.4.2015

¹¹ O fator Rh é um dos dois grupos de antígenos eritrocitários de maior importância clínica, estando envolvido nas reações transfusionais hemolíticas e na Doença Hemolítica do Recém-Nascido (DHRN ou Eritroblastose fetal). Sua determinação, juntamente com a dos antígenos pertencentes ao sistema ABO, é feita no procedimento laboratorial denominado tipagem sanguínea (ABO e Rh). Informação disponível no *site* https://pt.wikipedia.org/wiki/Fator_Rh. Acesso em: 10.10.2015.

semana da gestação; d) Glicemia de jejum, um exame na primeira consulta e outro na trigésima semana da gestação;

- HB/Ht, na primeira consulta;
- testagem anti-HIV, com um exame na primeira consulta, naqueles municípios com população acima de cinquenta mil habitantes;
- aplicação de vacina antitetânica dose imunizante, segunda, do esquema recomendado ou dose de reforço em mulheres já imunizadas;
- deflagrar atividades educativas;
- classificação de risco gestacional a ser realizada na primeira consulta e nas consultas subsequentes, garantindo à essa mulher um atendimento ou acesso à unidade de referência para atendimento ambulatorial e/ou hospitalar¹².

Assim, com a assistência humanizada, a gestante tem o direito de optar pela forma como será feito seu parto e de escolher a posição do parto que deseja realizar (cócoras ou vertical, horizontal), possibilidades nem sempre garantidas, principalmente ao se tratar de parto cesáreo, no qual quem decide é a equipe médica, conforme o quadro clínico da gestante e/ou do bebê. Faz parte dessa forma de atenção o serviço de Alojamento Conjunto - serviço disponibilizado na maternidade do HU/UFSC, em que a mãe e bebê não são separados. Este fica num berço ao lado da cama da mãe, pois não há berçário.

A Atenção Humanizada é desenvolvida também na Unidade Neonatal, que presta a assistência baseada na Política de Atenção Humanizada ao recém-nascido baixo peso, conhecida como Método Canguru¹³.

Os princípios do parto humanizado evoluíram na maternidade do HU/UFSC também para a criação do Grupo de Casais Grávidos ou Gestantes, com a finalidade de estimular o resgate do parto natural e para a adoção de medidas pós-nascimento como o método Mãe Canguru. Esse método objetiva assistir os recém-nascidos de baixo peso, que necessitem de cuidados especiais. Os estudos indicam que, quando a criança é colocada junto ao corpo da mãe e dela recebe o calor suficiente para se manter aquecida, evidencia-se uma melhora significativa do bebê, tendo a alta mais brevemente das unidades de UTI neonatais e até a alta hospitalar.

¹² Informação retirada do *site* <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf>. Acesso em: 13.4.2015.

¹³ “O Método Canguru é um modelo de assistência perinatal voltado para a melhoria da qualidade do cuidado, desenvolvido em três etapas conforme Portaria GM/MS nº 1.683, de 12 de julho de 2007, que: parte dos princípios da atenção humanizada; reduz o tempo de separação entre mãe e recém-nascido e favorece o vínculo; permite um controle térmico adequado; contribui para a redução do risco de infecção hospitalar; reduz o estresse e a dor do recém-nascido; aumenta as taxas de aleitamento materno; melhora a qualidade do desenvolvimento neurocomportamental e psicoafetivo do recém-nascido; propicia um melhor relacionamento da família com a equipe de saúde; possibilita maior competência e confiança dos pais no cuidado do seu filho inclusive após a alta hospitalar; reduz o número de reinternações; e contribui para a otimização dos leitos de Unidades de Terapia Intensiva e de Cuidados Intermediários Neonatais”. Informações retiradas do *site* http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/metodo_canguru_manual_tecnico_2ed.pdf. Acesso em: 14.4.2015.

Atualmente, em Santa Catarina, o HU/UFSC também é referência na atenção à Gravidez na Adolescência e, conforme preconiza o ECA, com atendimento prioritário na faixa etária dos 12 aos 18 anos. Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2005), estudos realizados em diferentes países e grupos sociais demonstram aumento da taxa de fecundidade nas adolescentes em relação às taxas da população adulta, que têm diminuído. No Brasil, essa realidade vem sendo constatada pelo crescente número de adolescentes nos serviços de pré-natal e maternidades. A grande maioria dos estudos sugere que a maior incidência ocorre nas populações de baixa renda e associam alta fecundidade e baixa escolaridade como fatores predominantes¹⁴.

Como a maternidade do HU/UFSC recebe majoritariamente adolescentes da Grande Florianópolis, pode-se perceber um crescente aumento de mães adolescentes nessa região, conforme demonstrado no quadro abaixo:

Ano	Clínica Médica	Quantidade
2010	Alojamento Conjunto Mães e Gestantes	04
2011	Alojamento Conjunto Mães e Gestantes	20
2012	Alojamento Conjunto Mães e Gestantes	22
2013	Alojamento Conjunto Mães e Gestantes	46
2014	Alojamento Conjunto Mães e Gestantes	127
2015	Alojamento Conjunto Mães e Gestantes	44 (até mar/2015)

Quadro 1

Fonte: Coleta dos dados junto ao Departamento de Estatística do HU/UFSC em abril/2015.

Elaboração: Angela Maria Sozzeki - Florianópolis, 2015.

Os dados do registro de estatística evidenciam o crescente atendimento realizado na maternidade do HU/UFSC. A demanda de adolescentes grávidas atendidas está crescendo significativamente nos últimos 5 anos, pois em 2010 foram atendidas apenas 4 adolescentes. Em 2014, contudo, esse número teve uma elevação para 127 adolescentes internadas, o que corresponde a um aumento de 3075% de atendimento desse grupo. Atualmente, até o mês de março/2015, já haviam sido internadas 44 adolescentes que tiveram seu bebê na maternidade do HU/UFSC. Percebemos que, conforme demonstrado no quadro, há um acréscimo significativo da demanda, o que já indica algumas possibilidades e inquietações, como: mais

¹⁴ Essa perspectiva de análise e generalização será abordada e criticada no próximo item.

adolescentes têm ficado grávidas? Mais adolescentes e famílias têm procurado atendimento especializado? Ou ainda, está ocorrendo menor número de interrupção de gestações?¹⁵

2.2 O Serviço Social e as demandas na maternidade do HU/UFSC

A dinâmica de trabalho na maternidade do HU/UFSC é atravessada pela questão da imediatividade das situações. O profissional precisa tomar conhecimento diário da rotatividade dos pacientes do AC, identificando as demandas emergentes que são acompanhadas e atendidas pelo Serviço Social.

Nesse sentido, é relevante uma prática reflexiva que permita aos usuários desenvolver uma compreensão crítica sobre a situação em que vivem e dos direitos que possuem, visando garantir a democratização de informações acerca dos direitos sociais, como forma de fortalecer a autonomia do usuário.

A socialização das informações é uma das principais características das ações socioeducativas. Porém, torna-se importante salientar que essas ações não se resumem ao mero repasse de informações sobre serviços e direitos, mas abrangem um processo mais amplo de reflexão com os envolvidos, em que há responsabilização do profissional tanto pela informação prestada como pelo acompanhamento do processo como um todo, de modo que o usuário se perceba diante do processo de materialização de seus direitos. (MIOTO, 2009 *apud* AMARAL, 2008).

A rotatividade dos pacientes exige a formulação de instrumentais e propostas que visem à garantia da autonomia e da emancipação dos usuários, com ênfase nos processos de participação e controle social, uma vez que essas questões são pouco abordadas no setor.

Destacamos algumas atividades desenvolvidas diariamente junto ao setor de Serviço Social do HU/UFSC /Maternidade:

Contato com a rede: realizados contatos telefônicos ou via e-mail entre as Assistentes Sociais e a rede do município de Florianópolis, no que se refere à comunicação com outras entidades, como o Centro de Referência da Assistência Social - (CRAS), Conselho Tutelar, Hospital Joana de Gusmão etc., com objetivo de encaminhar as grávidas ou puérperas para serem atendidas após a alta hospitalar, quando analisada em profundidade a vulnerabilidade social em que estas se encontram. Ou ainda, no tocante aos demais filhos

¹⁵ Questões como essas é que foram se tornando as provocadoras desse estudo, o que não significa assumir o compromisso em respondê-las integralmente em um Trabalho de Conclusão de Curso - TCC, mas a possibilidade de melhor delimitar a questão.

(quando estas têm vários filhos), acompanhá-las para que as profissionais dessas instituições possam dar atenção às mães e sua família.

Esse momento se caracteriza pela troca de informações, pois a paciente relata as suas necessidades, bem como a sua realidade para que possamos observar a demanda e o encaminhamento realizado. Sempre que possível, busca-se esclarecê-las quanto aos direitos sociais que estão à sua disposição. As conversas estabelecidas nesses contatos são sempre de forma cordial e agradável, com a finalidade de desenvolver uma escuta atenta, pois essas informações são extremamente importantes para fazer os encaminhamentos necessários e, ainda, para manter atualizado o prontuário das pacientes atendidas na maternidade.

Registro no Sistema HU/UFSC - Serviço Social: devido ao atendimento/acolhimento às grávidas ou puérperas, em que são obtidas as informações acerca da vida destas, alimenta-se o sistema com essas informações, as quais ficarão disponíveis somente ao Serviço Social. Contudo, uma cópia fica disponível no prontuário para que os demais profissionais possam também ter acesso e para que, ao arquivar tal documento, o HU/UFSC tenha um histórico completo da paciente.

O Serviço Social preenche uma estatística junto ao Sistema HU/UFSC, com dados e o número de atendimentos no dia, com a finalidade de ter uma visão mais apurada dos atendimentos/acolhimentos realizados na maternidade. Esse dado também alimenta o banco de dados do Departamento de Estatística do HU/UFSC, a fim de, posteriormente, se possa desenvolver ações que visem melhoria nesses atendimentos, por exemplo. A adequada estatística também servirá com um referencial de pesquisa, pois trata-se de um documento que contém dados dos pacientes. Os registros no sistema, acima de tudo, são instrumentos de cunho avaliativo das ações desenvolvidas. É a partir do atendimento/acolhimento que se obtém as respostas de como está o ambiente de trabalho em todos os espaços ocupacionais do HU/UFSC, bem como da maternidade.

Reunião: momento riquíssimo em que se analisam as particularidades vivenciadas no cotidiano dos seus atendimentos/acolhimentos, ficando explícito o grande interesse em atender bem e com profissionalismo as pacientes que procuram a maternidade do HU/UFSC. Essas reuniões/supervisões são um espaço de avaliação da atividade dos profissionais, bem como um espaço de participação e de tomadas de decisões. As reuniões/supervisões envolvem as Assistentes Sociais, as Residentes em Serviço Social, bem como as estagiárias, as quais discutem ações a serem desenvolvidas, visando o bem-estar da paciente e seus familiares. Conforme Sousa (2008, p. 128) descreve a seguir:

As reuniões podem ocorrer com diferentes sujeitos - podem ser realizadas junto à população usuária, junto à equipe de profissionais que trabalham na instituição. Enfim ela se realiza em todo espaço em que se pretende que uma determinada decisão não seja tomada individualmente, mas coletivamente. Essa postura já indica que, ao coletivizar a decisão, o coordenador de uma reunião se coloca em uma posição democrática.

Quanto às demais atividades desenvolvidas pelo Serviço Social¹⁶, pode-se dizer que estão voltadas ou são decorrentes das situações anteriormente indicadas. Pode-se assim sintetizar que, diante das atividades desenvolvidas durante o período de estágio, foi possível compreender que os meios ou instrumentos de trabalho de um assistente social “potenciam a ação do sujeito sobre o objeto” (IAMAMOTO, 2007, p. 61). Esses instrumentos que requerem uma determinada técnica juntamente a sua operacionalização, diante de uma determinada demanda ou atividade desenvolvida, constituem-se na qualificação das ações desenvolvidas e na repercussão, por exemplo, na socialização das informações às pacientes.

Quanto aos instrumentos técnico-operativos que embasam o trabalho do Serviço Social do HU/UFSC, especificamente na maternidade, estes se constituem em um conjunto de ferramentas de trabalho, que faz com que os profissionais de Serviço Social desempenhem as funções a que são requisitados. O Assistente Social é um profissional que detém o conhecimento da realidade na qual está inserido. Sousa (2008, p. 127) afirma que:

O Assistente Social ocupa um lugar privilegiado no mercado de trabalho: na medida em que ele atua diretamente no cotidiano das classes e grupos sociais menos favorecidos, ele tem a real possibilidade de produzir um conhecimento sobre essa mesma realidade. E esse conhecimento é, sem dúvida, o seu principal instrumento de trabalho, pois lhe permite ter a real dimensão das diversas possibilidades de intervenção profissional.

Outro fato a ser ressaltado nesta análise é a questão dos atendimentos/acolhimentos individuais e a elaboração do relatório, esses instrumentos requerem do Assistente Social uma escuta atenta e qualificada, bem como a observação e, posteriormente, o relato do que foi

¹⁶ O Serviço Social encontra-se inserido ainda em alguns grupos interdisciplinares: na Comissão de Maternidade, Grupo Interdisciplinar de Neonatologia, Programa de Atenção Integral às Vítimas de Violência Sexual e Programa de Tabagismo, nos quais são discutidos fluxos, estruturadas ações conjuntas, avaliados os programas e as ações em andamento. Atualmente, o Serviço Social também se insere no programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde, o qual consiste em uma modalidade de pós-graduação *lato sensu* caracterizada pela formação em serviço, supervisionada por profissionais capacitados (preceptoria e tutoria), em regime de dedicação exclusiva, com atividades desenvolvidas no interior do Hospital Universitário da UFSC. No HU/UFSC, esse projeto está estruturado em três áreas de concentração: Atenção em Urgência e Emergência, Atenção em Alta Complexidade e Atenção na área da Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente. Tem como objetivo fortalecer as relações entre profissionais, alunos de graduação e pós-graduação de forma a socializar o conhecimento e ampliar a reflexão teórica.

abordado na conversa. O profissional de Serviço Social deve estar atento ao que é relatado, pois muitas vezes é preciso ter um posicionamento mais crítico em relação ao que é exposto, uma vez que irá determinar a intervenção diante da situação. As entrevistas são instrumentos que se constituem em habilidades de como operacionalizar. Segundo Cardoso (2008, p. 49):

As técnicas que desenvolvemos para trabalhar, baseadas em estruturas teóricas, sustentam as várias fases de uma Entrevista Social. Tem uma fase que se inicia com a apresentação do profissional, que proporciona o estabelecimento de confiança, vínculo; fase para colocar limites no contato, no tempo de entrevista; fases para novos contatos, fase para a inclusão das pessoas que se entrelaçam no jogo dos relacionamentos, fase de intercâmbio com serviços e parcerias e outras subjacentes ao contato social.

No que se refere aos relatórios oriundos dos atendimentos/acolhimentos das entrevistas com as pacientes, estes têm como objetivo primordial relatar com detalhes questões pertinentes à paciente, elucidando sobre os direitos sociais e também objetivando qualificar as ações futuras dos demais profissionais envolvidos nas ações, além de ser uma forma de documentar as informações obtidas e dar os encaminhamentos necessários, observando cada caso em particular.

Assim, apropria-se dos referenciais teórico-metodológicos ao longo do estágio, como o Código de Ética dos Assistentes Sociais de 1993, Regulamento do Estágio Supervisionado em Serviço Social, Leis nº 8.080 e 8.142, de 1990, as quais dizem respeito à organização, gestão e financiamento do SUS, ECA, Lei Orgânica da Assistência Social - LOAS, Conhecimentos dos direitos relativos à Previdência Social: salário maternidade/licença maternidade, licença paternidade, Atribuições Privativas do Assistente Social, Lei nº 9.263, de 1996, que trata do planejamento familiar; a instrumentalidade profissional e os procedimentos de intervenção em Serviço Social; a sistematização dos processos de trabalho do assistente social na maternidade do Hospital Universitário; e plano de atuação do Serviço Social na maternidade do HU/UFSC.

Outro elemento fundamental de atuação profissional e que merece destaque é a questão da autonomia relativa profissional. Embora esta seja garantida como prerrogativa, prevista no Código de Ética de 1993 evidencia-se uma tensão entre as metas e objetivos institucionais e a condição assalariada do assistente social.

Segundo Yamamoto (2008, p. 182), embora este profissional:

[...] disponha de uma relativa autonomia na condução de seu trabalho o que lhe permite atribuir uma direção social ao exercício profissional os organismos empregadores também interferem no estabelecimento de metas a atingir. Detêm

poder para normatizar as atribuições e competências específicas requeridas de seus funcionários, definem as relações de trabalho e as condições de sua realização - salário, jornada, ritmo e intensidade do trabalho, direitos e benefícios, oportunidades de capacitação e treinamento - o que incide no conteúdo e nos resultados do trabalho.

