

# GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA

Série  
Instrumentos  
para a Ação

6

**INSTITUTO DE PLANEJAMENTO ECONÔMICO E SOCIAL – IPEA**  
*Instituto de Planejamento – IPLAN*

**FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA – UNICEF**

**FUNDAÇÃO CARLOS CHAGAS**

# GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA

Carmen Barroso  
Maria Malta Campos  
Maria Lygia Quartim de Moraes  
Albertina de Oliveira Costa  
Cristina Bruschini  
Regina Pahim Pinto  
Célia Marinho de Azevedo  
Nilva Pereira Ferreira  
Ana Cláudia Marques

Brasília, dezembro de 1986

**IPLAN/IPEA**

Ed. BNDES, 15.º andar

70.076 – Brasília, DF – Tel.: 223-7533

**UNICEF**

Ed. Seguradoras, 13.º andar

70.072 – Brasília, DF – Tels.: 224-7145 e 224-7195

**FUNDAÇÃO CARLOS CHAGAS**

Av. Prof. Francisco Morato, 1565

11.478 – São Paulo, SP – Tel.: 211-4511

Os trabalhos apresentados nesse volume são da inteira responsabilidade de seus respectivos autores. Suas opiniões não exprimem, necessariamente, o ponto de vista das instituições a que pertencem ou que financiam a presente publicação.

# ÍNDICE

|   |     |
|---|-----|
| <b>APRESENTAÇÃO</b> – Carmen Barroso . . . . .  | 5   |
| <b>INTRODUÇÃO</b> – Maria Malta Campos e Maria Lygia Quartim de Moraes  | 11  |
| 1. O ADOLESCENTE PERANTE AS LEIS – Albertina de Oliveira Costa  | 17  |
| 2. EDUCAÇÃO SEXUAL E PREVENÇÃO DA GRAVIDEZ – Cristina Bruschini e Carmen Barroso . . . . .  | 29  |
| 3. A GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA NA PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE – Regina Pahim Pinto e Célia Marinho de Azevedo . . . . . | 55  |
| 4. UMA GRAVIDEZ DE ALTO RISCO? UM BALANÇO – Nilva Pereira Ferreira . . . . .  | 83  |
| 5. INSTITUCIONALIZANDO O DESAMPARO – Célia M. Marinho de Azevedo, Maria Malta Campos e Ana Cláudia Marques . . . . .              | 95  |
| <b>COMENTÁRIOS FINAIS</b> – Maria Malta Campos e Maria Lygia Quartim de Moraes . . . . .  | 117 |
| <b>RELAÇÃO DE GRUPOS, SERVIÇOS E ENTIDADES CONTACTADAS</b>  | 123 |
| <b>BIBLIOGRAFIA</b> . . . . .   | 127 |



# **APRESENTAÇÃO**

**Carmen Barroso**





No Brasil, quase 700 mil mulheres de menos de 19 anos já eram mães, de acordo com o Censo de 1980, representando um aumento de 63% em relação a 1970. Esse crescimento, no período, foi bem maior que o da população dessa mesma faixa etária.

Há um aspecto novo que se expressa nesse número: as mães adolescentes solteiras na zona urbana mais que triplicaram naquela década.

É bem verdade que, no conjunto das mães adolescentes de áreas urbanas, a proporção de solteiras (17,6%) ainda é relativamente pequena, se comparada com outros países, como os Estados Unidos por exemplo. Porém, uma taxa de crescimento tão elevada, bem como as precárias condições oferecidas pela sociedade brasileira para o exercício da maternidade nessas condições, justificam uma análise mais aprofundada de uma tendência que até agora tem recebido pouca atenção.

Constatada a ausência de políticas públicas voltadas especificamente para a gestação nessa faixa etária, além da falta de clareza e omissões contidas na legislação vigente, procurou-se explorar a questão através de um levantamento realizado junto a instituições que mantêm algum tipo de atendimento para mães de até 19 anos de idade. Na falta de um suporte legal, certos órgãos acabam por fornecer algum tipo de assistência na área, ainda que em caráter complementar ou residual frente às suas atribuições e competências principais.

As instituições pesquisadas atuam em quatro setores: jurídico, educacional, de saúde e promoção social. Como cada um desses setores apresenta características bastante diversas, a natureza do material recolhido é heterogênea, configurando formas de abordagem e análise diferentes.

A apresentação de cada setor em separado reflete a própria realidade observada, onde os especialistas agem de forma compartimentada, por vezes desconhecendo o que é realizado nos outros setores. Inexiste qualquer circulação de informações, de forma que médicos e assistentes sociais desconhecem a legislação, profissionais de promoção social não se inteiram do trabalho no setor saúde, e assim por diante.

O próprio objeto desta publicação - a adolescente grávida ou mãe, bem como o pai adolescente - inexistente enquanto preocupação específica na maior parte das áreas, com exceção da saúde, onde a questão da gravidez na adolescência já configura campo de estudo próprio, com atuação definida em várias instituições. O nível de formalização acompanha essa evolução: a área de saúde é a única que conta com bibliografia nacional sobre o tema, com pesquisas realizadas ou em andamento, sendo possível observar uma preocupação crescente com a adolescência, enquanto objeto de estudo e atuação, bem como com a incidência de gravidez nessa faixa etária.

Nas demais áreas, quando existe algum tipo de atendimento, ele se dilui em grupos mais heterogêneos e amplos. Por esta razão, os relatos muitas vezes dizem respeito a contingentes mais amplos da população, mencionando superficialmente o tema de interesse do presente estudo.

A própria terminologia empregada pelos diversos especialistas reflete essa dificuldade. Apenas os profissionais de saúde utilizam normalmente o termo adolescente. Nas áreas jurídica e de promoção social - incluindo a Igreja Católica, utiliza-se o termo "menor", o que revela concepção ligada à imagem de jovem delinqüente, pobre, e sem laços familiares. Na educação formal trabalha-se com a categoria de alunos de determinado nível de ensino, o que pressupõe faixa etária determinada, embora as estatísticas revelem a discrepância existente entre a idade dos alunos e a série que frequentam.

Os dados referem-se sobretudo a adolescentes de sexo feminino. Seus parceiros, os prováveis pais adolescentes, tornam-se personagens quase invisíveis. O evento que traz a adolescente até os serviços de atendimento é a gravidez. Assim, tanto aquelas que interrompem a gravidez, como os pais menores de 19 anos, acabam por ficar fora do alcance desta pesquisa.

Finalmente, seria preciso acrescentar que a forma de abordagem utilizada baseou-se no discurso sobre os adolescentes, na medida em que foram entrevistados especialistas e profissionais atuantes nas várias áreas. Dessa forma, não houve espaço, nesta fase, para ouvir o próprio adolescente. O objetivo do trabalho foi realizar uma exploração preliminar do tema, que possibilite o planejamento de uma etapa posterior, onde será possível dar voz às mães e pais adolescentes, nas diferentes condições de vida em que se encontram.

Em todas as suas etapas, este foi um trabalho de equipe. Embora a redação de cada capítulo tenha ficado sob a responsabilidade de uma ou duas participantes, todas colaboraram intensamente no projeto global, desde o planejamento até a revisão. Além das autoras, Rosa Maria Ribeiro da Silva, da FIBGE, forneceu sugestões valiosas. Carmen Barroso coordenou a pesquisa, Regina Pahim Pinto, Célia Maria Marinho de Azevedo, Ana Cláudia Marques, Albertina de Oliveira Costa e Critina Bruschini, realizaram entrevistas nas diversas áreas. A pesquisa em Salvador e Recife foi feita por Maria Lygia Quartim de Moraes.



# INTRODUÇÃO

**Maria Malta Campos**  
**Maria Lydia Quartim de Moraes**



O tema da adolescência e, dentro dele, a maternidade e a paternidade, constituem, evidentemente, um objeto de estudo que precisa ser situado histórica e socialmente. Na medida em que se recorta a questão através da categoria "idade" e se qualifica a reprodução nessa faixa como problemática, torna-se necessário justificar porque e de que forma a questão constitui-se em problema de pesquisa.

Antes de mais nada, é conveniente assinalar a própria fluidez de adolescência enquanto categoria classificatória. De fato, enquanto nos EUA a expressão "teenager" engloba jovens de 13 a 19 anos, o termo adolescência é mais complexo e indeterminado. A Organização Mundial da Saúde — OMS, definiu esse conceito com base nos seguintes aspectos: a) aparecimento inicial das características sexuais secundárias para a maturidade sexual; b) processos psicológicos e padrões de identificação que evoluem da fase infantil para a adulta; e c) transição de um estado de dependência para outro de relativa independência.

Em outras palavras, critérios fisiológicos, psíquicos e sociais, vale dizer, critérios cujo sentido varia segundo diferentes culturas e momentos históricos. Além disso, a questão da cronologia é sobredeterminada pelo lugar que cada jovem ocupa na sociedade.

Ao longo da História, as mulheres têm tido filhos cedo ou tarde, ciclicamente, cada sociedade adotando mecanismos próprios de controle, mas sempre sendo possível detectar regimes de sexualidade/reprodução coerentes com o modo de organização das atividades produtivas, com a definição de papéis sociais e com os valores e atitudes culturalmente aceitos.

Nas sociedades tribais brasileiras, por exemplo, constitui aberração uma mulher de 40 anos com filhos pequenos, fato normal nas chamadas sociedades civilizadas. Um estudo da população de 12 a 19 anos, em uma sociedade tribal do Alto Xingu, provavelmente terá muito pouco em comum com outro realizado nas periferias de Salvador ou entre a burguesia paulista, com jovens da mesma idade. Não se conhece prostituição entre os índios, e o "uluri" — espécie de cin

to de palha que as meninas púberes usam - é peça na qual nenhum homem encosta a mão, transferindo à mulher "a opção e a regularidade das relações sexuais" (Villas-Boas e Bisilliat, 1979, p. 20).

De forma geral, pode-se afirmar que a adolescência é um tema relativamente recente, que surge em meio às mudanças culturais enfrentadas pelos países ocidentais, principalmente após a 1ª Guerra Mundial, quando a idéia de juventude como depositária de valores novos começou a se contrapor à imagem de uma sociedade velha e esquelerosada (Ariès, 1962).

Parte integrante do imaginário contemporâneo, o tema da adolescência certamente não constava no Brasil do século passado, quando praticamente inexistia o tempo de passagem entre a vida de criança e a vida adulta. Gilberto Freyre notou, em Casa Grande e Senzala, que meninas de elite entre 12 e 14 anos já eram consideradas plenamente aptas para o casamento. Por isso, seus pais eram assaltados de grandes temores caso não conseguissem firmar um matrimônio para suas filhas na época - doravante, seriam consideradas velhas demais para casar e procriar\*.

A observação quanto à ausência de reconhecimento social de um tempo entre infância e vida adulta talvez pudesse aplicar-se às populações rurais do Brasil atual, onde a integração da criança no cultivo familiar de subsistência tem início muito cedo, atribuindo-se-lhes responsabilidade praticamente igual a de um adulto (Heredia, 1979).

Contudo, o atual modo urbano de ser permite esse reconhecimento, na medida em que nas camadas de médio e alto nível de renda instituiu-se o costume de se destinar os filhos ao estudo até pelo menos 18 ou 20 anos, o que acarreta grande dependência econômica desses em relação aos pais. E mesmo nas camadas de renda mais baixa, muitas vezes ocorrem obstáculos à autonomia dos jovens, pela falta de oportunidades de emprego e pela baixa remuneração das ocupações disponíveis.

---

\* Gilberto Freyre (1980, p. 347) reproduz a seguinte quadrinha popular:

"Meu São João, casai-me cedo,  
Enquanto sou rapariga  
Que o milho rachado tarde  
Não dá palha nem espiga".



Não é difícil prever, em uma sociedade na qual os encargos com as crianças recaem principalmente sobre os ombros dos pais, as dificuldades impostas pela condição econômica dos pais muito jovens. A estas acrescem-se os prejuízos pela interrupção da escolaridade e formação profissional, no caso dos adolescentes que ainda estudam.

É evidente que essas dificuldades se colocam de forma diversa para adolescentes de diferentes camadas de renda. A heterogeneidade social e econômica entre os vários segmentos da população brasileira reflete-se em condições extremamente polarizadas para o confronto com uma gravidez. Existe uma grande distância entre a forma como esse evento é vivido por adolescentes cercados de conforto material, dependentes das finanças paternas, e a grande massa para a qual a sobrevivência é batalha cotidiana, no sentido de não ter onde dormir e o que comer, como os jovens atendidos pela Pastoral do Menor num bairro paulistano pobre.

Dentro dessas circunstâncias, que apontam para contextos marcados por profundas diferenças econômicas, e por valores que se modificam segundo lógicas e velocidades diversas, é que se deve abordar, no país, a questão do aumento da incidência de gravidez e parto entre jovens menores de 19 anos.

Como se verá, a maternidade na adolescência, especialmente para a massa mais empobrecida e explorada, acaba sendo atendida — na melhor das hipóteses — por serviços de caráter emergencial, que apenas garantem a sobrevivência física de mãe e filho numa situação crítica. Os serviços de saúde, que parecem ser os mais bem aparelhados e atentos à questão, são impotentes quando procuram atuar de maneira mais abrangente, em prazo menor.

Prevista para levantar subsídios e indicações para o planejamento de um estudo mais aprofundado, esta pesquisa indica a forma e os condicionantes que tornam a gravidez na adolescência um "problema", entre nós\*.

---

\* Restaria discutir mais detidamente o problema de se projetar para a faixa etária de até 19 anos o atributo adolescente, com todas as implicações que isto traz para a reprodução, pois no interior desta faixa podem-se distinguir características de maturidade bem diversas. No caso das idades que se aproximam dos 20 anos, seria preciso considerar ainda a questão do estado conjugal do jovem. Estas questões deverão ser tratadas na continuidade deste trabalho.



# **1. O ADOLESCENTE PERANTE AS LEIS**

Albertina de Oliveira Costa



A legislação brasileira não contempla especificamente o período de vida usualmente denominado adolescência. Esse período, que se encerra aos 19 anos segundo critério sugerido pela OMS, está en- globado dentro dos limites legais fixados para a menoridade.

O conceito de menoridade implica a noção de "incompletude" e a idéia de "inferioridade" (Grunspun, 1985). Ser menor correspon- de a uma fase de desenvolvimento e pressupõe um processo de matura- ção para o qual se prevê um término. Historicamente, procedimentos formais, cerimônias, ritos e dispositivos legais têm fixado o momen- to da passagem entre a criança e o adulto.

Menor é aquele a quem a sociedade não reconhece capacidade e competência para participar plenamente do jogo das relações so- ciais. Não é um ator com autonomia: suas ações e desempenho necessi- tam tutela. O quadro jurídico expressa formalmente essa ótica so- cial.

Juridicamente é menor "aquela pessoa que não atingiu de- terminada faixa etária estabelecida pela lei, para poder exercer li- vrementemente certos atos e atividades" (Zeckcer & Mattius, 1985).

Na sociedade brasileira, em razão da coexistência de cõdi- gos resultantes de momentos e conjunturas diversificados, um emara- nhado de preceitos legais estabelece olivagens em idades diversas, proibindo ou permitindo atividades, e atribuindo responsabilidades a partir de patamares etários muito variados.

## 1. Maioridade

Embora a maioridade absoluta seja atingida no Direito Bra- sileiro aos 21 anos — Código Civil Art. 5º "Aos vinte e um anos com- pletos acaba a menoridade, ficando habilitado o indivíduo para todos os atos da vida civil" — pela coexistência de diferentes níveis de responsabilidade para faixas etárias distintas, estabelecidos pelos vários códigos, prevalece a noção de que é menor aquele que não atin- giu 18 anos. Várias publicações, inclusive originadas em órgãos go-

vernamentais, vêm corroborar essa noção de senso comum.

Dezoito anos é uma idade importante nos ordenamentos jurídicos, que abre para os jovens uma extensa gama de responsabilidades e possibilidades de participação, a da maioridade relativa. No entanto, a referência ao preceito legal que estabelece a maioridade é uma alusão ao Código Penal, que fixa em 18 anos a idade a partir da qual todo indivíduo é passível de pena. A conotação de jovem delinqüente ou marginal, atribuída à noção de "menor", permite conceder ao problema, consciente ou inconscientemente, a ótica da punição.

De acordo com o Código Civil em vigor, a menoridade vai até os 21 anos. "Completados, portanto, os 21 anos, a pessoa torna-se maior, adquire capacidade de fato, isto é, torna-se apta a exercer pessoalmente todos os seus direitos e assumir obrigações, sem mais necessidade de ser assistida por seu pai, por sua mãe ou por seu tutor" (Levenhagen, 1984).

Os menores de até 21 anos enquadram-se segundo esse código em dois grandes grupos: 1) os menores de 16 anos e, 2) os de mais de 16 e menos de 21.

Os menores de 16 anos são considerados absolutamente incapazes (art. 5º), assim como os loucos de todo o gênero, os surdos-mudos que não podem exprimir sua vontade, e os ausentes, declarados tais pelo juiz.

É interessante notar que os menores absolutamente incapazes, ou seja, os de até 16 anos, são denominados no jargão jurídico de menores "impúberes", conservando-se assim, ao nível da linguagem, a prática que tradicionalmente baseava no fenômeno biológico da puberdade a capacidade absoluta ou relativa. Pela mesma regra os menores de mais de 16 anos são chamados "púberes".

É nulo qualquer ato jurídico praticado por pessoa absolutamente incapaz. No caso do menor de 16 anos, a pessoa precisa ser representada pelo pai ou, na falta deste, pela mãe. Inexistindo pais, por tutor.

O art. 6º do Código Civil afirma: "São incapazes relativamente a certos atos ou maneira de os exercer: 1) os maiores de 16 anos e menores de 21, 2) os pródigos e 3) os silvícolas".

Enquanto a lei estipula que os menores de 16 anos devem ser representados nos atos da vida civil, os jovens de 17 a 20 anos de vem ser apenas assistidos.

Na faixa dos relativamente incapazes, 17 a 20 anos, encontra-se uma importante subdivisão aos 18 anos, uma vez que a incapacidade baseia-se, em princípio, em um maior ou menor grau de discernimento.

Já a partir dos 16 anos, o menor pode praticar alguns atos sem assistência: 1) ser mandatário; 2) fazer testamento; 3) firmar recibo de pagamento da previdência social; 4) ingressar em cooperativas; 5) ser testemunha e, 6) no caso das mulheres, pode ainda casar com o consentimento dos pais.

É, no entanto, a partir dos 18 anos que se adquire a possibilidade de: 1) requerer pessoalmente o registro de nascimento; 2) reclamar pessoalmente na Justiça do Trabalho; 3) apresentar queixa criminal; 4) comerciar; 5) celebrar contratos de trabalho<sup>1</sup>; 6) ser eleitor; 7) movimentar depósitos em caixas econômicas; e 8) casar com o consentimento dos pais, no caso dos homens.

Aos 18 anos o menor poderá também ser emancipado "por concessão do pai, ou, se for morto, da mãe e por sentença do juiz, ouvido o tutor..." (art. 9º).

A emancipação pode ainda ser adquirida: "pelo casamento, pelo exercício de emprego público efetivo, pela colação de grau científico em curso de ensino superior, pelo estabelecimento civil ou comercial com economia própria, e para efeito do alistamento e do sorteio militar". Embora maioridade e emancipação não se confundam, torna-se difícil discernir os limites do alcance prático desse ato jurídico.

## 2. Idade para o Casamento

Em 1970, o Brasil aprovou a Convenção das Nações Unidas sobre o consentimento e a idade mínima para o casamento, única medida legal diretamente inspirada na preocupação da prevenção

---

<sup>1</sup> Considera-se menor, para efeitos da Consolidação das Leis do Trabalho, o trabalhador de doze a dezoito anos. (art. 402.)

da maternidade precoce. Desse modo, não podem casar-se as mulheres menores de dezesseis anos e os homens menores de dezoito sem que haja autorização do juiz e motivo grave, como por exemplo o crime de sedução.

O art. 217 do Código Penal<sup>2</sup> estabelece que seduzir mulher virgem, menor de dezoito anos e maior de catorze, e ter com ela conjunção carnal, aproveitando-se de sua inexperiência ou justificável confiança, constitui crime passível de reclusão de 2 a 4 anos. O crime de sedução deixa de ser punido se o autor se casar com a vítima<sup>3</sup>. Sendo o autor também menor, o juiz poderá ordenar a separação de corpos até que os cônjuges alcancem a idade legal.

O procedimento para o casamento entre adolescentes que não atingiram a idade mínima prevista por lei é tão complicado que algumas famílias optam pela falsidade na declaração de idade, conforme afirmações de advogados atuantes na área.

As mulheres maiores de 16 e os homens maiores de 18 podem se casar com a autorização de ambos os pais. "Discordando eles entre si, prevalecerá a vontade paterna..." (art. 186). Exemplo de que nossa legislação ainda conserva traços machistas — segundo Esther Figueiredo Ferraz em seu depoimento na CPI da Mulher (1977). Se a autorização dos pais não for obtida, os jovens podem recorrer diretamente à autoridade judicial. "A denegação do consentimento quando injusta pode ser suprida pelo juiz" (art. 188).

O Código Penal introduz uma nova idade fronteira, 14 anos. Essa gradação na capacidade de discernir não diz respeito ao infrator mas à vítima, e aparece em grande número de dispositivos relati-

---

<sup>2</sup> O Código Penal brasileiro data de 1940 e sofreu, no decorrer dos anos, modificações importantes. Existe em tramitação no Congresso um Projeto de Novo Código, do qual já foi promulgada apenas a Parte Geral (Lei 7.209 de 1984).

<sup>3</sup> Uma forte controvérsia manifesta-se entre correntes de opinião jurídica com relação ao crime de sedução. Apesar da tendência predominante ser favorável à sua extinção pela liberalização ocorrida a nível dos comportamentos sexuais socialmente aceitos, o projeto do Novo Código mantém o crime, apenas altera a idade máxima para 16 anos, e substitui o critério de inexperiência pelo de ingenuidade. Verucci (1985) argumenta que a mudança foi para pior, uma vez que deixou a descoberto a faixa dos 17 a 18 anos e criou uma nova figura jurídica de difícil definição: a da mulher ingênua.



Vos a crimes contra os costumes<sup>4</sup>, como o estupro, o atentado violento ao pudor e o rapto.

Presume-se a violência sempre que a vítima é menor de catorze anos. Em alguns casos pressupõe-se que, acima dessa idade, em hora ainda absolutamente incapaz para usufruir de outros direitos, a jovem possa dar seu consentimento em matéria de atividade sexual.

Assim, por exemplo, no caso de rapto — "raptar mulher honesta, mediante violência, grave ameaça ou fraude, para fim libidinoso" (art. 220), constitui crime punível com reclusão de 2 a 4 anos. "Se a raptada é maior de catorze anos e menor de vinte e um anos e o rapto se dá com seu consentimento..." a pena será de detenção de 1 a 3 anos. O artigo 221 reza que será diminuída de 1/3 a pena, se o rapto for para fins de casamento; de metade, se o agente, sem ter praticado com a vítima qualquer ato libidinoso, restituí-la à liberdade ou colocá-la em lugar seguro, à disposição da família.

### 3. Aborto

O Código Penal dispõe, no art. 124, que constitui crime "provocar aborto em si mesma ou consentir que outrem lho provoque", passível de pena de detenção de 1 a 3 anos. No entanto, prevê exceção em dois casos: do "aborto necessário", se houver risco de vida da gestante, e de gravidez resultante de estupro.

No primeiro caso, é obrigatório que o aborto seja praticado por médico, e que não haja outro meio de salvar a vida da gestante (art. 128 I).

No segundo, do chamado "aborto sentimental", dependerá da comprovação da ocorrência de estupro (128 II). Cabe ressaltar que, em gravidez de menores de 14 anos, a violência é um pressuposto automático.

No entanto, como lembra Verucci (1985), embora nenhum dispositivo legal preveja a necessidade de autorização judicial para essa última modalidade, a queixa por parte da vítima é imprescindível.

<sup>4</sup> Segundo Floriza Verucci (1985), o novo projeto de código em tramitação não inova nesta matéria, continuando a considerar esses atos como crimes contra os costumes, ao invés de qualificá-los, como seria mais correto, como crimes contra a pessoa.

e todos os obstáculos sociais se interpõem à efetivação dessa queixa.

#### 4. Responsabilidade Penal

Em relação a penalidades atribuíveis a infrações cometidas por menor, o Código Civil dispõe que "o menor (16-21) que praticar ato ilícito equipara-se ao maior quanto às obrigações resultantes da prática daqueles atos, se for culpado" (art. 156). O Código Penal e o Código Penal Militar também prevêm a possibilidade de se imputar pena para os menores a partir de 16 anos.

Assim, embora o Código Penal em vigor fixe a responsabilidade penal aos 18 anos, na redação do artigo 33 introduziu-se uma possibilidade de interpretação diferente: "O menor de 18 anos é inimputável, salvo se, já tendo completado 16 anos, revelar suficiente desenvolvimento psíquico para entender o caráter ilícito do fato e determinar-se de acordo com esse entendimento. Nesse caso, a pena aplicável é diminuída de 1/3 até a metade". O art. 50 do Código Penal Militar mantém redação idêntica.

Segundo J.B. de Azevedo Marques (1976), "esse dispositivo hoje está praticamente revogado, tão grandes foram as críticas quase unânimes dos juristas desse país, e representaria um lamentável retrocesso da filosofia que sempre inspirou o legislador brasileiro de amparar e proteger o menor".

Deve-se constatar por outro lado, que, em razão do alarme generalizado com a violência urbana, existem fortes pressões da opinião pública no sentido de que os menores sejam mais rigorosamente punidos.

#### 5. Direitos no Trabalho

A Constituição Brasileira proíbe qualquer trabalho a menores de 12 anos (inciso X do artigo 165). Essa idade legal mínima foi estabelecida em 1967. Anteriormente, a proibição estendia-se até 14 anos, idade que corresponde ao término da escolaridade obrigatória. Apesar da proibição constitucional, a Consolidação das Leis

do Trabalho prevê uma exceção para o menor que executar seu trabalho em oficina da própria família.

Entre os 12 e os 14 anos, o trabalho do menor fica sujeito a algumas condições:

1) garantia de frequência à escola; e 2) restrições a serviços pesados, nocivos à saúde ou ao desenvolvimento físico.

São vedados a todos os menores o trabalho noturno, os trabalhos em locais insalubres, prejudiciais à saúde, ou que ponham em risco a moralidade.

Funciona no Ministério do Trabalho uma coordenadoria de proteção ao trabalho da mulher e do menor que, em princípio, zela pela aplicação desses dispositivos legais.

Em 1967, no período inicial do que convencionou-se chamar de "o milagre brasileiro", foi introduzida uma alteração legal que possibilitou o fracionamento do salário mínimo, permitindo a todos os menores, e não apenas os aprendizes, como regia a legislação em vigor, remuneração em níveis salariais mais baixos. Em 1974, com o desaquecimento da economia, essa alteração introduzida pela Lei 5.274/67 foi revogada, desaparecendo salários mínimos específicos para o menor.

O art. 461 da Consolidação das Leis do Trabalho estabelece que "sendo idêntica a função, a todo trabalho de igual valor, prestado ao mesmo empregador na mesma localidade, corresponderá igual salário, sem distinção de sexo, nacionalidade ou idade".

No entanto, segundo Spindel (1985), é apenas em tese que se retorna à lei de "salário igual para trabalho igual". O menor é na realidade um trabalhador desprotegido, com muitas obrigações e poucos direitos, o que torna sua utilização particularmente interessante na ótica empresarial.

Em seu estudo sobre o trabalhador menor registrado, Spindel constata ainda o desinteresse dos sindicatos por esses adolescentes e a ausência de programas específicos a eles destinados, atribuindo essa desatenção a duas razões: o pequeno número de menores sindicalizados, e o fato de o menor não ser elegível, nem eleitor, no âmbito do sindicato.

## 6. Menores em Situação Irregular

Não há, no Brasil, políticas públicas especialmente voltadas para os jovens; no entanto estão contemplados, enquanto menores, por uma legislação protetora específica — O Código de Menores, assim como as diretrizes da Política Nacional de Bem-Estar do Menor. A proteção do Estado é exercida através do Ministério da Justiça, mais particularmente a partir dos Juizados de Menores e da FUNABEM, que é o órgão responsável pela formulação, implementação e coordenação da Política Nacional do Bem-Estar do Menor<sup>5</sup>. Foi possível entrever uma certa tensão entre juízes de menores e a burocracia da FUNABEM, a respeito da divisão das áreas próprias de atribuição, ou melhor, do desempenho das respectivas atribuições. No entanto, na literatura consultada, o único autor manifestamente crítico à FUNABEM é o Desembargador Bulhões de Carvalho (1977). Nas entrevistas realizadas tanto na FEBEM quanto com os juízes, essa tensão foi negada. A elaboração do Código de Menores, em 1979, é posterior à existência da FUNABEM e já incorpora a compatibilidade das áreas de atuação.