Portanto, mesmo o assistente social dispondo de estatutos legais e éticos que atribuem uma autonomia à condução do exercício profissional, as condições de trabalho sempre irão interferir em seu exercício profissional. No HU/UFSC, essas interferências ficam visíveis na medida em que o Serviço Social é solicitado a desenvolver atividades que não se configuram como competência técnica da profissão.

Assim, é fundamental que esse profissional ultrapasse o aspecto legal e considere a autonomia no sentido de formular respostas profissionais críticas, coletivas, articuladas às necessidades da classe trabalhadora e pautadas nos princípios do projeto ético-político da profissão.

Com a experiência de estágio, pode-se apreender que o exercício da profissão exige um sujeito profissional que tem competência para propor, negociar com a direção os seus projetos, que defenda o seu campo de atuação, suas qualificações e atribuições profissionais, pautadas no projeto hegemônico da profissão e nas suas dimensões teórico-metodológicas, ético-políticas e técnico-operativas. Outro ponto a ser destacado é que o assistente social trabalha com a realidade e esta, por sua vez, é dinâmica, o que requer do profissional uma constante qualificação e um olhar apurado sobre as questões sociais.

De acordo com Iamamoto (2006, p. 55), “articular a profissão e a realidade é um dos maiores desafios, pois se entende que o Serviço Social não atua apenas sobre a realidade, mas atua na realidade”. Essa questão é possível identificar no atendimento/acolhimento das pacientes internadas na maternidade do HU/UFSC, pois cada qual possui uma demanda e uma realidade específica, o que faz com que a assistente social tenha uma compreensão “rápida e visão crítica” e que, conseqüentemente, faça os encaminhamentos adequados à situação.

Direcionando ao significado do profissional na instituição, vale remeter à ideia de Bravo (1996, p. 90-91), que enfatiza:

O Serviço Social nos órgãos de assistência médica da previdência foi regulamentado em 1967 e previa as seguintes ações: individual, de caráter preventivo e curativo; grupal, de caráter educativo-preventivo; comunitária, para mobilização de recursos e reintegração dos pacientes à família e ao trabalho.

Assim, desde a década de 1940, o assistente social é requisitado a trabalhar nas organizações, como as empresas e hospitais. Contudo, foi na década de 1980 que houve um

crescimento desse campo de trabalho, quando o assistente social passou a ser requisitado a atuar na área de Recursos Humanos, com um papel de ser agente de integração e da articulação com a cultura empresarial. Nesse sentido, as ações dos assistentes sociais inseridos nesses espaços de trabalho não se limitam apenas a evidenciar a cultura e normas da instituição, mas sim, planejar e desenvolver programas, ou seja, são determinadas novas formas para a prática profissional e, conseqüentemente, ocorrem mudanças no espaço de trabalho, questão esta evidenciada em Iamamoto (2008, p. 130):

[...] a alteração das formas de gestão da força de trabalho nas organizações vem diversificando as requisições feitas aos assistentes sociais. Esses têm sido chamados a atuar em programas de qualidade de vida no trabalho, saúde do trabalhador, gestão de recursos humanos, prevenção de riscos sociais, sindicalismo de empresa, reengenharia, administração de benefícios estruturados segundo padrões meritocráticos, elaboração e acompanhamento de orçamentos sociais, entre outros programas.

No trabalho desenvolvido pelo Serviço Social inserido na maternidade do HU/UFSC, é possível visualizar que todas as ações desenvolvidas são voltadas para intervir nas diferentes expressões da questão social que envolve as pacientes e seus familiares ou dependentes. Para que essas intervenções possam ser realizadas de acordo com o Código de Ética e os parâmetros de atuação da profissão, bem como das normas internas do HU/UFSC, se faz necessário que o profissional de Serviço Social inserido nessa área de trabalho tenha em seu fazer profissional a competência técnico-operativa. Isso é evidenciado em Sousa (2008, p. 122):

O profissional deve conhecer, se apropriar, e, sobretudo, criar um conjunto de habilidades técnicas que permitam ao mesmo desenvolver as ações profissionais junto à população usuária e às instituições contratantes (Estado, empresas, Organizações Não Governamentais, fundações, autarquias etc.), garantindo assim uma inserção qualificada no mercado de trabalho, que responda às demandas colocadas tanto pelos empregadores, quanto pelos objetivos estabelecidos pelos profissionais e pela dinâmica da realidade social.

Assim, a entrada em campo pode significar também o início de um processo de investigação, ou seja, de conhecer alguma temática em específico, como foi o caso do Projeto de Intervenção apresentado no final da realização do Estágio Obrigatório I. Este foi focado na abordagem da temática da gravidez na adolescência com o intuito de melhor compreender o tema, justificado pela crescente demanda apresentada ao Serviço Social (conforme indicado

anteriormente) e que será abordado mais detalhadamente na seção 4 do presente Trabalho de Conclusão de Curso. Para tanto, é de fundamental importância conhecer as principais questões que envolvem a temática, elementos que serão abordados no item que segue.

3 ADOLESCÊNCIA E A GRAVIDEZ

3.1 O espaço social da adolescência

O tema abordado – “gravidez na adolescência” – é extremamente desafiador, principalmente pelo fato de haver pouca sistematização teórica no debate do Serviço Social, fato que está referenciado na dissertação de mestrado da assistente social Cláudia Márcia Trindade Fanelli (2003), na qual a autora constatou que há escassez de debate em torno do tema nos principais meios que veiculam publicações e discussões da categoria. A pesquisadora observou também que a maior concentração de discussões sobre o tema está em áreas como medicina, antropologia, demografia, sociologia, psicologia, entre outras. Estas, no entanto, abordam o assunto a partir das questões de gênero, saúde reprodutiva, problemas no parto, sexualidade, contracepção, planejamento familiar, acesso restrito aos serviços de saúde, má formação do conceito, entre outros aspectos. Para Fanelli (2003), falar sobre gravidez na adolescência é um desafio, pois o tema está permeado de expressões da questão social¹⁷.

Mesmo considerando a escassez de produção, cabe registrar aqui elementos centrais para a abordagem da temática. Pode-se tomar então, como ponto de partida, a compreensão que se tem do significado do termo “adolescência”. Para tanto, percebe-se que esta é reconhecida ou apreendida sob muitas formas, desde “o período da explosão dos hormônios”, bem como os períodos de dificuldades e de enfrentamentos das diferentes formas de autoridade. Em algumas culturas diferentes, por sua vez, o tema sequer chega a receber grande destaque. Cada contexto social tem se caracterizado por uma forma específica e diferenciada de conceber essa etapa da vida. Dois principais parâmetros conhecidos internacionalmente e mais utilizados nas demarcações da faixa etária que compreende esse período não são consensuais. Segundo a definição da Organização Mundial de Saúde - OMS, os limites cronológicos da adolescência se encontram entre 10 e 19 anos (*adolescents*) e, pela

¹⁷ Para Montaño (2012, p. 272), quando a questão social, a miséria, a pobreza e suas manifestações não são vistas como resultado da exploração econômica, mas como fenômenos autônomos e de responsabilidade individual ou coletiva dos setores por elas atingidos, busca-se a diminuição da desigualdade social, mediante políticas compensatórias no contexto atual. Assim, a “questão social”, portanto, passa a ser concebida como “questões” isoladas ou ainda como fenômenos naturais ou produzidos pelo comportamento dos sujeitos que deles padecem. Para o autor, nessa perspectiva, há três fatores determinantes da então questão social e do indivíduo: a) déficit educativo (falta de conhecimento das leis “naturais” do mercado e de como agir dentro dele); b) pobreza vista como um problema de planejamento, ou seja, a incapacidade de planejamento orçamentário familiar; c) problemas de ordem moral-comportamental, como o ócio, alcoolismo, vadiagem e a má empregabilidade dos recursos etc.).

Organização das Nações Unidas (ONU), entre 15 e 24 anos (*youth*), sendo esses critérios usados para fins estatísticos e políticos.

O Ministério da Saúde toma por base a definição da OMS e define o público adolescente, para fins de políticas assistenciais, como o contingente da população entre 10 e 24 anos de idade (BRASIL, 2005, p. 5).

No caso brasileiro, de acordo com o ECA, instituído pela Lei nº 8.069/90, a adolescência está circunscrita ao período de vida que vai dos 12 aos 18 anos de idade (BRASIL, 1990). No entanto, o ECA traz em seu bojo uma nova forma de apreender a política de atendimento à criança e ao adolescente, adotando a Doutrina da Proteção Integral e incentivando a descentralização, a municipalização e a participação da sociedade civil no processo de construção das políticas públicas de atenção nessa área. O novo está em não demarcar ou separar a adolescência como um período negativo, mas como um período de vida de continuidade do desenvolvimento do sujeito visto então como integral¹⁸.

Para além da delimitação da faixa etária, também é possível identificar nas literaturas que a adolescência nem sempre foi compreendida da mesma forma. Nas sociedades primitivas, antes do advento industrial, essa fase tinha uma duração curta quase que imperceptível, visto que as crianças desde cedo eram incentivadas a aprender os ofícios dos pais para trabalharem na pesca ou na agricultura, as quais com aproximadamente 14 anos já estavam no trabalho ou realizando tarefas, ou seja, desempenhando papéis atualmente considerados de adultos. Seu aprendizado era no ambiente doméstico, no qual as famílias eram extensas e viviam do que produziam conjuntamente. Nesse mesmo período, era considerado papel da mulher, desde muito nova, casar e ter filhos. Então, gravidez com pouca idade era a prática cotidiana.

Com o advento da industrialização, esse cenário se modificou, as famílias ficaram menores e os pais já não trabalhavam mais em casa, se deslocando para as fábricas, nas quais se passou a separar o ambiente de trabalho do ambiente doméstico. Nesse mesmo período, os papéis sociais foram se modificando e inclusive o da mulher, que, como trabalhadora, passou a reduzir a quantidade de filhos.

Segundo Brandão e Heilborn (2006, p. 1422), há um novo cenário cultural que permeia a vida adulta, com a “difusão de novas tecnologias de informação, hábitos de consumo, valores hedonistas, violência urbana, desagregação dos laços sociais, etc”. Assim,

¹⁸ A delimitação mais restritiva contida no Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA, porém, está na atribuição de medidas socioeducativas, voltadas única e exclusivamente aos adolescentes em conflito com a lei.

há muitos estudos no país sobre o tema juventude no aspecto “educação, mercado de trabalho, violência, participação política, corroborando a contextualização dessa fase de vida, onde estão inseridas a sexualidade e a reprodução”. Já no tocante ao espaço social atual, nas últimas décadas, a ênfase está na extensão do percurso entre infância e idade adulta, ou seja:

[...] foi profundamente alterado nas sociedades ocidentais modernas. As mudanças no estatuto infantil, o redimensionamento da autoridade parental, as novas normas educativas, as transformações nas relações de gênero e entre gerações compõem novo cenário social e familiar. A extensão da escolarização e dificuldades de inserção e permanência no mercado de trabalho acentua a dependência dos jovens em relação aos pais. Certos autores designam esse adiamento das condições de emancipação juvenil como “prolongamento da juventude”. (p. 1421)

Assim, estamos diante de outro fator que corresponde a essa fase da vida, a adolescência, que a literatura atualmente aborda como um período de emancipação, caracterizado pelas formas de compreender as regras sociais, que organizam a construção da autonomia dos jovens. Segundo Brandão e Heilborn (2006, p. 1422):

A autonomia, compreendida como autodeterminação pessoal e a independência, concebida como auto-suficiência econômica. Para as gerações jovens atuais, a conquista da independência se coloca cada vez mais tardia, o que não impede que a autonomia seja uma aspiração cada vez mais precoce. Nas gerações passadas, tal autonomia estava fortemente condicionada pela emancipação financeira e residencial dos pais. Hoje, os termos dependência e autonomia podem se conjugar no percurso biográfico adolescente. Tal paradoxo forja a construção social da adolescência e juventude na contemporaneidade, tornando as relações intergeracionais na família bem mais complexas. Há um cenário cultural que permeia a transição à vida adulta: difusão de novas tecnologias de informação, hábitos de consumo, valores hedonistas, violência urbana, desagregação dos laços sociais etc.

Para Heilborn *et al.* (2006), ser um adolescente, a partir de sua classe social, implica ter formas de pertencimento que introduzem especificidades fundamentais no modo como os sujeitos organizam seus projetos de vida, ensaiam a sexualidade e experimentam a própria adolescência. Demarcar esse ciclo de vida é, portanto, um grande desafio, como se pode apresentar a partir de diferentes autores.

Para Osório (1992), por exemplo, a adolescência marca a aquisição de uma imagem corporal, bem como a elaboração a estrutura da personalidade, deixando de ser considerada apenas uma passagem da infância para a idade adulta, com mudanças físicas, surgimento das características sexuais e mudanças de temperamento. O início exato desse processo não pode ser determinado, pois há variações de acordo com o ambiente sociocultural em que o adolescente está inserido. No entanto, esse início geralmente está relacionado com a

puberdade, quando ocorrem as modificações biológicas juntamente com as mudanças psicossociais, em média, dos 12 aos 15 anos.

Segundo Osório (1992, p.12), a adolescência se caracteriza pelos seguintes fatores:

1. Redefinição da imagem corporal, consubstancial na perda do corpo infantil e da conseqüente aquisição do corpo adulto (em particular, dos caracteres sexuais secundários);
2. Culminação do processo de separação/individualização e substituição do vínculo de dependência simbiótica com os pais da infância por relações objetais de autonomia plena;
3. Elaboração de lutos referentes à perda da condição infantil;
4. Estabelecimento de uma escala de valores ou código de ética próprio;
5. Busca de pautas de identificação no grupo de iguais;
6. Estabelecimento de um padrão de luta/fuga no relacionamento com a geração precedente;
7. Aceitação tácita dos ritos de iniciação como condição de ingresso ao status adulto;
8. Assunção de funções ou papéis sexuais auto-outorgados, ou seja, consoante inclinações pessoais independentemente das expectativas familiares e eventualmente (homossexuais) até mesmo das imposições biológicas do gênero a que pertence.

Para Osório (1992), adolescência é uma etapa evolutiva peculiar ao ser humano. Nela se atinge o ponto máximo de todo o processo de maturação biopsicossocial do indivíduo. Assim, não podemos compreender a adolescência estudando separadamente os aspectos biológicos, psicológicos, sociais ou culturais, pois estes são intrínsecos a essa etapa da vida.

A caracterização acima apresentada pode ser complementada com a perspectiva de Moreira (2008), que indica essa fase da vida como sendo um período de constantes mudanças para além de fatores puramente biológicos, enfatizando questões psíquicas, sociais e culturais. O adolescente:

[...] se vê em meio a novas relações com a família, o meio em que vive, consigo mesmo e com os outros adolescentes. É nesse período da vida que ocorre a transição de um estado de dependência para outro de relativa independência. Sendo a adolescência um processo de desenvolvimento biopsicossocial, pode ser marcada por crises, dificuldades, mal-estar e angústia. Ao abandonar a condição infantil e buscar o ingresso no mundo adulto, o adolescente sofre acréscimos em seu rendimento psíquico. O intelecto, por exemplo, apresenta maior eficácia, rapidez e elaborações mais complexas, havendo acréscimo no seu desempenho global. Achando que podem tudo, os adolescentes se rebelam e começam a elaborar valores inusitados, muitas vezes contrários aos até então tidos como corretos. Aqui são elaborados questionamentos dos modelos prescritos pela sociedade. É nessa fase que tendem a não mais aceitar normas. Essa rebeldia integra a construção da identidade juvenil e é fundamental a seu desenvolvimento humano. Quando essa disputa não se dá normalmente, geram-se problemas na adolescência que podem se estender à vida

adulta, sendo difícil instituir um limiar entre normalidade e patologia hebiátrica¹⁹.
(p. 313)

Segundo Beretta (2011, p. 91):

[...] a adolescência é um período crítico da evolução biológica e psicológica do indivíduo no qual incorpora formas de comportamento e atitudes de grande importância para sua vivência como adulto. Ocorrem profundas mudanças caracterizadas, principalmente, por crescimento rápido, surgimento de características sexuais secundárias, exacerbação da sexualidade, estruturação da personalidade, adaptação ambiental e integração social. A maturação sexual é acompanhada por reações emocionais mistas (ansiedade, temor, excitação, prazer) e mudanças frequentes de humor, alternando-se desânimo e entusiasmo.

Em síntese, pode-se dizer que a adolescência é um período de desenvolvimento do ser humano que tem uma delimitação de faixa etária relativa, como também é mais abrangente que a mera caracterização de mudança biológica que tradicionalmente se menciona. Consiste em um período complexo de mudanças psíquicas, sociais, culturais referenciadas pelo processo de construção da autonomia.

Diante dessas grandes inquietações, nas últimas décadas, a adolescência vem sendo olhada com certa particularidade, principalmente nos campos da educação e da saúde. Uma das grandes questões que se põem é a gravidez na adolescência.

3.2 Adolescência e a gravidez: onde se entrecruzam?

Analisar essa questão com o desafio de ir para além das interpretações predominantes na literatura, que massivamente se voltam para uma perspectiva biologizante e moralista do tema, nos faz considerar mais detalhadamente os argumentos apresentados por Beretta (2011), que afirma que, no Brasil, a gravidez na adolescência é considerada um problema de saúde pública. Segundo a OMS, a gravidez na adolescência é entendida quando a menina engravida entre a faixa etária dos 10 aos 19 anos. Fato que acontece geralmente devido à “cultura” e “à dificuldade de acesso a métodos contraceptivos”, podendo causar consequências

¹⁹ Subespecialidade da pediatria que enfatiza o tratamento de crianças na faixa de 13 aos 19 anos incompletos (adolescentes). Disponível em: https://pt.wikipedia.org/wiki/Wikip%C3%A9dia:P%C3%A1gina_principal. Acesso em: 22.6.2015.

desagradáveis tanto para a saúde da gestante como para a criança. Esse fato é normalmente denominado de “gravidez precoce”, mas aqui cabe indagarmos: precoce para quem?

A partir dessa interpretação, teremos significativa produção na literatura voltada a interpretar esse fenômeno. Nesse sentido, como bem sintetizam Teixeira e Dias (2004, p.124), a gravidez na adolescência é:

[...] considerada uma situação de risco biológico tanto para as adolescentes como para os recém-nascidos. Alguns autores observam que características fisiológicas e psicológicas da adolescência fariam com que uma gestação nesse período se caracterizasse como uma gestação de risco. Há evidências de que gestantes adolescentes podem sofrer mais intercorrências médicas durante gravidez e mesmo após esse evento que gestantes de outras faixas etárias. Algumas complicações como tentativas de abortamento, anemia, desnutrição, sobrepeso, hipertensão, (pré) eclampsia, desproporção céfalo-pélvica, hipertensão e depressão pós-parto estão associadas à experiência de gravidez na adolescência (Belarmino, Moura, Oliveira, & Freitas, 2009; Freitas & Botega, 2002; Furlan e cols., 2003; Michelazzo e cols., 2004; Silveira, Oliveira, & Fernandes, 2004; Yzalle e cols., 2002). Além disso, a gestação em adolescentes pode estar relacionada a comportamentos de risco como, por exemplo, a utilização de álcool e drogas ou mesmo a precária realização de acompanhamento pré-natal durante a gravidez (Caputo & Bordin, 2007; Chalem e cols., 2007; Gama, Szwarwald, & Leal, 2002; Kassar, Lima, Albuquerque, Barbieri, & Gurgel, 2006; Mitsuhiro, Chalem, Barros, Guinsburg, & Laranjeira, 2006; Sina, Valdivieso, & Del Pino, 2003).

Para Teixeira e Dias (2004, p.124), a ocorrência de problemas de saúde tanto na jovem como no recém-nascido pode estar relacionada ao estado de pobreza que a adolescente se encontra, mais do que à idade exatamente. Assim, evidenciam que uma boa parcela da população de gestantes adolescentes encontra-se em reduzidas condições socioeconômicas, o que por sua vez está associado a uma maior ausência de condições adequadas de habitação, alimentação, higiene e saúde.

De acordo com Heilborn (2002, p.18):

[...] a concepção contemporânea de gravidez na adolescência conflui de três modalidades de discurso. O biomédico, o psicossocial e o social. O primeiro discurso enfatiza os perigos decorrentes da gestação precoce para a saúde materno-infantil; o segundo, partindo da categoria imaturidade psicológica das adolescentes, aponta riscos psicossociais para as mesmas e o terceiro pauta-se no agravamento da pobreza, que pode estar relacionado ao incremento das famílias monoparentais chefiadas por mulheres, a interrupção precoce da trajetória escolar, assim como a inserção precária no mercado de trabalho. Tais fatores contribuem para configurar o fenômeno como intrinsecamente relacionado à "exclusão social". São esses discursos que subsidiam a percepção do senso comum e da mídia acerca do fenômeno.

Brandão e Heilborn (2006, p. 1422), tecem comentários de que a gravidez na adolescência é identificada como um “problema social”. Para elas, antigamente, ser mãe antes

dos 19 anos não era um assunto do âmbito público, fato que despertou atenção da ordem pública com as alterações no padrão de fecundidade da população feminina brasileira, estabelecendo uma nova posição social para a mulher, gerando expectativas no que se refere à escolarização e profissionalização dessas adolescentes.

Segundo as referidas autoras, a literatura que aborda os argumentos sobre o tema, no tocante a investigações nas camadas populares, enfatizando os seguintes aspectos:

[...] desinformação juvenil, dificuldade de acesso aos métodos contraceptivos, a pobreza, as situações de marginalidade social que circundam tais eventos. A gravidez na adolescência é apresentada como uma perturbação à trajetória juvenil, inserida em um discurso alarmista, moralizante, normativo. Em geral, os estudos apontam o incremento das famílias monoparentais, chefiadas por mulheres, a constituição de uma prole numerosa, a esterilização precoce, o abandono escolar, a precária inserção no mercado de trabalho [...] debate sobre os riscos à saúde e à inserção social de tais jovens, se se deter nas transformações ocorridas no processo de transição à vida adulta. (p. 1422)

No entanto, é necessário ampliar o olhar para esse fenômeno, em vez de apontar variáveis isoladas que, sozinhas, não abrangem o conjunto de fatores envolvidos no processo de desenvolvimento humano, incluindo aí questões como a situação econômica desfavorável que muitos jovens enfrentam, que pode aumentar sua vulnerabilidade, até atitudes que os expõem a comportamentos sexuais de risco; ou ainda o não uso de métodos anticoncepcionais na iniciação sexual, que pode incorrer em gravidez. Para Beretta essa gravidez “pode vir a interromper esse processo de desenvolvimento próprio da idade fazendo-a assumir, precocemente, responsabilidades e papéis de adultos, pois a adolescente e seu filho poderão ficar “vulneráveis a riscos físicos, psicológicos e sociais” (2011, p. 90 e 91).

A autora enfoca também que o período da adolescência incorpora formas de comportamento e atitude de grande relevância para a vida como adulto, ocorrendo mudanças como “crescimento rápido, surgimento de características sexuais secundárias, exacerbação da sexualidade, estruturação da personalidade, adaptação ambiental e integração social” (p. 91). Para ela o amadurecimento sexual é seguido por reações emocionais contraditórias como a ansiedade, excitação, temor e prazer, e o humor intercalando com entusiasmo ou desânimo.

Ainda segundo Beretta (2011, p. 90):

[...] dois pontos da vida são ímpares e marcantes nesse processo, a adolescência e a gravidez. Quando elas se apresentam no mesmo indivíduo, podem causar diversos transtornos e consequências, em função do processo do amadurecimento de um e do desenvolvimento do outro.

Compartilhando dessa perspectiva, Beretta (2011, p. 90) nos elucida que:

[...] na evolução biológica dos jovens é a concepção de que o indivíduo nesta fase está apto à perpetuação e reprodução da espécie. Não se pode negar que, do ponto de vista da saúde reprodutiva e sexual, ao mesmo tempo em que marca uma passagem para a vida adulta, também insere o adolescente, de forma mais intensa, no grupo vulnerável às doenças sexualmente transmissíveis (DST) e AIDS, à gestação não planejada e ao aborto.

Ainda sob o enfoque da referida autora, a gravidez na adolescência nem sempre é planejada e às vezes não desejada, tanto pela adolescente quanto pelo seu companheiro ou pela família, ocorrendo riscos que podem ser minimizados com as consultas do pré-natal²⁰. A fim de prevenir a gravidez na adolescência, faz-se necessária a realização de programas educativos sobre desenvolvimento sexual, bem como a comunicação nas escolas, que deve ser desenvolvida com o máximo de envolvimento dos pais, professores e profissionais de saúde.

Segundo Brandão e Heilborn (2006), o tema gravidez na adolescência também pode ser analisado sob novo prisma, a partir das mudanças promovidas nas relações intergeracionais, no âmbito da família e da sexualidade. Para as autoras, essa etapa é:

[...] considerada um evento contingente ao processo de autonomização juvenil. Isso significa que o processo de aprendizado e construção da autonomia pessoal nessa fase da vida pode implicar certos desdobramentos imprevistos, como a gravidez, que redundam em reordenamento da trajetória juvenil e familiar. (p. 1422).

No artigo denominado “Sexualidade e gravidez na adolescência entre jovens de camadas médias no Rio de Janeiro, Brasil”, as mesmas autoras apresentam os dados de uma pesquisa realizada com 25 jovens adolescentes no Rio de Janeiro²¹. Nesse estudo, a

²⁰ É importante que durante a gravidez as mães sejam acompanhadas por profissionais de saúde. O Ministério da Saúde salienta a importância do pré-natal e incentiva todas as mães a buscarem o atendimento gratuito no Sistema Único de Saúde (SUS). Com os exames médicos realizados no pré-natal, é possível identificar e reduzir muitos problemas de saúde que costumam atingir a mãe e seu bebê. Doenças, infecções ou disfunções podem ser detectadas precocemente e tratadas de forma rápida. O ideal é que as mães iniciem o pré-natal no primeiro trimestre, assim que souberem da gravidez. As consultas e exames permitem identificar problemas como hipertensão, anemia, infecção urinária e doenças transmissíveis pelo sangue de mãe para filho, como a AIDS e a sífilis. Alguns desses problemas podem causar o parto precoce, o aborto e até trazer consequências mais sérias para a mãe ou para o seu bebê. Informações retiradas do *site* <http://guiadobebe.uol.com.br/acompanhamento-pre-natal-no-sus>. Acesso em: 09.06.2015.

²¹ As autoras lançaram mão do método qualitativo socioantropológico a fim de desenvolver a pesquisa, na qual realizaram 25 entrevistas em profundidade nos anos de 2000 e 2001, com 13 jovens das camadas médias do Rio de Janeiro, sendo 6 homens e 7 mulheres, na faixa etária de 18 a 24 anos, os quais tinham experiência de paternidade ou maternidade na adolescência, isto é, até os 20 anos incompletos, conforme preconiza a OMS. As autoras realizaram a pesquisa ainda com mais 12 pais, sendo 11 mães e 1 pai, em que a prioridade foi entrevistar jovens solteiros residindo com os pais após o nascimento dos filhos. Ao utilizarem a entrevista, as autoras elaboraram o roteiro prévio, sendo que as entrevistas foram individuais e privativas, permeadas sob o sigilo profissional, na residência do entrevistado, permitindo captar a dinâmica familiar, a distribuição dessa família no espaço doméstico, bem como a presença da criança.

metodologia utilizada pelas autoras contemplou o discurso dos entrevistados como via de acesso ao universo social e simbólico, organizando assim a experiência subjetiva, suas representações, bem como as práticas no âmbito em que viviam.

Nessas entrevistas, foram abordadas questões como: contexto sociofamiliar, condições de moradia, religião, trajetória escolar, profissional, afetivo-sexual, gravidez e seus reflexos junto à família e também no relacionamento com o parceiro, além das repercussões. Já para os pais, elas contemplaram a escolaridade, trajetória ocupacional, situação conjugal, renda, religião, adolescência e namora do (a) filho (a), como a notícia da gravidez foi recebida na família, decisões a partir dessa notícia, decisões da família para acolher a criança, conflitos e dilemas que a família enfrenta, a vida do (a) filho (a) antes e após a gravidez, como é o relacionamento com o (a) filho (a), se houve discriminação ou algum constrangimento após a notícia de gravidez e, também, a convivência entre três gerações na família a partir do nascimento da criança.

Ao delinear o perfil sociofamiliar, as autoras evidenciam que, dentre os entrevistados, a maioria possuía escolaridade superior, sendo 10 pais entre os jovens, 2 já estavam formados, 8 cursavam faculdade e 3 estavam concluindo o ensino médio. Dentre os que trabalhavam, os quais totalizavam 6, dois estavam em estágio remunerado, com idades entre 43 a 52 anos, exercendo atividades laborais como assessora de imprensa, professora, socióloga, engenheiro civil, engenheiro de telecomunicações, antropóloga e cabelereira. No que tange à renda média mensal, elas possuíam entre R\$5.000,00 (cinco mil reais) a R\$10.000,00 (dez mil reais). Quanto à composição familiar, 6 eram monoparentais (viuvez ou separação), 2 recasadas e, no tocante à religião, os entrevistados eram praticantes de diferentes religiões ou mesmo não eram adeptos a nenhuma.

Para as autoras Brandão e Heilborn (2006), a pesquisa teve como objetivo central “[...] problematizar a experiência da gravidez e parentalidade na adolescência, abordando o impacto na trajetória juvenil e respectivos contextos familiares” (p. 1423). A análise dos dados privilegiou o contraste entre gerações (pais e filhos jovens), gênero (rapazes e moças) e relações de parentesco (consanguíneo ou por afinidade). As pesquisadoras indicam como temas centrais da análise “iniciação afetivo-sexual, gravidez e seus desdobramentos familiares, mudanças na interação e funcionamento domésticos e apreciações juvenis e parentais sobre o fenômeno” (p. 1423). Essas questões estão sistematizadas no referido artigo,

que para melhor compreendê-las serão aqui organizadas em três eixos que tem como finalidade objetivar as contribuições do mesmo, a saber:

a) Quanto à sexualidade:

Derivado das Ciências Sociais, o termo utilizado pelas autoras - “sexualidade”, é definido como um:

[...] conjunto de regras sócio-culturais que modelam a experiência íntima dos sujeitos no ocidente moderno. Sua articulação com o conceito de gênero é essencial, visto ser um sistema de classificação social que organiza contrastivamente os atributos masculinos e femininos em diferentes sociedades. (BRANDÃO & HEILBORN, p. 1422).

No que tange à sexualidade, as autoras indicam claramente como sendo um processo de iniciação e aprendizado da “constituição da sua autonomia” e que esses jovens não ficam restritos à primeira relação. Dessa forma, nas palavras de Brandão e Heilborn (2006):

Trata-se de um longo percurso que eles atravessam, permeado por carícias íntimas, desvelamento gradativo do próprio corpo e do corpo do parceiro, conversas, dúvidas e medos, descobertas de sensações e sentimentos novos. Faz-se contínua no aprendizado que se instaura doravante, pautado pela experimentação das dimensões lúdica e erótica da sexualidade e pela interiorização dos constrangimentos parentais e sociais, em especial os de gênero (2006 p. 1424).

As autoras acrescentam ainda que a sexualidade:

[...] propicia o aprendizado da autonomia, fomentando o processo de construção de si na adolescência e juventude. Compreendida como mediadora de relações sociais, ela condensa possibilidades de exercício da autonomia pessoal, tendo em vista que os contatos afetivo-sexuais juvenis encontram-se menos atrelados ao casamento e mais voltados ao desenvolvimento pessoal e interação com o outro. [...] construir um vínculo afetivo-sexual, diferente da amizade, constitui-se em forte via de individualização juvenil. (2006, p. 1424)

O adolescente, nessa fase, pode se distanciar dos estudos e cabe à família exigir sua dedicação. Para as autoras em epígrafe, o “desempenho escolar encontra-se sob forte tutela parental. A “liberdade” experimentada na socialização afetivo-sexual pode funcionar como contrapartida à heteronomia nos estudos”. (p. 1424)

b) Quanto à descoberta da gravidez e seus impasses

Não é uma descoberta imediata perceber-se grávida, pois isso requer algum tempo. As autoras mostram na pesquisa que uma jovem e as namoradas de três rapazes entrevistados só

descobriram ou confirmaram a gravidez após o primeiro trimestre. Conforme depoimentos dos sujeitos pesquisados, a percepção está intimamente atrelada a aspectos como:

[...] não exercício regular da sexualidade, com relações esporádicas quando não se tem parceiro fixo; adesão periódica às dietas alimentares para emagrecimento, frequentes entre adolescentes, acarretando alternância de peso e, por vezes, ingestão de medicamentos; sangramentos confundidos com ciclos menstruais, que podem ser irregulares nessa idade (14/15 anos) (Brandão e Heilborn, 2006, p. 1426).