O Código de Menores dispõe sobre "assistência, proteção e vigilância a menores:

1) até dezoito anos de idade que se encontrem em situação irregular; 2) entre dezoito e vinte e um anos, nos casos expressos na lei. Parágrafo único: as medidas de caráter preventivo aplicam-se a todo o menor de dezoito anos independentemente de sua situação".

O Art. 2º considera "em situação irregular o menor:

1) privado de condições essenciais à sua subsistência, saúde e instrução obrigatória, ainda que eventualmente, em razão de: a)

---

<sup>5</sup> A Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor, entidade com personalidade jurídica de direito privado, órgão diretamente vinculado à Presidência da República, foi instituída a 1º de dezembro de 1964, substituindo o Serviço de Assistência do Menor — SAM, que era vinculado ao Ministério da Justiça. Na exposição de motivos para justificar o projeto de criação de uma fundação autônoma, argumentou-se que um órgão com a incumbência de realizar a tarefa que lhe era atribuída não poderia estar subordinado à burocracia dos órgãos de governo e nem vinculado a um determinado ministério, uma vez que lhe caberia tratar de problemas ligados a vários ministérios. Entretanto, com a criação do Ministério da Previdência e Assistência Social em 1974, a FUNABEM, embora mantendo sua autonomia administrativa, vincula-se à área de supervisão do mesmo, por entender o governo federal que o problema do menor deveria ser tratado em conjunção com os demais problemas da área social (Campos et alii, 1983).

falta, ação ou omissão dos pais ou responsáveis, b) manifesta impossibilidade dos pais ou responsável para provê-las; 2) vítima de maus tratos ou castigos imoderados impostos pelos pais ou responsável; 3) em perigo moral devido a: a) encontrar-se de modo habitual em ambiente contrário aos bons costumes, b) exploração em atividade contrária aos bons costumes; 4) privado de representação ou assistência legal, pela falta eventual dos pais ou responsável; 5) com desvio de conduta em virtude de grave adaptação familiar ou comunitária; 6) autor de infração penal".

Os seis itens não são da mesma natureza, uma vez que os quatro primeiros contemplam menores vítimas de condições adversas, e os dois últimos, menores agentes com conduta desviante.

A CPI do Menor em 1975 adota uma classificação nitidamente gradualista, considerando que "as expressões menor carente, abandonado, desassistido ou marginalizado são usadas para identificar a criança ou adolescente vítima de disfunção social que, por não disporem de renda suficiente, têm insatisfatória participação no consumo de bens materiais e culturais e não usufruem dos serviços de saúde, educação, habitação, recreação e outras benesses do desenvolvimento. Inicia-se com o menor em via de marginalização social e culmina com o menor infrator" (p. 25).

Um resumo da discussão e uma reflexão sobre o processo de transformação das crianças e jovens nascidos nas camadas mais pobres da população em "menores infratores" encontra-se no trabalho de Campos et alii (1983).

As diretrizes da política de bem-estar do menor, encaradas pelo crivo da realidade dos organismos que as aplicam, parecem alienação, ou utopia.

O Código de Menores estabelece vários procedimentos de cunho protetor, como a proibição de frequência a determinados estabelecimentos, casas de jogo, bares, casas de espetáculos, bailes e hotéis. Estipula a autorização judiciária para o menor de dezoito anos viajar desacompanhado dos pais, e procedimentos de censura para espetáculos. Seria importante verificar em que medida esse ordenamento, muito detalhado em certos casos, e omissos em outros, é cumprido, e se há uma hierarquização das infrações. A aplicação integral desse Código parece altamente improvável.

Todos os atos judiciais, policiais e administrativos que digam respeito a menores são gratuitos<sup>6</sup> e sigilosos, o que sem dúvida é medida de importante alcance social. No entanto, é preciso avaliar as condições de acesso aos órgãos judiciários, a extensão da divulgação dos preceitos jurídicos, e os recursos destinados à sua aplicação. A inexistência de uma cobertura nacional de Juizados de Menores, mesmo da possibilidade de recurso a juízes não especializados (Grunspun, 1985), é indício esclarecedor da baixa prioridade concedida a essa área.

O novo Código de Menores confere grande margem de atuação à autoridade judiciária, centrando na figura do juiz a defesa dos direitos do menor. No interesse deste, o juiz pode decretar a perda ou suspensão do pátrio poder, e a fiscalização da aplicação de qualquer medida relacionada ao menor de idade<sup>7</sup>. No entanto, a intenção de dar primazia à autoridade judiciária não correspondeu, segundo Gregori (1979), à alocação de recursos materiais e humanos para a implementação de uma infra-estrutura adequada de atuação<sup>8</sup>.

---

<sup>6</sup> A gratuidade teve, como consequência imprevista menos desejável, a inexistência de coletâneas de jurisprudência como em outras matérias do Direito, conforme nos declarou em entrevista o juiz Fernando Acayaba de Toledo.

<sup>7</sup> O Código exige que o menor de 18 anos a quem se atribua infração penal seja encaminhado imediatamente ao juiz, e permite que o menor sob suspeita fique com a polícia 5 dias para a apuração de infração grave, desde que a autoridade judiciária aprove. Na realidade, o juiz possui relativa autonomia para tomar decisões em cada caso, o que levou os dois juízes entrevistados a dizerem que "cada caso é um caso".

<sup>8</sup> Fato que nos foi confirmado pelo Dr. Fernando Acayaba de Toledo, juiz da Vara Central de Menores de São Paulo.

## **2. EDUCAÇÃO SEXUAL E PREVENÇÃO DA GRAVIDEZ**

**Cristina Bruschini  
Carmen Barroso**





A introdução da educação sexual na escola é considerada por muitos como mecanismo de prevenção da gravidez na adolescência e de outras possíveis decorrências da prática da sexualidade, como a proliferação de doenças venéreas.

Embora acreditemos que a educação sexual deva ter finalidades mais amplas, com espaço para discussão de valores e atitudes e para o questionamento dos papéis sexuais em nossa sociedade, não há dúvida que um bom trabalho de orientação deve trazer, em seu bojo, informações que possibilitem ao jovem o exercício de uma sexualidade livre de ocorrências indesejadas, como a gravidez prematura.

Este capítulo deter-se-á nos aspectos da educação sexual que apresentam afinidade imediata com o nosso tema. A primeira parte contém um breve histórico das idas e vindas da educação sexual nas escolas do país, que atestam como interesses diversos podem estar associados a uma mesma reivindicação, no caso, a oficialização dessa matéria nos currículos escolares. A segunda parte traz uma reflexão sobre a eficácia de tais programas na prevenção da gravidez indesejada, e analisa a qualidade dos programas, e seu alcance, nesta sociedade em que há tantas crianças e jovens fora da escola.

## 1. Breve Histórico<sup>1</sup>

Apesar da carência de estudos e pesquisas e da pequena sis

<sup>1</sup> A maior parte das informações contidas neste item reproduzem parte do texto elaborado com dados extraídos de pesquisa jornalística e bibliográfica, publicado no livro Educação Sexual: Debate aberto (Vozes, 1982), de autoria de Carmen Barroso e Cristina Bruschini. Novas reflexões e informações foram acrescentadas, a partir da leitura do texto de Fúlvia Rosemberg "O debate sobre Educação Sexual na Escola" escrito para o Diagnóstico sobre a Educação da Mulher Brasileira (1985). Muitos dos dados relativos ao final da década de 70 e primeira metade de 80 baseiam-se também na experiência das autoras com o tema em questão, tendo participado de inúmeros debates e congressos sobre o assunto, em virtude da realização de pesquisas como "A educação sexual e as atitudes dos jovens" e "Esse sexo que é nosso".

tematização das fontes documentais, como foi bem lembrado por Ro-  
semberg (1985). É possível constatar que a história da educação se-  
xual no Brasil oscilou entre momentos de avanço e de recuo.

### 1.1. Período Anterior a 1960

No começo do século, a supor pelo exemplo de uma tese de-  
fendida em 1915, no Rio de Janeiro, chegavam ao país influências das  
correntes médicas e higienistas que vinham tendo sucesso na Europa.  
Apregoavam a necessidade de uma educação sexual que fosse eficaz no  
combate à masturbação e às doenças venéreas, e que preparasse a mu-  
lher para desempenhar, adequadamente, seu "nobre" papel de esposa e  
de mãe (Vasconcellos, 1915).

Nos anos seguintes, o número de médicos e educadores que  
declararam-se favoráveis à educação sexual como forma "de  
evitar a perversão moral, as psicoses sexuais e a degeneração físi-  
ca, bem como assegurar a saudável reprodução da espécie" cresceu con-  
sideravelmente. No Congresso Nacional de Educadores de 1928, os dele-  
gados concordaram que os pais não eram capazes de prover educação se-  
xual adequada a seus filhos, e aprovaram moção defendendo a adoção de  
programas dessa matéria nas escolas, para crianças acima de 11 anos.  
No início dos anos 30, pesquisa realizada pelo jornal Diário da Noi-  
te obteve, por parte da comunidade médica, apoio irrestrito para a  
educação sexual, divergindo apenas quanto às opiniões relativas às estraté-  
gias para a condução dos programas. Outros segmentos mais inovadores  
da sociedade também não ficaram alheios a esse debate: integrantes da  
Federação Brasileira pelo Progresso Feminino, no segundo Congresso  
Internacional Feminista, realizado em 1931 no Rio de Janeiro, apresen-  
taram trabalhos nos quais a educação sexual é defendida como meio  
de proteção à infância e à maternidade (Besse, 1983, p. 74).

Na verdade, os objetivos dos defensores da educação sexual  
nas escolas, naquele período, eram os mesmos que estavam sustentando  
um sistema educacional em franca expansão para o sexo feminino: au-  
mentar o conhecimento das mulheres e melhorar sua saúde, sem alterar  
a assimétrica distribuição dos papéis sexuais. Vozes mais audaciosas,  
voltadas para a emancipação feminina e a transformação dos papéis se-  
xuais, foram abafadas, e só agora começam a ser redescobertas. Entre

elas destacam-se Maria Lacerda de Moura, educadora e feminista radical que proferiu palestras sobre a emancipação sexual da mulher e escreveu livros arrojados para sua época, com "Amai e ... não vos Multipliqueis" (Leite, 1984) e Ercília Nogueira Cobra, autora de "Virgindade Anti-Higiênica" (1924) e "Virgindade Inútil" (1927), ambos publicados na década de 20 mas apreendidos como pornográficos, porque defendiam a liberdade sexual para o sexo feminino (Mott, 1984).

No período anterior à década de 60, a Igreja Católica constituiu um dos freios mais poderosos a impedir que a educação sexual penetrasse no sistema escolar brasileiro, tanto por sua posição nitidamente repressiva, em matéria de sexualidade, quanto por seu papel de destaque no sistema educacional brasileiro. "O ensino católico no país, sob a guarda de ordens estrangeiras, mantinha, até a realização do Concílio Vaticano II, a segregação sexual nas escolas... Nesse ambiente escolar, o discurso formal sobre a sexualidade ou era negado, ou era usado como pretexto para desencadear comportamentos punitivos" (Rosemberg, 1985, p. 116-117).

Não é de estranhar que as poucas experiências em educação sexual nas escolas nesse período tenham se limitado a escolas laicas ou protestantes.

## 1.2. Década de 60

A década de 60, que em seus primeiros anos se caracterizou pelo predomínio de ventos liberais, foi um período relativamente favorável à implantação da educação sexual no país. Várias experiências importantes tiveram lugar nessa ocasião, principalmente em grandes centros urbanos e em estabelecimentos da rede particular.

Em 1963 a educação sexual foi introduzida num colégio de Belo Horizonte, para alunos do 4º ano ginásial, porém a experiência durou apenas três anos, encerrando-se em 1966, após reação contrária dos pais dos alunos; no Rio, o Colégio Pedro de Alcântara introduziu o ensino dessa matéria em todas as séries, a partir de 1964; em 1968 a educação sexual fazia parte do currículo dos colégios André Maurois, Infante Dom Henrique e Orlando Rouças, entre outros (Jornal do Bra

No Colégio André Maurois do Rio de Janeiro, por exemplo, os próprios alunos sugeriram aulas de educação sexual, propondo que fossem dadas em turmas mistas, a partir dos onze anos de idade. A princípio, as aulas eram de cunho biológico, versando sobre a reprodução humana, pela qual os alunos sempre demonstraram interesse. Aos poucos, o assunto evoluiu para temática mais ampla, focalizando todos os problemas dos jovens. Criou-se um clima de liberdade na escola ao qual, porém, seguiu-se uma crise que acabou resultando na exoneração da diretora, na suspensão de professores e na expulsão de alunos.

De outra parte, depois do Concílio Vaticano II, realizado entre 1962 e 1965, passaram a coexistir na Igreja Católica facções distintas que assumiram posições diversas em relação a vários problemas, entre eles o da educação sexual. Essa nova abertura permitiu que, nos anos 60, alguns colégios católicos comesçassem a desenvolver programas de orientação sexual (Rosemberg, 1985).

As iniciativas de maior vulto, contudo, foram aquelas que se desenvolveram na rede estadual paulista, no contexto de educação renovada que predominava nesse período. Uma delas, a do Colégio de Aplicação Fidelino Figueiredo, foi orientada pelo Departamento de Educação da Faculdade de Filosofia da Universidade de São Paulo. Entre as práticas experimentais introduzidas, instituiu-se um seminário semanal de estudos para discussão de temas propostos pelos alunos, como racismo e sexo. Foram organizados, de 1963 a 1968, ciclos de educação sexual, com alunos de 1ª e 2ª séries ginasiais, coordenados pelo orientador educacional, com estreita colaboração de professores de ciências. Paralelamente, foi desenvolvido um programa especial destinado ao país, que os mantinha a par dos assuntos discutidos em tais ciclos (Werebe, 1977).

Experiências semelhantes ocorreram nos Ginásios Vocacionais de São Paulo, de 1961 a 1969 (Pimentel & Sigrist, 1971), e no Ginásio Estadual Pluricurricular Experimental (GEPE), sobretudo de 1966 a 1969. Em ambos os casos eram também realizadas sessões de grupo, dirigidas por orientadores educacionais, que procuravam atender às solicitações dos próprios alunos, recorrendo aos professores de ciências quando as dúvidas exigiam informação de caráter biológico. Paralelamente, um atendimento aos pais contribuiu, em parte, para o bom andamento dos trabalhos.

Os ventos da repressão política, contudo, começaram a soprar a partir de 64, e se tornaram mais fortes em 68, impedindo que experiências como essas tivessem continuidade. Este cerceamento não se circunscreveu apenas ao estabelecimento escolar, mas atingiu também outros órgãos do setor educacional. Aproximadamente de 1954 a 1970, o Serviço de Saúde do Departamento de Assistência ao Escolar de São Paulo ministrou orientação sexual a meninas que cursavam o 4º ano de escola primária e estavam entrando no período da puberdade. A princípio as mães e, em seguida, as meninas, recebiam informações básicas sobre as transformações fisiológicas mais importantes da puberdade, em especial sobre menstruação. Era comum as meninas fazerem perguntas também sobre concepção e parto. O curso era dado de início pelos educadores sanitários daquele serviço, mas depois alguns professores passaram a se encarregar da transmissão dessas informações a seus alunos.

Segundo depoimento de uma das educadoras do programa, os pais revelavam-se extremamente favoráveis, mostrando-se preocupados com a ignorância das meninas a respeito de tudo o que se referia a sexo, o que, do ponto de vista deles, constituía grande perigo para suas filhas, sujeitas às más intenções de muitos rapazes. Preocupavam-se também em relação a seus filhos, com problemas como doenças venéreas, masturbação e homossexualismo. Era bastante comum as mães se preocuparem com os valores revelados por seus maridos, favoráveis à iniciação sexual precoce dos filhos do sexo masculino. Apesar de bem sucedido e de contar com o apoio integral da população à qual se dirigia, o programa foi interrompido no final da década, por terminação da própria Secretaria de Educação.

Não só razões moralistas, tão ao gosto dos sistemas autoritários, foram levantadas como justificativas para o encerramento de tais experiências. Outra vertente do debate passava pela questão da política de planejamento familiar adotada no país, nessa ocasião de cunho nitidamente pró-natalista. Dentro de tal concepção, o Secretário de Educação do Estado de São Paulo em 1965, Ataliba Nogueira, vedou aos professores de escolas públicas a transmissão de informações sobre meios anticoncepcionais, argumentando: "é impatriótica a limitação do número de filhos e, pelo contrário, o Estado há de apoiar as famílias de prole numerosa" (Barroso, 1979).

Dando continuidade ao debate nessa década, a deputada Júlia Steimbruck do MDB do Rio de Janeiro apresentou à Câmara em 1968, um projeto de lei propondo a introdução da educação sexual em todas as escolas de nível primário e secundário do país. O Brasil vivia porém um dos seus períodos mais críticos pós 1964, que resultou no recrudescimento da repressão. Escolas foram fechadas, professores foram denunciados, alguns até processados quando se arriscaram a dar orientação sexual. O projeto da deputada Steimbruck ficou nas gavetas durante algum tempo e, após parecer da *Comissão Nacional de Moral e Civismo* que, em 1970, pronunciou-se radicalmente contra a introdução da educação sexual nas escolas — com argumentos do tipo "a inocência é a melhor defesa para a pureza e a castidade" e "não se abre à força um botão de rosa, sobretudo com as mãos sujas" — , grande silêncio se fez em torno do assunto<sup>2</sup>.

Em alguns setores, esse parecer foi utilizado como justificativa para a repressão aos programas então existentes, e a partir dessa data houve um retrocesso em matéria de educação sexual, que na verdade acompanhou a "onda" de puritanismo que invadiu o país, manifestando-se principalmente pela intensificação do rigor da censura.

Curiosamente, não havia nenhuma lei ou proibição formal contra a educação sexual. A interdição era difusa e, talvez por isso, mais eficiente. O assunto era tabu, não se falava mais sobre ele. Orientadores, professores e educadores, de modo geral, passaram a assumir a interdição, temendo represálias.

Apesar disso, algumas experiências isoladas em escolas particulares continuaram sendo feitas, embora nunca tenham sido divulgadas.

---

<sup>2</sup> Na *Comissão Nacional de Moral e Civismo*, uma "criação" do governo militar, o projeto recebeu os pareceres de três conselheiros: um padre, Francisco Leme Lopes, um almirante e chefe-escoteiro Benjamin Sodré e um general, Moacir Araújo Lopes. Para uma descrição minuciosa de seus argumentos, ver Rosenberg (1985, p. 119 e seguintes).

### 1.3 Década de 70

Os primeiros anos dessa década, do ponto de vista político, foram marcados pela continuidade da repressão violenta, de certa forma mascarada pelo clima de ufanismo que acompanhava uma fase de crescimento econômico.

Na área da educação sexual o trabalho continuava parcial e assistemático, apoiado no esforço de alguns educadores. Werbe (1977) menciona que uma sondagem feita no IV Congresso Brasileiro de Orientação Educacional, realizado em São Paulo, em 1976, indicou a existência de 56 estudos sobre educação sexual, desenvolvidos em 16 unidades da Federação, especialmente em São Paulo. A despeito do clima pouco favorável à implantação dessa disciplina no Brasil, o trabalho prosseguia.

Embora oficialmente a educação sexual não fizesse parte do currículo escolar, indiretamente previa-se a transmissão aos alunos de informações sobre sexualidade, no bojo dos programas de saúde. Em 1974, o Conselho Federal de Educação aprovou o parecer da conselheira Edília Coelho Garcia referente ao conteúdo e à forma do programa de educação e saúde para o 2º grau. O parecer 2264/74 menciona a educação sexual como um objetivo a ser desenvolvido no programa de 2º grau. "Já os alunos do 2º grau (que já são púberes) (sic) devem aprofundar esses mesmos conhecimentos... além de conhecimentos referentes à evolução puberal, educação sexual, gestação, puericultura e saúde mental" (p. 72). Mais adiante, refere-se ao fato de que, a nível de 2º grau, devem ser estudadas noções de venerologia e suas implicações sociais, e transmitidos conhecimentos sobre anatomia e fisiologia humanas.

Também nos Guias Curriculares para o ensino de 1º grau do Estado de São Paulo, objetivos relacionados com a educação sexual fazem parte do Programa de Saúde, dentro do tópico "Crescimento e Desenvolvimento". Entre os objetivos a serem atingidos pelos temas desenvolvidos nessa área, ao longo das oito séries do 1º grau, figuram, por exemplo: identificação de caracteres sexuais primários e noções sobre menarca e ciclo menstrual, na 4ª série; conhecimentos sobre fecundação, gestação, parto e puerpério, na 8ª série (CERHUPE, 1975).

No parecer da conselheira Edília, segundo Rosemberg (1985), destaca-se o argumento da prioridade, que será freqüentemente invoca-

do nos anos seguintes, para impedir a inclusão da orientação sexual nos currículos escolares. Segundo a professora, outras questões como a subnutrição e suas seqüelas são prioritárias em qualquer programa de orientação juvenil, e deveriam ser enfrentadas antes que os educadores se dedicassem ao tema da sexualidade...

José Bonifácio Coutinho Nogueira, Secretário de Educação do Estado de São Paulo de 1975 a 1979, e membro até hoje da Escola de Pais, foi um dos ardorosos defensores do argumento de que a introdução da educação sexual na escola não é prioritária, face à magnitude dos demais problemas da rede escolar. Invocando argumentos conservadores, como a necessidade de manutenção dos valores morais estabelecidos e obstáculos materiais a seu ver intransponíveis, o ex-secretário foi responsável pela proibição da inclusão dessa matéria como disciplina curricular na rede estadual de ensino. Lembrando a necessidade de implantação de cursos superiores para formação de especialistas em educação sexual e de recrutamento de cerca de 15.000 educadores capazes de orientar os alunos dos três turnos de todas as 4.400 escolas da rede; o gigantismo da rede escolar, e a necessidade de mobilizar milhares de professores e milhões de alunos (como se, para outros propósitos, não fosse preciso fazê-lo); o perigo de que a educação sexual nas escolas servisse apenas às necessidades dos psicólogos à procura de emprego, o ex-secretário afirma ainda que as famílias dos alunos, dada sua própria condição social, não teriam possibilidade de participar dessa proposta na escola. No entanto remete, para essa mesma família de poucos recursos, a responsabilidade pela orientação de suas próprias crianças, acreditando que não cabe à escola tocar em valores que são individuais e familiares e como tal devem permanecer (Nogueira, 1981).

Vozes discordantes porém começaram a se fazer ouvir a partir da segunda metade da década de 70, coincidindo com o engatinhar do que seria um lento e gradual processo de abertura. Duas vertentes são responsáveis pelo reflorescimento do interesse pela introdução da educação sexual nas escolas. Em primeiro lugar, a educação sexual passa a ser reivindicada por participantes dos movimentos feministas, que ganham força e espaço no cenário nacional na segunda metade da década, e que acreditam no debate sobre a sexualidade como mecanismo favorável à emancipação da mulher. Começa a se impor, também, a crença de que a educação sexual pode ser um instrumento bastante eficaz pa-



ra a redução do crescimento demográfico. Em entrevista concedida ao Jornal do Brasil, Lyra Madeira, então presidente do IBGE, afirmava: "... o controle da natalidade é um programa de longo prazo, que tem que começar no colégio, no jardim de infância, com a educação sexual no bom sentido, de modo que a criança já se forme com o espírito voltado para a idéia de que é possível dimensionar a família" (Jornal do Brasil, 16/03/78).

Essa corrente, contudo, só foi reforçada graças à mudança na postura em relação à política demográfica assumida pelo Brasil durante a Conferência Mundial de População, promovida pela ONU em Bucarest em 1974. Pela primeira vez em sua história, o país posicionou-se favorável a uma atuação do Estado no planejamento familiar, resguardando, porém, ao núcleo familiar a decisão final quanto ao controle da natalidade.

Por outro lado, uma certa liberalização dos costumes, reforçada pelos meios de comunicação — principalmente pela televisão, que ampliou consideravelmente seu raio de influência nesse período — começa a se fazer sentir numa sociedade marcada pela repressão política, pela manutenção da censura e pela defesa da "moral e dos bons costumes".

Preocupados com os novos valores em ascensão, alguns educadores, ainda envoltos pela verdadeira conspiração do silêncio que predominava na época, iniciam projetos nessa área.

Por solicitação do próprio secretário, Hilário Torloni, um projeto de orientação sexual da rede municipal paulista de ensino é elaborado a partir do segundo semestre de 77, pelo setor de Orientação Educacional. Um ano depois, a Secretaria implanta, em três escolas da rede, um cuidadoso projeto-piloto, com alunos de 5ª série, que se ampliaria posteriormente para outras escolas e para a 7ª série, até ser considerado não-prioritário na gestão iniciada em 83.

A educação sexual volta ao debate público em junho de 78, quando um programa de televisão de grande audiência leva ao ar uma reportagem sobre o assunto. No mesmo ano é realizado em São Paulo, por iniciativa não-oficial, o I Congresso sobre Educação Sexual nas Escolas, com grande destaque na imprensa. Esse Congresso, que se realizaria também nos dois anos seguintes, foi um dos elementos provocadores para que o debate sobre a inclusão da matéria nos currículos se tornasse público.

Ainda em 78, o Conselho Nacional de Pesquisa Científica e a Fundação Ford aprovam proposta de pesquisa sobre educação sexual e atitudes dos jovens (Barroso & Bruschini, 1982 e 1983), fato talvez menos viável em períodos anteriores. Buscando o apoio da rede oficial para realizar a pesquisa também com alunos da escola pública, foram feitos contatos com o Serviço de Orientação Educacional da Coordenadoria do Ensino e Normas Pedagógicas da Secretaria da Educação — CENP-SE, que preferiu não participar naquele momento, embora o novo secretário, Luiz Martins, não se tivesse posicionado a respeito. Nos anos seguintes, a mesma equipe de orientadores — alguns dos quais participaram de um curso de treinamento em educação sexual promovido pela Fundação Carlos Chagas no segundo semestre de 79 —, daria início aos estudos para a elaboração de um projeto que seria implantado em algumas escolas da rede a partir de 81.

Rapidamente, nesse final de década, o interesse pelo tema da educação sexual cresce e alcança novos espaços, mas os objetivos muitas vezes são conflitantes. A Sociedade Civil de Bem-Estar Familiar — BEMFAM, entidade particular considerada de utilidade pública pelo governo federal, voltada para programas de controle populacional principalmente nos estados nordestinos, e criticada violentamente por todos os setores mais progressistas da sociedade, organiza o 1º *Seminário Técnico de Educação Sexual* em 79, reunindo especialistas de vários órgãos de todo o país, inclusive das Secretarias da Educação Estadual e Municipal de São Paulo. Retomando o veio de interpretação da temática da orientação sexual como parte de sua estratégia controlista, visava a BEMFAM encaminhar ao governo federal um programa de educação sexual nas escolas. No mesmo semestre é organizado no Maranhão outro seminário pela mesma entidade, desta feita buscando avaliar um programa de educação sexual a ser implantado na rede estadual de ensino maranhense, via televisão educativa.

No final dos anos 70, sob a coordenação da sexóloga Maria Helena Matarazzo, são implantadas duas experiências inéditas em toda a América Latina: um serviço telefônico destinado a responder a perguntas sobre sexualidade e um programa de rádio.

#### 1.4 Os anos 80

Dando seqüência a esse movimento crescente, é introduzido em 1980, em programa de televisão de grande audiência, um espaço específico para a sexóloga Marta Suplicy falar de sexualidade. "Apesar de não serem destinados a estudantes, estes programas passaram a ser integrados informalmente no circuito universitário, através da participação de suas apresentadoras em debates, conferências e palestras organizadas, geralmente, pelos diretórios acadêmicos" (Rosemberg, 1985, p. 129).