Esses aspectos dificultam a percepção das mudanças corporais, o que faz com que a descoberta da gravidez seja demorada. Assim, as autoras apontam que o exercício sexual para a adolescente, ou seja:

[...] a contracepção, a percepção e o enfrentamento da gravidez são momentos inscritos em um processo subjetivo e peculiar de individualização, de crescimento e aprendizado da responsabilidade e da autonomia. São adolescentes em processo de construção de si, aprendendo na relação com os pais, pares e parceiros afetivo-sexuais a se tornarem pessoas adultas. (Brandão e Heilborn, 2006, p. 1426).

Esse processo é um aprendizado gradual das regras sociais que estruturam as relações entre gêneros e entre as gerações, incidindo na sua socialização sexual, fato que pode ser observado quando a adolescente e seus pais enfrentam o dilema entre decidir pelo aborto ou levar a gravidez a termo. As relações e posturas entre pais e filhos, os quais são de gerações diferentes, nem sempre são fáceis. As autoras enfatizam nos resultados da pesquisa que tendencialmente tem sido uma decisão dos adolescentes com seus pais, sendo que os adolescentes se sentem mais seguros com o apoio parental, ou seja:

Diante da gravidez, cinco moças e três rapazes decidiram ter os filhos, nem cogitando o aborto. Dentre seus respectivos parceiros, dois rapazes mencionaram a opção do aborto, mas isso não foi motivo de conflito entre o casal. Elas tinham uma posição contrária e eles a respeitaram. O restante posicionava-se também contrários ao aborto. Os pais destas cinco moças tinham a mesma opinião, ao passo que no caso dos familiares dos rapazes, eles terminam por acatar uma decisão gestada pela moça e seus pais. No extremo oposto, ao tomarem conhecimento da gravidez, dois jovens (um rapaz e uma moça) mostraram-se favoráveis ao aborto desde o primeiro momento. Essa alternativa foi compartilhada com os respectivos pais e parceiros. Posteriormente, essa escolha foi descartada pelo tempo avançado de gestação. (Brandão e Heilborn, 2006, p. 1427)

Assim, a momentânea indecisão de alguns adolescentes faz com que recorram a diferentes opiniões de familiares, amigos e profissionais da saúde. Enfrentar esse processo de decisão integra a experiência de amadurecimento/crescimento pessoal do jovem casal. Porém, estes sabem que dificilmente terão condições de efetivá-las sem o apoio dos pais.

As autoras salientam que:

[...] o respeito à privacidade e autonomia dos filhos tende a ser uma norma imperante nesses segmentos sociais. Se há discordância entre as gerações no tocante à resolução da gravidez, as estratégias parentais de convencimento dos filhos precisam ser cada vez mais sutis. Isso não se constitui tarefa fácil em se tratando de tudo que está em jogo para a trajetória juvenil e para o grupo familiar que, na hipótese do nascimento do neto, precisará se reorganizar do ponto de vista financeiro, doméstico e espacial para acolhê-lo. (p. 1427)

Assim, tomada a decisão entre o aborto ou reprodução, por mais difícil que seja uma gravidez na adolescência, pode-se afirmar que ambas as decisões compõem o processo de construção da identidade e autonomia do adolescente, quando vividas como alternativas escolhidas e assumidas por eles.

c) Quanto à gravidez no âmbito familiar

A dependência familiar que os adolescentes estabelecem é sobremaneira ampliada, fazendo com que esse apoio ultrapasse fronteiras como a carreira escolar e profissional. Quanto a esse aspecto, de acordo com Brandão e Heilborn (2006), salientam que comumente ocorre o seguinte:

O abandono escolar por parte das mães adolescentes e sua decorrente inserção precária no mercado de trabalho são também invocados para caucionar a tese de que, se a gravidez na adolescência não instaura uma situação de marginalidade social e econômica, ela certamente a agrava. São esses discursos que informam a percepção da gravidez na adolescência no senso comum e na mídia. (2006, p. 1428)

Mesmo na atualidade, percebe-se que as atividades demandadas no exercício da maternidade recaem para a mulher/mãe, demonstrando nitidamente a hierarquia de gênero. Nesse sentido, as pesquisadoras reafirmam que:

[...] o fenômeno também ganha importância no cenário de mudanças operadas na concepção social das idades e do gênero que redefinem as expectativas sociais depositadas nos jovens nos dias atuais, sobretudo nas adolescentes do sexo feminino. Parecem ser precisamente as chances abertas às jovens, no que diz respeito à escolarização, à inserção profissional, ao exercício da sexualidade desvinculado da reprodução, que fundamentam uma nova sensibilidade quanto à idade ideal para se ter filhos. Nesse panorama, a gravidez na adolescência desponta como um desperdício de oportunidades, uma subordinação – precoce – a um papel do qual, durante tanto anos, as mulheres tentaram se desvencilhar. Essa argumentação subestima o fato de esse leque de oportunidades sociais não ser igualmente oferecido para jovens de diferentes classes e, além disso, supõe como universal o valor ou o projeto de um novo papel feminino. (Brandão e Heilborn, 2002, p. 18)

Nessa perspectiva, Brandão e Heilborn (2006) elucidam que a sexualidade é intrínseca ao contexto sociocultural, o qual normatiza as relações sociais em que os adolescentes estão inseridos. Para as autoras, “compreender a dinâmica que rege a construção social de adolescentes e jovens na contemporaneidade é uma via fundamental para se discutir as trajetórias sexuais e reprodutivas juvenis em diferentes segmentos sociais.” (p. 1429)

Portanto, chega-se à conclusão de que a sexualidade, oriunda da fase da adolescência, consiste no processo de autonomização do adolescente, ainda muito marcado pelo viés de gênero, necessitando de uma política de prevenção não apenas com o caráter de trazer informações acerca da contracepção e proteção contra as DSTs/AIDS, mas incorporar a lógica que mostra a experimentação sexual como uma construção gradativa da autonomia do adolescente.

3.3 Gravidez na Adolescência e o amparo das políticas públicas

Nas últimas duas décadas, a gravidez na adolescência se tornou um importante tema de debate e alvo de políticas públicas em praticamente todo o mundo. Segundo o documento “Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde” (BRASIL, 2010).

As principais ações do Ministério da Saúde voltam-se para:

- A implantação da política de direitos sexuais e direitos reprodutivos como uma prioridade de governo de cunho intersetorial envolvendo: Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas para Mulheres, Ministério do Desenvolvimento Social, Ministério da Educação, da Justiça, Desenvolvimento Agrário, Secretaria de Promoção da Igualdade Racial.
- Política em relação ao planejamento familiar incluindo adolescentes e jovens: Campanhas nacionais sobre o planejamento familiar.
- Distribuição da caderneta do adolescente.
- Elaboração das Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção da Saúde, Prevenção de Agravos e de Enfermidades na Assistência.
- Disponibilização de métodos contraceptivos, inclusive a contracepção de emergência na atenção primária [...] e aquisição de máquinas dispensadoras de preservativos para as escolas que desenvolvem ações educativas em saúde sexual e saúde reprodutiva.
- [...]
- Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas em parceria com o Ministério da Educação, Unicef e UNFPA e Unesco articulado com as secretarias estaduais e municipais. [...] Projeto que contribuiu para a sociedade organizada, as famílias, os jovens e a escola trabalharem juntos e discutir temas, tais como participação juvenil, saúde sexual, saúde reprodutiva, diversidade e cidadania.
- [...]
- Produção de materiais educativos e cursos à distância para os profissionais de saúde e educação sobre sexualidade de adolescentes.
- Realização da III Mostra de Saúde e Prevenção nas escolas e fortalecimento da participação juvenil entre pares nacionalmente.

- Implementação de políticas para adolescentes vivendo com HIV.
- Implantação do Plano Nacional de Enfrentamento da Feminização da AIDS e outras DST envolvendo o Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde.
- Capacitação de profissionais de saúde e educação e jovens nas temáticas de saúde sexual e saúde reprodutiva.
- Lançamento em setembro de 2008, do Programa Saúde na Escola (PSE), articulado com o MEC, que disponibiliza recursos financeiros para os municípios de menor Índice de Educação Básica. [...] Atualmente 608 municípios aderiram ao Programa Saúde na Escola - PSE²².

O Programa Saúde na Escola, criado em 2008, vai complementar as ações previstas no Programa Saúde do Adolescente - PROSAD, criado pela Portaria do Ministério da Saúde nº 980/GM, de 21.12.1989. Este teve como finalidade:

[...] de promover, integrar, apoiar e incentivar práticas nos locais onde será feita a implantação e onde essas atividades já vem sendo desenvolvidas, seja nos estados, municípios, universidades, organizações não-governamentais e outras instituições. Deve interagir com outros setores no sentido da promoção da saúde, da identificação dos grupos de risco, detecção precoce dos agravos, tratamento adequado e reabilitação dos indivíduos dessa faixa etária, sempre de forma integral, multisetorial e interdisciplinar. Sabedores de que a solução para os problemas de todos os segmentos populacionais passa pela reestruturação das políticas sociais e econômicas e pela verdadeira participação comunitária, reitera-se a importância do trabalho da equipe multidisciplinar nesse processo de integração com instituições e comunidades. (BRASIL, 1996, p. 06).

O programa é destinado aos adolescentes, segundo o Ministério da Saúde, e fundamenta-se numa política de promoção da saúde, de identificação de grupos de risco e detecção precoce dos agravos, com tratamento adequado e reabilitação, respeitadas as diretrizes do Sistema Único de Saúde. O público-alvo são os adolescentes de ambos os sexos de 10 a 19 anos de idade. As áreas de atuação do PROSAD são crescimento e desenvolvimento, sexualidade, saúde mental, saúde reprodutiva, saúde na escola, prevenção de acidentes, violência e maus-tratos e a sua família.

Segundo o documento orientador do programa, no ano de 1996, este estava implantado em 27 Estados da federação e contava com 130 multiplicadores treinados em Atenção Integral à Saúde do Adolescente. Essa formação abordou temática como Normas de Atenção Integral

²² Disponível no site <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/sas/saude-do-adolescente-e-do-jovem>. Acesso em: 5.10.2015.

à Saúde do Adolescente, Violência e Maus-Tratos contra a Criança e o Adolescente, Prevenção à Violência: um desafio para educadores, dentre outros temas.

As referidas diretrizes indicam ações de saúde pactuadas entre o Ministério da Saúde e os Secretários Estaduais e Municipais de Saúde, as quais têm sido desenvolvidas de maneira articulada e intersetorial, respeitando as diversidades regionais, com especial integração entre o Ministério da Educação e Secretaria de Políticas para as Mulheres.

Para Miotto (2005), esse programa:

[...] tem como objetivo garantir aos adolescentes o acesso à saúde, com ações de caráter: multiprofissional, intersetorial e interinstitucional na perspectiva de assegurar ao adolescente um atendimento adequado às suas características, respeitando as particularidades regionais e realidade local. Tendo como áreas prioritárias de ação o crescimento e desenvolvimento, a sexualidade, a saúde mental, a saúde reprodutiva, a saúde do escolar adolescente, a prevenção de acidentes, a violência e maus-tratos, a família (p. 143).

O PROSAD, dentre suas finalidades, tem como fundamento a promoção de saúde, tendo como referência a Política Nacional de Saúde, a qual entende a saúde como direito e está amparada na Carta Magna de 1988, que prevê a proteção social do Estado. A saúde firmou-se no tripé da seguridade social, juntamente com a assistência social e a previdência social. Prevista no Artigo 196 da Constituição Federal, percebe-se que a saúde é direito de todos e dever do Estado, o qual tem por obrigação garantir o seu usufruto à população mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção.

A política de saúde está amparada na Lei nº 8080/90, que abrange todo território nacional com o SUS e todos os serviços nele previstos.

- Art. 2º A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.
§ 1º O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos, assegurando acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.
§ 2º O dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade.
- Art. 3º Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais - (Lei nº 12.864, de 2013).
- Parágrafo único: tange à saúde nas ações que se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social. (BRASIL, 1990)

Quanto ao direito de crianças e adolescentes, também previsto no ECA, demarca o início da mudança do entendimento dos direitos de crianças e adolescentes, os quais passaram a ser considerados sujeitos de direitos e prioridade absoluta e livres que violação de seus direitos. A Carta Magna de 1988 e o ECA preconizam, respectivamente, em seus Artigos 227 e 4º:

É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança, ao adolescente e ao jovem, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão (BRASIL, 2008a; BRASIL, 2001).

Assim, constata-se que no plano formal os direitos aparecem nitidamente, bem como proposições e/ou coberturas, porém, há uma farta literatura que indica a sua precariedade. Em outras palavras, isso significa que, apesar das leis, na prática, a consolidação desses direitos e o acesso aos seus benefícios são precários.

A história remonta que a violência contra a criança ou o adolescente sempre se configurou, ora com a força física, ora de forma coercitiva, se “dissemina nas relações sociais e interpessoais e implica sempre uma relação de poder que não faz parte da natureza humana, mas que é da ordem da cultura e perpassa todas as camadas sociais” (FERREIRA, 2002, p. 19).

Para Veronese (2012, p. 106), por sua vez, o “Brasil é um país com tradição de responder com institucionalização nos casos de vulnerabilidade de crianças e adolescentes como medida de proteção”.

De forma semelhante, para Elesbão (2014, p. 17):

[...] pensar crianças e adolescentes como prioridade absoluta significa ter prioridade não só na formulação das políticas públicas, mas também em sua execução [...] Todas as expressões de violações de direitos desse segmento geram consequências em suas vidas, independentemente do grau de gravidade.

Com a fragilidade na implementação da política e dos direitos previstos no ECA e com a descentralização das políticas sociais, coube a nós investigar a situação específica do município de Florianópolis, verificando se a agenda política desenvolve ações que garantam o direito direcionado às adolescentes. Essa intenção se constituiu no Projeto de Intervenção apresentado no momento da realização do Estágio Curricular I e que será abordado no item que segue.

4 A MATERNIDADE DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO: DESAFIOS DO CAMPO DE ESTÁGIO

4.1 O campo de estágio e a emergência do objeto de estudo

Quando da realização do Estágio Obrigatório I e II, realizado no HU/UFSC, teve-se a possibilidade de se aproximar da realidade e do espaço sociocupacional acerca da prática do Serviço Social no âmbito da política de saúde²³. Diante das atividades desenvolvidas no período de estágio, foi possível compreender que o contato com as pacientes por meio de atendimentos/acolhimentos individuais é fundamental para apropriar-se mais profundamente das demandas emergentes que chegam ao Serviço Social, bem como para conhecer o seu perfil. Além disso, é possível conhecer os programas que a maternidade do HU/UFSC propicia a esse público, como o Grupo de Mães da Serrinha²⁴, visita guiada na maternidade do HU/UFSC, em que o público - composto por gestantes, companheiros, sogras, amigos, enfim, quem a gestante elegeu - são guiados pela equipe multidisciplinar. Nessa visita, se conversa com os futuros pais sobre o tema gravidez, se mostram as acomodações (leitos) e o Centro Obstétrico de que a maternidade dispõe.

Nesse momento que, como estagiária, há uma maior compreensão da realidade da maternidade e, conseqüentemente, dos trabalhos desenvolvidos acerca da saúde integral da paciente, bem como das formas de intervir nas mais diversas particularidades de cada caso. O processo de aprendizagem se desenvolveu por meio da compreensão do trabalho interdisciplinar e das diferentes formas de intervir e abordar questões pertinentes ao atendimento/acolhimento realizado.

Para Oliveira (2004), o estágio supervisionado é o lócus apropriado em que o aluno estagiário estabelece aproximações com a realidade social, mediatizadas pela fundamentação teórico-metodológica do Serviço Social, desenvolvendo sua matriz e identidade profissional.

²³ Na qualidade de estagiária de Serviço Social, é possível afirmar que o processo de aprendizagem foi de extrema importância e com qualidade, o que proporciona um crescimento e desenvolvimento das ações práticas e maior aproximação da teoria com a prática. Esse aprendizado também se dá na utilização dos instrumentos técnico-operativos da profissão e do seguimento da legislação da profissão, pois todas as ações são voltadas ao Código de Ética do Serviço Social e nos parâmetros de atuação. Sendo possível ter uma visão mais ampla da atuação dos assistentes sociais na maternidade do HU/UFSC, compreendendo o trabalho de um profissional de Serviço Social no âmbito hospitalar, bem como apropriar-se dos instrumentos que são utilizados para realizar o trabalho na prática profissional.

²⁴ Grupo de Mães da Serrinha são encontros mensais no salão paroquial da igreja da Trindade (Florianópolis-SC), contando com o Serviço Social do HU/UFSC, o qual leva informações às futuras mães presentes, socializando informações e orientações em relação aos direitos sociais referentes à maternidade/paternidade, e elucidando sobre o atendimento humanizado que o HU/UFSC realiza.

Já para Ortiz (2010), o estágio não se configura em uma atividade complementar para a formação, mas central, uma vez que permite a convergência e o desvelamento dos diversos conteúdos apreendidos em sala de aula, os quais muitas vezes parecem distantes da realidade e desconectados dela para os alunos.

Nesse sentido, ingressar no campo de estágio como mais uma atividade curricular com fins de aprendizagem significa enfrentar o desafio de aproximação da realidade, pois é a partir de situações reais que serão exercitadas ações, aprimorados conhecimentos, produzidos novos saberes e desenvolvidas novas habilidades e competências relativas à formação na área.

O Estágio Obrigatório (I e II) esteve imbricado na realidade da maternidade do HU/UFSC, bem como com as pacientes gestantes e puérperas, o que fez com que tivéssemos um contato direto com os instrumentos fundamentais para o exercício profissional, entre eles a observação, o olhar cuidadoso, ouvir e escrever, aspecto visível em Cardoso (1998, p. 50):

[...] o olhar e ouvir são dois atos cognitivos que são fundamentais para desenvolver as atividades, principalmente para a realização de uma leitura mais profunda e detalhada das demandas, uma percepção da realidade que chega ao Serviço Social. Como complemento, temos o ato de escrever, pois é nessa etapa que o profissional descreve os detalhes que observou, que escutou através de seu trabalho.

Esses instrumentais foram utilizados em todos os atendimentos/acolhimentos individuais às pacientes, com a intenção de esclarecer e conscientizá-las acerca de seus direitos sociais no período da gestação (enquanto estavam internadas e muitas vezes afastadas da atividade laboral) e, após terem seus bebês, no que se refere à licença-maternidade, todos os aspectos que influenciam na qualidade de vida da paciente.

As ações desenvolvidas pelo Serviço Social do Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago - HU/UFSC - Maternidade requerem do profissional uma constante qualificação e um olhar apurado sobre os fatos. Essa questão é possível identificar no atendimento/acolhimento da paciente na maternidade, pois cada qual possui uma demanda e uma realidade específica, o que faz com que o assistente social tenha uma compreensão rápida e visão crítica e que, conseqüentemente, faça os encaminhamentos adequados à situação.

Nesses atendimentos/acolhimentos, é possível garantir direitos às gestantes ou puérperas, bem como de seus dependentes, fato que exige, necessariamente, uma ação articulada com a rede de proteção, na perspectiva de garantir os direitos sociais às usuárias. O Serviço Social é chamado para oferecer orientações às usuárias e suas famílias/acompanhantes, no sentido da busca e efetivação dos direitos. Em situações em que

se identifica a negação, violação ou necessidade de acesso aos direitos individuais e/ou sociais, a equipe de assistentes sociais atua com a abordagem social e encaminhamentos para a rede de atendimento relacionada às políticas públicas e sociais, tais como: Política de Assistência Social do Município, de Previdência Social, Conselhos Tutelares, Unidade Básica de Saúde, ao Planejamento Familiar do próprio HU/UFSC, entre outros. Essa rede de atendimento é acionada por meio de relatórios, *e-mails*, contato telefônico, pareceres e encaminhamentos.

Nesse processo de acompanhamento das pacientes grávidas ou puérperas²⁵ é que se construiu a Proposta de Intervenção²⁶, que tomou como referência a falta de informações acerca das políticas públicas do município de Florianópolis - SC, no sentido de atender as demandas apresentadas pelas usuárias, no momento da sua saída da maternidade. Nessa perspectiva, o presente Trabalho de Conclusão de Curso toma como referência as adolescentes gestantes ou puérperas que se internam naquela instituição para ali terem seus bebês, e a demandas ou necessidades por elas apresentadas. Assim delimitou-se como objetivo geral do presente trabalho “analisar quais são as principais demandas e necessidades apresentadas pelas adolescentes em situação de vulnerabilidade social atendidas na maternidade do HU/UFSC” e como objetivos específicos:

- conhecer o perfil das adolescentes gestantes e puérperas que são atendidas na maternidade do HU/UFSC;
- identificar a rede apoio socioassistencial do Município de Florianópolis disponíveis, após alta hospitalar o período de puerpério;
- conhecer quais serviços ofertados pelo poder público municipal e sua origem, de modo especial o município de Florianópolis, contexto que contribuirá para a produção de

²⁵ Puerpério: período que compreende a fase pós-parto, quando a mulher passa por alterações físicas e psíquicas até que retorne ao estado anterior à sua gravidez. Esse período se inicia no momento em que se dá o descolamento placentário, logo após o nascimento do bebê, embora também possa ocorrer com a placenta ainda inserida na gestante, é o caso de óbitos fetais intrauterino.

O puerpério é convencionalmente dividido em três fases:

- Puerpério imediato: inicia logo após a saída da placenta e dura aproximadamente duas horas.
- Puerpério mediato: desde o puerpério imediato até 10º dia. Neste período ocorre a regressão do útero, a loquiação apresenta-se em quantidade moderada para escassa e amarelada. É um momento oportuno para realização da visita domiciliar pelo profissional médico ou enfermeiro, pois a mulher está repleta de dúvidas e necessitando de avaliação e cuidados de saúde.
- Puerpério tardio: do décimo ao quadragésimo quinto dia;
- Puerpério remoto: além do quadragésimo quinto dia até que a mulher retome sua função reprodutiva.

Fonte: <http://www.portaleducacao.com.br/enfermagem/artigos/37399/o-que-e-#ixzz3fp27JvYc>

²⁶ A proposta de intervenção é um requisito da Disciplina de Supervisão de Estágio Curricular Obrigatório I a ser desenvolvido no período do Estágio Obrigatório II, do Curso de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC. Este partiu das vivências do campo de estágio no Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago - HU/UFSC - Maternidade do HU/UFSC em 2014/2.

conhecimento em Serviço Social sobre o tema da gravidez na adolescência.

Levantar as demandas e/o necessidades poderá auxiliar o Serviço Social do HU/UFSC quando este for encaminhar adolescentes puérperas, bem como a defesa na promoção e na garantia dos direitos que cercam a adolescente, nos serviços de referência na área da saúde, na assistência social e infanto-juvenil, garantindo o atendimento prioritário, pós-alta hospitalar. Atualmente, as adolescentes gestantes, bem como puérperas, são encaminhadas para o mesmo local que a mãe adulta, não tendo nenhuma diferenciação para que ela receba um atendimento priorizado, com garantia e proteção de direitos, conforme preconiza o ECA.

O desenvolvimento do referido projeto foi constituído de três passos e/ou momentos distintos visando a atingir os objetivos propostos. Cabe aqui destacar Mito e Lima (2009, p. 27), quando nos elucidam que:

[...] o processo interventivo não se constrói a priori, ao contrário, faz-se no seu próprio trajeto, e essa construção não depende só do Assistente Social, mas também dos outros sujeitos envolvidos, dentre eles, o espaço sócio-ocupacional no qual o profissional está inserido e os destinatários das ações nele desenvolvidas.

Assim, como um primeiro passo, foi necessário delimitar quem são as adolescentes atendidas (procurando buscar as suas principais caracterizações); como segundo passo, era necessário levantar e compreender as principais demandas apresentadas pelas adolescentes; e, por fim, a ida a campo – fora do ambiente hospitalar, com a finalidade de levantar os serviços disponíveis no município de Florianópolis, pelo fato de que, dentre as 44 adolescentes atendidas no período de realização do estágio, 36 eram dessa cidade. Assim, com o desenvolvimento do Projeto de Intervenção, passamos a apresentar a sistematização dos dados coletados fundamentados nos indicativos de análise já referenciados.

4.2 Quem são as adolescentes

Como essa é uma demanda presente no Serviço Social, a mesma já foi fruto de estudo recente, como o caso do Trabalho de Conclusão de Curso de Fabiula Renilda Bernardo (2012), intitulado “Gravidez na adolescência: um estudo sobre as jovens mães atendidas no Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago” e que serão utilizados como referência para melhor elucidar quem são as adolescentes grávidas que chegam até o atendimento do Serviço Social.

Segundo dados registrado pela referida autora no ano de 2011 somente pelo Serviço Social foram atendidas 45 adolescentes, nessa faixa etária, no período de agosto à dezembro 2011. Observa-se aqui uma divergência de registro, que buscamos apurar, contudo não obtivemos esclarecimentos. Porém, tudo nos indica que a estatística oficial está sub registrada uma vez que a autora analisou 45 prontuários de adolescentes grávidas internadas e as quais foram atendidas pelo Serviço Social.

A fim de registrar quem são essas adolescentes que procuram a maternidade do HU, para além da sua quantificação recorreremos ao estudo realizado pela Fabiula Renilda Bernardo que teve como objetivo traçar o perfil das adolescentes que foram atendidas no período de agosto a dezembro 2011 na Maternidade do HU/UFSC.

Assim o perfil dos adolescentes atendidos na Maternidade do HU/UFSC, pode-se sintetizar como:

No que tange à idade, as adolescentes que participaram da pesquisa estavam na faixa etária de 13 a 17 anos, todavia, o maior número se encontra entre a faixa etária de 15 a 17 anos.

Bernardo (2012) aponta que, de acordo com o Ministério da Saúde, mais de 50% das adolescentes brasileiras de quinze a dezenove anos, com baixa escolaridade, têm pelo menos um filho (p. 21). No tocante ao município de Florianópolis - SC, foram registrados, no ano de 1998, 970 partos em adolescentes, número correspondente a 18,2% do total de partos registrados (p. 37).

É importante ressaltar ainda que, para Bernardo (2012), a taxa de fecundidade no Brasil, até o ano de 2000, mostrava aumento importante na faixa etária de mulheres de 15 a 19 anos. Mas, de 2000 para o ano de 2010, esse grupo de 15 a 19 anos registrou queda, sendo que a taxa de fecundidade, que era de 18,8%, passou para 17,7%.

No que se refere ao município de procedência, verificou-se que 36 adolescentes residem em Florianópolis e as demais em São José, Biguaçu, Camboriú, Mafra e Paulo Lopes, todas situadas no Estado de Santa Catarina.

Já no quesito naturalidade, observou-se que, das adolescentes pesquisadas, 32 nasceram no Estado de Santa Catarina e as demais no Rio Grande do Sul, Bahia, Paraná e Rio Grande do Norte.

Na pesquisa, foi levantado também o estado civil das adolescentes, sendo que 34 delas mantinham união consensual, 9 eram solteiras, isto é, não mantinham relação com o pai do bebê, e 2 estavam casadas no civil.

Objetivando traçar as repercussões biológicas que podem acometer a gestante adolescente, Bernardo (2012) abordou também questões mais específicas da gravidez. Nesse sentido, a pesquisadora levantou o número de gestações, se a adolescente teve alguma doença no período da gestacional, se o bebê apresentou alguma doença após o nascimento, o número de consultas de pré-natal realizadas pela adolescente e, ainda, se a gravidez foi planejada.

Quanto ao número de gestações das adolescentes pesquisadas, destaca-se que 37 adolescentes que estavam tendo sua primeira gestação, 6 estavam na segunda e 2 com 17 anos estavam na terceira e quarta gestação.

No que se refere às adolescentes que apresentaram problemas de saúde durante a gravidez, ou seja, se manifestaram alguma doença no período gestacional, verifica-se que a maioria, 32, não manifestou qualquer tipo de doença nesse período, onde Bernardo (2012, p. 41) indica que “esse dado evidencia que o discurso médico amplamente difundido de que a gravidez na adolescência seria considerada de risco, devido à imaturidade fisiológica da adolescente, não se aplica às adolescentes pesquisadas”.

A pesquisa também levantou informações sobre problemas de saúde com o recém-nascido após o nascimento. Esta constatou que 39 recém-nascidos não apresentaram problemas de saúde e que baixo peso do bebê ao nascer e /ou prematuridade foram verificados somente em 6 casos pesquisados.

No que se refere à frequência de consultas de pré-natal realizadas pelas adolescentes, tendo em vista a importância desse acompanhamento para o desenvolvimento gestacional adequado, verificou-se que um número considerável dessas adolescentes pesquisadas, 16, não realizou as consultas de pré-natal. No entanto:

[...] a maioria das adolescentes pesquisadas realiza de maneira suficiente o acompanhamento de pré-natal, pois o Ministério da Saúde determina que uma correta assistência pré-natal deve garantir um mínimo de seis consultas, alicerçado numa ótica de qualidade de prestação de serviço, de modo que tal conduta deve ser iniciada precocemente e por profissionais com capacitação técnica e entrosamento. (Bernardo, 2012 p. 43)

Para Silva & Calvo (2006, p. 101, *apud* BERNARDO, 2012, p. 44) “o acompanhamento do período pré-natal perfaz outra característica socioeconômica e cultural de grande valor quando se trata de qualquer gestação, independente da idade. A adequada assistência pré-natal é um dos principais determinantes de uma evolução favorável da gestação”. Por sua vez, no que se refere ao planejamento da gravidez pelas adolescentes pesquisadas, constatou-se que 35 não planejaram a gestação e 10 mencionaram que a gravidez foi planejada.

Bernardo (2012) traça o perfil referente à vida social das adolescentes, como o grau de instrução das adolescentes, se estavam estudando no momento do parto, se exerciam atividade laborativa, idade dos pais dos bebês, religião que professavam, com quem residiam e como seria a rede de apoio após a alta hospitalar.

Assim, no que diz respeito a escolaridade das adolescentes 28 não haviam concluído o ensino fundamental, 5 com ensino fundamental completo e 12 com ensino médio completo. Dados que indicam um baixo nível de escolaridade. Segundo Silva & Calvo (2006, p. 101, *apud* BERNARDO, 2012, p. 99) a maternidade em período escolar ‘é um fator de considerável importância no que tange ao afastamento e à dificuldade de retorno as atividades escolares das mães adolescentes’, porém chama-se a atenção que “a baixa escolaridade não é causa ou consequência de gestações precoces”, mas esse quesito é fundamental, pois “tal situação pode contribuir para uma pior qualificação profissional e inserção precária destas jovens mães no mercado de trabalho” (p. 48).

Quanto à situação de adolescentes que estavam frequentando a escola no momento do parto, 33% não estavam frequentando e 12 adolescentes estavam frequentando. Para Bernardo (2012), esse dado evidencia o que muitas pesquisas indicam, ou seja, que ocorre o abandono dos estudos simultaneamente à ocorrência da gravidez.

Com relação à ocupação das adolescentes, verificou-se que 29 adolescentes eram enquadradas como “do lar”, 12 eram “estudantes” e 4 trabalhavam (2 atendentes, 1 vendedora e 1 recepcionista). Verificou-se também que a maioria das adolescentes – 41 – não exercia trabalho remunerado, sendo dependente financeiramente da família ou do companheiro.

Os dados acima citados evidenciam o que Silva (1981, *apud* FERREIRA, 2009, p. 35) também chama a atenção, ou seja:

[...] o fato de que também como resultado da maternidade precoce, a jovem tem restringidas suas opções educacionais e profissionais, contribuindo desta forma para a manutenção de um estado sócio-econômico carente. No tocante à educação, a interrupção, temporária ou definitiva no processo de educação formal, acarretará prejuízo na qualidade de vida e nas oportunidades futuras.

No que se refere à idade dos pais dos bebês, 22 deles tinham idade de 19 a 23 anos, 12 eram de 24 a 28 anos, 6 deles tinham até 18 anos, 3 pais tinham de 29 a 33 anos e apenas 3 tinham mais de 34 anos de idade. Segundo Bernardo (2012, *apud* MELO, 2000, p. 44), “as adolescentes costumam se relacionar com homens entre 3 e 4 anos mais velhos”, coincidindo com as pesquisas nos países da América Latina.

Também de acordo com a pesquisa de Unbehaum *et al.* (2004, p. 64), a tendência pode ser explicada por meio de dois fatores, a saber:

[...] maturidade no sexo masculino acontecer bem mais tarde, daí a existência de uma diferença de idade de, segunda ela, mais de quatro anos. Um outro aspecto trazido por vários informantes é a pseudo-sensação de segurança que os homens muito mais velhos representam para as jovens. As meninas, em sua maioria vivendo em condições de desalento, buscam nesses relacionamentos proteção, além do status de ter um companheiro, de não se mostrar mais dependente da família, de se apresentar como uma pessoa independente diante da comunidade e dos pares.

No que concerne à religião das adolescentes, a pesquisa indica que 21 não praticavam nenhuma religião, enquanto 17 se consideravam como praticantes da religião católica, enquanto as 7 restantes responderam ser evangélicas.

Quanto à moradia das adolescentes, o estudo demonstra que 9 adolescentes moravam com os pais, 15 adolescentes com o companheiro, 16 adolescentes com pais e companheiros, 3 com os sogros²⁷ e 3 responderam “com os outros”²⁸. Porém, registrou-se que 25 das adolescentes continuavam morando com os pais após o nascimento do filho, junto com os companheiros.