Num movimento convergente, pesquisadores voltados para o estudo do tema passam também a ser convocados tanto pelas universidades quanto pelos meios de comunicação. O debate se abre e se amplia no espaço acadêmico: na XXXVII Reunião da Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência — SBPC realizada no Rio de Janeiro em 1980, a mesa redonda "Educação Sexual: Instrumento de Democratização ou mais Repressão", planejada inicialmente para horário pouco nobre e sala pequena, teve que ser transferida para um auditório amplo, em virtude do enorme interesse despertado. No mesmo ano, na I Conferência Brasileira de Educação, tem lugar o painel "A Educação Sexual que Gostaríamos de Ter"; em 1981 o XVIII Congresso da Escola de Pais elege como seu tema central "Educação e Sexualidade Hoje". Na XXXIV Reunião da SBPC, em 1982, em Campinas, a educadora Maria Amélia Goldberg coordena o debate "Educação Sexual e Sociedade" no qual, entre outros, são apresentados um trabalho sobre a sexualidade dos deficientes e uma pesquisa voltada para a educação sexual de mulheres da periferia, de autoria de uma equipe de pesquisadoras da Fundação Carlos Chagas.

Nos anos mais recentes o tema da educação sexual conquista novas áreas. Em maio de 1983 tem lugar em São Paulo o I Encontro Nacional de Sexologia, organizado pela Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia — FEBRASCO, com ampla participação de educadores e outros cientistas sociais, ao lado de médicos. Desse encontro resultaria a formação de um grupo multidisciplinar que promoveria reuniões e debates com certa regularidade. Pouco mais de um ano depois (setembro de 1984), este auspicioso encontro das áreas das ciências sociais e da medicina seria retomado no XI Congresso Brasileiro de Reprodução Humana, organizado pela Sociedade Brasileira de Reprodução

Humana e Sociedade Brasileira de Andrologia. Pela primeira vez na história dessas sociedades os cientistas sociais ganham espaço para a organização de debates, como é o caso do simpósio "Atenção à Saúde da Mulher: Tentativa de Mudanças, Necessidades e Direitos".

Ainda em 1983, dois outros eventos foram bastante significativos: a primeira reunião nacional de coordenação do Comitê Regional de Educación Sexual para Latinoamérica y el Caribe - CRESALC, órgão latino-americano com sede na Colômbia, voltado para um programa progressista de educação sexual, através de programas de treinamento, elaboração de material e organização de encontros científicos. Durante esse encontro, a mesa redonda "A Educação Sexual e o Ponto de Vista Feminista", com a presença de acadêmicas e militantes, refletia um momento do debate marcado pela reivindicação de uma educação sexual não repressiva e favorável à emancipação feminina. Em outubro do mesmo ano, com a presença da educadora Maria José Werebe, realizou-se na sede da Fundação do Livro Escolar o painel "A Política do Livro Didático e a Educação Sexual", como parte das atividades do Congresso de Psicologia, Educação e Sexualidade Humana.

No momento atual o debate, no setor oficial de ensino, passa pela questão das prioridades educacionais. Nos ensinos estadual e municipal paulista, porém, os programas de orientação sexual continuam em curso em algumas escolas, apesar de não-incentivados pelas secretarias. As informações sobre a rede particular, ainda que assistemáticas, fazem supor que muitas escolas ou desenvolvem programas específicos de educação sexual, ou integram a discussão desse tema nas demais disciplinas.

## 2. A Educação Sexual Diminuirá a Gravidez de Adolescentes?

Qualquer que seja o alcance obtido pela educação sexual no meio escolar, sua eficácia no sentido de minimizar o problema da gravidez na adolescência deve, forçosamente, levar em conta outras questões, como se examina a seguir.

## 2.1. Extensão dos Programas

O sistema educacional brasileiro conheceu forte expansão nas últimas décadas, mas ainda não atingiu um estado condizente com o nível de crescimento e modernização dos setores básicos da economia, que levaram o país a uma posição de relativo destaque na periferia do sistema capitalista, conforme salienta Madeira (1985). A população escolar, que em 1960 constituía 13% da população total, passa a 22% em 1980; porém um terço da população de 7 a 14 anos permanece à margem da escola (Madeira, 1985 e Barretto, 1984). Além disso, 16% dos jovens de 15 a 24 anos permanecem analfabetos, um dado que nos coloca em posição escandalosamente inferior à de outros países da América Latina com nível de desenvolvimento econômico não muito diferente, como Argentina, Chile, México, Panamá e Peru, mas cujas percentagens de analfabetismo nessa faixa etária variam de 2% a 6%.

Outro indicador das carências brutais do sistema escolar é a distribuição de matrículas pelas séries em anos sucessivos. A primeira série está sempre "inflacionada", devido ao alto grau de reprovação e de volta à escola de crianças que interrompem a 1.<sup>a</sup> série antes de terminá-la. Progressivamente, vão sendo retidas ou eliminadas proporções consideráveis de alunos que não conseguem se matricular na série seguinte no ano subsequente. Por exemplo, de 52 crianças matriculadas na 2.<sup>a</sup> série em 1973, apenas 18 estavam na 8.<sup>a</sup> série, sete anos mais tarde<sup>3</sup>.

Tem-se atribuído essas altas taxas de reprovação e de evasão ora a fatores escolares — como despreparo de professores, inadequação do currículo e do sistema de avaliação — ora a fatores extraescolares — como necessidades do trabalho infantil e pobreza do repertório intelectual transmitido pelas famílias de patrimônio cultural limitado, ou pelo menos "diferentes". Também, a própria ampliação do número de vagas ainda permanece aquém das necessidades, pois, para muitas crianças, as vagas existentes estão fora de

<sup>3</sup> Na verdade, esse número é menor ainda, pois entre as 18 haverá muitas que, tendo tido reprovações ou interrupções em sua vida escolar progressiva, não estavam na 2.<sup>a</sup> série sete anos antes. De qualquer forma estas seriam "compensadas" por parte daquelas 52 que, pelos mesmos motivos, chegarão a 8.<sup>a</sup> série em anos posteriores a 1979.

seu alcance, seja pela distância, pela dificuldade de horário etc.

O processo de expansão do sistema educacional "repete os salientes paradoxos com os quais o modelo de desenvolvimento obriga a sociedade brasileira a conviver" (Madeira, 1985). Na exclusão seletiva e nas diferentes trajetórias daqueles que logrou incorporar, permanecem gritantes diferenças entre o meio rural e o meio urbano, entre as diferentes regiões, entre as classes de renda, entre os sexos e entre as cores da pele dos estudantes, conforme mostra Rosemberg (1985). Dentro do próprio sistema escolar, há também que considerar suas clivagens internas, especialmente entre rede pública e particular, ensino regular e supletivo, e cursos diurnos e noturnos.

As diferenças entre campo e cidade são tanto quantitativas quanto qualitativas. Em 1980, a taxa de escolaridade entre crianças de 7 a 14 anos era de 81% na zona urbana e 43% na zona rural (Rosemberg, 1985). Barreto (1984) assinala que o ensino rural tem estado principalmente sob responsabilidade da administração municipal que "contrata quase que exclusivamente professores leigos, remunera-os muito abaixo do salário mínimo, e, na maioria das vezes, mal consegue ir além da alfabetização de seus alunos".

As enormes desigualdades regionais, que se manifestam dramaticamente na concentração da renda, e que têm se acentuado ao longo do tempo, refletem-se no sistema educacional. Comparando os pólos de maior e menor desenvolvimento, verifica-se que a taxa de escolaridade entre crianças de 7 a 14 anos em 1980 era 59% no Nordeste e 83% em São Paulo. Outra forma de visualizar as diferenças regionais, é registrar que o Nordeste concentra 50% das crianças que estão fora da escola. Curiosamente, entre adolescentes de 15 a 19 anos e jovens de 20 a 24 anos, as diferenças regionais diminuem e até desaparecem. Madeira (1985) registra as seguintes taxas de escolarização: entre adolescentes: 45% em São Paulo e 37% em Pernambuco; entre jovens: 18% tanto em São Paulo como em Pernambuco.

Apesar de o Brasil contar com uma população de 53 milhões de pretos e pardos, são poucos os dados sobre sua escolarização. Há porém um indicador de sua enorme desvantagem educacional: na população de 7 anos e mais de idade, em 1982, 20% dos brancos e 41% dos pretos não tinham ou tinham menos de 1 ano de instrução (Rosemberg, 1985).

Por qualquer ângulo que se analise fica evidente a estratificação por renda. Em 1982, dos estudantes em todos os graus de ensi

no, concentravam-se no 1º grau 96% daqueles cuja renda familiar mensal não ultrapassava 2 salários mínimos e 58% daqueles cuja família recebia mais de 10 salário mínimos mensais.

O índice de expansão de matrículas na última década, considerando-se todos os graus de ensino, foi maior entre as mulheres (33%) do que entre os homens (26%), tendência que tem levado à equiparação entre os sexos no ensino superior e supletivo, únicos graus onde ela ainda não estava presente. A taxa de participação feminina em 1980 era, no ensino regular: 50% no 1º grau, 53% no 2º grau, 49% no superior e 46% no mestrado. No supletivo: 49% no 1º grau, 41% no 2º grau e 47% no vestibular. Essas semelhanças encobrem diversidades em trajetórias escolares, analisadas por Rosemberg (1985).

A Tabela 1 mostra que a educação sexual nas escolas atingiria uma proporção considerável de jovens, embora a cobertura ainda esteja longe de ser universal, especialmente na zona rural, onde não chega a atingir a metade da população de 10 a 14 anos, que é a mais escolarizada. Esta tabela mostra também que a maioria dos jovens dessa faixa etária ainda frequenta as primeiras séries do 1º grau, inclusive na zona urbana. Resultado da entrada tardia na escola, das repetências, das interrupções na frequência, existe uma forte defasagem entre a idade ideal de cada série e a idade da maioria dos alunos que a frequentam. Assim, se se pretende oferecer educação sexual às meninas e meninos de 10 a 14 anos — e é de todo conveniente que se o faça, pois é uma idade em que o interesse pelo assunto é muito grande e é, como já foi assinalado, a idade de mais alta taxa de escolarização — é nas primeiras séries do 1º grau que ela deve ser iniciada.

A Tabela 2 mostra que, a partir da 3ª série, a maioria dos alunos tem mais de 10 anos, tanto na zona urbana como na zona rural. Na zona rural, isso se observa até mesmo na 2ª série. E, na 1ª série, os alunos de mais de 10 anos constituem uma proporção considerável, especialmente na zona rural, onde representam mais de um terço dos matriculados naquela série.

Embora a Tabela 1 mostre uma progressiva desescolarização na zona urbana até a faixa de 18 a 19 anos, há ainda uma proporção considerável de jovens frequentando a escola, a maioria dos quais em cursos regulares.

TABELA 1

DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DOS JOVENS DE CADA UM DOS SEXOS, DA ZONA URBANA E RURAL, E DE DIFERENTES FAIXAS ETÁRIAS, SEGUNDO A FREQUÊNCIA À ESCOLA E O GRAU ESCOLAR FREQUENTADO

| FREQUENTA<br>À<br>ESCOLA | MULHERES     |           |              |           |              |         | HOMENS       |           |              |           |              |         |
|--------------------------|--------------|-----------|--------------|-----------|--------------|---------|--------------|-----------|--------------|-----------|--------------|---------|
|                          | 10 A 14 ANOS |           | 15 A 17 ANOS |           | 18 E 19 ANOS |         | 10 A 14 ANOS |           | 15 A 17 ANOS |           | 18 E 19 ANOS |         |
|                          | URBANA       | RURAL     | URBANA       | RURAL     | URBANA       | RURAL   | URBANA       | RURAL     | URBANA       | RURAL     | URBANA       | RURAL   |
| Alf. Adulto              | 0,0          | 0,0       | 0,3          | 0,2       | 0,2          | 0,2     | 0,1          | 0,1       | 0,4          | 0,4       | 0,2          | 0,3     |
| 1º Grau                  | 81,9         | 46,4      | 37,8         | 20,6      | 14,8         | 9,9     | 82,6         | 45,5      | 42,0         | 22,0      | 15,4         | 8,9     |
| 10 a 49 a.               | 46,4         | 41,0      | 7,7          | 12,9      | 3,1          | 5,1     | 50,6         | 38,3      | 9,5          | 12,0      | 3,3          | 4,3     |
| 50 a 89 a.               | 35,4         | 5,4       | 30,1         | 9,8       | 11,6         | 4,8     | 32,0         | 7,2       | 32,5         | 10,0      | 12,1         | 4,6     |
| Supl. 1º Grau            | 0,1          | 0,1       | 0,2          | 0,1       | 0,4          | 0,1     | 0,1          | 0,1       | 0,3          | 0,1       | 0,4          | 0,1     |
| 2º Grau                  | 0,8          | 0,1       | 20,3         | 2,8       | 17,9         | 3,0     | 0,6          | 0,1       | 17,3         | 2,2       | 17,2         | 2,8     |
| Supl. 2º Grau            | -            | -         | -            | -         | 0,1          | 0,0     | -            | -         | -            | -         | 0,2          | 0,0     |
| Vesribular               | -            | -         | 0,3          | 0,0       | 2,6          | 0,2     | -            | -         | 0,2          | 0,0       | 2,4          | 0,2     |
| Superior                 | -            | -         | 0,3          | 0,0       | 5,4          | 0,3     | -            | -         | 0,2          | 0,0       | 4,0          | 0,2     |
| Na Escola                | 82,8         | 46,6      | 59,2         | 25,8      | 41,2         | 13,6    | 83,3         | 45,7      | 60,4         | 24,7      | 39,7         | 12,3    |
| TOTAIS                   | 4.582.802    | 2.521.461 | 2.991.168    | 1.305.442 | 1.791.012    | 781.394 | 4.496.057    | 2.665.002 | 2.768.018    | 1.406.468 | 1.678.566    | 852.903 |

Fonte: Censo Demográfico - Brasil/1980, p. 4/6/124.



TABELA 2  
DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DOS ALUNOS E ALUNAS DE CADA UMA DAS  
4 PRIMEIRAS SÉRIES DO 1º GRAU, SEGUNDO A IDADE

continua

| IDADE         | MULHERES                                   |                  |                    |                  |                    |                  |                  |                  |
|---------------|--|------------------|--------------------|------------------|--------------------|------------------|------------------|------------------|
|               | SÉRIE DO 1º NÍVEL DO 1º GRAU QUE FREQUENTA |                  |                    |                  |                    |                  |                  |                  |
|               | PRIMEIRA                                   |                  | SEGUNDA            |                  | TERCEIRA           |                  | QUARTA           |                  |
|               | URBANA                                     | RURAL            | URBANA             | RURAL            | URBANA             | RURAL            | URBANA           | RURAL            |
| 6 anos        | 12,5                                       | 9,1              | -                  | -                | -                  | -                | -                | -                |
| 7 anos        | 34,2                                       | 21,3             | 7,7                | 4,2              | -                  | -                | -                | -                |
| 8 anos        | 21,7                                       | 19,7             | 26,9               | 13,8             | 6,1                | 3,0              | -                | -                |
| 9 anos        | 11,7                                       | 14,1             | 21,3               | 16,8             | 24,8               | 11,8             | 5,4              | 2,8              |
| 10 a 14       | 16,5                                       | 30,1             | 37,7               | 52,7             | 59,3               | 64,7             | 76,1             | 67,0             |
| mais de 14    | 3,4  | 5,7              | 6,3                | 12,5             | 9,8                | 20,4             | 18,5             | 30,2             |
| <b>TOTAL*</b> | 1.537.283<br>100,0                         | 704.214<br>100,0 | 1.214.441<br>100,0 | 518.547<br>100,0 | 1.108.016<br>100,0 | 434.678<br>100,0 | 998.147<br>100,0 | 310.332<br>100,0 |

Fonte: Censo Demográfico/1980 — Brasil

\* Inclui alunos que não declararam a idade.

TABELA 2 (continuação)

| IDADE      | HOMENS                                     |         |           |         |           |         |         |         |
|------------|--|---------|-----------|---------|-----------|---------|---------|---------|
|            | SÉRIE DO 1º NÍVEL DO 1º GRAU QUE FREQUENTA |         |           |         |           |         |         |         |
|            | PRIMEIRA                                   |         | SEGUNDA   |         | TERCEIRA  |         | QUARTA  |         |
|            | URBANA                                     | RURAL   | URBANA    | RURAL   | URBANA    | RURAL   | URBANA  | RURAL   |
| 6 anos     | 11,0                                       | 7,7     | -         | -       | -         | -       | -       | -       |
| 7 anos     | 31,9                                       | 19,0    | 6,5       | 3,5     | -         | -       | -       | -       |
| 8 anos     | 22,0                                       | 19,3    | 24,2      | 11,8    | 5,1       | 2,4     | -       | -       |
| 9 anos     | 12,8                                       | 14,3    | 20,9      | 16,1    | 22,2      | 10,3    | 4,5     | 2,1     |
| 10 a 14    | 19,2                                       | 33,3    | 42,1      | 55,4    | 62,4      | 67,1    | 76,3    | 68,5    |
| mais de 14 | 3,2  | 6,3     | 6,4       | 13,3    | 10,3      | 20,1    | 19,1    | 29,2    |
| TOTAL      | 1.671.998                                  | 783.538 | 1.247.637 | 526.087 | 1.112.196 | 407.821 | 962.395 | 284.999 |
|            | 100,0                                      | 100,0   | 100,0     | 100,0   | 100,0     | 100,0   | 100,0   | 100,0   |

Por outro lado, a literatura apresenta vários relatos discordantes da premissa de que a imaturidade biológica da adolescente acarreta riscos médicos especiais durante a gravidez.

À semelhança de Huffman (citado por Vigorito & Monteleone, 1984), Mussio (1962) afirma existir notável diferença entre meninos e meninas no que se refere ao desenvolvimento dos ossos pélvicos após a puberdade; nas meninas esse desenvolvimento ocorre com tal rapidez que a parte óssea do canal reprodutivo pode ser adequada à passagem de um bebê de termo em menos de um ano após a menarca, independentemente da idade cronológica. Mussio não encontrou incidência maior de desproporção céfalo-pélvica devido à imaturidade pélvica em sua limitada amostra de 15 gestantes com menos de 14 anos.

Castellanos et alii, em 1970 e Semmens, em 1968 (ambos citados por Valente et alii, 1977), chegaram a conclusões semelhantes, admitindo que, fisiologicamente, à medida que se aproxima do termo, a adolescente é tão capaz como qualquer outra paciente obstétrica. Reconhecem, entretanto, que a gestante adolescente merece atenção especial de uma equipe integrada por médicos, sociólogos e psicólogos.

Mathias et alii (1985b) realizaram um estudo comparativo de 557 gestantes de 9 a 19 anos, com a finalidade de estabelecer a faixa etária de maior risco reprodutivo. Foram constituídos dois grupos: grupo I, formado por 242 gestantes de 9 a 16 anos, e grupo II, com 315 gestantes de 17 a 19 anos. Como conclusão final dos resultados obtidos, os autores acharam que "as gestantes de 9 a 16 anos de idade alcançam no momento da gestação maturidade biológica e endócrina, sendo comparáveis às gestantes adultas" ao menos do ponto de vista médico. Note-se, no entanto, que das 242 gestantes de 9 a 16 anos, foram estudadas 137 com 16 anos, sendo as demais 105 agrupadas na larga faixa de 9 a 15 anos, sem menção ao contingente específico para cada idade.

O estudo de Siqueira et alii (1981), com 136 gestantes abaixo de 20 anos de idade, também se propôs inicialmente a confrontar dois subgrupos: gestantes de 16 anos e menos, e gestantes de 17 a 19 anos. Os autores não encontraram diferenças significativas entre os dois subgrupos. Optaram, então, por estudar as adolescentes num grupo único, comparando-as com um grupo controle, constituído por "gestantes sadias matriculadas no mesmo serviço". Conforme concluem, a incidência maior de prematuridade e baixo peso do recém-nascido veri

Rio Grande do Norte e 72 no Maranhão; 35 em São Paulo e 60 no Rio de Janeiro. Para o Brasil como um todo, embora a rede particular tenha um peso muito maior do que o que tinha no 1º grau, a rede pública continua responsável por uma parcela considerável da clientela\*.

São notórias as deficiências do ensino público, de um modo geral. Professores pouco incentivados por baixos salários, com formação muitas vezes precária, sobrecarregados por muitas aulas, classes superlotadas, etc., transformam a escola pública num cenário pouco propício à inovação curricular. Há, porém, duas considerações importantes a esse respeito. Primeiro, se a situação atual realmente não é muito animadora, não se pode aceitá-la como imutável, e simplesmente procurar acomodar-se a ela. É necessário arregimentar todos os argumentos possíveis para alterar a correlação de forças que assegura a manutenção do status quo. Assumir que é responsabilidade da escola dar aos jovens a educação sexual de que necessitam, e que não lhes é oferecida por outras fontes, pode ser um fator dinamizador das transformações pelas quais a rede pública precisa passar. Segundo, experiências isoladas em uma e outra escola já demonstraram a viabilidade de trabalho nessa área, a despeito de todas as carências de recursos materiais e humanos atualmente existentes. O que tem falta do é vontade política.

## 2.2. Qualidade dos Programas

A segunda questão diz respeito à natureza ou qualidade do conteúdo da educação sexual oferecida, e de seu impacto sobre a população a que se dirige. Um programa de educação sexual voltado apenas para as questões informativas e para os aspectos puramente biológicos da sexualidade certamente teria pequena probabilidade de êxito, pelos simples desinteresse do jovem. O que nos remete ao ponto seguinte: qual o tipo de educação sexual, tanto do ponto de vista de seu conteúdo quanto de seu método, que se desejaria ver implantado?

Segundo Bernardi (1985), os programas de educação sexual, em geral, visam dessexualizar o indivíduo, percorrendo dois caminhos: o da informação biológica e o da transmissão de regras e preceitos mo

---

\* A este respeito, ver Sinopses Estatísticas da Educação Básica, 1981, 82, 83.

rais sobre o que é lícito ou certo. No primeiro deles, a educação sexual acaba sendo extraordinariamente semelhante a uma lição de botânica, dada a grande quantidade de minúcias sobre o aparelho reprodutor, o processo de fecundação, etc... Mas, a despeito de todo o esforço educativo, "o aluno sabe que não é um animal e muito menos uma flor" (p. 16). A segunda operação educativa consiste em transmitir uma grande quantidade de regras que procuram encerrar a sexualidade nos limites da procriação ou "transferi-la para bem longe da esfera da realidade, mediante idealizações sentimentais" (p. 17).

Há várias formas de educação "anti-sexual": o silêncio, a repressão e a redução do sexo a seus aspectos puramente biológicos são as mais comuns. Mas a forma mais sutil é aquela que se esconde sob uma aparente vanguarda da chamada "revolução sexual", que reduz o sexo a um objeto de consumo e a atividade sexual a uma maratona, transformando os amantes em "operários do sexo" (Barroso, 1979).

Em qualquer um desses casos, esvazia-se da educação sexual o conteúdo do amor-prazer, esquece-se que a substância da sexualidade é o desejo e retira-se dela a imaginação, a invenção, a ternura e o afeto. Os efeitos são diversos: medo e vergonha em alguns casos; esvaziamento e tédio em outras; frustração, alienação e desinteresse dos jovens, sempre.

Alguns dos programas discutidos incorrem nesses erros. O caso da educação sexual oferecida por escolas católicas parece ser o exemplo mais flagrante de "deseducação sexual" ou de educação "anti-sexual", através da idealização do sexo e da repressão baseada no moralismo religioso. Na rede oficial de ensino, as experiências são cautelosas e se propõem a ultrapassar os limites da mera informação. Entretanto, a longa distância entre a equipe central que planeja o programa e a realidade concreta de cada escola pode introduzir alterações substanciais no conteúdo do programa. Nada impede que falsos moralismos, atitudes repressivas, biologismo excessivo, etc... estejam presentes em um ou outro programa, já que este acaba sendo conduzido por um educador, com suas próprias atitudes em relação à sexualidade. Contudo, os sucessivos treinamentos e a avaliação constante por parte dos orientadores do projeto sugerem possibilidades de se contornar esses entraves.

Em suma, o que vale a pena introduzir na escola é um certo tipo de educação sexual, voltado para o livre debate de atitudes e de valores, muito diferente de uma aula de biologia, de uma lição de moral ou de uma competição para ver quem tem o melhor orgasmo. Conteúdo e método devem andar juntos, pois o debate em grupo pode dar ao jovem a oportunidade de saber o que seus colegas pensam, criando um espaço para que todos se posicionem sem pre-conceitos.

### 2.3. Eficácia dos Programas

A terceira questão a ser levantada diz respeito à real eficácia de qualquer programa de orientação sexual, no sentido de diminuir a ocorrência do indesejado fenômeno da gravidez precoce.

O problema da contracepção não está ligado apenas à desinformação ou à falta de acesso aos meios concretos para planejar a natalidade, mas também, e talvez principalmente, a questões de valores e atitudes relativos ao processo de reprodução.

Quando se fala em gravidez de adolescente, é fundamental considerar que os valores que orientam as atitudes dos jovens diferem consideravelmente dos das camadas adultas. Muitos programas de educação sexual em escolas americanas estão, por isso, preocupados em tentar ultrapassar a defasagem de gerações, que provoca a displicência do adolescente e o descaso em relação aos conselhos e avisos dos adultos.

Pesquisas norte-americanas afirmam que os jovens praticam o sexo cada vez mais e mais cedo, porque sua maturidade sexual ocorre mais precocemente. Além disso, eles têm relações sexuais por causa da solidão e devido às pressões de seu próprio grupo. Mas por que engravidam tanto<sup>5</sup>, naquela sociedade tão desenvolvida? Surpreendentemente, 25% dos jovens sexualmente ativos nunca usaram anticoncepcionais, enquanto 44% deles usam-nos apenas esporadicamente. Que motivos explicariam tal atitude? Em primeiro lugar o adolescente temeria que os pais descobrissem a utilização de anticoncepcionais: além dis

---

<sup>5</sup> Nos E.U.A. cerca de 1 milhão de jovens de menos de 20 anos engravidam por ano (Scharf, s.d.).

so, teria vergonha de assumir a atitude de comprar o . anticoncepcio-  
nal na loja ou farmácia. Muitos jovens, por outro lado, acreditam er-  
radamente que a pílula é o único anticoncepcional disponível, e temem  
seus efeitos colaterais. A causa contundente apontada, porém, é a  
crença de que a prática do sexo planejado é errada e pode  
ser castigada. "O sexo não planejado — que é o resultado de um im-  
pulso natural incontrolável — é descupável, se não moralmente acei-  
tável. Uma jovem que carrega um diafragma ou toma pílula está plane-  
jando o ato sexual, o que a torna moralmente condenável" (Scharf,  
s.d.).

Talvez estejamos ainda longe de um bom programa de educa-  
ção sexual que aprofundaria, juntamente com o próprio jovem, a análi-  
se da contradição entre praticar o sexo e achar que planejá-lo é mo-  
ralmente condenável. Por outro lado, o melhor e mais abrangente pro-  
grama de educação sexual talvez não elimine as taxas de gravidez na  
adolescência. Um programa voltado para o livre e franco debate de va-  
lores e de atitudes, no qual as informações, transmitidas sem qual-  
quer moralismo, sejam aquelas solicitadas pelos próprios jovens, te-  
rá muito mais probabilidade de obter o seu compromisso e, com isso,  
algum sucesso. De qualquer modo, os riscos de não se ser bem sucedi-  
do não devem se transformar em obstáculos intransponíveis que invia-  
bilizem a adoção dos programas. Sempre é bom lembrar que "como a ex-  
periência brasileira é ainda muito limitada, a definição da educa-  
ção sexual que nos convém será, de certa forma, um caminho que se  
faz ao andar" (Barroso, 1979).

Por outro lado, as condições ideais de realização de bons  
programas de educação sexual, com orientadores motivados e prepara-  
dos, assistência de especialistas e recursos materiais necessá-  
rios, dificilmente se reproduzirão em toda a rede escolar, sobretudo  
a rede pública, carente de recursos em todos os níveis. Essa carên-  
cia e seus determinantes, porém, é que devem ser combatidos, e não al-  
gumas de suas conseqüências.

Se não caminharmos passo a passo, com os poucos recursos  
disponíveis, ficaremos eternamente presos às amarras do difícil, do  
impossível e do não-prioritário. Se acreditamos que na escola pode  
haver um espaço propício à transformação, por que negar a ela a  
função do questionamento das normas e dos valores relativos à se-  
xualidade? Por outro lado, a atribuição de novas funções à escola tal

vez possa funcionar como elemento auxiliar na mobilização pela mudança da atual situação. Milhares de inscrições nos três sucessivos congressos de educação sexual parecem indicar um interesse e um potencial de atuação muito grandes (Barroso e Bruschini, 1982). Em conversas informais com profissionais da rede oficial de ensino, soube-se que, nos cursos noturnos nos quais a educação sexual foi introduzida, a presença dos alunos tem aumentado sensivelmente. São apenas alguns indícios, mas revelam que a educação sexual pode exercer importante força motivadora, tanto sobre o educador quanto sobre o educando, sem alijar do processo suas famílias.