No que tange ao quesito responsável pela adolescente no pós-alta hospitalar, registrou-se que, na situação de adolescentes, os responsáveis eram os pais, sendo que para 8 adolescentes era o companheiro, para 24 adolescentes, os pais e companheiros e para 4 adolescentes eram os outros. Esses dados evidenciam que 33 adolescentes solicitaram o auxílio dos pais, seja no tocante ao aspecto financeiro ou nos cuidados com o bebê. Percebeu-se que, na grande maioria das vezes, a família é demandada então para oferecer os apoios necessários, ou seja:

Bernardo (2012, *apud* BORGES *et al.*, 1009, p. 04) afirma que:

“todas as famílias ofereceram algum tipo de suporte para as adolescentes. Isso ocorreu de diversas formas, seja por acomodação das adolescentes que permaneceram solteiras e seus filhos na própria casa, seja por meio de ajuda financeira ou auxílio na criação dos filhos. O oferecimento de suporte esteve condicionado ao cumprimento de alguns requisitos, como a adequação do comportamento cotidiano ao papel materno. Isto demandava mudanças no estilo de vida, a dedicação aos estudos ou ao trabalho, de maneira disciplinada e com maior intensidade e, conseqüentemente, a restrição das atividades de lazer e a diminuição ou interrupção da vida noturna. Nas famílias em que o suporte não chegou a ser fornecido, isto ocorreu porque demandas desta natureza não foram percebidas ou manifestadas.”²⁹

²⁷ Com “os sogros” entende-se que a adolescente está morando com o companheiro, na casa dos sogros.

²⁸ Quando se fala em estar “com os outros”, entende-se que a adolescente está morando na casa de amigos ou parentes.

²⁹ Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002009000600009. Acesso em: 15.4.2015

Dessa forma, a família é a rede que ampara a adolescente no momento em que esta retorna para casa com seu bebê, recorrendo na maioria das vezes aos seus diferentes membros, como sogras, irmãs e cunhadas.

Bernardo (2012, *apud* MIOTO, 2005, p. 144) ainda elucida que a “maternidade sempre naturalizada é considerada um problema privado e, conseqüentemente, a tendência é circunscrevê-lo no âmbito familiar”. Apesar da importância do apoio da família, para sustentar a maternidade nesse ciclo de vida, acaba colocando em risco o futuro da adolescente, como autônoma de sua história.

No sentido de enriquecer e ampliar os elementos de compreensão sobre quem são essas adolescentes que passam por uma gravidez, fomos buscar referências acerca do perfil das adolescentes grávidas, em outros contextos sociais.

Assim, Beretta (2011) aborda, em seu estudo intitulado “A contextualização da gravidez na adolescência em uma maternidade de São Carlos/SP”, o perfil das puérperas adolescentes junto à Maternidade Dona Francisca Cintra Silva, da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia, no município de São Carlos/SP, no período de 30.6.2008 a 30.6.2009. Esse estudo foi estendido a outros contextos, como a população do Ceará, Maranhão, São Paulo e Fortaleza.

Nesse estudo quantitativo e descritivo, ela contou com a participação de 165 adolescentes, na faixa etária de 10 a 19 anos (faixa etária proposta pela OMS), residentes na área urbana do município de São Carlos (SP) e vinculados ao projeto “Adolescência e Maternidade: uma proposta de intervenção”.

Beretta (2011) observa então que apenas 52,7% das adolescentes entrevistadas estavam estudando antes da gravidez e apenas 30,9% pretendiam retornar, verificando também que cerca de 47,3% tinham renda familiar entre um a três salários mínimos. Quanto ao índice de gravidez não planejada, este foi de 72,1%, ao passo que o conhecimento sobre os métodos anticoncepcionais foi de 99,4%, sendo priorizado o anticoncepcional oral e o preservativo.

A autora elucida que, no ano de 2004, no Brasil, foram registrados mais de três milhões de nascimentos, dos quais 21,9% correspondiam a mães com idade entre 10 e 19 anos, fazendo com que a gravidez na adolescência tenha um aumento significativo. (p. 91)

Segundo Beretta (2011, p. 91), podemos verificar no relatório anual do *State of the World's Mothers*, publicado em 2004 com dados coletados entre 1995 e 2002, que 13 milhões de nascimentos (um décimo de todos os nascimentos do mundo) são de mulheres com menos

de 20 anos, sendo que mais de 90% desses nascimentos ocorreram nos países em desenvolvimento.

Quanto ao uso de algum método contraceptivo hormonal oral, o estudo objetivou identificar os níveis de conhecimento e apontou que a grande maioria das adolescentes (98%) apresentou baixo conhecimento tanto objetivo quanto percebido, o que revela tendência das jovens ao comportamento sexual de risco.

A autora mostrou também que, na faixa etária que se encontra entre 16 e 19 anos, no que diz respeito ao estado civil, há predomínio de “amasiada”/união estável, seguida pelas solteiras. Em relação à escolaridade, o estudo indicou como incompleta, tanto no fundamental quanto ao ensino médio/técnico. Registrou-se um percentual de 52,7% de adolescentes que estavam estudando quando engravidaram e, destas, 26,1% pretendiam retomar os estudos, demonstrando que, com a gravidez, a retomada aos estudos diminui significativamente.

Quanto à renda familiar, Beretta (2011, p. 93) verificou que há predomínio da renda familiar até 3 salários mínimos de 47,3% das adolescentes. Em um estudo feito no Ceará pela referida autora, esta evidenciou que a renda familiar das adolescentes ficou entre menos de 1 até 3 salários mínimos, indicando o baixo nível socioeconômico dessa população. Segundo a autora, a gravidez na adolescência acarreta o abandono escolar e contribui para o ciclo baixa renda dessa população.

A autora abordou também um estudo realizado em São Paulo, onde há um pequeno índice de casamentos formais 7,2% contra 60,6% de uniões consensuais e, em detrimento da gravidez, “existe uma pressão social para que o casal formalize uma união e passe a conviver sob o mesmo teto, mesmo sem oficializar o casamento ou ter independência financeira”. (2011, p. 93)

Outro estudo trazido pela autora é da cidade de Fortaleza, onde 7, perfazendo um percentual de 29,2% das adolescentes, diziam estar casadas ou vivendo em união consensual e 17, percentualmente 70,85%, afirmavam estar solteiras, embora tenha observado que todas mantinham um relacionamento com o pai do recém-nascido.

Dados desse estudo, para Beretta (2011, p. 93), em comparação com os supracitados, apesar de diferentes contextos de vida, nos mostram a mesma situação conjugal da adolescente com viés de preocupação, pois “o relacionamento conjugal informal, aliado ao abandono escolar pode levar estas jovens a uma situação de vulnerabilidade, que resulta em uma instabilidade socioeconômica e emocional”.

Assim, nesse estudo, há um total de 27,9% de gravidez planejada e 72,1% de gravidez que não foi planejada. Mas apesar desse contexto, pais 59,1% e companheiros 76,6% tiveram a reação de ficar felizes ao saberem da gravidez, seguida por medo e susto, índice que atingiu 65,9% para a mãe. A autora avalia que a “gravidez nessa população é encarada como um fato positivo, o que pode ser explicado talvez pelo fato das adolescentes ganharem o *status* de ser mãe”. (p. 95).

Segundo Beretta (2011, p. 95), no tocante à falta de planejamento familiar, esta é uma realidade nesse estudo, pois 99,4% das adolescentes admitiram conhecer algum método contraceptivo, como o anticoncepcional oral, o anticoncepcional injetável, o DIU, o preservativo, diafragma, Tabela Ogino-Knaus³⁰, o coito interrompido e a pílula do dia seguinte. Na pesquisa, observou-se ainda que 41,8% das adolescentes estavam fazendo uso de algum método anticoncepcional quando engravidaram, contra 58,2% que não estavam. Nesse sentido, a autora propõe como solução “as adolescentes estarem inseridas em serviços de planejamento familiar que lhes garantissem o devido apoio e acompanhamento para superação de dificuldades durante adaptação aos métodos”, pois faz parte do “imaginário social acreditar que o simples acesso à informação sobre anticoncepção seria suficiente para garantir práticas contraceptivas consistentes”. (p. 96)

Por sua vez, Lima (2006, p. 29), cuja dissertação de mestrado é intitulada “As mães adolescentes de comunidades populares: um estudo de caso”, com base em pesquisas realizadas no Rio de Janeiro, evidencia que segundo a:

[...] pesquisa GRAVAD, 36,4% das mulheres e 36,15% dos homens – independente da classe social – permaneceram com a família de origem, enquanto 39,3% e 47,8% respectivamente foram morar com a/o parceira/o com/sem família (AQUINO, 2003). Esse dado reforça a ideia de que a parentalidade pode se constituir muitas vezes em um elemento positivo para o processo de individuação dos jovens enquanto autonomia (BRANDÃO, 2003), não deixando de levar em consideração de que a dependência residencial dos jovens também pode permanecer. No caso das classes populares, essa dependência está associada às condições precárias de vida e pela falta de oportunidades no mercado de trabalho e faz com que em alguns casos os jovens permaneçam a coabitar com os pais e/ ou parentes, prolongando assim, a “dependência” e a “reciprocidade entre todos os membros da família” (HEILBORN, 2002).

³⁰ O método rítmico, mais conhecido como tabelinha ou método de Ogino-Knaus (nome dado devido a Hermann Knaus e Kyusaku Ogino), é um processo contraceptivo que consiste em estimar a data da ovulação, como forma a evitar contatos sexuais durante o período fértil. Fonte: http://pt.wikipedia.org/wiki/M%C3%A9todo_r%C3%ADtmico. Acesso em: 13.4.2015.

Lima (2006, p. 29) ainda aborda que tal dependência e reciprocidade não significam o abandono dos ideais e sonhos de muitas mães adolescentes, mas o oposto, sendo que:

[...] a maternidade, segundo Pantoja (2003), pode remeter à “reafirmação de projetos de mobilidade social” (p.8). A partir de entrevistas realizadas com adolescentes de classes populares, Pantoja apresenta depoimentos que apontam a maternidade como parte de um “projeto de vida”, um caminho para se chegar à vida adulta, ser reconhecida pela família e por colegas da escola e ainda alcançar a “reafirmação dos projetos de ascensão social”. Seu estudo demonstra ainda que a opção das jovens em permanecerem na escola significa também manter firme o “projeto de ser alguém na vida”, ter a possibilidade de desenvolver uma atividade profissional diferente de suas mães, as quais normalmente são lavadeiras, empregadas domésticas, feirantes ou até mesmo simples donas de casa.

Com o intuito de ampliar a discussão acerca do tema, pode-se citar também outro estudo intitulado “Sexualidade e gravidez na adolescência entre jovens de camadas médias do Rio de Janeiro - RJ”, de Brandão e Heilborn (2006, p.1422), no qual estes analisaram a gravidez na adolescência nos segmentos médios cariocas, por meio de uma investigação qualitativa socioantropológica contendo 25 entrevistas em profundidade em 2000 e 2001, com 13 jovens de camadas médias do Rio de Janeiro. Destes, 6 eram homens e 7 eram mulheres de 18 a 24 anos, com experiência de paternidade ou maternidade na adolescência, ou seja, até os vinte anos incompletos, segundo parâmetros da OMS e com 12 pais (11 mães e 1 pai).

O perfil sociofamiliar dos entrevistados é o seguinte:

[...] a maioria possuía escolaridade superior: dez pais, entre os jovens, dois estavam formados, oito cursando faculdade e três concluindo 2o grau; seis jovens trabalhavam (três moças e três rapazes), dois deles em estágios remunerados; a idade dos pais girava entre 43 e 52 anos, exercendo ocupações como assessora de imprensa, professora (ensino fundamental e universitária), socióloga, engenheiro civil, engenheira de telecomunicações, antropóloga, cabeleireira; das 14 famílias, dez possuíam renda familiar até R\$5.000 e quatro entre R\$10.000 e R\$15.000; quanto à composição familiar, seis permaneciam casados, seis eram monoparentais (viuvez ou separações) e dois recasaram; residiam em bairros da zona sul e norte da cidade, de diferentes orientações religiosas ou não adeptos à religião. As entrevistas ocorreram no período posterior ao nascimento dos bebês, cujas idades variavam de um mês a sete anos. Dois deles – um rapaz e uma moça – tinham tido uma gravidez anterior e um aborto (Brandão e Heilborn, 2006, p. 1423).

As autoras enfatizam que:

[...] a gravidez na adolescência tem sido apontada como um “problema social”. Parir antes dos 19 anos, décadas atrás, não se constituía em assunto de ordem pública. As alterações no padrão de fecundidade da população feminina brasileira, as redefinições na posição social da mulher, gerando novas expectativas para as jovens, no tocante à escolarização e profissionalização e o fato da maioria destes

nascimentos ocorrer fora de uma relação conjugal despertam atenção para o fato. (p. 1422).

As autoras problematizam o tema acerca da individualização do jovem, saindo do círculo vicioso que domina o tema em âmbito público, em que:

[...] Relativizar o argumento da desinformação e valorizar o papel fundamental que a vivência da sexualidade exerce na construção social do jovem permite captar regras socioculturais que condicionam o fenômeno. É particularmente na esfera da sexualidade que os jovens ensaiam formas de autonomização em relação aos pais. O exercício da sexualidade na adolescência torna-se uma via privilegiada para aquisição gradativa de liberdade e autonomia, mesmo sob o teto parental. A gravidez na adolescência é apresentada como uma perturbação à trajetória juvenil, inserida em um discurso alarmista, moralizante, normativo (p. 1422).

Assim, conforme exposição dos estudos acima, podemos verificar que as pesquisas demonstram um panorama quase homogêneo acerca do tema. As adolescentes são protagonistas de uma nova fase em suas vidas, com um novo sujeito no seio familiar, e na falta do suporte do Estado, recaindo à família a total responsabilidade para com os cuidados.

No que se refere às instituições de educação, a pesquisa aponta para a baixa escolaridade, pois segundo Beretta (2011), dentre as adolescentes da pesquisa, 62% não concluíram o ensino fundamental e 73% não estavam mais frequentando nenhum centro de ensino, afirmando a falta de ações que facilitem a continuidade aos estudos, bem como a permanência dessas adolescentes no ambiente escolar.

Tratando especificamente da presente análise, percebemos que os atendimentos às adolescentes na maternidade do HU/UFSC não apresentam um panorama diferente dos registrados tanto no Trabalho de Conclusão de Curso aqui referenciado, como também das pesquisas aqui referenciadas. Dessa forma, pode-se sintetizar inferindo que: a faixa etária das adolescentes atendidas é semelhante à dos estudos apresentados, bem como as uniões consensuais, em que muitas delas residem com o esposo/companheiro em casa separada dos pais e outras vão residir com os sogros. Além disso, em todos os atendimentos realizados durante o Estágio Obrigatório I e II, ao serem questionadas, as adolescentes afirmaram conhecer algum ou todos os métodos contraceptivos. Muitas ainda afirmam que a gravidez foi planejada.

Importante salientar, contudo, que a relevante diferença das adolescentes atendidas no HU/UFSC em relação às adolescentes investigadas nos estudos mencionados, foi percebido especialmente no tocante às consultas do pré-natal. No caso das jovens atendidas no HU/UFSC, muitas delas tiveram cuidados suficientes para esse período da vida, que é a

gestação, quando elas buscam atendimento médico especializado, perfazendo um total de, no mínimo, 8 consultas durante o período da gestação.

4.3 Principais demandas apresentadas pelas adolescentes

Nesse sentido, procurou-se identificar quais são as principais demandas e/ou necessidades das adolescentes em situação de vulnerabilidade social que são atendidas na maternidade do HU/UFSC. Por exemplo, nos atendimentos/acolhimentos verificamos algumas necessidades apresentadas pelas adolescentes, como a possibilidade de acesso à atividade escolar em domicílio, ou seja, seu processo de escolarização. Identificou-se também que algumas não conseguiram dar continuidade aos estudos, pois não foram informadas pela instituição escolar sobre a possibilidade em fazer trabalhos e provas em casa e muitas delas acabaram “perdendo” o ano de estudo, tendo em vista a gravidez.

No atendimento a essa população em situação de vulnerabilidade social, em suas diferentes expressões, estiveram presentes questões ainda especificamente relacionadas à dinâmica da maternidade: adolescentes múltiparas³¹, pessoas em situação de rua, pessoas com dependência química, portadoras de Doença Sexualmente Transmissível (DST), dentre outras.

Levando em consideração as diretrizes que pautam o Plano de Atuação do Serviço Social na Maternidade do HU, entende-se que a preservação da saúde está relacionada à luta da população por melhores condições de vida, incluindo moradia, trabalho, lazer, transporte etc. Nesse sentido, a saúde deixa de ser uma responsabilidade do indivíduo e passa a ser também da coletividade, ou seja, sai do campo apenas biológico para considerar a totalidade das questões sociais. Assim sendo, o nascimento - aí incluído o processo de gestação - não se trata apenas de um evento biológico, mas se constitui também de aspectos psicológicos, sociais e culturais.