### **3. A GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA NA PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

Regina Pahim Pinto  
Célia Marinho de Azevedo



A gravidez na adolescência tem mobilizado a atenção dos profissionais da área de saúde, estimulando uma série de iniciativas no setor. Assim, além de inúmeros estudos a respeito, surgem equipes multidisciplinares voltadas para o atendimento não só de adolescentes grávidas, mas também dessa faixa etária, até então uma terra de ninguém do ponto de vista da assistência médica.

Além desses serviços especialmente criados para atender adolescentes, eles podem ainda encontrar assistência nos estabelecimentos de saúde destinados à população em geral. Neste caso, dependendo da organização e tipo de infra-estrutura oferecidos, o atendimento pode vir a suscitar uma reflexão por parte de seus encarregados. Alguns dos trabalhos que tratam de questões relacionadas à saúde do adolescente tiveram origem nesses serviços.

## 1. O Atendimento dos Serviços de Saúde

O presente levantamento de grupos, pessoas e instituições na área da saúde que realizam algum tipo de atendimento ao adolescente, principalmente à adolescente gestante, limitou-se às cidades de São Paulo, Recife e Salvador; embora não exaustivo, certamente cobriu a maior parte dos serviços existentes, ou pelo menos os mais importantes.

Os grupos destinados ao atendimento da adolescente, e especialmente da adolescente gestante, são formados por equipes multidisciplinares que, salvo pequenas variações, compõem-se de psicólogo, assistente social, enfermeira e médico<sup>1</sup>. Excepcionalmente contam com nutricionista e fisioterapeuta. Algumas vezes, numa primeira etapa, o trabalho de atendimento é realizado isoladamente pelos profissionais,

<sup>1</sup> A especialidade desse médico varia. Pode ser um psiquiatra, um obstetra ou ambos, dependendo da equipe e do serviço que ela realiza. Nas equipes destinadas ao atendimento de adolescentes, em geral existe um pediatra.

sem que constituam propriamente uma equipe, que pode vir a se estruturar posteriormente. A formação de equipes destinadas especialmente a assistir às adolescentes gestantes tem ocorrido em virtude da constatação do aumento da incidência de gravidez nessa faixa etária, ou mesmo de um grande número de casos nos locais em que o grupo atua, em geral hospitais-maternidade.

Os grupos possuem existência variável: o mais antigo funciona há onze anos (Serviço de Adolescentes do Instituto da Criança<sup>2</sup>) e o mais recente, há menos de dois anos (Serviço de Adolescentes do Hospital do Servidor Público Estadual). Todos estão em atividade, com exceção de um deles, posteriormente desativado quando o hospital em que funcionava passou para o INAMPS.

O atendimento apresenta também periodicidade e frequência variáveis. Há casos em que a paciente comparece a reuniões em dias pré-determinados, e outros em que a frequência é determinada em função da sua problemática.

A população-alvo normalmente é de baixa renda. A faixa etária privilegiada para esse atendimento varia: em alguns casos vai até 16 anos de idade e noutros até 19 anos de idade. As adolescentes gestantes fazem parte da clientela hospitalar, mas, devido à idade, são estimuladas ou enviadas para o serviço que cuida especificamente da sua faixa etária. Algumas vezes, paralelamente ao atendimento clínico e obstétrico que recebem no hospital, são também assistidas pela equipe encarregada das adolescentes grávidas. Outras vezes, dentro do próprio setor de obstetrícia há um serviço específico destinado a essas gestantes. Uma das equipes desenvolve um trabalho ativo de agenciamento de jovens dentro do hospital, pois, a despeito da orientação para que isso ocorra no momento da recepção, as coisas nem sempre se passam dessa maneira. Houve uma época, inclusive, em que esse agenciamento era efetuado na própria residência das pacientes, cujos endereços eram obtidos no fichário do hospital. Hoje, isso não acontece mais, devido à escassez de pessoal e de viaturas para realizar o trabalho.

---

<sup>2</sup> O serviço de adolescentes do Instituto da Criança funcionava antes de 1976 na Clínica Pediátrica do Hospital das Clínicas.

Encontramos casos também, em que o serviço de ginecologia e obstetrícia do hospital se integra, através de determinados médicos, à equipe que cuida dessa faixa etária. Assim, as adolescentes encaminhadas para a ginecologia e obstetrícia podem receber acompanhamento específico, de acordo com a filosofia que orienta o grupo multidisciplinar.

Os grupos que atuam com adolescentes grávidas procuram adotar uma postura bastante neutra em relação à questão. Observa-se um empenho em compreender essas jovens, e em evitar julgamentos sobre o seu comportamento. Uma vez constatado o fato, a sua ação se volta para minorar as conseqüências negativas do fenômeno e tornar o evento o menos problemático possível para a mãe, o bebê e a família.

Não se nota, entretanto, nesses grupos, uma ação ou reflexão sobre o problema num sentido mais amplo. Embora reconhecendo a complexidade e a amplitude da questão, principalmente do ponto de vista social, esses grupos pouco podem fazer nesse sentido, e nem é esta a sua proposta. Por isso, a ação volta-se para as dificuldades enfrentadas pelas pacientes, procurando quando muito tentar evitar uma reincidência em vista da situação dessas jovens. A maioria é solteira, não têm situação econômica estável, sendo-lhes praticamente impossível arcar com o sustento do filho. Além disso, as que frequentam escolas têm sua educação prejudicada pela necessidade de abandonar os estudos. Esses fatos se agravam ainda, porque se somam à própria instabilidade econômica das famílias, bem como aos problemas e preconceitos que têm de enfrentar no grupo familiar e social, que em geral rejeitam a gravidez.

Desse modo, os objetivos a serem alcançados têm caráter mais imediato. Além dos cuidados clínicos específicos a uma gravidez considerada de alto risco<sup>3</sup>, pelos problemas psicológicos e

---

<sup>3</sup> Nem sempre se emprega a expressão "alto risco". Muitos se referem a uma gravidez mais problemática, em função das dificuldades que em geral a acompanha. A questão da gravidez denominada de alto risco será discutida com maiores detalhes no capítulo 4. Cabe entretanto registrar aqui uma constatação que pode interessar a este debate. A partir dos dados levantados em ampla pesquisa realizada pela Maternidade Escola de Vila Nova Cachoeirinha, relativa a 9.397 partos consecutivos ocorridos no período de 1º de novembro de 1980 a 31 de dezembro de 1982, percebe-se que entre gestantes de 16 a 19 anos e 20 a 24 anos não existem grandes diferenças quanto à taxa de mortalidade fetal e neo-fetal precoce — taxa esta comumente utilizada para se analisar a questão da gravi-

sociais que a acompanham, quase sempre há a orientação de se proporcionar um acompanhamento personalizado durante o pré-natal e, na medida do possível, até o parto. Do ponto de vista psicológico, o objetivo é trabalhar a questão da gravidez em função da fase da adolescência; fazer a jovem tomar consciência da maternidade, do próprio corpo, enfim, das alterações emocionais que acompanham qualquer gravidez, exacerbadas, no caso, pela situação etária e social.

Ao lado dos objetivos ligados especificamente à gestação e ao preparo para o parto, alguns grupos realizam um trabalho sobre a questão da sexualidade propriamente dita, buscando esclarecer a adolescente a respeito da associação entre vida sexual e capacidade reprodutiva, gravidez, métodos contraceptivos, noções sobre fisiologia masculina e feminina, menstruação e transformações corporais na fase da puberdade.

Muitos desses grupos atuam também junto às famílias e companheiros. Em relação às famílias, algumas vezes esse trabalho é estruturado. Há horário previsto para atendimento, o que não significa necessariamente uma frequência regular. Outras equipes procuram apenas envolver os familiares no problema, sendo que, em um deles, a tentativa de se trabalhar mais intensamente com as mães das adolescentes, através da formação de grupo, não teve continuidade.

Em relação aos pais dos bebês, ou companheiros das adolescentes, o trabalho já é mais esporádico, pois esses rapazes quase sempre permanecem à margem do processo. O contato em geral é indireto, através das pacientes.

Os serviços oferecidos raramente cobrem todas as necessidades da adolescente. Desse modo, muitas vezes ela é encaminhada para outros setores com os quais a equipe nem sempre está entrosada. Há também casos em que a equipe, embora reconhecida dentro do hospital, não consegue realizar um trabalho perfeitamente integrado, principalmente com os profissionais da área de ginecologia e obstetrícia, que fazem o acompanhamento clínico da paciente no pré-natal e parto.

---

dez de alto risco. Entre 1.731 mulheres de 16 a 19 anos de idade, houve 58 óbitos fetais e neonatais, o que significa uma taxa de 33,5. Já entre 2.942 mulheres de 20 a 24 anos, ocorreram 91 óbitos, sendo a taxa de 30,9. Quanto às meninas de 15 anos ou menos, os dados são significativos: houve apenas um óbito entre 64 gestantes (15,6) (Diagnóstico, 1984).

## 2. A Adolescente Grávida

A caracterização do adolescente enquanto indivíduo totalmente dependente e que vivencia um momento de transição para um estado de relativa independência constitui um dos itens definidores da adolescência, formulados pela Organização Mundial de Saúde - OMS. Além desse aspecto social, outros dois itens caracterizam a adolescência como um período de desenvolvimento biológico (o indivíduo evolui para a completa maturação sexual) e psicológico (os processos psicológicos e as linhas de identificação evoluem da criança para o adulto). Contudo, a adoção desses critérios não diminui as dificuldades em se delimitar uma faixa etária para a adolescência. Por isso, além de propor que esse período se estendesse dos 10 aos 19 anos de idade, os especialistas da OMS, reunidos em 1965, defenderam a necessidade de dividi-lo em dois subperíodos: 10 a 14 anos e 15 a 19, procurando designar grupos mais homogêneos (Vigorito & Monteleone, 1984).

A proposta da OMS tem sido convencionalmente aceita pelos profissionais envolvidos no atendimento à adolescente grávida. Entretanto, os esforços desses profissionais estão mais voltados para o atendimento daquelas que se encontram no primeiro sub-grupo, ampliando até 16 ou 17 anos. Assim, embora aceite a faixa proposta pela OMS, a médica Maria Lucia Monteleone adota, como chefe do ambulatório de adolescentes da Escola Paulista de Medicina, o limite de 16 anos. O Hospital de Vila Nova Cachoeirinha também adota o mesmo critério no atendimento às adolescentes gestantes.

Em outro serviço, a delimitação do atendimento à idade máxima de 17 anos deixou entrever uma questão bem prática: a falta de recursos. Membros da equipe multidisciplinar do Serviço de Obstetrícia para adolescentes do Hospital das Clínicas revelaram que um dos critérios para essa delimitação foram as verbas reduzidas. Assim, ao fazer um corte na idade, corta-se o número de pessoas a serem atendidas. Mas além disso, podem contar também alguns aspectos menos objetivos, como a pouca maturação psicológica das jovens de até 17 anos. Segundo um dos profissionais dessa equipe, as meninas de 18 e 19 anos já têm suas vidas traçadas,

enquanto as jovens de 17 anos ainda estão em uma fase de busca, de incertezas.

A gravidez da adolescente solteira é mais visível do ponto de vista cultural que a da jovem que se casa muito cedo. Embora as estatísticas mostrem que a grande maioria das mães de menos de 19 anos são casadas<sup>4</sup>, os profissionais de saúde afirmam que grande parte das adolescentes que engravidam vivem ainda na dependência dos pais ou parentes e não têm planos de próximo casamento. Para o Dr. Vitiello, presidente do Instituto de Assistência Médica e Psicossocial à Adolescência — IAMPA, o problema é recente, produto das transformações de costumes ocorridos nos últimos 30 anos. Anteriormente, os padrões morais eram bem mais rígidos e condenavam irremediavelmente as mulheres que iniciavam vida sexual ativa antes do casamento. Mas, a partir dos anos 60, vários movimentos contestaram tudo o que imperava até então em termos de valores absolutos. A virgindade, encarada como uma espécie de estado natural (e obrigatório) da mulher não casada, passou a ser considerada como tabu a ser derrubado. Em seu lugar, afirma Vitiello, temos agora "o tabu da não virgindade". Assim "as adolescentes, até então pressionadas pela moral social a chegarem virgens ao matrimônio, viram-se estimuladas a ter vida sexual ativa mais precocemente. Os meios de comunicação, que passaram a utilizar mensagens eróticas como veículos de publicidade dos mais diversos produtos, começaram a divulgar, implícita ou explicitamente, a imagem da jovem liberada como sendo aquela que faz sexo quando e com quem quiser" (Vitiello et alii, 1983, p. 248).

Desse modo, entre as mudanças comportamentais ocorridas nas últimas décadas, Vitiello aponta a que envolveu os padrões da atividade sexual como a de maiores repercussões sociais. Ao rebelar-se contra o mundo, os jovens agarram-se àquilo que mais poderia chocar o moralismo vigente — o relacionamento pré-matrimonial. E mediante esse relacionamento, tomado como forma de auto-afirmação, procuram liberar-se da tutela paterna.

---

<sup>4</sup> Conforme dados contidos na Apresentação deste trabalho.



Outro aspecto social pesaria também sobre esta maior possibilidade de relacionamento pré-matrimonial. Trata-se, na opinião desse médico, da própria tendência de tornar-se cada vez mais elevada a idade do casamento. Segundo ele, "a sociedade atual exige uma especialização profissional geralmente longa, levando os jovens de ambos os sexos a uma formação escolar prolongada, antes que possam ter condições mínimas para a necessária independência financeira". Juntando-se isso às mudanças de costumes dos últimos anos, temos que "a expectativa de um prolongado período de namoro induz os jovens e não aguardarem o matrimônio" (Vitiello et alii, 1983, p. 248).

Esta argumentação é sem dúvida de grande interesse, uma vez que transcende os limites estritamente médicos para focalizar a questão do ângulo sócio-cultural. Entretanto, é significativo que seus argumentos não incorporem outras possibilidades, como a de se buscar prazer simplesmente pelo prazer, independentemente de explicações lógico-causais (mudança de costumes, quebra de tabus - pressão social sobre os jovens, rebelião contra os pais).

Cabe ainda assinalar que a atividade sexual livre é vista aqui sempre como relacionamento pré-matrimonial. Ou seja, o sexo livre é funcional, ou porque responde a pressões sociais, ou porque a formação escolar (e profissional) tornou-se mais prolongada e, portanto, maior o período de dependência dos jovens em relação aos pais. Mas, no final, há sempre o matrimônio a reluzir como projeto de vida, não importa quantas mudanças sócio-culturais tenham sido vivenciadas por esses adolescentes. Há mesmo?

## 2.1. Por que cresce a incidência de gravidez em adolescentes?

O fato de os adolescentes aderirem às relações sexuais livres, independentemente da instituição matrimonial e mesmo de compromissos mais sérios, como o noivado, não significa que eles disponham de maior carga de informações a respeito da atividade sexual e suas implicações. A maioria dos profissionais apontou para o fator "desinformação", na tenta-

tiva de explicar porque as adolescentes engravidam tão facilmente e em tão grande número. Profissionais do Hospital das Clínicas atribuem a gravidez de suas pacientes à pouca informação e capacidade de discernimento. Em geral, oriundas de famílias carentes e desestruturadas, essas meninas encontram afeto no namorado e, pressionadas, tanto por este como pelas amigas, acabam mantendo relações sexuais, sem se darem conta das possíveis conseqüências. Muitas acreditam mesmo que não correm o risco de engravidar e, quando isso acontece, demoram para encarar a realidade, de acordo com relato dos participantes da equipe multidisciplinar da Maternidade de Vila Nova Cachoeirinha.

Essas considerações, porém, devem ser tomadas com ressalvas. Embora se possa pensar que entre famílias pobres a desinformação quanto aos métodos contraceptivos seja considerável, não se pode estabelecer relação causal entre famílias "desorganizadas" — isto é, que não se encaixam no modelo nuclear formal — e capacidade menor de afeto.

Por outro lado, a mesma questão assinalada acima evidencia-se aqui: a adolescente teria relações sexuais em resposta a pressões dos outros, nunca por vontade própria. Ou seja, a sexualidade livre acaba sendo pensada como um ato mal-feito, ou um desvio dos trilhos matrimoniais.

Não se quer com isso negar a existência de um alto nível de desinformação entre adolescentes. O caso de uma menina de 14 anos atendida pelo Serviço de Ginecologia Infanto-Puberal da Secretaria Municipal de Educação ilustra esse desconhecimento. Ela chegou ao consultório da Dra. Silvana Patolli, na clínica então mantida por aquele serviço, acompanhada por uma orientadora educacional. Esta acreditava que a menina estivesse com algum tumor na barriga, uma vez que estava crescida demais. Mas o tumor era na verdade um bebê, que nasceu 15 dias depois. Para todos foi uma surpresa; ao que parece, nem a menina suspeitava que estivesse grávida. A todas as perguntas ela apenas respondia que tinha um namorado, mas que não fizera nada com ele.

Até que ponto se pode afirmar com certeza que essa menina realmente não suspeitava de nada? Ou será que suas negativas en-

fáticas não constituíam forma de se proteger contra recriminações e de resguardar sua própria intimidade?

De fato, mais estranho é a orientadora educacional não ter percebido a gravidez. Quanto à menina, impressiona seu isolamento, perceptível nesses longos meses de uma gestação não mencionada, ignorada por seus familiares, colegas e professores e, quem sabe, por ela mesmo e o namorado.

Assim, por trás do fator "desinformação" assomam a solidão e o alheamento em relação ao próprio corpo. Mais do que desinformadas, as adolescentes parecem muito sozinhas, seja porque não têm diálogo com os pais, seja porque simplesmente não têm com quem falar. A Dra. Maria Inês Saito, do Serviço de Adolescentes do Instituto da Criança, chama a atenção para esse aspecto da solidão e da falta de afeto, já explicitado acima pelos entrevistados do H.C. Para ela, o adolescente é em geral muito sozinho, estabelecendo vínculos mais fortes apenas no momento do namoro. A desinformação, e sobretudo esse estado de solidão, expressa também o desconhecimento do próprio corpo que, principalmente no caso das meninas, acarreta graves consequências.

Mas a desinformação nada mais é do que um sintoma de um mal maior que perpassa de maneira invisível as vidas de milhares de adolescentes. Não obstante as transformações culturais das últimas décadas, os preconceitos em relação a tudo que diz respeito, direta ou indiretamente, à sexualidade continuam tão arraigados como antes. Hoje, assistimos propagandas de absorventes íntimos na televisão, mas quantas adolescentes puderam passar pela experiência da menarca sem traumas?

A julgar pelas pesquisas e relatos de profissionais de saúde, a surpresa, seguida de desgosto e medo em relação à menarca, continua tão grande quanto o foi para as gerações passadas.

Em trabalho datado de 1980, na Casa Maternal e da Infância (INAMPS-SP), junto a 66 adolescentes com idades entre 14 a 17 anos, Aldrovandi et alii (1980) constataram que 24 das entrevistadas (36,3%) haviam chegado à menarca sem nenhum conhecimento a respeito, sendo que 11 delas (16,6%) não procuraram explicação posterior para o ocorrido. Uma chegou mesmo a ocultar sua mens

truação por um ano. Quanto àquelas — 42 (63,6%) — que tiveram alguma informação prévia junto à mãe ou outros membros da família, a ocorrência da menarca não deixou de ser traumática, a julgar pelas noções simplistas ou deturpadas do tipo: "faz parte do desenvolvimento", "é mensal", "é necessária", "é algo ruim", "dá doença como tuberculose", "sobe à cabeça quando não desce".

A desinformação, ou o que pode muito bem ser encarado como o seu correlato, o alheamento em relação ao corpo, persiste mesmo depois de ocorrer a menarca. Na época da realização desse trabalho, na Casa Maternal e da Infância, essas pacientes já menstruavam há dois anos. No entanto, 47 meninas (71,2%), ou seja, a grande maioria, ainda não sabia do que se tratava, explicando a menstruação de forma vaga e fantasiosa.

Em decorrência desse estado de solidão, as transformações do corpo advindas com a menarca surpreendem e atemorizam, tornando difícil o emprego correto de métodos contraceptivos ou mesmo a aquisição deles. Convém lembrar aqui que os fundamentos dessa solidão podem ser detectados no fato de que a mesma sociedade que estimula o sexo impede os jovens de assumirem a sexualidade, em especial as mulheres, cuja virgindade continua sendo tratada como um talismã a lhes conferir valor, por muito que se diga que isto já não é tabu. Este estímulo à sexualidade, conjugado com atitudes repressivas e estigmatizantes, pode produzir um profundo sentimento de culpa na adolescente e também a incapacidade de se assumir como sexualmente ativa, bloqueando em termos subjetivos o acesso a contraceptivos.

Em relação à gravidez não planejada entre adolescentes, a Dra. Silvana Patolli apontou ainda para um problema de ordem sócio-estrutural que tem se aprofundado cada vez mais nos últimos anos: a miséria. Com base em sua experiência anterior, como ginecologista infanto-juvenil na Fundação de Amparo à Infância de Santo André — FAISA, ela acredita que a incidência de gravidez na adolescência esteja crescendo não só em razão de as meninas estarem se relacionando sexualmente cada vez mais cedo, como também em decorrência do crescimento da miséria, que engendra situações promíscuas. Atendendo a uma média de 40 pacientes por dia, de 0 a 16 anos de idade, enviados pelos postos de saúde da região, a médica depara-se com grande número de crianças, muitas delas ainda de colo, acometidas de

doenças venéreas por contato sexual, como gonorréia, sífilis e con  
diloma. Um dos casos mais surpreendentes registrados por ela foi o  
de uma menina de quatro anos cuja mãe contou que toda vez que chega  
va do serviço surpreendia o marido sobre a criança. Com o tempo, a  
Dra. Silvana foi ouvindo outras histórias, todas elas semelhantes.  
Algumas vezes as mães se revoltavam e atendiam ao conselho de procu  
rar uma delegacia. Mas outras, "não sei se com medo de apanhar, mor  
rer ou mesmo perder o homem", nada faziam.

Há ainda um aspecto fisiológico que tem sido comumente lem  
brado pelos estudos relativos ao aumento da incidência de gravid  
ez em adolescentes. Trata-se do amadurecimento sexual mais precoce ob  
servado em diversas partes do mundo. Reportando-se a Parkes, Vitiello  
lembra que a idade média da menarca tem diminuído cerca de dez  
meses a cada geração, sendo que, em 1845, metade das mulheres mens-  
truavam apenas a partir dos 15 anos. Em relação ao Brasil, ele cita  
um estudo comparativo da idade da menarca em jovens de várias clas  
ses sócio-econômicas com aquelas das suas mães, observando uma níti  
da tendência de antecipação nas classes mais abatadas. Esse aspecto  
fisiológico parece ter raízes sociais, uma vez que provavelmente es  
tá ligado a melhorias nutricionais e estímulos emocionais (Vitiello  
et alii, 1983).

Conforme vimos anteriormente, o início das relações sexuais  
é percebido por alguns profissionais como expressão de um desejo de  
afirmação, de contraposição à família. Para a Dra. Conceição Sagre,  
da Maternidade de Vila Nova Cachoeirinha, a própria gravidez pode  
constituir-se num instrumento para chamar a atenção e obrigar ao  
casamento. De acordo com a Dra. Inês Saito, do Serviço de Adoles  
centes do Instituto da Criança, "a gravidez passa a ser um meio para  
estas meninas", pois "muitas delas ficam grávidas para casar". E  
acrescenta: "elas querem estar grávidas até o momento do casamento;  
a partir do momento em que se casam não querem mais". Para esta médi  
ca, esse mesmo desejo de engravidar para casar também se evidencia  
no companheiro. O objetivo de um e outro seria o de viverem juntos,  
e assim que o alcançam perdem a vontade de ter um filho. Há aqui  
sem dúvida um aspecto a ser investigado: as condições para se ini  
ciar a vida a dois estariam tão difíceis a ponto de o casal, cons  
ciente ou inconscientemente, facilitar a gravidez, obrigando a famí  
lia a se mobilizar para ajudá-los a constituir um lar?

## 2.2. A contracepção

A maioria dos estudiosos alerta para a necessidade de maiores cuidados com a contracepção. Segundo eles, os jovens devem ser informados sobre as conseqüências da atividade sexual e sobre as maneiras de se evitar a gravidez.

Desse modo, de maneira direta ou indireta, a contracepção vem recebendo atenção por parte daqueles que se preocupam com os problemas da adolescência e, particularmente, da gravidez na adolescência. Assim é que, nos grupos que atuam com essa faixa etária, essa questão está quase sempre presente. Naqueles que atendem às mães adolescentes, juntamente com um trabalho de apoio e preparação para o parto, há sempre a preocupação de discutir métodos contraceptivos. Algumas vezes, essa orientação é oferecida à parte, podendo também ocorrer após o parto, em serviços de orientação ou planejamento familiar. Esses serviços normalmente estendem-se também aos parceiros dessas jovens.

De um modo geral, tanto as equipes que vêm lidando com o adolescente, como os autores que estudam o assunto, têm afirmado que há grande ignorância em relação à contracepção, seja quanto aos métodos existentes, ou quanto à maneira de usá-los (Batista et alii, 1983; Cabral et alii, s.d.; Vitiello et alii, 1983). Segundo relato de Vitiello et alii, 1984: "Encontramos adolescentes que tomavam com primidos anticoncepcionais apenas nos dias em que mantinham relações. Ouvimos referências a métodos esdrúxulos, como por exemplo, a prática de relações após inserção de um absorvente menstrual vaginal, na certeza de que isso impediria a concepção".

Essas dificuldades aumentam entre os adolescentes das classes menos favorecidas, seja por não terem acesso fácil às informações sobre anticoncepcionais, seja por não poderem adquiri-los. A maioria dos trabalhos consultados focalizaram populações de baixo nível sócio-econômico. No entanto, entre as jovens de classes mais favorecidas, a situação pode ser outra. Segundo médicos que integram a equipe multidisciplinar do Hospital do Servidor Público do Estado, que atende a uma população da classe média, com certo nível de escolaridade, os jovens estão geralmente muito bem informados a respeito dos métodos contra

ceptivos. Porém, as opiniões não convergem. Numa amostra de pacientes de clínica particular da cidade de São Paulo, constatou-se que moças de nível sócio-econômico elevado não sabem usar corretamente os anticoncepcionais (Vitiello, 1985).

Entretanto, os trabalhos e análises sobre esse problema permitem perceber que a contracepção nessa faixa etária extrapola a dimensão informação/desinformação. Muitos se referem à ausência de uso de anticoncepcionais e não ao seu desconhecimento: "A grande maioria (26) sabia da existência de métodos para evitar filhos, mas ao mesmo tempo 21 das grávidas adolescentes não faziam uso de métodos contraceptivos" (Lopes et alii, s.d.) "Das 122 pacientes entrevistadas apenas nove revelaram total desconhecimento do assunto. As demais conheciam pelo menos uma maneira de se proteger de uma gravidez e muitas tinham um razoável conhecimento das possibilidades contraceptivas disponíveis" (Silva et alii, 1980).

A despeito dessas constatações, são poucos os autores que exploram mais profundamente a questão, que tanto pode significar dificuldade na prática da contracepção, em função da faixa etária do adolescente, como também uma dimensão mais profunda do seu modo de ser, conhecido apenas superficialmente. Esses aspectos precisam ser melhor equacionados, sem o que corremos o risco de propor serviços, senão inócuos, pelo menos de pouco impacto nessa população.

Não é fácil, para o jovem, beneficiar-se dos serviços de orientação contraceptiva, pois isso seria uma confissão implícita de vida sexual ativa. Por outro lado, é difícil ou mesmo impossível adotar certos métodos mais dispendiosos, uma vez que, em geral, depende financeiramente dos pais.

Aliadas a esses fatores, as características hormonais peculiares a essa faixa etária dificultam ou constituem contra-indicação para o uso de determinados métodos. Por isso, muitos médicos de saconselham os métodos hormonais, tendo em vista a imaturidade do eixo hipotálamo-hipofisário ovariano, ou ainda o não fechamento das cartilagens epifisárias de crescimento. Também, as irregularidades menstruais, comuns em adolescentes, tornam menos eficiente o uso de técnicas de abstenção periódica.