As problemáticas sociais vivenciadas pelas pessoas podem assumir dimensões mais complexas pelo surgimento da doença e, em muitas circunstâncias, pelo nascimento de um filho. A falta de planejamento familiar, condições de moradia inadequadas, subemprego, renda familiar insuficiente não raro constituirão as situações vivenciadas pelas pessoas no

³¹ Múltipara é a denominação utilizada para a mulher que teve mais de um filho.

contexto do nascimento de um filho, que deverão ser refletidas para a promoção e busca de possíveis mudanças.

Ao considerar tais aspectos, percebe-se que a principal demanda consiste na identificação das necessidades socioassistenciais das gestantes, mães, recém-nascidos e suas respectivas famílias. O atendimento dessas necessidades é realizado no sentido de defesa e ampliação dos direitos, de maneira a permitir o amplo acesso do conhecimento dessa população num processo de fortalecimento da cidadania e emancipação da pessoa humana.

Cabe ressaltar que as ações desenvolvidas pelo profissional do Serviço Social são respostas às lacunas que as políticas sociais deixam. Enfatiza Trindade (2012, p. 73), que:

[...] nesse processo, consideramos que o desenvolvimento de ações, procedimentos e instrumentos faz parte da produção das respostas profissionais fundamentadas pelo projeto profissional, com suas dimensões: teórica (do saber, do conhecimento), técnica (saber fazer) e ética (os objetivos que indicam as intencionalidades).

4.4 O mapeamento dos serviços socioassistenciais disponíveis no município de Florianópolis

Tomando como referência as demandas apresentadas pelas adolescentes, delimitamos como local de coleta de dados o Conselho Municipal da Criança e do Adolescente - CMDCA, Secretaria Municipal de Saúde e Secretaria Municipal de Educação, com o intuito de identificar a existência de programas ou projetos que tenham como finalidade atender adolescentes no período pós-alta da maternidade.

Assim, entramos em contato com o Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente de Florianópolis - CMDCA, onde nos forneceram uma listagem contendo as entidades não governamentais, conforme descritas abaixo, que ofertam serviços e ou apoio socioassistencial. Porém, nos adiantaram que desconhecem que haja no município alguma política voltada à adolescente grávida.

Quantidade de Entidades não Governamentais	Área (idade)	Regime de Serviço prestado
3	0 a 06 anos	Orientação/Apoio Socioeducativo em Meio Aberto
1	0 a 15 anos	Orientação/Apoio Socioeducativo em Meio Aberto
4	0 a 18 anos	Orientação/Apoio Socioeducativo em Meio Aberto
1	0 a 17 anos	Orientação/Apoio Socioeducativo em Meio Aberto
1	0 a 21 anos	Orientação/Apoio Socioeducativo em Meio Aberto
1	01 a 15 anos	Orientação/Apoio Socioeducativo em Meio Aberto
2	05 a 14 anos	Orientação/Apoio Socioeducativo em Meio Aberto
2	05 a 15 anos	Orientação/Apoio Socioeducativo em Meio Aberto
1	05 a 18 anos	Orientação/Apoio Socioeducativo em Meio Aberto
1	06 a 12 anos	Orientação/Apoio Socioeducativo em Meio Aberto
1	06 a 13 anos	Orientação/Apoio Socioeducativo em Meio Aberto
8	06 a 14 anos	Orientação/Apoio Socioeducativo em Meio Aberto
6	06 a 15 anos	Orientação/Apoio Socioeducativo em Meio Aberto
3	06 a 16 anos	Orientação/Apoio Socioeducativo em Meio Aberto
1	06 a 17 anos	Orientação/Apoio Socioeducativo em Meio Aberto
1	06 a 18 anos	Orientação/Apoio Socioeducativo em Meio Aberto
1	06 a 19 anos	Orientação/Apoio Socioeducativo em Meio Aberto
1	07 a 12 anos	Orientação/Apoio Socioeducativo em Meio Aberto
5	07 a 14 anos	Orientação/Apoio Socioeducativo em Meio Aberto
2	07 a 15 anos	Orientação/Apoio Socioeducativo em Meio Aberto
1	07 a 16 anos	Orientação/Apoio Socioeducativo em Meio Aberto
1	07 a 17 anos	Orientação/Apoio Socioeducativo em Meio Aberto
4	07 a 18 anos	Orientação/Apoio Socioeducativo em Meio Aberto
1	08 a 16 anos	Orientação/Apoio Socioeducativo em Meio Aberto
1	10 a 21 anos	Orientação/Apoio Socioeducativo em Meio Aberto
1	11 a 16 anos	Orientação/Apoio Socioeducativo em Meio Aberto
1	11 a 18 anos	Orientação/Apoio Socioeducativo em Meio Aberto
1	14 a 18 anos	Orientação/Apoio Socioeducativo em Meio Aberto
4	14 a 24 anos	Orientação/Apoio Socioeducativo em Meio Aberto
1	14 a 26 anos	Orientação/Apoio Socioeducativo em Meio Aberto
1	16 a 19 anos	Orientação/Apoio Socioeducativo em Meio Aberto
3	06 a 16 anos	Proteção Social Básica Ação Socioeducativa e de Convivência
1	06 a 12 anos	Convivência e Fortalecimento de Vínculos
4	06 a 12 anos	Acolhimento Institucional
8	Não menciona a idade	Orientação/Apoio Socioeducativo em Meio Aberto

Quadro 2

Fonte: Quadro elaborado a partir das informações enviadas pelo CMDCA (via email) em abril/2015.

Elaboração: Angela Maria Sozzeki – Florianópolis, 2015.

Em contato com a Secretaria de Saúde, junto à Coordenadoria da Juventude, nos foi sugerido que procurássemos o Centro de Referência da Assistência Social - CRAS mais próximo para coletar as informações. Isso significa dizer que não existe efetivamente qualquer programa ou projeto específico da política de saúde municipal direcionada ao atendimento de adolescentes em período de puerpério.

A indicação do CRAS nos remete então para a política de assistência social, que tem como finalidade promover a atenção básica na instância dos CRAS, o que significa dizer que é o atendimento à família e suas necessidades, mas que muito raramente será atendida essa especificidade do período do puerpério.

Segundo a coordenadora da Secretaria de Educação, nos foi informado que há um projeto federal nas escolas no município denominado Programa Saúde na Escola³² - PSE (Programa que pertence ao nível de atenção básica de Saúde da Família), instituído no âmbito dos Ministérios da Educação e da Saúde pelo Decreto nº 6.286, de 5.12.2007, para consolidar a Política Nacional de Promoção da Saúde por meio de ações de promoção, prevenção e atenção à saúde das Equipes de Saúde da Família (ESF) articuladas com a educação pública.

Ao analisarmos o programa, percebemos que este tem como finalidade contribuir para a formação integral dos estudantes da rede pública da educação básica por meio de ações de prevenção, promoção e atenção à saúde. No entanto, não é direcionado ao público deste estudo, ou seja, não é específico para as adolescentes puérperas.

³² Tem como seus objetivos: I - promover a saúde e a cultura da paz, reforçando a prevenção de agravos à saúde, bem como fortalecer a relação entre as redes públicas de saúde e de educação;

II - articular as ações do Sistema Único de Saúde - SUS às ações das redes de educação básica pública, de forma a ampliar o alcance e o impacto de suas ações relativas aos estudantes e suas famílias, otimizando a utilização dos espaços, equipamentos e recursos disponíveis;

III - contribuir para a constituição de condições para a formação integral de educandos;

IV - contribuir para a construção de sistema de atenção social, com foco na promoção da cidadania e nos direitos humanos;

V - fortalecer o enfrentamento das vulnerabilidades, no campo da saúde, que possam comprometer o pleno desenvolvimento escolar;

VI - promover a comunicação entre escolas e unidades de saúde, assegurando a troca de informações sobre as condições de saúde dos estudantes e;

VII - fortalecer a participação comunitária nas políticas de educação básica e saúde, nos três níveis de governo.

Fonte: <http://portal.pmf.sc.gov.br/entidades/educa/index.php?cms=saude+na+escola&menu=11>. Acesso em: 12.6.2015.

Com os resultados obtidos, percebemos que não há oferta de serviço especializado para o público em questão, no município de Florianópolis, na perspectiva de melhores condições de fortalecimento da construção da identidade social das mães adolescentes.

Finalizando, segundo Miotto (2005), o enfoque em torno dos direitos reprodutivos está concentrado, essencialmente, no setor da saúde, como é o caso do PROSAD. Esse Programa foi criado pela Portaria do Ministério da Saúde nº 980/GM, de 21.12.1989, e fundamenta-se numa política de Promoção de Saúde, de identificação de grupos de riscos, detecção precoce dos agravos, com o tratamento adequado e reabilitação, respeitadas as diretrizes do SUS, garantidas pela Constituição Brasileira de 1988 (BRASIL, 1989).

Em suas pesquisas, a autora citada evidencia que, no Brasil, esse programa tem como objetivo garantir aos adolescentes o acesso à saúde, com ações de caráter multiprofissional, intersetorial e interinstitucional, na perspectiva de assegurar ao adolescente um atendimento adequado às suas características, respeitando as particularidades regionais e realidade local. O programa tem como áreas prioritárias de ação o crescimento e desenvolvimento, a sexualidade, a saúde mental, a saúde reprodutiva, a saúde do escolar adolescente, a prevenção de acidentes, a violência e maus-tratos, a família (MIOTTO, 2005, p. 143). Porém, identificou-se que, no caso do município de Florianópolis, o referido programa não é referência de trabalho na Secretaria Municipal de Saúde.

Esse fato reforça a indicação apresentada pela autora quanto à necessidade urgente de se terem serviços específicos com atendimento diferenciado às adolescentes, pois não existem políticas para que estas possam acessar os serviços de saúde, dificultando as orientações necessárias para o uso dos métodos contraceptivos. Isso tudo num espaço harmonioso, que possibilite uma reflexão dos temas como sexo seguro, maternidade, paternidade, autocuidado, relacionamentos afetivos, projetos de vida e questões de gênero, permeados pelo sigilo dos profissionais que ali trabalham.

Finalizando, podemos ressaltar a importância quando se trabalha com adolescentes grávidas no tocante às implicações e os desafios para compreender esse mundo repleto de subjetividade e contradições. Por isso, os profissionais que lidam com essa situação precisam ter um olhar mais apurado, detalhado e sensibilizado, para melhor aplicar os programas existentes e criar outros necessários para a resolução desse quadro, não só para o Serviço Social, mas para as demais profissões, nas suas relações de trabalho.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este Trabalho de Conclusão de Curso buscou abordar a adolescência com ênfase na gravidez nesse período de vida. Iniciamos esta proposta nos aproximando de referenciais teóricos condizentes com a temática, como forma de fundamentar essa construção. A definição do público alvo ocorreu no lócus onde foi realizado o estágio obrigatório I e II junto à maternidade do HU/UFSC.

Ao final desta construção conseguimos realizar o mapeamento da rede de apoio socioassistencial do município de Florianópolis, conforme proposta da intervenção, por meio do levantamento das instituições públicas que têm como público alvo crianças e adolescentes.

Os objetivos específicos que delimitamos no início deste trabalho, foram sempre os balizadores de nossas análises. Dessa forma pudemos identificar junto às adolescentes que a gravidez na adolescência não é reflexo de falta de informação, pois as adolescentes são conhecedoras dos métodos anticoncepcionais, e além disso, estas desejam e planejam estar grávidas, afirmação que ficou evidenciada nos relatos das adolescentes internadas no HU/UFSC e confirmadas nas pesquisas bibliográficas acerca dessa questão.

No que se refere a identificar quais são as principais demandas e necessidades apresentadas pelas adolescentes (em situação de vulnerabilidade social) que são atendidas na maternidade do HU/UFSC, a maior queixa era o não acesso às atividades escolares em domicílio, tendo seu direito negado. Muitas delas acabam perdendo o ano letivo, interrompendo seus estudos durante a gestação ou após o nascimento da criança. Ficou evidenciada a necessidade de uma política de incentivo à permanência na escola, pois a falta dessa política pode ocasionar uma inserção precária dessas jovens no mercado de trabalho (MIOTO, 2005, p. 143).

No tocante à discussão sobre sexualidade e reprodução na juventude, esta não pode ocorrer isolada do contexto sociocultural, pois é modeladora de relações sociais nas quais os jovens estão inseridos. Sem considerar as relações intergeracionais que, na família, adquirem expressão particular, bem como as relações com os pares, nas quais a iniciação afetivo-sexual ocorre, as análises tendem a revelar apenas aspectos parciais. Compreender a dinâmica que rege a construção social de adolescentes e jovens é uma via fundamental para se discutir as trajetórias sexuais e reprodutivas juvenis em diferentes segmentos sociais. O lugar que a sexualidade ocupa no processo de autonomização juvenil, ainda hoje muito marcado pela

hierarquia de gênero, torna-se a chave para uma leitura mais acurada do fenômeno da gravidez na adolescência.

Decorre daí a complexidade da proposta de uma política de prevenção à gravidez na adolescência, tendo em vista que ela não pode estar apenas ancorada na transmissão de informações relativas à contracepção e proteção às DSTs/AIDS. Ela deve incorporar a lógica que orienta a experimentação sexual com o parceiro como via principal para a construção gradativa da autonomia pessoal, mesmo em contextos de dependência parental.

A grave situação de desigualdade social que assola nosso país, juntamente com a escassez de informações por parte da população a respeito dos seus direitos, imprime ao trabalho do profissional de Serviço Social necessidade constante de respostas que auxiliem na promoção de acesso a esses direitos, com intuito de fortalecer a rede que cerca o usuário.

Levando em consideração as diretrizes que pautam o Plano de Atuação do Serviço Social na Maternidade do HU, entende-se que a preservação da saúde está relacionada à luta da população por melhores condições de vida, incluindo moradia, trabalho, lazer, transporte etc. Nesse sentido, a saúde deixa de ser uma responsabilidade do indivíduo e passa a ser também da coletividade, ou seja, sai do campo apenas biológico para considerar a totalidade das questões sociais. Assim sendo, o nascimento - aí incluído o processo de gestação - não se trata apenas de um evento biológico, mas se constitui também de aspectos psicológicos, sociais e culturais.

Nessa perspectiva, o Trabalho de Conclusão de Curso se deu no campo das políticas públicas, no qual visamos identificar as instituições que poderiam oportunizar e fortalecer a adolescente mãe/mulher na qualidade de detentora de direitos, contribuindo e instrumentalizando o trabalho das assistentes sociais do HU/UFSC, privilegiando sempre a ética profissional que permeia o trabalho.

Nesse tocante, é importante salientar que há a preocupação de incluir a gestante ou a puérpera nos atendimentos/acolhimentos, pois o diálogo e a escuta qualificada fizeram toda a diferença para a elaboração deste estudo, considerando que após esse atendimento/acolhimento da assistente social, muitas vezes, as pacientes ganhavam a alta muito mais cientes de seus direitos sociais. No que concerne ao atendimento às pacientes grávidas ou puérperas, trabalho ofertado maternidade do HU/UFSC, verificou-se que é solicitado a esses profissionais que acompanhem determinadas situações decorrentes do internamento de mulheres grávidas ou puérperas, envolvendo muitas vezes a equipe multidisciplinar, ou seja, a psicologia, a medicina, a fonoaudiologia, nutrição e a responsável

pela Central de Incentivo ao Aleitamento Materno (CIAM). Afinal como afirmam Mioto e Nogueira (2009), as ações socioeducativas consistem em um movimento de reflexão entre profissionais e usuários que, por meio da informação e do diálogo, buscam alternativas e resolutividade para as demandas e necessidades dos usuários.

Finalmente, ao que concerne às informações sobre as políticas de atenção às famílias com foco nas adolescentes gestantes, o resultado da investigação demonstrou que não há programas voltados a essa população no município de Florianópolis, no sentido de oferecer assistência pré-natal e puerpério, de forma diferenciada para essa faixa etária. Tal situação denuncia diversas omissões, dentre elas principalmente a estatal, uma vez que o adolescente deve ser assistido nas necessidades globais de saúde, por meio da implementação de ações prioritárias, enfocando a assistência integral, tendo em vista os fatores ambientais, econômicos e sociais, visando sempre o seu bem-estar de acordo com as determinações do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA, 1990).