Vitiello (1984) argumenta que a prática da anticoncepção ainda é dificultada pela própria instabilidade emocional, característica comum nos adolescentes, e que os leva à adoção e abandono de métodos com relativa facilidade, à troca constante de parceiros, bem como à ausência de uma vida sexual regular.

Autores de orientação psicanalítica vêem na gravidez de adolescentes a tentativa de substituição de vínculos simbólicos (Casorla, 1983). Assim, nem sempre seria através da racionalidade que o adolescente elaboraria essas questões. Essa dimensão pouco racional afloraria, ainda, na recusa do adolescente em usar métodos que requerem disciplina; são considerados como românticos.

A questão da gravidez, e conseqüentemente da contracepção, também tem sido analisada sob a ótica da psicologia da sexualidade na adolescência, que nessa fase é de caráter experimental, como parte da busca da própria identidade.

Se bem que essas abordagens estejam sugeridas nos trabalhos consultados, mereceriam ser mais exploradas junto aos próprios adolescentes, para se poder dimensionar melhor a questão da sexualidade, gravidez e contracepção nessa faixa etária.

A despeito de todos esses problemas, cabe ao profissional de saúde orientar as pacientes quanto aos métodos mais adequados. Apesar da discordância quanto à algumas contra-indicações de determinados métodos para as adolescentes, pelo que se depreende das colocações dos especialistas não há um anticoncepcional específico para essa faixa etária. O anticoncepcional deve ser escolhido em função das características dos parceiros, tipo de vida, condições de saúde, grau de desenvolvimento, idade, pois todos eles apresentam inconvenientes. Nesse trabalho de orientação, muitas vezes o médico enfrenta um dilema delicado: fornecer orientação sobre métodos contraceptivos a jovens que o procuram sem o conhecimento dos pais, ou recusar-se a fazê-lo, omitindo-se perante o problema da paciente?

Poucos são os autores que se preocupam com a contracepção de adolescentes masculinos. Em geral, o que se encontra nos trabalhos são algumas alusões a respeito dos métodos que poderiam ser usados pelo rapaz, acompanhados da ressalva de que dificilmente seriam aceitos pelo mesmo. Na verdade, parece que o interlocutor é sempre a adolescente, como se a ela coubesse a responsabilidade de um ato que, afinal, é praticado a dois.



### 2.3. O aborto

Entre os possíveis resultados de uma gravidez indesejada, o aborto talvez seja um dos mais constantes. A questão é de difícil abordagem, pois além da clandestinidade em que são realizados os abortos no Brasil - dificultando a pesquisa nas próprias fontes -, há certa resistência dos profissionais de saúde em escrever e até em mencionar o assunto.

Entre os entrevistados, pouco se falou sobre isso. Por seguirem à risca o Código de Ética Médica, com sua imposição de que o médico não provoque aborto, por temerem envolvimento com uma questão controversa e passível de severas punições legais, ou simplesmente pelo fato de não terem uma visão mais abrangente do assunto, o fato é que esses profissionais tendem a falar muito mais sobre as adolescentes que levam sua gestação até o final, do que sobre aquelas que optam por interrompê-la.

Alguns deles, entretanto, mostraram-se conscientes de que grande parcela de adolescentes grávidas escapa ao seu atendimento, por assumirem um caminho não previsto pelos serviços médico-hospitais, justamente por força das imposições legais.

Alguns profissionais deixaram claro que podem assumir posturas distintas em sua prática médica, dependendo do tipo de atendimento. Em seu consultório — onde o sigilo e a autonomia profissionais estão assegurados — deixariam em aberto para a gestante a opção maternidade ou aborto, podendo indicar clínicas especializadas para que o abortamento se faça em boas condições, sem riscos para a gestante. Mas em serviço público, a conduta seria outra. Se uma adolescente, acompanhada da família, pedir-lhe expressamente indicação de alguma clínica de aborto, o médico, preso às suas obrigações de funcionário público, negará ajuda, não sem um certo mal-estar, pois sabe que aquela paciente pode acabar recorrendo aos serviços de uma "curiosa".

Provavelmente devido à liberdade em tratar do assunto no sigilo de consultórios particulares, existe a impressão de que as adolescentes de famílias de renda média e alta têm mais fácil acesso aos métodos de interrupção de gravidez. Na opinião de alguns estudiosos, as adolescentes de meio social mais elevado raramente

vam a gestação até o fim, em função de maiores facilidades em abortar em condições médicas adequadas (Vitiello, 1981).

A Dra. Maria Lucia Montelcone tem opinião semelhante, embora descarte uma grande frequência de abortos nessa faixa etária. Para ela, a adolescente raramente recorre ao aborto, seja por desconhecimento, medo, ou outras dificuldades. Em relação às meninas pobres, a médica acredita que elas recorram menos ao aborto, não porque supostamente teriam menor acesso a métodos abortivos, mas porque nas camadas de menor poder aquisitivo a gravidez precoce é enfrentada com relativa maturidade. Como algumas mães de meninas grávidas também passaram por isso nessa idade, a adolescente frequentemente se casa e fica com o filho, tendendo a enfrentar questões mais de ordem econômica do que moral. Já as adolescentes de classe média e alta costumam abortar mais por pressão da família, que encara a gravidez em jovem solteira como um estigma.

A afirmação de que as adolescentes de renda baixa se conformam mais facilmente com a gravidez merece análise mais profunda. Para além das experiências restritas aos serviços médico-hospitalares (que, por não incluírem a possibilidade de aborto, centram seus recursos exclusivamente no preparo da adolescente para a aceitação de ser mãe), permanece silenciado o desejo de abortar, muitas vezes expresso na forma de pedido aos médicos. Vários entrevistados referiram-se a esse desejo, mas não chegaram a considerá-lo problema, ou porque recorrem à imagem da adolescente relapsa ou inconsciente que protela o aborto ou ignora a gravidez até que esta atinja um estágio adiantado, ou porque preferiram encerrar a questão, apelando para a imagem da adolescente ao mesmo tempo conformada e amadurecida.

Embora tais imagens possam ser reais, também existe o desejo de abortar, e mais do que isso, a sua prática constante à margem da legalidade. A professora Nêia Schor, que defendeu tese de doutoramento sobre o assunto, visitou algumas clínicas clandestinas que atendem mulheres de pequeno poder aquisitivo, além de ouvir vários relatos de adolescentes que provocaram aborto. Com base em sua obser

vação pessoal e depoimento de pacientes, constatou que, de fato, essas clínicas precárias contam com grande demanda de adolescentes pobres. Na época, o preço de um aborto nessas clínicas era de um salário mínimo, mas se a paciente não tivesse a quantia necessária, deixava como garantia algum pertence, como um anel ou um par de brincos. O pagamento facilitado só diz respeito ao aborto, pois não há assistência médica para o período de recuperação da paciente. Os antibióticos receitados, e não incluídos no preço do aborto, raramente eram tomados pelas meninas, por serem caros.

Ao pesquisar os registros do Hospital Municipal de Santo André, a professora Nêia constatou não só aumento progressivo no número de atendimentos por complicações de aborto, como também elevada proporção de complicações advindas de abortos anteriores, especialmente em adolescentes. Comparando-se os dados relativos a partos e abortos provocados no período de 1978-1982, percebe-se que, ao longo do tempo, a distância entre os números relativos a uns e outros estreitou-se a cada ano. Assim, em 1978 havia 1 aborto para 3,6 partos atendidos pelo serviço; em 1979, a proporção era de 1 para 2,5; em 1980, de 1 para 2,4; em 1981, 1 para 2,1 e, em 1982, 1 para 1,8. Houve portanto "um nítido aumento do número de atendimentos por complicações pós-aborto em relação ao número de partos atendidos pelo serviço", o que "poderia ser interpretado tanto como uma piora no atendimento pelos "profissionais do aborto" ou como um aumento crescente de abortos nos últimos anos (Schor, 1984 p. 59-60).

Das 2150 mulheres internadas devido a aborto provocado, na aquele período, 458 (17,7%) eram primigestas, ou seja, o aborto correspondia à sua primeira gestação, e 424 (16,4%) tinham menos de 20 anos. Destas, 2,3% eram menores de 15 anos, sendo que a menor idade encontrada foi 12 anos. Essa constatação assume contornos mais críticos ao se investigar a distribuição das mulheres segundo o número de abortos anteriores. Entre as mulheres menores de 20 anos, a maior proporção corresponde a um aborto anterior (41,9%), enquanto que nas de 20 anos ou mais, a concentração ocorre na classe relativa a zero abortos anteriores (45,8%) (Schor, 1984).

Para a autora, esses dados são importantes pois indicam que existe uma tendência de que as gestações das mulheres menores de 20 anos terminem com maior chance em aborto do que as de mulheres com

20 anos ou mais (Schor, 1984). Esta tendência talvez possa ser explicada pela maior porcentagem de adolescentes não estáveis maritalmente (74,3%), muita das quais trabalhando em serviços domiciliares, como empregadas domésticas (entre as mulheres com mais de 20 anos, mais de 50% são estáveis maritalmente).

Existe, portanto, uma relativa facilidade em se recorrer ao aborto, mesmo nas camadas mais pobres. O pagamento pode ser negociado e, no caso de adolescentes, não se pede autorização dos pais. Nas clínicas mais humildes "nem se olha o rosto da pessoa" e, numa clínica de classe média visitada por Nêia Schor, o médico explicou que abriu mão da exigência de consentimento dos pais por temer escândalos.

Mas o desejo de interromper a gravidez não se cala, mesmo na falta de meios para pagar. Nesses casos a tentativa pode ser solitária, por vezes desesperada e até flageladora. As gestantes tentam de tudo, de acordo com o que Nêia ouviu de adolescentes internadas por aborto provocado: apelam para "mandingas", tomam alho, apertam-se na esperança de interromper a gravidez e, além disso, tomam injeções. Já em entrevistas com farmacêuticos, estes confessaram aplicar injeções bastante caras, embora sabendo que não são abortivas, uma vez que servem para confirmar ou negar a gravidez, provocando a menstruação apenas quando não se está grávida.

Outro fato que decorre não só do fato do aborto ser clandestino, como também estigmatizado socialmente, é o tipo de atendimento que as pacientes internadas às pressas recebem nos hospitais. Um entrevistado citou um certo preconceito da parte dos médicos, uma atitude destinada a culpar e punir a paciente. Embora suas observações se restrinjam a um hospital, é de se suspeitar que o mesmo ocorra em outros, pois, segundo alguns entrevistados, o tema do aborto ainda é grande tabu na área médica, com médicos e enfermeiras recebendo uma formação bastante conservadora. Em sua opinião, falta à escola obstétrica brasileira uma formação mais voltada para o social.

O tema do aborto está ausente dos estudos sobre gravidez na adolescência, como se se desconhecesse que as estimativas de aborto no Brasil já alcançam cifras em torno de 3 a 4 milhões anuais, ocupando o quarto lugar entre as causas de mortalidade materna (Schor,

Alguns profissionais sentem que não podem expressar claramente uma postura inovadora. Segundo um professor da área de saúde, nunca se pode colocar determinadas questões diretamente, mesmo durante as aulas em nível de pós-graduação, pois isso provocaria reações violentas.

Porém, mudanças já estão se processando entre os profissionais de saúde. Em março de 1985, o Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo adotou um parecer em que reconhece que a lei atual está em contradição com a prática generalizada do aborto, e afirma a necessidade imperiosa — do ponto de vista médico — de que o aborto passe a ser legal também nos casos de risco à saúde das mulheres e em que o produto da concepção for portador de afecções genéticas graves. Quanto à imensa maioria dos abortos determinados por fatores psicossociais, o Conselho propõe um amplo debate na sociedade para a reformulação da lei.

### 3. A Família

Pouco se fala a respeito da família, a não ser que ela constitui o primeiro grande problema enfrentado pela adolescente solteira, tão logo seja confirmada a gravidez. Na verdade, família e conflito são imagens quase sempre relacionadas nas entrevistas, e também nas raras vezes em que aparecem nos estudos consultados.

Embora afirmem que a falta de uma estrutura familiar estável no período da gestação e pós-parto pode acarretar graves consequências tanto para a mãe como para a criança, os profissionais de saúde que atuam em serviços para adolescentes centram suas preocupações no atendimento à gestante.

Em parte, o distanciamento dos profissionais deve-se à própria postura da adolescente em relação à família. Muitas vezes as meninas não contam para seus familiares que estão grávidas, escondendo ao máximo o seu estado. Mas a dificuldade em se estabelecer um vínculo com a família também advém do próprio teor da prática médica, mais restrita ao interior do hospital e ao atendimento dos pacientes.

É comum que as gestantes adolescentes compareçam sozinhas às reuniões, entrevistas e consultas nos hospitais. Pudemos constatar isso no Serviço de Obstetrícia para Adolescentes do Hospital das Clínicas, no Serviço de Adolescentes do Instituto da Criança e junto à equipe responsável pelo atendimento de adolescentes na Maternidade de Vila Nova Cachoeirinha.

Segundo um dos membros da equipe do Hospital das Clínicas, pouco se sabe a respeito das famílias, pois raramente a menina vem acompanhada de algum parente. Mas quando isso acontece, o próprio serviço se encarrega de mantê-lo afastado, procurando evitar interferências. "As mães que vêm até aqui, querem entrar nas consultas e isto interfere bastante; por isso não deixo mais elas entrarem", explica um outro entrevistado do mesmo serviço. Se as mães insistirem em entrar, ele as encaminha para uma psicóloga.

Outros serviços adotam procedimentos diferentes, procurando estabelecer vínculos com a família, a fim de fazê-las aceitar a gravidez. A chefe do ambulatório de adolescentes da Escola Paulista de Medicina conta que houve tentativas de organizar grupos de mães, mas foram mal-sucedidas porque elas preferiam falar dos seus próprios problemas cotidianos, deixando de lado a questão da gravidez das filhas. Resta perguntar se a possibilidade de darem vazão às angústias domésticas não seria um caminho para essas mulheres chegarem a pensar (ou repensar) em maternidade, casamento, sexualidade e, por conseguinte, na gravidez de suas filhas.

No Instituto da Criança as tentativas não surtiram melhores efeitos. Segundo informações, o Serviço de Adolescentes conta com um setor específico de atendimento aos pais. Entretanto, a assiduidade às reuniões das tardes de terças e quartas-feiras é irregular e a procura é pequena. Nessas reuniões, em geral frequentadas por mães, fala-se do período da adolescência, das mudanças que ocorrem nessa fase. Quanto à gravidez, procura-se discutir a importância da relação de apoio que a família deve manter com a adolescente grávida. Nesse mesmo sentido de envolver a família, a fim de conseguir que a gestante conte com seu amparo, é que atua o Serviço da Maternidade Leonor Mendes de Barros.

A equipe responsável pelo atendimento das gestantes adolescentes da Maternidade de Vila Nova Cachoeirinha adota uma perspec

tiva inversa. Ao invés de procurar estabelecer vínculos com a família, prefere centrar seus esforços no preparo psicológico da paciente, pois acredita que a sua postura frente à gravidez determinará, ou pelos menos influenciará, o comportamento da família. Se a adolescente conseguir superar ao menos uma parte de seus sentimentos de culpa, a família certamente a tratará de modo diferente.

Essa suposição mereceria ser melhor averiguada em entrevistas com gestantes e familiares. Mas, por enquanto, temos poucas evidências de que a possibilidade de uma família aceitar a gravidez de sua filha não decorre simplesmente da atitude expressa por esta última. Há outras variáveis, como valores morais dos pais e situação sócio-econômica, que interferem na vida familiar, determinando atitudes perante situações desse tipo.

Em um diário de uma adolescente grávida, transcrito por uma equipe de profissionais de saúde de Belo Horizonte, percebe-se a trajetória dramática de uma jovem de 16 anos que, num curto espaço de tempo — os três primeiros meses de gravidez —, decide primeiramente assumir a gravidez e se casar, para, ao final, simplesmente assumir a condição de futura mãe solteira, por opção própria, isto é, por não se sentir obrigada ao casamento. "... para casar não basta apenas gostar, tem que ter maturidade suficiente, uma convivência maior, é um passo muito grande. Não é só porque eu estou grávida que tenho que casar, pelo menos, nós achamos isto."

Enquanto ela e o namorado pareciam mais preocupados com o relacionamento amoroso, bem como com as dificuldades econômicas, pois ele estava para perder o emprego, a família da moça demonstrava maior preocupação com os aspectos morais. "... meus pais começaram a falar que meu namorado estava para tirar o corpo fora. Que ele não iria casar comigo depois. Eles não entenderam nada. Minha mãe falava todo dia na minha cabeça que nós devíamos casar, já que tínhamos posto os papéis pra correr. E eu continuaria morando na minha casa e ele na dele. Tentei explicar que para nós dois isto não teria sentido, não iria mudar em nada. Só para mostrar pra todo mundo que eu casara. Aí começou a pressão, ela falava que eu devia casar, pois mãe solteira é fogo, perde a moral." (Lopes et alii, s.d., p. 7 e 8).

Nas camadas sociais onde os problemas econômicos são menores, é possível que os pais tenham menor dificuldade em aceitar a notícia da gravidez da filha. Pelo menos, esta é a suposição de al-

guns profissionais que atendem clientela de nível sócio-econômico bastante diferente em seus consultórios particulares e hospitais-escola. Para eles, os pais de camadas mais pobres são mais violentos, ameaçadores, chegando às vezes a expulsar a menina grávida de casa. Contudo as opiniões nem sempre convergem, pois, como vimos, talvez seja precisamente neste meio social de menor poder aquisitivo que a gravidez em adolescentes desperte menos mal-estar.

De qualquer modo, mesmo concebendo-se a hipótese de que os pais melhor situados em termos sócio-econômicos aceitam com mais tranquilidade a gravidez dos filhos, isto não significa que a gestante possa ter maior controle de sua situação. Se a questão nesta classe social resolve-se em geral pelo casamento ou aborto, pode-se perguntar até que ponto essas adolescentes detêm a capacidade de escolha dessas opções ou se são induzidas a uma delas pelos pais, conforme afirmam alguns entrevistados. Neste último caso, as seqüelas psicológicas talvez não sejam tão menores do que aquelas resultantes de conflitos familiares abertamente violentos.

#### 4. O Pai

É difícil discorrer sobre um personagem invisível. Esta talvez seja a melhor maneira de caracterizar o co-responsável pela gravidez das adolescentes, visto que é o grande ausente do processo, ou porque efetivamente não participa das conseqüências do seu ato, ou porque os estudos, e mesmo os grupos que tratam da adolescente grávida, não têm demonstrado grande interesse por ele.

Nos trabalhos sobre gravidez na adolescência as poucas referências a esse personagem, quando existem, são quase sempre indiretas, seja apontando a grande percentagem de jovens solteiras entre essas adolescentes (Silva, 1983; Mathias et alii, 1980; Vitiello et alii, 1982, 1983; Batista et alii, 1983; Lopes et alii s.d.; Cabral et alii s.d.; Vitiello, 1985), seja referindo-se à essa ausência como um dos fatores que concorrem para a problemática dessa gravidez: "A maioria das adolescentes grávidas não conviviam maritalmente com o parceiro. Como essa situação social impossibilita ao fruto da gestação qualquer tipo de apoio paterno, aumenta a freqüência de menores



abandonados e de delinquentes jovens" (Vitiello et alii, 1982a).

Alguns poucos trabalhos preocupam-se em caracterizar a faixa etária dos parceiros dessas jovens, em geral apontando a sua idade precoce. Batista et alii (1983) relata que 28,3% dos parceiros estavam na faixa etária de 16 a 20 anos e 43,4% tinham entre 21 e 25 anos. Na amostra estudada por Silveira et alii (1983) a idade dos parceiros estava na faixa de 20 a 30 anos.

Outra referência, também muito indireta, transparece no ceticismo com que os autores vêem os casamentos que ocorrem em função da constatação da gravidez da jovem, aliás fato comum, fadado ao fracasso. Aldrovandi et alii e Vitiello constataram que, entre o intervalo da primeira entrevista até o término da gestação, o número de gestantes casadas (ou vivendo maritalmente) aumentou de cerca de 12% e 42% para cerca de 49% e 93%, respectivamente.

A respeito desses casamentos assim se manifestam os autores: "A mudança social e a formação de um novo lar só se fez quando desencadeada pela gravidez. Na nossa amostra de 40 (60,6%) 'parceiros', eram também adolescentes (idade inferior a 22 anos). Conclui-se pois que não havia condições para ambos assumirem essa união. O casamento portanto passa a ser uma consequência da gravidez ilegítima." (Aldrovandi et alii, 1980) "Na análise do estado civil das pacientes cujas gestações prosseguiram, chama a atenção o número de casamentos ocorridos por estar grávida a jovem. Temos algumas dúvidas quanto à estabilidade desses casamentos, visto que o motivo principal para sua realização não foi o de fortes laços afetivos ou de afinidade. É bastante provável que a partir de uma gestação indesejada tenham sido realizados muitos casamentos indesejáveis, destinados à separação ou ao convívio infeliz." (Vitiello, 1985).

Fora essas poucas referências, não se observa entre esses autores real preocupação com os parceiros das jovens. Se isto pode ser explicado, em parte, pela impossibilidade de se estudar esse personagem<sup>5</sup>, não justifica entretanto o caso

<sup>5</sup> Esta dificuldade fica bastante evidente no relato da Dra. Nêia Schor. Durante toda a pesquisa ela não conseguiu fazer contato com nenhum dos parceiros das jovens que estudou. Segundo informações das pacientes, eles jamais cumpriram a promessa de prestar-lhes ajuda financeira para realizar o aborto.

das adolescentes casadas ou que vivem maritalmente com seus compa  
nheiros, principalmente se eles forem adolescentes também.

Ao mesmo tempo, quando se observam as sugestões dos auto-  
res no sentido de se criarem programas e serviços, percebe-se que o  
alvo visado é a adolescente; os parceiros não são considerados.

Alguns dos grupos que estão atuando na área demonstram maior  
sensibilidade para essa questão, procurando envolver os parceiros, se  
ja no decorrer da gravidez (como nos hospitais de Vila Nova Cachoeiri  
nha e Leonor Mendes de Barros), ou após o parto (especificamente no  
Programa de Orientação Contraceptiva como o de Recife). Apesar desse  
empenho, entretanto, nem sempre têm logrado sucesso, seja porque os  
rapazes não assumem as consequências de seus atos, ou porque poucos  
podem comparecer no horário em que os grupos atuam.

## 5. O Recém-Nascido

Figura fugidia, o recém-nascido e seu destino pouco puderam  
ser captados nas entrevistas com profissionais de saúde e mesmo nos  
estudos consultados. A preocupação com os aspectos sociais envolven-  
do a gravidez de uma adolescente, tantas vezes expressa pelas profis-  
sionais, raramente se estende à criança. Enquanto os serviços de  
atendimento preocupam-se em acompanhar o pré-natal e o parto, encer  
rando seus vínculos com a paciente no momento da alta da maternidade,  
os estudos limitam-se a registrar o peso e a idade gestacional, variá  
veis consideradas necessárias para a discussão dos aspectos clínicos  
da gravidez na adolescência.

Essa despreocupação em relação à criança nascida de mãe  
adolescente evidencia o que foi apontado acima. A escola de medi  
cina brasileira, bem como a prática médica, tem sentido pouco social,  
centrando esforços sobre aqueles trazidos para dentro dos muros dos  
hospitais, transformados doravante em pacientes. O que acontece com  
eles, após a saída, se continuarão a se tratar e se terão meios de  
continuar a consumir determinados remédios, deixa de ser assunto médi  
co, alcançando no máximo a esfera da assistência pública ou privada.

Os serviços médicos voltados para a adolescente grávida não estendem seu atendimento ao período pós-parto, limitando-se a encaminhar a criança para outro setor do hospital. É o caso do Hospital das Clínicas que envia o recém-nascido para consultas na pediatria ou então para o Instituto da Criança.

Também há a expectativa de que as mães matriculem seus filhos nos postos de saúde, conforme esclareceram os entrevistados da Maternidade Escola de Vila Nova Cachoeirinha, cujo atendimento na própria maternidade é mantido (por 2 meses ou mais) apenas para crianças com problemas ao nascer. Por vezes, tratando-se de adolescentes rejeitadas pela família e pelo parceiro, ou absolutamente sozinhas, como acontece no Hospital Maternidade Leonor M. de Barros, o serviço social encaminha mãe e filho para a FEBEM.

Quanto às orientações relativas à amamentação, higiene, alimentação e cuidados com a criança, pretende-se que as mães já tenham ficado suficientemente esclarecidas durante o pré-natal e reuniões de grupos. Somente na Maternidade de Vila Nova Cachoeirinha encontramos uma postura distinta: os recém-nascidos ficam com as mães no quarto, onde elas continuam a receber orientação relativa à amamentação e aos primeiros cuidados com a criança.

Apenas dois dos entrevistados esboçaram tentativas de continuar a manter os vínculos com mãe e filho. No ambulatório de adolescentes da Escola Paulista de Medicina a equipe responsável está tentando desenvolver o acompanhamento da mãe e do bebê no período pós-parto. Mas, segundo a chefe do ambulatório, Dra. Maria Lucia Monteleone, trata-se de uma tarefa bastante difícil, porque a mãe prefere frequentar o posto de saúde mais próximo de sua casa, ao invés de retornar ao hospital. Em sua opinião, seria necessário assegurar a continuidade desse vínculo por um ano, a fim de ajudar a adolescente na adaptação à nova situação (Aldrovandi et alii, 1980).

Na Maternidade Tsyla Balbino, de Salvador, o Dr. Elias Darzê preocupa-se com o alto índice de abandono do atendimento pelas adolescentes, o que é atribuído a problemas de ordem econômico-social: "essas mães não têm dinheiro, não têm com quem deixar os filhos, ou então agem assim por simples ignorância". Para ele, a única maneira eficaz de enfrentar a questão é com políticas mais amplas, partindo da casa, da comunidade e promovendo uma assistência perma-

nente. A educação sexual nas escolas é, a seu ver, imprescindível, e ele defende a formulação de política clara nesse sentido. Para resolver o problema concreto do abandono, foi proposta a criação de um ambulatório para as crianças, o que seria uma forma de manter o contato com as mães. Não houve porém interesse das entidades que subsidiam o serviço de atendimento às adolescentes em Salvador.

Apenas a equipe do Serviço de Adolescentes do Instituto da Criança pôde falar mais longamente a respeito do recém-nascido, o que se explica por esta entidade estar voltada para a infância. Segundo a Dra. Maria Inês Saito, as adolescentes assistidas pelo serviço estabelecem vínculos bons com seus filhos, e apenas um terço delas não amamenta. Como muitas têm vontade de voltar a estudar, deixam os filhos com as mães.

Entretanto, essa impressão positiva da mãe adolescente com seu filho não corresponde às conclusões de uma pesquisa realizada em 1979 com adolescentes grávidas da Casa Maternal e da Infância do INAMPS. Nesse trabalho, afirma-se que a grande maioria das gestantes entrevistadas rejeitavam consciente ou inconscientemente o produto da gestação. Ao observar que a criança havia sido "a grande ausente" das discussões, concluiu-se que essa atitude omissa expressava a própria defasagem entre gravidez como fenômeno biológico e maternidade como processo emocional e psicológico (Sexualidade na Adolescência, 1983). Opinião semelhante consta de pesquisa desenvolvida no setor de Adolescência da Escola Paulista de Medicina durante o período de março de 1982 a abril de 1983. A partir dos dados obtidos junto a adolescentes grávidas, percebeu-se que "a gravidez de um modo geral era difícil de ser aceita porque era vivida como um perigo, uma ameaça à própria vida, despertando fantasias muito destrutivas. Não houve muita preocupação com o feto e, quando surgia, era mais sentindo-se espoliada e mesmo estragada por ele" (Silveira et alii, 1983).

O contraste entre as observações relativas ao período pós-parto e as duas últimas restritas ao pré-natal aponta para a necessidade de estudo mais aprofundado sobre os vínculos mãe-adolescente e seu filho.

## **4. UMA GRAVIDEZ DE ALTO RISCO? UM BALANÇO**

Nilva Pereira Ferreira



Os aspectos biológicos e o desempenho obstétrico das gestantes adolescentes têm sido objeto de considerável controvérsia, principalmente no que se refere à classificação da gravidez de alto risco.

Vários autores citam definições diversas para gravidez de alto risco. Muitos consideram o mau prognóstico para o concepto como o elemento central para caracterizar o risco (Pinto e Silva, 1982), não levando em conta as repercussões físicas, psíquicas e sociais a que a gestante está submetida. Nesse sentido, a definição de Delascio e Almeida (1974) parece mais pertinente, por considerar "risco gravídico" como a oportunidade a agravos físicos, psíquicos e sociais a que estão expostos a gestante e o feto, reunindo assim a interferência bilateral que, em algumas circunstâncias, envolve mãe e concepto.

Na literatura estrangeira, constata-se que o fator idade materna, particularmente daquela em plena etapa adolescente, aparece invariavelmente ligado a perigos de ordem biológica (médica) que caracterizam a chamada gravidez de alto risco, embora existam variações de limites de idade em que este risco passa a ser considerado (Pinto e Silva, 1982; Valente et alii, 1977; Vitiello, 1981).

Entre os riscos maternos relacionados na literatura, têm-se destacado: maior incidência de toxemia (pré-eclâmpsia e eclâmpsia), de anemia e de infecções (especialmente venéreas); complicações obstétricas ligadas às variáveis de parto (desproporção céfalo-pélvica, trabalho de parto prolongado, parto operatório); aumento da mortalidade materna; e, principalmente, pré-natal deficiente.

Para o concepto, são várias as menções à maior incidência de prematuros e de recém-nascidos de baixo peso, condições claramente associadas à maior mortalidade perinatal.

É consenso geral que todas as gestantes adolescentes não estão sujeitas aos mesmos riscos. Além da idade, os riscos médicos

devem ser considerados também à luz de fatores outros, como parida de, escolaridade, etnia, estado civil, condição sócio-econômica e cuidados pré-natais.

Muitos estudos realizados em nosso meio concluem que as adolescentes com mais de 16 anos têm características biológicas com patíveis com um desempenho obstétrico satisfatório, pouco diferentes daquelas apresentadas por mulheres adultas, em idade ideal para re produção (Mathias et alii, 1985a; Miyasaki et alii, 1983; Pinto e Silva, 1982; Siqueira et alii, 1981; Valente et alii, 1977; Vitiello, 1981; Vitiello, 1985). Os autores são concordes em afirmar que a in suficiência de cuidados pré-natais, decorrente basicamente do temor de assumir publicamente a gestação, é ponto de partida para as mais frequentes complicações clínicas e obstétricas apresentadas pelas adolescentes. Acreditam, a exemplo de Ahued et alii (1978), Briggs (citado por Batista et alii, 1983), Davidson & Fukushima (1985), Dott & Fort (1975), Sarrel & Klerman (1969) e Youngs et alii (1977), que os problemas médicos seriam controláveis através de uma adequada assistência pré-natal. Assim, a maior incidência de certas complicações, como toxemia, anemia, infecções, prematuridade, recém-nascido de baixo peso e mortalidade perinatal, poderia ser explicada pela baixa assiduidade nas consultas pré-natais ou seu início tardio.

Os resultados desses estudos levam a crer que o problema obstétrico em que se constitui a mãe adolescente é devido ao elevado contingente de primigestas nesse grupo etário, e ao somatório de suas condições sociais, econômicas, emocionais e educacionais. Em outras palavras, parece haver consenso que, apesar de a adolescente com mais de 16 anos demonstrar capacidade física para suportar a gravi dez e o parto, uma série de fatores extra-biológicos acaba por pre judicá-la seriamente, assim como ao conceito, nos terrenos relacionados ao desenvolvimento físico, emocional e social.

Quanto às meninas mais jovens, as opiniões divergem. Existem evidências de riscos particulares altos, derivados de gravidez ocorrida antes de o desenvolvimento biológico estar completo. Segundo alguns estudos, as gestantes menores de 16 anos costumam ser mais afetadas pelos agravos da gravidez e do parto (Dott & Fort, 1976; Naeye, 1981; OMS, 1975; Vigorito & Monteleone, 1984). Encontra-se re ferência na literatura estrangeira a problemas de ordem médica advin dos da maturação genital incompleta.



Noerman (citado por Cabral et alii, 1984), examinando radiologicamente o desenvolvimento ósseo da pelve feminina, concluiu que na adolescência esse desenvolvimento ainda se encontra incompleto, sendo provavelmente responsável pela maior incidência de parto prolongado e desproporção céfalo-pélvica verificada nessas pacientes. Os resultados a que chegaram Dott & Fort (1976), com 414 gestantes de menos de 15 anos, confirmam essa hipótese, também sustentada por Duenhoelter (citado por Siqueira et alii, 1981).

Dott & Fort (1976) apontam ainda que as adolescentes muito jovens são especialmente suscetíveis à ocorrência de toxemia, principalmente se a gravidez ocorrer dentro dos 24 meses que se seguem à menarca. Hofmeister (citado por Pinto-Aleixo, 1981) atribui a alta prevalência de pré-eclâmpsia nas primíparas mais jovens a um sistema cârdio-vascular-renal menos estável. Acredita, porém, que isso não constitui razão para que a gestação em jovens não seja olhada com a mesma confiança que em qualquer outra faixa de idade.

Alguns autores relatam uma elevada incidência de lacerações de todo o trato mole do parto, considerando que a explicação para o fato reside na relativa imaturidade do canal de parto da adolescente, aliada à maior frequência do uso de fórceps (Dwyer, 1974; Valente et alii, 1977; Vitiello et alii, 1982a).

Admite-se que entre as adolescentes de pouca idade ocorre uma maior frequência de partos prematuros (Dott & Fort, 1976; Mathias et alii, 1980; Mathias et alii, 1985b; Siqueira et alii, 1981). Vigorito & Monteleone (1984) apontam que "de acordo com pesquisas em populações, a mãe com menos de 15 anos tem o dobro do risco de ter uma criança prematura do que mães mais idosas". Tentou-se explicar essa ocorrência por um incompleto desenvolvimento do útero, que poderia levar a dificuldades de aumento do seu volume no terceiro trimestre da gravidez, predispondo à prematuridade e insuficiência placentária, advinda da má vascularização da parede uterina. Entretanto, para Mathias et alii (1980) e Vitiello (1981), esse agente etiológico, se existente, não é único, pois deve somar-se a fatores referentes à má nutrição, ao desequilíbrio emocional e à falta de assistência pré-natal.

Na gravidez da adolescente, o recém-nascido de baixo peso parece ser tanto mais freqüente quanto menor a idade materna considerada; como se sabe, o baixo peso contribui expressivamente para

maiores índices de mortalidade neonatal e infantil (revisado por Vigorito & Monteleone, 1984). Fator importante para isso seria a com  
petição feto-materna por nutrientes, para o crescimento da mãe e do  
filho.

Ao estudar essa questão, Naeye (1981) observou que os fe  
tos de mães de 10 a 16 anos crescem mais lentamente que os de mulhe  
res mais velhas. As necessidades para seu próprio crescimento levam  
a um aproveitamento desfavorável para o feto, ainda que posteriormen  
te ao nascimento essas crianças recuperem seu déficit ponderal.

Vigorito & Monteleone (1984) ressaltam ser a menarca um  
fator que aumenta as necessidades de proteínas e ferro das adolescen  
tes. A característica e a época de crescimento físico e de maturação  
sexual apresentam grandes diferenças entre os indivíduos, mas geral  
mente a adolescente não completa seu crescimento linear até 4 anos  
após a menarca. Para esses autores, as adolescentes que engravidam  
durante os 4 anos subseqüentes à menarca apresentam altos riscos bio  
lógicos, porque são anatômica e fisiologicamente imaturas\*. A gravi  
dez exige maior demanda de nutrientes não só para o próprio desenvol  
vimento, como também para as necessidades do feto e da lactação. Como  
assinala Naeye (1981), suas necessidades pelos nutrientes disponíveis  
poderão estar competindo com as do crescimento de seus fetos; requere  
m, pois, mais nutrientes que as mulheres adultas.

O comportamento individual, aliado a fatores sócio-econômicos e culturais, determina deficiências nutricionais específicas entre as adolescentes. A anemia ferropriva, por exemplo, já considerada como um dos mais sérios problemas de saúde pública, agrava-se particularmente na gravidez (Ahued et alii, 1978; Cabral et alii, 1984; Mathias et alii, 1980; Mussio, 1962; Vitiello et alii, 1982b; Youngs et alii, 1977). Relata-se em vários estudos que o alto índice de anemia encontrado entre gestantes adolescentes parece estar mais comprometido quanto menor for a idade em que se iniciou a gestação (revisado por Vigorito & Monteleone, 1984).

Por outro lado, na zona rural, já na faixa de 15 a 17 anos apenas 1/4 dos jovens frequenta escola. A menos que haja um esforço

---

\* Os demais estudos consultados não fazem referências ao período decorrido entre a idade da menarca e a idade de concepção, impossibilitando uma discussão mais aprofundada dessa hipótese.

maciço de extensão da escolarização à população do campo — necessidade reconhecida em discursos oficiais sem jamais ter sido efetivamente atendida — a educação sexual através da escola deixará de fora uma parte muito grande da juventude rural, justamente uma das parcelas da população mais necessitadas desse tipo de educação, por falta tanto de acesso a informação por outros meios, como de oportunidade de discussão de suas opções e ansiedades. Aliás, a mesma observação se aplicaria aos excluídos da zona urbana, pois são os mais pobres, os negros, os nordestinos.

Os jovens de 15 a 19 anos distribuem-se entre as últimas séries do 1º e 2º graus. Como essa faixa apresenta maior maturidade, maior experiência sexual e interesse em discussões mais aprofundadas sobre os temas da educação sexual, esta deveria estender-se até o final do 2º grau para permitir não só a consolidação das informações, mas também a elaboração de um código de valores próprios a partir de vivências pessoais.

Importa também observar a distribuição dos alunos entre os períodos noturno e diurno. Embora os dados sejam escassos, sabe-se que no Estado de São Paulo 57% das matrículas do 2º grau estavam no curso noturno. Com base em pesquisas do DIEESE, Madeira (1985) verificou que, dos estudantes da Grande São Paulo, 62% dos rapazes e 34% das moças de 15 a 17 anos estudavam à noite.

A rede pública é responsável pelo atendimento da grande maioria da clientela escolar concentrada no 1º grau. De um modo geral, são os sistemas estaduais que arcam com a maior responsabilidade pelo ensino urbano, enquanto os municipais atendem a clientela rural. As principais exceções estão no Nordeste, onde a rede municipal também se encarrega de uma parcela considerável do ensino na zona urbana; porém, mesmo nessa região, o peso da rede estadual não é desprezível. Em suma, se se pensa em oferecer educação sexual para a grande massa dos estudantes, isto só poderá ser feito através da escola pública.

A clientela do 2º grau — muitíssimo menor que a do 1º grau — divide-se entre as redes estaduais e as escolas particulares. Aqui trata-se principalmente de escolas da zona urbana, pois no meio rural o 2º grau é praticamente inexistente. Há uma grande variação de estado para estado, até dentro de uma mesma região: por exemplo, a percentagem da clientela atendida por escolas particulares é 21 no

ficada entre as adolescentes "tem relação com condições de vida, mais do que com alguma deficiência para a maternidade, advinda da baixa idade". Não se encontra, no trabalho, referência precisa ao limite inferior da idade considerada; consta apenas a vaga expressão "16 anos e menos".

Um grupo de 88 gestantes entre 13 e 16 anos foi analisado por Cabral et alii (1984) do ponto de vista de complicações gestacionais e neonatais, em comparação a gestantes com idade superior a 17 anos (grupos controle). Embora a incidência de pré-eclâmpsia e infecção urinária tenha sido mais alta entre as adolescentes de até 16 anos, não foram observadas diferenças significativas quanto à prematuridade, baixo peso e mortalidade perinatal entre os recém-nascidos, quando comparadas às do grupo controle.

Pinto-Aleixo (1981) estudou retrospectivamente 577 jovens grávidas entre 12 e 16 anos em comparação a um grupo controle de gestantes de 25 a 35 anos. O autor revela, com base em análise estatística, que em sua casuística "não se justifica enquadrar-se a gestação dentro da faixa dos 12 aos 16 anos de idade como uma entidade à parte do ponto de vista obstétrico", visto que as diferenças apresentadas quanto aos riscos não foram significativas. Sua amostra constituiu-se de 2 gestantes com 12 anos (0,34%), 10 com 13 anos (1,73%), 26 com 14 anos (4,50%), 142 com 15 anos (24,61%) e 397 com 16 anos (68,80%).

Vários outros autores, estudando o desempenho obstétrico de gestantes com 16 anos ou menos, atribuem a possível evolução pouco satisfatória desse grupo ao pré-natal insuficiente e às suas precárias condições sócio-econômicas, psicológicas e educacionais, comprometendo a validade das hipóteses de que esse grupo ainda não apresentaria características biológicas compatíveis com a gravidez e o parto (Davidson & Fukushima, 1985; Mathias et alii, 1980; Pinto e Silva, 1982; Sarrel & Klerman, 1969; Valente et alii, 1977; Vitiello, 1982a; Youngs et alii, 1977; Zackler et alii, 1969).

### Algumas Observações Críticas

A comparação adequada dos estudos sobre as repercussões métricas da gravidez na adolescência, de forma a permitir a generaliza-

ção de conclusões, tem sido dificultada por uma série de fatores.

Com poucas exceções, a metodologia utilizada na maioria dos estudos realizados em nosso meio é retrospectiva. Seus resultados baseiam-se, portanto, no levantamento das fichas obstétricas de gestantes atendidas num determinado serviço durante um determinado período, e cujos dados nem sempre são pesquisados e registrados pelos próprios autores, ou sob sua orientação, o que compromete a validade interna dos resultados obtidos.

A descrição dos métodos é muitas vezes precária, carecendo de detalhes especialmente na descrição de variáveis dependentes, o que dificulta não só uma avaliação adequada do próprio estudo, como também sua comparação com outros.

A não confrontação dos dados referentes às adolescentes com os de outro grupo de gestantes, em outra faixa etária, constitui outra importante limitação metodológica. Vários estudos (Ahued et alii, 1978; Batista et alii, 1983; Mathias et alii, 1980; Mussio, 1962; Sarrel & Klerman, 1969; Valente et alii, 1977; Vitiello, 1985; Youngs et alii, 1977) apresentam observações sobre gestantes adolescentes sem compará-las a um grupo controle. Suas análises estatísticas são pobres, suscitando dúvidas quanto à significação de suas conclusões.

A variedade e contradição de conclusões que habitualmente se observam podem ser explicadas parcialmente pelas divergências nas definições dos transtornos investigados. Quanto à caracterização conceitual de algumas complicações, a toxemia gravídica, para citar apenas um exemplo, não tem definição de consenso universal: alguns consideram somente a hipertensão que surge no último trimestre e período puerperal, outros incluem hipertensão anterior ao período pré-natal e alguns ainda apenas as que apresentam manifestações mais significativas, tais como pré-eclâmpsia e eclâmpsia. A comparação desses resultados torna-se, portanto, difícil e inexacta.

Diante da análise qualitativa e quantitativa das populações estudadas, depara-se com outro elemento que dificulta sobremaneira a generalização de conclusões. O quadro que se segue expõe um panorama da diversidade das amostras de diferentes estudos, evidenciando o pequeno contingente de adolescentes muito jovens investigadas do ponto de vista do desempenho obstétrico.

## DISTRIBUIÇÃO, POR IDADE, DAS AMOSTRAS DE ALGUNS ESTUDOS CONSULTADOS (Nº ABSOLUTO/PORCENTAGEM)

| IDADE EM ANOS                                   | 9-10      | 11         | 12          | 13           | 14             | 15           | 16           | 17           | 18           | 19           | TOTAL         |
|---|-----------|------------|-------------|--------------|----------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|---------------|
| Mathias et alii, 1985b<br>(met. retrospectiva)  | 105       |            |             |              |                | 18,85%       | 26,59        | 19,03        | 18,85        | 18,67        | 557<br>100%   |
| Finto e Silva, 1982<br>(met. prospectiva)       |           |            | 2<br>0,37   | 4<br>0,74    | 17<br>3,15     | 27<br>5,00   | 84<br>15,58  | 58<br>18,18  | 159<br>29,49 | 148<br>27,45 | 539<br>100%   |
| Ahued et alii, 1978<br>(met. retrospectiva)     |           |            | 1<br>0,18   | 0<br>0       | 4<br>0,75      | 25<br>4,29   | 98<br>18,32  | 219<br>40,94 | 190<br>35,52 |              | 535<br>100%   |
| Vitiello et alii, 1982a<br>(met. retrospectiva) |           |            | 1<br>0,28   | 3<br>0,86    | 10<br>2,89     | 31<br>8,98   | 63<br>18,26  | 104<br>30,14 | 133<br>38,55 |              | 365<br>100%   |
| Valente et alii, 1977<br>(met. retrospectiva)   |           |            |             | 4<br>0,64    | 16<br>2,58     | 44<br>7,09   | 120<br>19,35 | 181<br>29,19 | 255<br>41,12 |              | 620<br>100%   |
| Youngs et alii, 1977<br>(met. prospectiva)      |           |            |             | 4<br>2       | 22<br>11       | 50<br>25     | 61<br>30     | 59<br>29     | 6<br>3       |              | 202<br>100%   |
| Batista et alii, 1983<br>(met. prospectiva)     |           |            |             | 1<br>1,88    | 4<br>7,54      | 8<br>15,09   | 10<br>18,86  | 22<br>41,50  | 8<br>15,09   |              | 53<br>100%    |
| Zackler et alii, 1969<br>(met. retrospectiva)   | 4<br>0,16 | 37<br>1,53 | 187<br>7,78 | 592<br>24,63 | 1.583<br>65,87 |              |              |              |              |              | 2.403<br>100% |
| Pinto-Aleixo, 1981<br>(met. retrospectiva)      |           | 2<br>0,34  | 10<br>1,73  | 26<br>4,50   | 142<br>24,61   | 397<br>68,80 |              |              |              |              | 577<br>100%   |
| Cabral et alii, 1984<br>(met. ignorada)         |           |            |             | 3<br>3,41    | 18<br>20,45    | 27<br>30,68  | 40<br>45,46  |              |              |              | 88<br>100%    |
| Mussio, 1962<br>(met. retrospectiva)            |           |            | 4<br>26     | 11<br>73     |                |              |              |              |              |              | 15<br>100%    |
| Sarrel & Klerman, 1969<br>(met. prospectiva)    |           |            |             | 58           |                |              | 48,7         | 61           |              | 51,3         | 119<br>100%   |
| Mathias et alii, 1980<br>(met. prospectiva)     |           |            | 8           |              |                | 72           |              | 90           |              |              | 80<br>100%    |

Face à íntima porcentagem de gestantes com muito baixa idade de analisadas, parece ser indevida e precipitada a conclusão final a que chega a grande maioria dos autores, a saber, que as adolescentes de qualquer idade não apresentam, de ponto de vista essencialmente médico, limitações de ordem biológica que as impeçam de cursar normalmente uma gravidez.

Por outro lado, parece sensata a recomendação quase unânime dos investigadores de que as adolescentes devem receber cuidados pré-natais especiais, semelhantes àqueles dispensados às pacientes de alto risco, particularmente acrescidos de assistências psicológica, educativa e social, por parte de uma equipe profissional afeita à sua problemática.

De qualquer maneira, é difícil crer que o desempenho obstétrico e os riscos de saúde de uma gestante de 11 ou 12 anos sejam iguais àqueles de uma de 19 anos. Mais estudos, a partir de uma população brasileira representativa, tendo como instrumento uma metodologia cuidadosa e prospectiva, devem ser implementados urgentemente entre nós. Tais estudos deverão acrescentar elementos ponderáveis para um melhor juízo das particularidades médicas que a temática deve considerar. Quanto mais observações forem somadas às poucas existentes, maiores serão as perspectivas de que uma abordagem mais realista do problema seja deflagrada.





## **5. INSTITUCIONALIZANDO O DESAMPARO**

**Célia Marinho de Azevedo  
Maria Malta Campos  
Ana Cláudia Marques**



O que acontece quando uma adolescente grávida não tem absolutamente com quem contar? A quem ela recorre e que espécie de tratamento lhe é destinado?

Em nossas entrevistas, não poucas vezes ouvimos menção aos violentos conflitos familiares que se seguem à notícia da gravidez, culminando com a expulsão da adolescente de casa. Outras vezes, com medo justamente da reação dos pais e irmãos, a menina se afasta, preferindo pedir apoio a outras pessoas fora do círculo familiar, o que nem sempre dá certo. E há também o caso de migrantes que chegam sozinhas aos grandes centros para trabalhar como domésticas e, ao engravidarem, perdem o emprego, ficando repentinamente sem ter onde morar.

As situações de desamparo são múltiplas, sobretudo em se tratando de menores que ainda não contam com uma ampla rede de conhecimentos extra-familiares e, além disso, têm sua locomoção restrita por lei, o que significa a impossibilidade de alugar um quarto, de assinar contratos, etc.

Entretanto, ao que se pôde constatar, a gravidez na adolescência tem sido pouco considerada pelas entidades que atuam na área de promoção social. Com exceção da Casa das Mães Regina Coelli, da Fundação Estadual para o Bem-Estar do Menor — FEBEM, que atende exclusivamente menores grávidas, não há nenhum outro serviço especial para gestantes nessa faixa etária.

Das 29 entidades inscritas junto à Secretaria de Promoção Social do Estado de São Paulo, e que prestam serviços específicos às gestantes na capital, 22 proporcionam basicamente assistência material (enxovais e complementação alimentar), enquanto as sete restantes oferecem orientação educacional. Para conhecê-las de perto, escolhemos quatro das mais citadas pelos profissionais de saúde entrevistados: Amparo Maternal, Associação Paulista de Amparo à Mulher — APAM,

Casa das Mães Regina Coelli da FEBEM e Casa Transitória da Federação Espírita do Estado de São Paulo<sup>1</sup>. As três primeiras são de interesse especial para esta pesquisa, visto que estabelecem um vínculo estável com as gestantes, abrigando-as até o período pós-parto. Já a Casa Transitória mantém o tipo de assistência que parece predominante em outras entidades: fornecimento de gêneros alimentícios, roupas e cursos de puericultura.

Além dessas entidades, entrevistamos representantes da Pastoral da Mulher Marginalizada e da Pastoral do Menor. Ambas relacionam-se indiretamente ao tema da gravidez na adolescência, porque tratam, no seu dia-a-dia, com ampla parcela de jovens prostitutas grávidas ou já mães, bem como com crianças abandonadas.

### 1. Mães Pobres e Sós: Estigma e Rejeição

A existência dessas entidades assistenciais não significa a possibilidade de abrigo automático para gestantes desamparadas. E isso não acontece por falta de vagas, pois conforme veremos adiante, elas até sobram.

Na Casa Transitória, as gestantes devem passar antes pelo crivo minucioso das assistentes sociais, a quem cabe avaliar se realmente precisam de cestas alimentares e pratos de sopa. Para ser admitida, passa-se primeiramente por uma pré-triagem, sendo a prioridade para as mulheres que estão no primeiro trimestre da gravidez. Após 15 dias, ocorre a triagem final, momento em que as gestantes devem apresentar seu endereço, com todos os esclarecimentos relativos à localização e condução, a fim de facilitar a visita das assistentes sociais. Nessas visitas, os dados fornecidos e constantes nos prontuários devem corresponder à realidade observada pelas assistentes sociais. e, dependendo do parecer destas, as gestantes são aceitas ou rejeitadas.

No Amparo Maternal, que se propõe a atender mulheres caren

---

<sup>1</sup> Tentamos insistentemente realizar entrevistas no Rancho do Senhor do Exército da Salvação, uma vez que é bastante citado como um "locus" de gestantes adolescentes, pois atendem somente primigestas. Apesar de vários contatos, essa entidade não se mostrou disposta a nos atender.

tes em qualquer fase da gravidez, o regime de internato só vale para aquelas que já estão no sétimo mês, garantindo-se antes disso apenas a assistência médica. Há casos de mulheros que insistem em se internar desde os primeiros meses, pois não têm absolutamente para onde ir. Mas a entidade limita-se a encaminhá-las para empregos domésticos.

Já na APAM as restrições são maiores: exige-se que a pretendente ao abrigo não tenha nenhuma moléstia sexualmente transmissível ou distúrbio mental e, sobretudo, que essa seja a sua primeira gravidez. Isto porque, conforme pudemos perceber durante a entrevista nessa casa, a gravidez em mulheres pobres e sós é vista como um mal que não se pode repetir. O conselho recebido pelas mães no momento da saída é bastante significativo: não voltem a reincidir no mesmo erro, porque quem erra mais de uma vez não tem segunda chance (de assistência).

Também a aparência da gestante e a indicação de alguém considerado idôneo parecem contar para que a decisão seja favorável. No caso da APAM, isso foi explicitado quando perguntamos sobre a aceitação de menores na casa. Para justificar o fato de que a entidade procura evitá-las, a assistente social contou-nos o caso de uma adolescente que permaneceu ali durante 15 dias, referindo-se a ela como "nordestista" e "xucra" que "não sabia falar direito". Por tudo isso, por não fazer bem os serviços de casa e por ser pouco higiênica, a jovem gestante acabou na rua.

A partir desse relato, vale a pena nos determos nos dados contidos em um relatório anual da entidade. Das 75 mulheres que lá estiveram internadas em 1984, grande parte delas (40) contou com recomendação de pessoas amigas ou conhecidos: 10 foram indicadas por freiras, 5 por hospitais, 5 pelo Amparo Maternal, 4 por centros de saúde, 3 pela Legião Brasileira de Assistência - LBA, 3 pelo INAMPS e outras 5 por fontes diversas. Além das recomendações, outra variável revela a importância da aparência no processo seletivo da entidade. É a cor da gestante: nesse mesmo ano passaram por lá 53 brancas, 12 pretas e 10 pardas, sendo que quase a metade delas era do interior de São Paulo e capital; o restante da Bahia, Minas Gerais e outros estados.

Embora não se possa afirmar com segurança que a variável cor tenha influenciado na aceitação da gestante, parece estranho tão al

ta concentração de brancas, quando sabemos pelos dados do último censo que grande parte das negras e pardas brasileiras economicamente ativas estão entre as mulheres de mais baixa renda. Segundo Sueli Carneiro e Thereza Santos (1985, p. 23), "dois salários mínimos representam o máximo de rendimento médio mensal que a maioria das mulheres negras conseguem obter no mercado de trabalho, já que até esta faixa de rendimento se encontram 85,2% das pretas e 83% das pardas em São Paulo, mantendo-se percentuais semelhantes para o resto do país".

Enfim, não existe um critério uniforme para a prestação de auxílio às gestantes que procuram essas entidades, mas sim uma orientação instável que depende dos julgamentos de valor dos responsáveis pelas entrevistas com candidatas, além, é claro, da orientação traçada pelos diretores de cada entidade. "Cada caso é um caso" parece ser uma das justificativas prediletas para a concessão de auxílio, deixando entrever o fato singular de que nem toda mulher que se sente em desamparo a ponto de pedir alimentos e abrigo, pode ser considerada como tal pelos responsáveis pela admissão. São estes em última análise que detêm o poder de julgar quem é desamparado e, portanto, quem merece o direito de receber assistência.

Os estigmas relativos às mulheres pobres e sãs, reproduzidos em parte por aqueles mesmos que se propõem a assisti-las, ficam ainda mais reforçados quando associados às imagens estereotipadas em torno dos menores da FEBEM, divulgadas pelos meios de comunicação e junto à população. As meninas parecem particularmente visadas, pois além da idéia de que estão sempre prontas a roubar, ligando-se aos meninos como "trombadinhas", são vistas ainda como prostitutas.

Perguntada sobre que tipo de programa de TV era permitido na Casa das Mães, uma funcionária explicou que seriados como "As Prisioneiras" eram prejudiciais às internas e portanto proibidos. Nada de programas excitantes, que falem de prostituição, coisas assim. E acrescentou significativamente: "Também de prostituição elas já sabem demais, por que então ver mais na TV?"<sup>2</sup>. Mas para outras funcio-

---

<sup>2</sup> A respeito do programa "As Prisioneiras", outra funcionária afirmou que ele não faria bem às internas, uma vez que poderia "suscitar comparações". O filme trata de presas e "elas (as internas) também estão presas", "embora não seja exatamente a mesma coisa", apressou-se em concluir um tanto contrariada com o que acabara de dizer. Momentos antes a mesma funcionária enfatizara a liberdade do regime de semi-permanência da Casa das Mães. Neste regime as internas não-infratoras podem trabalhar fora, retornando à noite para a sua unidade.

nárias da Casa das Mães, a experiência de longos anos de trabalho junto a menores grávidas permite que se afirme com segurança que a maior parte dessas meninas não levou anteriormente uma vida de "prostituição organizada", tendo eventualmente se relacionado com rapazes "por amor", "atração", "dinheiro", ou "pura inconseqüência".