Concluindo, é importante afirmar que trabalhar com adolescentes grávidas implica em desafios para compreender esse mundo repleto de subjetividade e contradições. Por isso, os profissionais que lidam com esta problemática precisam de um olhar mais apurado, detalhado e sensibilizado, para melhor aplicar os programas existentes e criar outros necessários para a resolução deste quadro que se amplia a cada dia.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRAMOVAY. M, Castro MG, Silva LB. Juventude e Sexualidade. Brasília: Unesco Brasil; 2004. p. 29-32.

ALMEIDA, Ana Maria de *et al.* Maternidade na adolescência: um desafio a ser enfrentado. Revista Brasileira de Enfermagem. vol.56, nº5 Brasília set/out. 2003. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672003000500010>>. 03 mai 2015

ALMEIDA, S. A relevância da educação sexual na adolescência. Disponível em: <<http://www.webartigos.com>>. Acesso em: 16 mai. 2015.

ALMEIDA, J. M. R. Adolescência e Maternidade. 2 ed. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2003.

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

BAIGORRIA, Judizeli; BARCELOS, Mariana Silveira. Sistematização dos processos de Trabalho do Assistente Social na Maternidade do Hospital Universitário. Florianópolis: UFSC, 2012. P. 01-54.

BERETA, Maria Isabel Ruiz *et al.* A contextualização da gravidez na adolescência em uma maternidade de São Carlos/SP. Revista eletrônica de Enfermagem (internet). 2011 jan/mar; 13 (1): 90-98. Disponível em: https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v13/n1/pdf/v13n1a10.pdf. Acesso em: 01 out 2015

BERETTA, Maria Isabel Ruiz *et al.* A contextualização da gravidez na adolescência em uma maternidade de São Carlos/SP. Revista Eletrônica de Enfermagem, [S.l.], v. 13, n. 1, p. 90-8, mar. 2011. ISSN 1518-1944. Disponível em: <<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/8128/9164>>. Acesso em: 21 abr. 2015.

BERETTA, Maria Isabel Ruiz; DENARI, Fátima Elisabeth; PEDRAZZANI, João Carlos. Estudo sobre a incidência de partos na adolescência em um município do Estado de São Paulo. Rev. Latino-Am. Enfermagem [online]. 1995, vol.3, n.2, pp. 181-191. ISSN 1518-8345. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-1169199500020001>. Acesso em: 12 out 2015

BERNARDO. Fabiula R. Gravidez na Adolescência: um estudo sobre as jovens mães atendidas no Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago. Trabalho de Conclusão de Curso, UFSC, 2012.

BRASIL, Lei nº 8.662, de 07/06/93. Regulamentação da profissão. Dispõe sobre a profissão de Assistente Social e dá outras providências.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde. Ministério da Saúde,

Secretaria de Atenção em Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Área Técnica de Saúde do Adolescente e do Jovem. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRANDÃO, Elaine Reis; HEILBORN, Maria Luiza. Sexualidade e gravidez na adolescência entre jovens de camadas médias do Rio de Janeiro, Brasil. Cad. Saúde Pública [online]. 2006, vol.22, n.7, pp. 1421-1430. ISSN 1678-4464. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2006000700007>. 04 mai 2015

BRASIL. Decreto nº 678, de 6 de novembro de 1992. Promulga a Convenção Americana sobre Direitos Humanos (Pacto de São José da Costa Rica), de 22 de novembro de 1969. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/D0678.htm>. Acesso em: 26 nov. 2014.

BRASIL. Presidência da República. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Decreto nº 58.820, de 14 de julho de 1966. Promulga a Convenção nº 103 sobre proteção à maternidade. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1950-1969/D58820.htm>. Acesso em: 18 nov. 2014.

BRASIL. Lei nº 4.513, de 1 de dezembro de 1964. Disponível em: <<http://www.promenino.org.br/Ferramentas/Conteudo/tabid/77/ConteudoId/f3e5b258-2acc-48f2-82cb-8f5d85886f06/Default.aspx>>. Acesso em: 26 nov. 2014.

BRASIL. Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990. Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília: Câmara dos Deputados, Coordenação de Publicações, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação da Saúde da Criança e do Adolescente. Programa Saúde do Adolescente. Bases Programáticas. 2ª Edição. Brasília; Ministério da Saúde, 1996. p. 32 1. Adolescente. I. Brasil – Ministério da Saúde. Acesso em: 4 out. 2015.

BRASIL. Secretaria de Educação Fundamental. Parâmetros curriculares nacionais: terceiro e quarto ciclos do ensino fundamental: introdução aos parâmetros curriculares nacionais / Secretaria de Educação Fundamental. Brasília: MEC/SEF, 174 f., 1998. BRAVO, M, I, S. Serviço social e reforma sanitária: lutas sociais e práticas profissionais. São Paulo: Cortez, 1996.

BURLIN, Andreia. A produção de conhecimentos no Serviço Social: uma análise do HU/UFSC. Trabalho de Conclusão de Curso. 2006. Disponível <http://tcc.bu.ufsc.br/Ssocial303217.pdf>. Acesso em: 03 abr 2015

CHUPEL. C.P. Acolhimento e Serviço Social: um estudo em hospitais estaduais da Grande Florianópolis. Florianópolis UFSC, 2008.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). Atribuições Privativas do/a Assistente Social em Questão. 1ª edição ampliada. 2012.

Constituição da República Federativa do Brasil: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988. Brasília: Senado Federal, Subsecretaria de Edições Técnicas, 2008.

CRESS. Atuação do Serviço Social no Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina. In: Caderno de Texto nº 07. CRESS 12ª região, 2005.
BRASIL, Estatuto da Criança e do Adolescente (1990).

Estatuto da Criança e do Adolescente: disposições constitucionais pertinentes: Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. 6. ed. Brasília: Senado Federal, Subsecretária de Edições Técnicas, 2006.

DIAS, Ana Cristina Garcia; TEIXEIRA, Marco Antônio Pereira. Gravidez na adolescência: um olhar sobre um fenômeno complexo. Paidéia (Ribeirão Preto)[online]. 2010, vol.20, n.45, pp. 123-131. ISSN 0103-863X. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-863X2010000100015>. 04 mai 2015

ELESBÃO, Juliana Cardozo. A Violação de Direitos de crianças e adolescentes e a Política de Assistência Social em Florianópolis: um estudo sobre a demanda reprimida. TCC apresentado no Curso de Serviço Social. UFSC, 2014.1.

FANELLI, Cláudia Márcia Trindade. A Gravidez na Adolescência como um dos desafios para as Políticas de Educação e Saúde. Rio de Janeiro: UERJ/Faculdade de Serviço Social, 2003 – Universidade Estadual do Rio de Janeiro – Faculdade de Serviço Social. Tese de mestrado.

FERREIRA, Kátia Maria Maia. Violência doméstica/intrafamiliar contra crianças e adolescentes: nossa realidade. In: SILVA, Lygia Maria Pereira da. Violência doméstica contra a criança e o adolescente. Recife: EDUPE, 2002.

GONÇALVES, Helen e KNAUTH, Daniela Riva. Aproveitar a vida, juventude e gravidez. Revista de Antropologia. Universidade Federal de Pelotas – UFPel e Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS, respectivamente. Rev. Antropol. vol. 49 n. 2. São Paulo July/Dec. 2006 – disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-77012006000200004>. Acesso em: 03 mai 2015

GONZAGA, Andresa Dalila. Gravidez na Adolescência: Reflexo da Falta de Orientação? Um debate acerca das informações prestadas. Trabalho de conclusão de curso. Florianópolis – SC, 2011.

GUERRA, Yolanda. A instrumentalidade do Serviço Social. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2005.

HEILBORN, Maria Luiza; SALEM, Tania; ROHDEN, Fabíola; BRANDÃO, Elaine; KNAUTH, Daniela; VÍCTORA, Ceres; AQUINO, Estela; MCCALLUM, Cecília; BOZON, Michel. Aproximações socioantropológicas sobre a gravidez na adolescência. Cidade: Horizontes Antropológicos, 2002, vol.8, n. 17, ISSN 0104-7183.

HEILBORN, M. L. *et al.* O aprendizado da sexualidade: reprodução e trajetórias sociais de jovens brasileiros. Rio de Janeiro: Garamond/Fiocruz, 2006.

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO. Histórico. Disponível em:< <http://www.hu.ufsc.br> > Acesso em: 20 ago. 2011 e 28 ago. 2011.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. Os espaços sócio-ocupacionais do assistente social. CFESS; ABEPSS. Serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais. Brasília CFESS/ABEPSS, 2009. p.341-375.

_____. Marilda Vilela. O Serviço Social na Contemporaneidade: trabalho e formação profissional. 7. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

_____. As dimensões ético-políticas e teórico-metodológicas no Serviço Social contemporâneo. 2004. em: <http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/texto2-2.pdf>. Acesso em: 15 mai. 2015.

_____. O serviço Social na Contemporaneidade: trabalho e formação profissional. 24. ed: São Paulo: Cortez, 2013.

LIMA, Fernanda da Silva; VERONESE, Josiane Rose Petry. Os direitos da criança e do adolescente: a necessária efetivação dos direitos fundamentais. Disponível em <http://funjab.ufsc.br/wp/wp-content/uploads/2012/09/VD-Direito-da-Crianca-18-09-2012.pdf>. Acesso em: 27 abr 2015

LIMA, I. O. As Mães Adolescentes de Comunidades Populares: um estudo de casos. Orientadora: Leila Sanches de Almeida. Rio de Janeiro: UFRJ/ CFCH/ IP/ EICOS, 2006. Dissertação (Mestrado em Psicossociologia de Comunidades e Ecologia Social).

MARCO LEGAL. Saúde, um Direito de Adolescentes – Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília – DF, 2005.

MENEGASSO, Maria Esther. Organizações e Serviço Social. Florianópolis: Revista Katalysis. 2001.

Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica de Saúde da Mulher. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher/Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica da Mulher. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

MIOTO, Regina e LIMA, Telma Cristiane Sasso de. A dimensão técnico-operativa do Serviço Social em foco: Sistematização de um processo investigativo. Revista Textos & Contextos: Porto Alegre v. 8. N. 1 pag 22-48 – jan-jun 2009.

MIOTO, Regina Célia Tamasso. Trabalho com famílias: um desafio para os assistentes sociais. Textos & Contextos, n. 3, p. 1-14, dez. 2004. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/>>. Acesso em: 13 jun. 2015.

MIOTO, Regina Célia Tamasso; NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro. Serviço Social e Saúde-Desafios Intelectuais e Operativos. In: Ser Social, Brasília, v. 11- 2009.

MIOTO, Regina; NOGUEIRA, Vera. Sistematização, Planejamento e Avaliação das Ações dos Assistentes Sociais no campo da Saúde. In: Serviço Social e Saúde: Formação Profissional e Trabalho Profissional. MOTA, Ana Elizabete *et al.* (org.). São Paulo, Cortez, 2006.

MIOTO, Regina Célia Tamasso; Lima, Telma Cristiane Sasso de. A dimensão técnico-operativa do Serviço Social em foco: sistematização de um processo investigativo. Revista Textos & Contextos Porto Alegre v. 8 n.1 p. 22-48. jan./jun. 2009.

MIOTO, Regina Célia Tamasso. A maternidade na adolescência e a (des) proteção social. Revista Serviço Social e Sociedade, nº 83, ano XXVI, especial 2005, pg 128–146

MORAES, Ana Cláudia de. A atuação do Serviço Social no Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina. 2. ed. n. 7. Florianópolis: EMYO: CRESS 12ª região, 2007.

MONTAÑO, Carlos. Pobreza, “questão social” e seu enfrentamento. Serv. Soc. Soc., São Paulo, n. 110, p. 270-287, abr./jun. 2012 (<http://www.scielo.br/pdf/ssoc/n110/a04n110.pdf>). Acesso em 29 mai. 2015.

MOREIRA. TMM, Viana DS, Queiroz MVO, Jorge MSB. Conflitos vivenciados pelas adolescentes com a descoberta da gravidez. Rev Esc Enfermagem – USP 2008; 42(2):312-20. www.ee.usp.br/reeusp. Acesso em 4 out. 2015.

OSÓRIO, L.C. O que é adolescência, afinal? In: Adolescente Hoje. 2. ed. Porto Alegre. Artes médicas. 1992.

RIBEIRO, Lúcia. Como pensar os movimentos de saúde. In: Serviço Social e Sociedade nº. 29, Editora Cortez, São Paulo 1989. SARMENTO, H. B. M. Rediscutindo os instrumentos e as técnicas em Serviço Social. In: Textos de Teoria e prática de Serviço Social: estágio profissional em Serviço Social na UFPA. Belém/ PA: UFPA, 2005.

SANTOS FILHO, Serafim Barbosa; BARROS, Maria Elizabeth Barros de and GOMES, Rafael da Silveira. A Política Nacional de Humanização como política que se faz no processo de trabalho em saúde. Interface (Botucatu) [online]. 2009, vol.13, suppl.1, pp. 603-613. ISSN 1807-5762. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832009000500012>. Acesso em: 01 jun 2015

SARMENTO, Hélder Boska de Moraes. Instrumental Técnico e o Serviço Social. In: Simpósio de Juiz de Fora – MG. p. 1-17, 2009.

SARMENTO, Hélder Boska de Moraes. Textos de teoria e prática de Serviço Social: repensando instrumentais em Serviço Social. Silvia da Costa Stockinger (Org.). Belém: Amazônia/UFPA, 2005.

SARMENTO. Hélder Boska de Moraes. Instrumentos e técnicas em Serviço Social: elementos para uma rediscussão. 1994 - Dissertação (Mestrado). Universidade Católica de São Paulo. Programa de Estudos Pós-Graduados em Serviço Social.

SOUSA, Charles de Toniolo. A prática do assistente social: conhecimento instrumentalidade e intervenção profissional. In: Emancipação, Ponta Grossa, 8(1): 119-132, 2008. Disponível em <http://www.uepg.br/emancipacao>. Acesso em: 29 maio 2015.

TRINDADE, Rosa Lucia Predes. Ações profissionais, procedimentos e instrumentos no trabalho dos Assistentes Sociais nas políticas sociais. In: SANTOS, Claudia Monica dos; Backx, Sheila; Juiz de Fora: Editora UFJF, 2012.

VERONESE, Josiane Rose Petry; OLIVEIRA, Luciene de Cassia Policarpo. Educação *versus* Punição. Blumenau, 2008.

_____; SANCHES, Helen Crystine Corrêa. Dos filhos de criação à filiação socioafetiva. Rio de Janeiro: Lume Juris Editora, 2012.

SITES

http://www.redeblh.fiocruz.br/media/cd08_20.pdf - acessado dia 09/06/15

<http://guiadobebe.uol.com.br/acompanhamento-pre-natal-no-sus/>

http://www.tele.medicina.ufg.br/files/palestras-material/Manual_do_Adolescente.pdf

http://www.rbhcs.com/index_arquivos/Artigo.Osignificadodamaternidade.pdf

<http://www2.unifap.br/ppcs/files/2013/07/clodoaldo.pdf>

http://www.tele.medicina.ufg.br/files/palestras-material/Manual_do_Adolescente.pdf

<http://www.ibge.gov.br/home> - acessado dia 09.06.15

<http://www.bdae.org.br/dspace/bitstream/123456789/1820/1/tese.pdf> - acessado dia 18.06.15

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002009000600009

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-73722010000100009&script=sci_arttext

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-71832002000100002 (artigo)

http://www.hu.ufsc.br/portal_novo/ - acessado dia 04/04/2015

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm - acessado dia 04/04/2015

http://portal.reitoria.ufsc.br/files/2014/01/Regimento_Reitoria.pdf - acessado dia 11/04/15

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_base.pdf - acessado dia 11/04/15

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/metodo_canguru_manual_tecnico_2ed.pdf

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf - acessado dia 04/05/15

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000500012 - acessado dia 04/05/15

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf> - acessado dia 05/05/15

<http://pnass.datasus.gov.br/documentos/normas/40.pdf> - acessado dia 05/05/15

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002009000600009

https://pt.wikipedia.org/wiki/Wikip%C3%A9dia:P%C3%A1gina_principal – acesso em 22/06/15

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18069.htm - acessado dia 25.11.14

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd03_05.pdf - Prosad

www.hu.ufsc.br – acessado dia 25.05.15

<http://dpgi.proplan.ufsc.br> - Relatório de Gestão 2013

<http://www.amigosdohu.org.br/> acessado dia 25.05.15

http://www.hu.ufsc.br/portal_novo/ - acessado dia 25.05.15

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm - acessado dia 22.05.15

http://www.hu.ufsc.br/documentos/regimento_interno_hu.pdf - acessado dia 22.05.15

<http://portal.pmf.sc.gov.br/entidades/educa/index.php?cms=saude+na+escola&menu=11>-
acessado dia 02.06.15

<http://www.portaleducacao.com.br/enfermagem/artigos/37399/o-que-e#ixzz3fp27JvYc> –
acessado dia 13.07.15