Entretanto, tenham elas se prostituído ou não, a pecha de prostitutas, e também de ladras e delinqüentes, continua a acompanhá-las no período pós-parto, tal qual uma sombra de que não se podem livrar. Por isso mesmo, as funcionárias as aconselham a não dizer de onde vêm, nos locais em que procuram emprego, a fim de evitar preconceitos e segundas intenções. "Nós dizemos para elas não mentirem, apenas não precisam dizer que estão vindo da FEBEM", afirmou uma entrevistada, lembrando que se a condição de mãe solteira já é um forte fator para preconceitos, o que não dizer de uma moça nessa situação e ainda mais ligada a uma instituição tão mal vista, cujos internos são desprezados e sobretudo temidos?

Após conhecer essas instituições, uma pergunta fica no ar: por que suas vagas não são totalmente preenchidas?

Na época das visitas, a APAM abrigava somente 10 mulheres num total de 20 vagas; também o Amparo Maternal funcionava bem abaixo da sua capacidade de 120 leitos, com apenas 90 gestantes; e na FEBEM, embora a sua diretoria calculasse que a Casa das Mães poderia abrigar até 25 meninas, havia no momento 17.

Embora possamos pensar em algumas hipóteses para essa capacidade ociosa, tais como desinformação por parte da população, desconfiança em relação ao atendimento prestado por essas entidades, ou mesmo um empenho reduzido em preencher todas as vagas, o mais plausível talvez seja considerar que, antes de apelar para instituições formais, as mulheres pobres preferem esgotar as possibilidades acenadas pelas relações familiares, de amizade e compadrio.

De fato, segundo os funcionários entrevistados, a maioria das mulheres que recorre ou é encaminhada para essas entidades, está desligada do grupo familiar ou de qualquer outro grupo de solidariedade. E, ao ingressar numa dessas casas, a gestante — doravante classificada como desamparada ou carente —, sofrerá uma ruptura ainda maior com o social, aprofundando o seu estado de solidão. Isso porque a assistência que lhe é destinada oscila entre o paternalismo e

o autoritarismo, reduzindo a sua possibilidade de adquirir autonomia, não garantindo melhoria mais permanente nas suas condições de vida e, em consequência, nas do filho que está por vir.

## 2. O Dia-a-dia das Internas

Nessas entidades, há uma infinidade de regras que se espera sejam cumpridas. Tanto no Amparo Maternal, como na APAM e Casa das Mães, a rotina resume-se a trabalhos domésticos, com os quais as próprias internas mantêm o funcionamento das entidades, e mais alguns cursos cujo teor, dependente muitas vezes da disposição do corpo de voluntários, versam basicamente sobre as "tarefas do lar": corte-costura, culinária, puericultura, manicure, etc. Somente à noite o tempo é livre, mas o lazer restringe-se à tela de TV. Quanto às visitas e saídas para passeios, só são permitidas nos finais de semana.

Escapam em parte a esta rotina as gestantes de nível sócio-econômico médio, encaminhadas para a APAM diretamente por suas famílias do interior, numa tentativa de afastá-las da maledicência pública. Estas gestantes recebem tratamento especial, sendo dispensadas da obrigação de prestar serviços domésticos à entidade durante o período de internamento. A assistente social justifica o privilégio: "as meninas com nível de instrução superior não são acostumadas aos serviços domésticos".

Mas o nível sócio-econômico mais baixo não significa maior adequação a esse tipo de trabalho, ou uma atitude mais resignada em relação a ele. No caso das gestantes menores, talvez seja ainda mais difícil enquadrá-las nessa rotina. Segundo a assistente social da APAM, a entidade procura não aceitar menores, alegando que muitas vezes não se habitua às normas da casa, e com isso interferem negativamente nas atividades. Assim, não bastassem as dificuldades legais enfrentadas por uma adolescente em encontrar abrigo, sendo preciso que alguém se responsabilize por ela, há ainda o próprio preconceito em relação à menor gestante.

Já na FEBEM, procura-se conviver com o problema, tratando de adequar as meninas à rotina doméstica. De acordo com as funcionárias da Casa das Mães, é possível visualizar duas fases marcando a existência daquela entidade. Em seus tempos iniciais, há cerca de 10



anos, havia muitas brigas violentas. Mordidas, chutes na barriga, lutas corporais. Os conflitos resultantes da convivência forçada em um sobrado pequeno (cerca de 10 cômodos e 2 banheiros para comportar funcionários, grávidas e mães com recém-nascidos que ali permanecem até seis meses depois do parto) chegavam facilmente à violência física. Entretanto, desde a implantação do Grupo Operativo — o G.O., a violência passou a ser controlada, civilizadamente enfrentada duas vezes por semana em reuniões de "meninas" e "tias", onde tudo deve ser discutido na tentativa de se chegar a uma solução consensual.

Contudo, o desgosto em relação à rotina doméstica e às regras, tais como dormir, acordar, tomar banho e comer em horas determinadas, não fumar mais de dois cigarros por dia, só sair com permissão, seguir os horários dos serviços domésticos e dos cursos, só assistir aos programas de TV permitidos pela direção da casa, parece ser mais forte do que as bem intencionadas tentativas de diálogo por parte das funcionárias. E, conforme reconhece a psiquiatra, "elas vão se enchendo", brigando muito entre si, e também com as funcionárias. Muitas acabam fugindo, pulando o muro, e sumindo nas ruas do elegante bairro paulistano do Pacaembu. Segundo as entrevistadas, as fugas de menores são muito comuns, mesmo de meninas grávidas<sup>3</sup>, embora façam sempre questão de ressaltar que a FEBEM não é uma prisão e que a Casa das Mães funciona em regime de semi-permanência. Isto significa que desde que tenham permissão para sair ou que trabalhem fora, todas as gestantes e mães podem fazê-lo, com exceção daquelas meninas vindas da UT-4 (unidade de menores infratoras).

Fugidas, as meninas grávidas perambulam pelas ruas, reencontram amigos e conhecidos, juntam-se a eles na fome e no frio das praças públicas e vãos de pontes, até serem apreendidas pela polícia e enviadas de volta para a Casa das Mães. Mas fugir, sentir-se livre de rotinas e regras parece ser a solução temporária encontrada por elas para fazer passar o tempo e aliviar a angústia e a tensão de uma gravidez solitária.

O problema da resistência das assistidas aos esquemas disciplinadores e paternalistas também se faz presente na Casa Transitória. Embora essa entidade não abrigue gestantes, mantendo com elas

<sup>3</sup> Após a entrevista com funcionárias, estivemos na Casa das Mães, em mais três semanas consecutivas, para consulta aos prontuários. Em cada semana fomos informadas de que mais uma interna havia fugido.

apenas vínculos periódicos de prestação de cursos e distribuição de alimentos, as dificuldades em adequá-las às regras da entidade não parecem menores.

Aparentemente, o esquema de funcionamento da entidade é muito simples, sustentando-se no mecanismo de favor. Por exemplo, só recebe alimento quem assiste à aula, e quem chega atrasada não entra. Além de perder a cesta de alimentos, constituída de arroz, feijão, óleo, fubá, açúcar, macarrão e pão, a atrasada não recebe o passe espírita, perdendo também, ela e os filhos que porventura a acompanhem, o prato de sopa. Entretanto, a resistência a essas regras torna a relação dos responsáveis da instituição com as assistidas uma permanente disputa em termos de quem é mais esperto ou quem é menos lesado, quem dá menos e quem recebe mais. Um caso ilustrativo foi o de uma grávida, acompanhada de seus dois filhos, que se atrasou para a aula devido à demora do trem. Para desvencilhar-se de seus insistentes apelos, uma voluntária deu-lhe o dinheiro para a passagem de volta, pois a moça alegava que não tinha como voltar. Mais tarde as assistentes sociais, indignadas, perceberam que a gestante levou o dinheiro duas vezes, tendo contado a mesma estória em outro setor da entidade.

As gestantes matriculadas têm o dever de frequentar um curso de higiene e puericultura duas vezes por semana durante quatro meses, e o direito de receber, nesses dias, duas cotas de alimentos, de acordo com o número de membros da família. Após uma hora e vinte de aula, outro dever: a prédica. Embora não perguntem qual o credo das alunas — conforme nos informou uma voluntária —, é obrigatório ouvir o sermão, que em geral discorre sobre "alguma história de moral sobre a verdade ou a bondade baseada no evangelho". Da mesma forma, apesar dessa voluntária nos assegurar que o recebimento do passe não é obrigatório, este também se constitui em dever, caso a assistida queira tomar sopa.

Terminado o curso, as gestantes, que não têm como sobreviver — o que é muito comum, visto que a maioria é solteira, favelada e desempregada —, podem continuar em cursos complementares de tricô, crochê, corte-costura e culinária. A continuidade depende,

---

<sup>4</sup> A faixa etária destas mulheres é em geral de 20 a 25 anos, havendo entretanto uma parcela de menores assistidas. Na época de nossa visita à Casa Transitória, das 316 gestantes que frequentavam o curso de puericultura, apenas 24 tinham entre 16 e 19 anos de idade.

mais uma vez, do parecer final da assistente social, que decide sobre a permanência ou não da gestante com base na avaliação da professora. Na sua própria visita e nos dados constantes dos prontuários. A decisão favorável parece ser importante para as gestantes, uma vez que significará a garantia de continuar recebendo as cotas de alimento até o bebê nascer e durante o período de dieta, e mais quatro latas de leite mensais durante seis meses após o parto, desde que a amamentação seja no mínimo de três meses. Como vemos, a partir do momento em que se torna uma assistida, a gestante pobre passa a ter os seus mínimos atos previstos, regulamentados e inspecionados, participando sempre de atividades dirigidas, o que acentua sua condição de submissão e dependência. Durante a estadia nessas casas, elas não vivem nenhuma situação em que possam optar sobre o desenrolar de seu dia-a-dia, de seu futuro, de sua vida, a não ser aquelas que expressam sua resistência à perda de autonomia. Mas isso é arriscado, pois pode acarretar admoestações, sanções e até a própria saída da entidade antes do parto.

### 3. Depois do Parto, Emprego como Doméstica

O encaminhamento pós-parto, feito por essas instituições, revela a ausência de um trabalho que objetive a alteração da condição dessas mulheres sós e com filhos. Com exceção da Casa Transitória, que não ousa encaminhá-las para empregos domésticos, por não confiar em quem convive desde a infância com "marginais e maconheiros" - conforme esclareceu uma entrevistada, todas as outras privilegiam a colocação das assistidas em casas de família. No caso da APAM e Amparo Maternal, é a única opção que oferecem para as mães e seus bebês. Já a Casa das Mães permite que as internas em regime de semi-permanência saiam para procurar outros tipos de emprego, munidas de recortes de anúncios de jornais e alguns conselhos, como desconfiar de regiões conhecidas como zonas de prostituição e não dizer que são da FEBEM.

Entretanto, a possibilidade de as mulheres sós, com filhos, e ainda por cima menores, escaparem de empregos domésticos, é bastante remota, visto que o nível de instrução e o treinamento informal como força-de-trabalho convergem para isso. Além das expectativas sociais reproduzirem constantemente sua imagem e seu lugar co-

mo empregadas em casas de família, as entidades assistenciais pouco avançam na complementação da escolaridade das assistidas, ou na formação profissional diversificada.

A única exceção é a FEBEM. Porém os cursos profissionalizantes oferecidos pelo SENAC que as internas da FEBEM podem frequentar restringem-se às atividades consideradas "femininas", como manicure e cabelereira. Quanto aos outros cursos, ministrados por voluntários na própria Casa das Mães, eles também não se distanciam das atividades ditas de mulher — culinária, corte-costura, tricô —, e podem, quando muito, reforçar as prendas domésticas das futuras empregadas.

Mas, por vezes, esses cursos transcendem ao mero objetivo de ensinar a cozinhar ou costurar, servindo também como momentos de "catequese", segundo expressão de uma funcionária da FEBEM. Na Casa das Mães, as gestantes "vão amassando bolo, enquanto ouvem a professora, uma senhora muito católica, falar de moral, de religião". Na Casa Transitória, como vimos, todas as atividades, sejam cursos ou distribuição de alimentos, estão condicionadas aos instantes de prece, passes espíritos e discursos piedosos.

Quanto à escolaridade, apenas a FEBEM procura fazer algo nesse sentido, embora todas as assistentes sociais entrevistadas tenham chamado a atenção para o analfabetismo de grande parte das assistidas. O reforço escolar oferecido pelas funcionárias da Casa das Mães restringe-se a uma atividade informal, não reconhecida no âmbito da rede oficial de escolas, mas que eventualmente pode valer uma futura matrícula em colégio público, dependendo de o diretor aceitar a avaliação conferida pela monitora da entidade.

A despeito da boa vontade demonstrada por algumas funcionárias em relação à escolarização das internas e das diretrizes atuais do órgão enfatizarem o objetivo educacional, pode-se dizer que a prática acumulada ao longo dos anos nas várias unidades da FEBEM não resultou num tratamento adequado da questão. Uma consulta aos prontuários das 17 menores, que na época de nossa visita encontravam-se na Casa das Mães, revelou uma orientação ainda presa àquela velha fórmula dos internatos femininos do Brasil Império, como o Seminário da Glória e o Instituto Dona Ana Ro

sa — a de preparar meninas pobres para os serviços domésticos\*.

Sob o eufemismo de "auxiliar do lar" ou "estágio em família substituta", parece ser prática entregar essas meninas a patroas que recorrem à FEBEM em busca de mão-de-obra barata e, o que é muito importante, submetida a um controle disciplinar que pode ser acionado a qualquer momento, bastando um telefonema à unidade de origem.

Há meninas que dizem expressamente que não querem ser empregadas domésticas. Não obstante, são encaminhadas para "casas de família" no momento seguinte. Em um desses casos, encontrado na consulta aos prontuários, a orientação dada pelo psicólogo e assistente social foi a seguinte: (ela) "foi orientada por nós, no sentido de procurar estar mais perto de sua realidade".

Contudo esse encaminhamento de menores para empregos domésticos não se dá sem resistência, que se traduz tanto na má vontade em obedecer à patroa — tipo de reclamação muito constante nos prontuários —, como em abandono do emprego sem permissão, o que configura fuga.

Quase todos os prontuários registraram fugas; em alguns casos, várias e em tempo curtíssimo. Algumas fugas ocorrem nas próprias unidades e outras em casas de patroas. Há relatos de retor-

\* Os prontuários são abertos no momento da entrada dos menores na FEBEM, em cada Unidade de Recepção (U.R.), e os acompanham durante toda a sua permanência no órgão, sendo enviados com eles a cada transferência de unidade. Neles são registrados os motivos de internação; as entrevistas de menores, pais e responsáveis com psicólogos, assistentes sociais e pedagogos; as avaliações escolares; os diagnósticos médicos; os pareceres e sentenças de juízes; as avaliações de comportamento e adaptação; as colocações profissionais, fugas, transferências e seus motivos para outras unidades e entidades conveniadas, e desinternações com as respectivas justificativas. Agradecemos às responsáveis pela Casa das Mães a permissão para consulta aos prontuários, cujas informações — de caráter rigorosamente sigiloso, constituem valiosa fonte documental sociológica. Os documentos pesquisados nestes prontuários foram em grande parte formulados em outras unidades nas quais as meninas estiveram internadas — algumas vezes desde os primeiros anos de vida —, antes de engravidarem e serem transferidas para a Casa das Mães. Portanto, é preciso chamar a atenção para duas questões: em primeiro lugar, nem sempre a orientação percebida nestes documentos coincide com as das funcionárias da Casa das Mães; em segundo lugar, nem sempre CSSES documentos expressam a atual gestão de teor liberalizante da FEBEM, uma vez que muitos deles foram produzidos em gestões anteriores. Restaria porém investigar até que ponto propostas mais progressistas têm real poder de penetração entre funcionários habituados aos métodos passados.

nos espontâneos às unidades, após alguns dias fora, mas o depoimento de uma ex-voluntária da FEBEM põe em dúvida essa "espontaneidade" (Luppi, 1981, pp. 188-189).

No entanto, voltem trazidas pela polícia ou por opção própria, o fato é que as fugas representam outros inconvenientes que não apenas as punições que se seguem ao retorno. O período em que vivem longe da FEBEM é o momento da liberdade, que inclui a possibilidade de conhecerem e se relacionarem com indivíduos de outro sexo, dos quais foram segregadas em unidades rigidamente divididas. Sem nenhuma orientação sexual anterior e, portanto, possivelmente, nenhuma idéia de métodos contraceptivos, é comum que as meninas engravidem durante as fugas, conforme se pôde constatar nos prontuários. Houve também casos de meninas que engravidaram durante o período em que trabalharam fora como empregadas domésticas ou em escritório. De acordo com uma das funcionárias da Casa das Mães, as meninas que vivem desde crianças na FEBEM engravidam durante os "bailinhos" promovidos pelo órgão, quando fica difícil vigiar os encontros entre internos de sexos opostos. Mas nenhum dos prontuários consultados registrou tais casos.

Uma vez grávidas, a recusa do emprego doméstico não será tão simples, pois agora a menor tem aos seus cuidados o filho recém-nascido, reduzindo-se ainda mais as chances de obter um outro tipo de emprego.

De um modo geral pode-se dizer que esse tipo de orientação profissional, conferida pelos órgãos assistenciais às internas, representa, para essas mulheres, uma continuidade de vida sem autonomia, que, ao saírem das entidades, acompanhadas de seus filhos, dependem da sorte e da boa vontade de famílias para serem acolhidas. Para não se verem de uma só vez sem emprego, moradia e alimentação para si próprias e seus bebês — basta lembrar que na APAM elas têm somente 20 dias após o parto para deixar a entidade, e no Amparo Maternal apenas três dias —, elas se submetem às condições oferecidas.

As menores da FEBEM (não-infratoras, em regime de semi-permanência) ou as recém-egressas do órgão, em razão da maioridade, devem escolher entre separar-se de seus filhos, que são encaminhados para outras unidades ou creches conveniadas, ou mantê-los junto a si, às custas muitas vezes da aceitação a contragosto de um emprego como doméstica.

#### 4. Abandono: O Destino que se Reproduz

As entidades não mantêm vínculos com as assistidas de pois do parto; por isso, pouco se sabe a respeito do destino de seus filhos, a não ser o que o senso comum permite intuir, a partir das próprias condições de vida das mães. Mas, em termos concretos, a relação mãe-filho pôde ser avaliada no âmbito da FEBEM, onde há gestantes de até 10 anos de idade, bem como outras menores já mães e, por vezes, com um segundo filho a caminho.

Segundo uma assistente social da Casa das Mães, o tempo da gravidez e os seis meses após o parto são aproveitados para trabalhar com a grande meta da entidade: integrar as meninas (não-infrato<sub>r</sub>as) com seus bebês nas famílias, no caso das que as têm. Entretanto, esta não parece ser uma tarefa fácil, pois há meninas que não querem que as famílias saibam da gravidez, não restando outra coisa a não ser esperar que elas se conscientizem que gravidez não é crime. De outro lado, há famílias que não aceitam a gravidez da adolescente, re<sub>q</sub>uerendo todo o poder de persuasão da assistente social para que mudem de postura. Por último, há também grande número de menores que não têm pais e nem mesmo parentes que possam acolhê-las.

Na época de nossa visita à Casa das Mães, além das 17 internas, havia ainda outras três ligadas à entidade, passando por "estágio probatório" de 90 dias em casa dos pais, juntamente com os seus filhos recém-nascidos. Dependendo do parecer da assistente social, formulado com base em visitas e entrevistas periódicas, elas ficariam morando definitivamente com a família, ou voltariam para outra unidade da FEBEM. Quanto às crianças, também dependendo da opinião da funcionária, elas permaneceriam com os avós ou seriam internadas na UT-1, desta vez separadas das mães.

Além dos problemas suscitados pela rejeição familiar, há ainda o aspecto da não-aceitação, por parte da gestante, da própria gravidez e, por conseguinte, da perspectiva da maternidade. Para a psiquiatra da Casa das Mães a rejeição à gravidez deve ser encarada com naturalidade. Por isso, desde a implantação do grupo operativo, com reuniões semanais, a idéia muito comum de que a mãe deve obrigatoriamente amar o filho tem sido colocada em discussão. Contudo, é difícil conseguir que elas verbalizem a rejeição, assumindo que não querem o filho. Em conseqüência, ao se tornarem mães, demons

tram descaso pelas crianças, chegando a esquecer-se de cuidar delas, embora continuem a afirmar que amam muitíssimo os filhos.

Caso essa rejeição fosse assumida conscientemente, seria talvez possível encaminhar as crianças para adoção, explica a psiquiatra. Para ela, essa poderia ser uma saída, uma vez que considera praticamente impossível que meninas pobres e sozinhas proporcionem boas condições de vida aos filhos.

Entretanto, a adoção está fora de cogitação, não só devido à resistência das mães, como também pela dificuldade legal de uma menor entregar seu filho para ser adotado. Como a lei não lhe reconhece autonomia, é preciso, antes de mais nada, que ela compareça perante o juiz e afirme explicitamente seu desejo de não ficar com a criança. Em geral, o que acontece é que as mães deixam os filhos internados em creches conveniadas, após a saída da FEBEM, ou mesmo quando ainda em regime de semi-permanência, continuando desse modo com a sensação de que ainda os têm.

Esse relacionamento, pautado pelo distanciamento gradativo entre um e outro, termina muitas vezes com o "abandono inconsciente" por parte da mãe, que deixa aos poucos de visitar a criança. Passado um prazo determinado por lei, o juiz pode permitir a adoção, mas, de qualquer modo, conforme enfatizou a psiquiatra, no inconsciente dessa mãe isto nunca constará como sendo de iniciativa própria.

Embora as funcionárias da Casa das Mães se posicionem pela integração familiar das internas, bem como das crianças nascidas dentro da instituição, não há orientação geral nesse sentido no âmbito da FEBEM. Transcorrido o prazo de seis meses após o parto, mãe e filho acabam separados, a não ser que a menor volte para a família ou consiga um emprego que os aceite a ambos, em geral como doméstica. O mais freqüente é que ela seja transferida para outra unidade, enquanto a criança é encaminhada para a UT-1<sup>6</sup>. Daí para a frente os contatos entre mãe e filho tornam-se esporádicos, ainda mais se a menor for infratora, pois, nesse caso, ela não tem permissão para sair de sua unidade e visitá-lo nos fins de semana.

---

<sup>6</sup> A UT-1 para crianças em idade pré-escolar e a Casa das Mães situam-se num amplo terreno do Pacaembu. Todas as outras unidades para as quais as mães são transferidas seis meses após o parto localizam-se em outras áreas da cidade, ou mesmo fora dela, bastante distantes.



A situação das mães internadas como infratoras é especialmente grave, uma vez que nem mesmo o período da amamentação é respeitado. A menor M.J.S., de 15 anos de idade, foi apreendida pela polícia com um filho recém-nascido e internada na UT-4 por haver praticado o ato anti-social, segundo lê-se em seu prontuário. O ato anti-social foi o furto de um objeto na casa da mulher com quem vivia, de acordo com acusação desta. Também teria sido devido a furtos que a mãe e o padastro não a queriam em casa. Entretanto, na versão da menina, ela havia saído da casa após o parto, porque o padastro xingava seu filho quando este chorava.

Seja qual for a versão correta, o fato é que a menor acabou internada como infratora, doravante irremediavelmente marcada como ladra. E embora estivesse amamentando, a criança foi apartada e encaminhada para a UT-1, onde em pouco tempo adoeceu gravemente. Para tentar salvar a vida do bebê, abriu-se uma exceção para essa interna que, mesmo sem estar grávida, transferiu-se para a Casa das Mães, junto com o filho.

Mas, segundo a assistente social da entidade, a tentativa não deu certo, pois a menina revelou-se uma líder negativa, não acatando as regras e "incitando as outras internas contra nós". Diante desse parecer, a mãe voltou para a UT-4 em apenas duas semanas, e o bebê retornou à UT-1, deixando definitivamente de ser amamentado por ela aos dois meses de idade.

Assim, mesmo as funcionárias que defendem a meta da integração familiar, deixando por vezes implícita uma crítica à separação de mães e filhos, tomam decisões contraditórias, que acabam por induzir a essa separação.

Além dos temas colocados pelas entrevistadas, e que versam basicamente sobre rejeição ou aceitação, tanto da menina por seus pais e parentes próximos, quanto do bebê pela jovem mãe, outras questões merecem reflexão mais aprofundada.

Para começar, há o próprio fato da gravidez de internas extremamente jovens. Na época da visita à Casa das Mães havia uma grávida de 17 anos que estivera internada ali quando da sua primeira gravidez, aos 12 anos. Havia ainda uma outra, de apenas 10 anos, cujo prontuário indicava gravidez resultante de estupro. Esse últi

mo aspecto aponta para uma outra questão: a da gravidez motivada pela violência contra a mulher.

Apesar de questões como essa não passarem despercebidas, o fatalismo parece ser mais forte do que qualquer outra consideração. A possibilidade de aborto não se coloca, muito embora pudesse haver respaldo legal para casos de meninas grávidas menores de 14 anos e de gravidez resultante de estupro.

Contudo, de acordo com o que nos foi explicado, a FEBEM não teria respaldo social para assumir uma postura desse tipo. Por isso, conforme consta em prontuários e entrevistas, as assistentes sociais limitam-se a aconselhar a aceitação da gravidez. O máximo que se concede é a possibilidade de a interna rejeitar a criança depois de nascida, mas é óbvio que, ao obrigá-la a assumir a gravidez, fica mais difícil para ela verbalizar que não quer o filho depois do parto. Daí para a frente os abandonos de crianças são comuns — houve mesmo um caso recente de uma menina que fugiu, deixando o filho recém-nascido na Casa das Mães.

Em relação ao abandono de crianças, há que considerar a própria estrutura disciplinar do órgão. Divididos rigidamente por sexo e idade, os internos passam a maior parte do tempo segregados em suas respectivas unidades. Para as meninas internas na FEBEM, desde os primeiros anos de vida, isto terá conseqüências profundas no momento da maternidade, pois raras vezes têm a chance de se relacionar com crianças pequenas e de se afeiçoar a elas.

De qualquer modo, mesmo que a interna não rejeite a criança, o próprio órgão se encarrega de provocar uma ruptura no relacionamento, ao estabelecer um prazo máximo de permanência de mãe e filho na Casa das Mães.

Nem sempre, porém, cumpre-se rigidamente esse prazo. Dependendo do comportamento da menor, pode-se prorrogá-lo informalmente. Houve uma interna que, de acordo com o relato das funcionárias, revelou-se mãe exemplar e trabalhadora eficiente, tendo se adaptado perfeitamente às normas da casa. Com pena de separar mãe e filho, a entidade protela o momento de transferi-las para unidades distintas da FEBEM. Assim, embora a menor passe o dia todo fora — trabalhando num órgão da prefeitura, enquanto a criança fica sob os cuidados de outra interna —, ao menos à noite e nos fins de semana, mãe e filho podem estar juntos. De qualquer modo, trata-se de uma exceção à regra.

Em resumo, devido à estrutura disciplinar que divide os internos em sexos e idades, provocando a separação de mães e filhos, pudemos presenciar no dia-a-dia desse órgão, que preten-  
de o bem-estar do menor, novos casos de abandonos de crianças, engen-  
drados a partir do seu próprio interior. O mesmo se pode dizer das  
entidades particulares que assistem às gestantes desamparadas, mas que  
apenas alguns dias após o parto rompem seus vínculos com elas, não  
prevendo qualquer tipo de assistência aos recém-nascidos. O máximo  
que se faz é registrá-los e matriculá-los em postos de saúde, tal co-  
mo acontece na APAM.

##### 5. Sexualidade Ignorada

Há um aspecto ignorado por essas entidades: a sexualidade e a afetividade das internas. O descaso evidencia-se na quase total ausência de orientação contraceptiva durante os meses em que elas recebem assistência. E, sobretudo, não há disposição em ouvi-las sobre o que pensam a respeito da gravidez e até que ponto estão dispostas a se tornarem mães, com exceção do Grupo Operativo da Casa das Mães.

Das entidades visitadas, apenas a Casa das Mães demonstrou algum esforço no sentido de trazer à tona a questão da sexualidade. Além de fazer exames pré-natais de rotina, a tia médica, como é chamada a ginecologista, reúne as internas para esclarecimentos sobre sexo. Entretanto, de acordo com seu próprio relato, estas aulas não fazem muito sucesso. Elas bocejam, cochilam, enquanto a professora de-  
senha um ovário, o feto, etc, no quadro-negro, procurando apresentar as fases da concepção, gestação e parto. É possível que as representações científicas lhes sejam enfadonhas, soando como coisas alheias e distanciadas de seu cotidiano. Já o interesse é muito grande em relação aos métodos contraceptivos. Segundo a médica, as meninas aprendem a tabelinha e saem imediatamente pela casa à procura de calendários. Segundo a ginecologista, as internas não têm nenhuma no-  
ção anterior destes métodos, venham transferidas de outras unidades ou de fora da instituição.

Mas, além dos problemas específicos resultantes do desconhecimento das possibilidades de contracepção, há aqueles relativos à sexualidade em termos mais abrangentes. Segundo o coordenador

da Pastoral do Menor<sup>7</sup> da Arquidiocese de São Paulo, que trabalhou anteriormente em algumas unidades da FEBEM, os menores apresentam problemas de identidade e de definição de papel sexual.

As internas, que nem mesmo têm espelho para se olharem, e muitas vezes não puderam contar com modelos de pai e mãe, apegam-se às raras figuras masculinas que ali aparecem. O entrevistado contou que recebia cartas dessas meninas, onde elas o viam ora como pai, ora como namorado, irmão, ou amante.

Os meninos, por sua vez, também não possuem um modelo masculino para construir sua identidade. E isso, segundo ele, ocorre não só no âmbito da FEBEM, como também em cortiços e favelas, onde as figuras masculinas vivem em crise, não conseguindo afirmação através dos papéis tradicionalmente valorizados para o homem: ganha-pão da família, pai provedor. Facilmente esses meninos idealizam uma figura masculina onipotente e cheia de atributos por eles valorizados: força, segurança. Se, por acaso, enfrentam a situação da paternidade, as condições de vida adversas fazem com que se apercebam como incapazes de reproduzir o pai idealizado. A fuga da situação é uma consequência previsível desse conflito.

Os problemas apontados acima confluem para a necessidade de se incorporar informação e discussão sobre sexualidade na pauta das atividades de promoção social.

Se a sociedade como um todo procura ignorar e negar a sexualidade dos jovens, se a educação sexual é temida pelo "risco de constituir-se em incentivo à prática sexual", essa atitude não é contra justificativa no caso das adolescentes, cuja gravidez é evidência insofismável de uma experiência. E, certamente, o silêncio só poderá contribuir para agravar as condições de isolamento e confusão que cercam a adolescente grávida.

Entretanto, como vimos, inexistente uma preocupação com a questão da maternidade em termos mais abrangentes.

---

<sup>7</sup> A Pastoral do Menor constitui uma das áreas de atuação da Igreja em São Paulo, tendo se iniciado há cerca de sete anos. Coordenada por uma equipe central, mas sediada em cada uma das nove regiões episcopais, ela desenvolve duas linhas de atuação: uma indireta que procura sensibilizar os grupos de fiéis nas Comunidades Eclesiais de Base e famílias em geral, para a questão do menor; outra que trabalha diretamente junto aos menores empobrecidos ou despossuídos.

A maior parte das entidades assistenciais, particulares ou estatais, preocupa-se em atender a outros segmentos sociais, como crianças abandonadas ou carentes e menores infratores. E as poucas que assistem às gestantes desamparadas restringem-se às questões de sobre vivência da futura mãe numa situação aguda de miséria e abandono, sem uma perspectiva de atuação a longo prazo que atinja as raízes do problema.

Assim, apesar da evolução que significou o rótulo "promoção social" em relação à idéia de "assistência social", na realidade o que ainda prevalece é uma orientação assistencialista de caráter principalmente emergencial.



# **COMENTÁRIOS FINAIS**

**Maria Malta Campos  
Maria Lydia Quartim de Moraes**





O presente estudo cobre uma etapa de pesquisa de caráter exploratório, frente às características de um objeto de estudo ainda não delimitado para a maior parte das áreas do conhecimento, e relativamente desconhecido mesmo para aqueles que já se preocupam com o tema.

As especificidades das áreas estudadas — jurídica, educacional, de saúde e promoção social —, acrescidas das contingências de prazo e recursos disponíveis, levaram a que algumas tenham sido analisadas com maior profundidade do que outras. Apesar dessas limitações, as informações colhidas e as avaliações levantadas permitiram que se traçasse um primeiro esboço de como se apresenta a situação dos pais e mães adolescentes entre nós. Embora os dados refiram-se quase todos à realidade de São Paulo, ainda assim permitem que o tema seja abordado, nas etapas seguintes da pesquisa, com maior segurança.

O primeiro dado que chama a atenção é a quase total ausência do personagem "pai adolescente". Além do fato de que muitos dos parceiros conhecidos das adolescentes grávidas sejam maiores de 20 anos, ainda assim permanece na obscuridade o contingente de parceiros mais jovens. Este problema pode ser explicado, em parte, pelo trabalho, quase sempre emergencial, que é desenvolvido com as adolescentes e jovens do sexo feminino, atendendo-as somente no momento da gravidez e do parto.

Entretanto, sendo a gravidez da jovem a consequência de um ato praticado a dois, não se justifica que aqueles que se ocupam da questão se voltem exclusivamente para uma das partes. Agindo desta forma, dimensiona-se apenas metade de um problema que certamente só poderá ser compreendido e equacionado quando considerados ambos os protagonistas, em todos os momentos desse ato, e através de suas consequências.

Por outro lado, essa dificuldade resulta, como foi visto, das próprias limitações dos atendimentos disponíveis para as adolescentes que enfrentam a gravidez e o parto. Aparecendo enquanto "proble

ma", geralmente através de casos extremos de pobreza e desamparo. as meninas e jovens grávidas acabam conhecidas e alvo de algum trabalho profissional apenas através de uma determinada intervenção localizada no tempo de suas vidas. O processo, que teve início antes desse evento e tem continuidade após sua ocorrência, permanece fora do alcance da atuação da maior parte das instituições.

A área educacional, supostamente com melhores condições de atuar a longo prazo e atingir todos os adolescentes, padece de limitações estruturais que são as mesmas que acompanham e configuram a sociedade brasileira: grandes contingentes de jovens de 10, 12, 14 e mais anos de idade encontram-se excluídos do sistema público de ensino, fora do alcance de qualquer programa de educação sexual porventura desenvolvido pela rede escolar. Dadas as características da população atendida pelos serviços de saúde e promoção social, são estes provavelmente os adolescentes que mais necessitariam desse tipo de programa.

Assim, pode-se dizer que não só inexistem qualquer política pública mais ampla voltada para a questão, como também as políticas setoriais que tocam de alguma forma no problema o fazem de forma limitada, atingindo uma parcela mínima do contingente de pais e mães adolescentes que necessitariam atendimento.

O próprio suporte legal, que deveria subsidiar a atuação do Estado e fornecer apoio aos adolescentes, ressentem-se de uma grande falta de clareza e nitidez de critérios, defasado que está em relação à realidade que cerca a reprodução nessa faixa etária. Na medida em que as leis são ambíguas e incompletas, e que o Juizado de Menores informa que "cada caso é um caso", nega-se às demais instituições alguma base para agir, sem falar na insegurança que se cria para os adolescentes e familiares envolvidos. A forma como são tratados os casos de estupro de menores de 14 anos na FEBEM é exemplo das consequências da omissão do poder judiciário.

Finalmente, resta comentar o lado, também escondido do problema, da criança nascida de mãe adolescente.

Como seu pai, essa criança permanece numa zona de sombra em quase todas as visitas e entrevistas realizadas. A que

tão da adoção aflora aqui a ali, mas sempre sob reticências, e sem objetividade. Com a exclusão da FEBEM, que informa sobre as separações de mães e filhos, na medida em que registra os recém-nascidos encaminhados para internatos após o nascimento, as demais não possuem dados sobre o que ocorre com as crianças após o parto.

Frente às diferentes circunstâncias que envolvem a gravidez, muitas poderão ser as emoções e reações provocadas na mãe, que, nesta sociedade, costuma ser a principal responsável pelo filho. Existem crianças que são principalmente amadas e outras que crescem na vivência oposta. O recém-nascido depende do universo adulto para sobreviver, em qualquer sociedade e tempo histórico. Cada sociedade cuidará da sua infância de um determinado modo, coerentemente com outras esferas da vida coletiva, especialmente a divisão do trabalho. Nas sociedades de classe, as famílias desincumbem-se dessa tarefa sob situações muito diversas e, em alguns casos, encontram-se totalmente privadas de condições mínimas para o cuidado das novas gerações. No caso do Brasil, não existe um serviço amplo de assistência social que dê conta dessas situações de desamparo, como ocorre em países mais avançados, por exemplo as sociais-democracias européias, e até mesmo os Estados Unidos, em alguns aspectos. Não é difícil imaginar as dificuldades que essas crianças enfrentam, destinadas que estão a reproduzir as mesmas situações de abandono e carências vividas por seus jovens pais.

Como sugeriu o responsável pela Pastoral do Menor, esta mesma situação de rejeição e falta de afeto pode se encontrar na raiz de um desejo inconsciente da paternidade e da maternidade nessa faixa etária. A necessidade de suprir o desamor e o desamparo acabaria, assim, por provocar o mesmo problema na criança que é gerada nessas condições.

Essas constatações conferem uma gravidade ainda maior ao fato de não existir no país qualquer política oficial que atue de modo amplo e integrado em relação a este problema. Da mesma forma, apontam para uma dimensão que não pode deixar de ser levada em conta nos possíveis desdobramentos deste trabalho.



# **RELAÇÃO DE GRUPOS, SERVIÇOS E ENTIDADES CONTACTADAS**



Ambulatório de Adolescentes da Escola Paulista de Medicina  
Associação de Educação Católica do Brasil  
Associação de Escolas Particulares  
A.P.A.M. — Associação Paulista de Amparo à Mulher  
Amparo Maternal  
Casa das Mães Regina Coelli — FEBEM  
Casa Transitória da Federação Espírita do Estado de São Paulo  
Clínica Obstétrica do Hospital Municipal de Santo André da Faculdade de Medicina do ABC  
COJE — Centro de Orientação Jurídica e Encaminhamento à Mulher  
Colégio de 1º e 2º Graus Aquarius  
Colégio Galileu Galillei — 1º e 2º graus  
Colégio Hugo Sarmento  
Colégio Oswald de Andrade — 1º e 2º graus  
Colégio Santa Cruz  
Congregação do Bom Pastor  
Coordenadoria de Estudos e Normas Pedagógicas — CENP — da Secretaria Estadual de Educação — SP  
Curadoria de Menores  
Departamento de Saúde Materno-Infantil da Faculdade de Saúde Pública da USP  
Fundação Estadual pelo Bem-Estar do Menor — FEBEM  
Hospital e Maternidade Leonor Mendes  
Hospital e Maternidade de Vila Nova Cachoeirinha  
Hospital do Servidor Público  
Juizado de Menores da Cidade de São Paulo  
LOGOS — Escola de 2º grau  
Mater Dei — Escola de Educação Infantil e de 1º Grau

Maternidade da Encruzilhada

Maternidade Tsyla Balbino

Pastoral da Mulher Marginalizada

Pastoral do Menor

Pós-Graduação em Psicologia Social da PUC

Posto de Saúde do Jabaquara

Seção Registros e Cadastros da Secretaria do Estado de Promoção Social — S.P.

Serviço de adolescentes do Instituto da Criança

Serviço de Ginecologia Infanto-Puberal — Departamento de Saúde Escolar da Rede Municipal de Ensino

Serviço de Obstetrícia para adolescentes do Hospital das Clínicas

Setor de Orientação Educacional — DEPLAN — Secretaria Municipal de Educação — S. Paulo



## **BIBLIOGRAFIA**



- AHUED, José Roberto A. et alii. Atención obstétrica en la adolescencia. Ginec. Obstet. Méx. 43(255):3-6, 1978.
- ALDROVANDI, Carmen Ligia et al. Fatores etiológicos de reprodução na adolescência. 1980. mimeo.
- ARIÈS, Phillipe. Centuries of childhood: social history of family life. New York, Vintage, 1962.
- ARNS, Paulo Evaristo (Cardeal). Pastoral do menor na ordem do dia. São Paulo, Arquidiocese de São Paulo, 1980.
- BARRETTO, Elba Siqueira de Sá. Extensão da escola elementar no Brasil: da intenção à realidade. 1984. mimeo. Trabalho apresentado 1<sup>st</sup> International Conference on Education in the '90s: equality. Israel, 1984.
- BARROSO, Carmen. Educação sexual e valores relativos ao controle da reprodução no Brasil. 1979. mimeo. Trabalho apresentado no II Congresso de Educação Sexual nas Escolas. São Paulo, 1979.
- BARROSO, Carmen & BRUSCHINI, Maria Cristina A. Educação Sexual: Debate aberto. Petrópolis, Vozes, 1982.
- \_\_\_\_\_. org. Sexo & Juventude: um programa educacional. São Paulo, Brasiliense, Fundação Carlos Chagas, 1983.
- \_\_\_\_\_. "La Educación Sexual o Anti-Sexual?", in Revista sexualidad humana y educación sexual, Comité Regional de Educación Sexual para América Latina y El Caribe - CRESALC, vol. 2, nº 3, 1979 5-14
- BATISTA, Nildo Alves et al. Gravidez em mães de 13 a 18 anos: estudo prospectivo materno e neonatal. Tatros. 2(1):5-11, 1<sup>o</sup> sem. 1983.
- BERNADI, Marcello. A deseducação sexual. São Paulo, SUMMUS, 1985.
- BESSE, Susan K. Freedom and bondage: the impact of capitalism on women in São Paulo, Brazil, 1917-1937. 1983. Tese (doutoramento) Fac. Graduate School of Yale University.
- BLEICHMAR, Hugo. La depresión: um estudio psicanalítico. Buenos Aires, Nueva Vision, 1982.
- BOURDIER, Pierre. Oedipe et psychanalyse d'aujourd'hui. Privat. Paris, 1978.
- BRASIL, Câmara dos Deputados. A realidade brasileira do menor. Relatório, Brasília, Coordenação de Publicações, 1976.
- BRASIL, Leis, Decretos etc. Código Civil. 1972.
- BRUSCHINI, Maria Cristina A. Alguns riscos da educação sexual nas escolas. Psicologia e Comportamento, p. 57-8, maio/jun. 1984.

- CABRAL, Antônio Carlos Vieira et al. Gravidez na adolescência. s.d. mimeo.
- CAMPOS, M. et al. - A FUNABEM e a FEBEM - S.P. Relatório, São Paulo, FCC, 1983.
- CARNEIRO, Sueli e SANTOS, Thereza. Mulher Negra, SP., Nobel/ Conselho Estadual da Condição Feminina, 1985 (Década da Mulher).
- CARVALHO, Francisco Pereira de Bulhões. Direito do menor. Rio de Janeiro, Forense, 1977.
- CASSORLA, Roosevelt M. S. Contribuição ao estudo dos comportamentos suicidas em crianças e jovens. In: ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NEUROLOGIA E PSIQUIATRIA INFANTIL. A criança e o adolescente brasileiro da década de 80. Porto Alegre, Artes Médicas, 1983. v.1, p. 102-16.
- CHARBONNEAU, Paul Eugene (Pe.). Civilização, sexualidade, escola. Revista de Educação AEC. Brasília, 10(41):9-21, 1981.
- \_\_\_\_\_. Educação Sexual: seus fundamentos e seus progressos. São Paulo, EPU, Escola de Pais do Brasil, 1979.
- CNRH/UNICEF. Estudos básicos dos serviços para crianças da população de baixa renda. Brasília, 1979.
- DAVIDSON, Ezra C. & FUKUSHIMA, Terichiro. The age extremes for reproduction: current implications for policy change. Am. J. Obstet. Gynecol. 152(4):467-473, 1985.
- DELASCIO, D. & ALMEIDA, P.A.M. de. Propedêutica da Gestaçã de Alto Risco. São Paulo, Manole, 1974, p. 47.
- DESCHAMPS, Jean Pierre. Grossesse et maternité chez l'adolescente. Socioguides le centurion, 1976.
- DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO PERINATAL. Maternidade Escola de Vila Nova Cachoeirinha - Secretaria de Higiene e Saúde da Prefeitura do Município de São Paulo, 1984.
- DOLTO, Françoise. Au jeu du desir. Paris, Seuil, 1981.
- DOTT, Andrew B. & FORT, Arthur T. Medical and social factors affecting early teenage pregnancy. Am. J. Obstet. Gynecol. 125(4):532-536, 1976.
- DWYER, J.F. Teenage pregnancy. Am. J. Obstet. Gynecol. 118:373, 1974.
- ENCONTRO INTERDIOCESANO DA PASTORAL DA MULHER. 19. São Paulo, 1985.
- ESTATÍSTICAS DE MORTALIDADE. 1979 e 1980, Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1982.

- FAUSTO, Boris. Crime e cotidiano — a criminalidade em São Paulo (1880-1924). São Paulo, Brasiliense, 1984.
- FERREIRA, Rosa Maria Fischer. Meninos da rua — valores e expectativas de menores marginalizados em São Paulo. São Paulo, CEDEC — Comissão de Justiça e Paz de São Paulo, 1979.
- FREUD, Sigmund. Obras completas Madrid, Biblioteca Nueva, 1973. t. II, p. 1225.
- FREYRE, Gilberto. Casa Grande e Senzala, 20 ed. Rio de Janeiro, INL Brasília, MEC, 1980.
- GOLDWASSER, Maria Julia. "Cria fama e deita-te na cama": um estudo de estigmatização numa instituição social total. In: VELHO, Gilberto. Desvio e divergências. Uma crítica da patologia social. Rio de Janeiro, Zahar, 1974. p. 29-51.
- GREGORI, José. O menor ainda minimizado pela lei brasileira. São Paulo, Cadernos de Pesquisa, 31:4-5, dez. 1979.
- GRUNSPUN, Haim. Os direitos dos menores. São Paulo, Almed, 1985.
- HAMEL B. Patricia et al. Adolescentes embarazadas de sectores populares urbanos. Características sociodemográficas y familiares. Revista Chilena de Obstetrícia-Ginecologia. 46(4):163-72, 1981.
- \_\_\_\_\_. Informacion y conduta sexual de la adolescente urbano popular chilena. Revista Chilena de Psicologia 6(2):21-30, 1983.
- HEREDIA, Maria Beatriz Alásia de. A morada da vida: trabalho familiar de pequenos produtores do nordeste do Brasil. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1979.
- IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios — PNAD, 1981. Rio de Janeiro, 1983.
- LEVENHAGEM, A. José de Souza. Código Civil: Parte Geral. Comentários didáticos. São Paulo, Alves, 1984.
- LOPES, Gerson Pereira et al. Educação Sexual e gestação na adolescente. 1984. mimeo.
- MADEIRA, Felícia. A jovem brasileira: a experiência dos anos 70 entre os setores populares na cidade de São Paulo. 1984. mimeo. Trabalho apresentado na Reunião Pensar la Mujer Joven: problemas y experiencias preliminares. Santiago, 1984.
- \_\_\_\_\_. Os jovens e as transformações ocorridas no Brasil na década de 70. CEPOL, 1985. mimeo. Documento elaborado para o Ano Internacional da Juventude.

- MARQUES, João Benedito de Azevedo. Marginalização: menor e criminalidade. São Paulo, McGraw-Hill do Brasil, 1976.
- MATHIAS, Lenir et al. Complicações obstétricas nas primigestas precoces. 1980. mimeo.
- MATHIAS, Lenir. Gravidez na adolescência. III — Estudo Comparativo de primíparas de 18 a 19 anos. J. Bras. Ginec. 95(4):137-139, 1985a.
- \_\_\_\_\_. Gravidez na adolescência. IV — Idade limite de risco reprodutivo entre adolescentes. J. Bras. Ginec. 95(4):141-143, 1985b.
- MIYASAKI, Célia H. et al. A adolescente grávida: experiência do Setor de Adolescência da Escola Paulista de Medicina. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE PEDIATRIA, XXIII. Salvador, 1983. Resumos dos trabalhos. Salvador, 1983.
- MULHER - Libertação. Boletim Nacional da Pastoral da Mulher Marginalizada. São Paulo. (1) mar/maio 1985.
- MUSSIO, Thomas J. Primigravides under age 14. Am. J. Obstet. Gynecol. 84(4):442-444, 1962.
- NAEYE, Richard L. Teenaged and pre-teenaged pregnancies: consequences of the fetal-maternal competition for nutrients. Pediatrics 67(1):146-150, 1981.
- NIN, Anais. Journal, Paris. Stock, 1977.
- NOGUEIRA, José Bonifácio Coutinho. Falando nos espinhos. Revista de Educação AEC. Brasília, 10(41):28-31. 1981.
- ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. El embarazo y el aborto en la adolescência. Série de Informes Técnicos 583. Genebra, 1975.
- \_\_\_\_\_. Necessidades de salud de los adolescentes. Genebra, 1977.
- PIMENTEL, M. da Glória & SIGRIST, Aurea C. Orientação educacional. São Paulo, Pioneira, 1971.
- PINTO-ALEIXO, Pedro. Gestação na adolescência. J. Bras. Ginec. 91(6):439-42, 1981.
- PINTO E SILVA, João Luiz. Contribuição ao Estudo da Gravidez na adolescência. Tese de doutorado. Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, 1982.
- \_\_\_\_\_. Contribuição ao estudo da gravidez na adolescência. Gin. Obst. Bras. 6(3):373-91, 1983.
- \_\_\_\_\_. Aspectos pediátricos da gravidez na adolescência. J. Bras. Ginec. 94(8):319-26, 1984.

- PINTO E SILVA, João Luiz et al. Gravidez na adolescência - I Con-  
duta frente à anticoncepção e ao sexo. J. Bras. Ginec. 90(6):  
283-7, 1980.
- REVISTA DE EDUCAÇÃO AEC. Brasília. 10(41), 1981.
- ROBERGE, Lourenço (Pe.). Corpo humano e sexo. 2 ed. Petrópolis, Vo-  
zes, 1979.
- \_\_\_\_\_. Educação sexual dos adolescentes. Revista de Educação AEC.  
Brasília, 10(41):50-65, 1981.
- ROCHA, João A. Adolescência e saúde: inquérito entre 5.223 adoles-  
centes de 10 a 20 anos de idade matriculados em colégios públicos  
e privados da cidade do Recife. Pediatria. São Paulo. 4:139-144  
1982.
- ROSEMBERG, F. Diagnóstico sobre a educação da mulher. São Paulo,  
1985.
- SÃO PAULO (cidade) Secretaria de Educação. Projeto de orientação se-  
xual. São Paulo, SME, 1978.
- \_\_\_\_\_. Departamento de Orientação Técnica. Orientação sexual na  
Rede Municipal: visão geral. São Paulo, DEPLAN, 1982.
- SÃO PAULO (Estado) Secretaria da Educação. Coordenadoria de Estudos  
e Normas Pedagógicas. Sexualidade humana: uma abordagem curricular  
com enfoque educativo, São Paulo, CENP, 1984.
- SARREL, Philip M. & KLERMAN, Norraine V. The young unwed mother.  
Am. J. Obstet. Gynecol. 105:575-578, 1969.
- SCHARF, Kathleem Rudd. Teenage pregnancy: why the epidemic?  
Working Papers. p. 64-70, mar/apr. 1979.
- SCHOR, Nêia. Aborto como questão de saúde pública: estudo da deman-  
da de mulheres que recorreram ao hospital por complicações do abor-  
to. São Paulo, 1984. Tese (doutoramento) Fac. Saúde Pública, Uni-  
versidade de São Paulo.
- SEXUALIDADE na adolescência. 1983. mimeo. Trabalho apresentado no  
Simpósio Internacional de Pediatria, Rio de Janeiro, 1983.
- SILVA, Araguari Chalar da, coord. Liberdade e repressão sexual. In:  
ENCONTRO NACIONAL DE SEXOLOGIA, I. São Paulo, 1983. Textos do ...  
São Paulo, Femina Livro, 1984. p. 31-60.

- SINOPSES ESTATÍSTICAS DA EDUCAÇÃO BÁSICA. Ministério da Educação e Cultura, 1981, 82, 83.
- SILVEIRA, Mary Lise M. et al. A adolescente grávida: experiências do Setor de Adolescência da Escola Paulista de Medicina. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE PEDIATRIA, XXIII. Salvador, 1983. Resumos dos Trabalhos. Salvador, 1983. p. 56.
- SIQUEIRA, Arnaldo Augusto Franco de et al. Evolução da gravidez em adolescentes matriculadas no serviço pré-natal do Centro de Saúde Geraldo de Paula Souza, São Paulo (Brasil), Rev. Saúde públ., São Paulo, 15:449-54, 1981.
- SPINDEL, Cheyva. O menor trabalhador registrado: condições de trabalho em áreas metropolitanas. São Paulo, IDESP, série textos, nº 8, 1985.
- THE ALAN GUTTMACHER INSTITUTE. Teenage Pregnancy: the problem that hasn't gone away. New York, 1981.
- VALENTE, Carlos Alberto et alii. Assistência pré e perinatal à mãe adolescente. J. Bras. Ginec. 83(5):229-235, 1977.
- VASCONCELOS, Francisco Figueira de Mello. Educação Sexual da mulher Rio de Janeiro, 1915. Dissertação — Fac. Med. R.J.
- VASCONCELOS, Naumi A. de. Levantamento de atividades desenvolvidas por iniciativa própria das escolas de Rede Estadual de Ensino na área da sexualidade humana: 1983-84. São Paulo, CENP, 1984.
- VELHO, Gilberto. O estudo do comportamento desviante: a contribuição da Antropologia Social in: \_\_\_\_\_ . org, Desvio e divergência: crítica da patologia social, Rio de Janeiro, Zahar, 1974. p. 11-28.
- VERUCCI, Florisa. Os direitos da mulher. SP, Nobel CECF, 1985.
- VIGORITO, Neusa Maria & MONTELEONE, Maria Lúcia Araújo. A adolescente gestante. In: DELASCIO, D. & GUARIENTO. A. Obstetrícia, ginecologia e neonatologia. São Paulo, Saraiva, 1984, p. 133-43.
- VILLAS-BOAS, Orlando & BISILLIAT, Maureen. Xingu, território tribal. São Paulo, Cultura, 1979.
- VITIELLO, Nelson. Gestação em adolescentes de bom nível sócio-econômico. 1985. mimeo. Trabalho apresentado no III Congresso de Ginecologia e Obstetrícia do Brasil Central. Cuiabá, 1985.



- VITIELLO, Nelson. Gestação na adolescência. Femina. jul, 1981.
- VITIELLO, Nelson et. al. Algumas considerações sobre a anticoncepção na adolescência. Femina. maio, 1984.
- \_\_\_\_\_. Anemia em gestantes adolescentes. ANGO, Recife. 15(3):  
11-7, jul./ago./set. 1982b.
- \_\_\_\_\_. Antecedentes sexuais de puérperas adolescentes. Rev. Bras. Ginec. Obstetr. set./out. 1983.
- \_\_\_\_\_. Assistência obstétrica à adolescente. Rev. Bras. Ginec. Obstetr. out./nov./dez., 1982a.
- WEREBE, M. J. G. A educação sexual na escola. São Paulo, Moraes, 1977.
- YOUNGS, David D. et alii. Experience with an adolescent pregnancy programa. Obstet. Gynecol. 50(2):212-216, 1977.
- ZACKLER, Jack et alii. The young adolescent as an obstetric risk. Am. J. Obstet. Gynecol. 103(3):305-312, 1969.
- ZEK CER, Dinah Kojuck & MATTIUS, Rosemari de Lourdes Remmes. O adolescente perante a lei. In: ZEK CER, Israel (org.). Adolescente também é gente. São Paulo, Summus, 1985. p. 84-93.

## **SÉRIE INSTRUMENTOS PARA A AÇÃO**

- 1 Situação Sócio-Econômica dos Municípios Estado de Sergipe
- 2 Desigualdades Sociais no Nordeste
- 3 Ecologia da Desnutrição na Infância
- 4 Condições de Vida nos Municípios Paraibanos
- 5 O Menor e a Pobreza

## **SÉRIE INSTRUMENTOS PARA A AÇÃO**

Uma série de diagnósticos e avaliações dirigidas a todos aqueles que desenvolvem esforços para a melhoria da qualidade de vida da população brasileira