ipea Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

Título do capítulo	CAPÍTULO 6 – SÍNDROME DE JUNO: GRAVIDEZ, JUVENTUDE E POLÍTICAS PÚBLICAS
Autores (as)	Natália de Oliveira Fontoura Luana Simões Pinheiro
Título do livro	JUVENTUDE E POLÍTICAS SOCIAIS NO BRASIL
Organizadores (as)	Jorge Abrahão de Castro Luseni Maria C. de Aquino Carla Coelho de Andrade
Cidade	Brasília
Editora	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
Ano	2009
ISBN	978-85-7811-039-0

© Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – **ipea** 2018

As publicações do Ipea estão disponíveis para *download* gratuito nos formatos PDF (todas) e EPUB (livros e periódicos). Acesse: http://www.ipea.gov.br/portal/publicacoes

As opiniões emitidas nesta publicação são de exclusiva e inteira responsabilidade dos autores, não exprimindo, necessariamente, o ponto de vista do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada ou do Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão.

É permitida a reprodução deste texto e dos dados nele contidos, desde que citada a fonte. Reproduções para fins comerciais são proibidas.

6

SÍNDROME DE JUNO: GRAVIDEZ, JUVENTUDE E POLÍTICAS PÚBLICAS

CAPÍTULO 6

SÍNDROME DE JUNO: GRAVIDEZ, JUVENTUDE E POLÍTICAS PÚBLICAS*

Natália de Oliveira Fontoura**
Luana Simões Pinheiro***

1 APRESENTAÇÃO

O tema juventude traz muitos recortes interessantes do ponto de vista da análise das relações de gênero. Examinar esta fase da vida sem a perspectiva de gênero implica uma análise parcial, que não levará em conta as diferenças existentes nas passagens consideradas marcantes para as jovens e os jovens. Se, para estes, a entrada no mercado de trabalho pode ser considerada a primeira e mais importante transição para a vida adulta, para aquelas, o casamento e a maternidade revelam-se como fundamentais (CAMARANO; MELLO; KANSO, 2006).

Para abordar a questão da juventude sob a perspectiva das relações de gênero, optou-se por desenvolver uma discussão sobre o tema da gravidez na adolescência. Tal temática, além de despertar grande interesse do ponto de vista das relações de gênero, não somente pode estar ausente de uma discussão sobre juventude no Brasil em função das consequências que pode ter na vida de um grande grupo de jovens meninas, mas também por conta dos mitos e estereótipos que rondam a questão e merecem ser mais profundamente analisados pelos gestores de políticas públicas do país. Para tanto, este texto, por um lado, trabalha com uma problematização do tema, relativizando e questionando uma série de valores e crenças cristalizados na sociedade brasileira e, por outro, apresenta a forma como o Estado vem lidando com as/os jovens mães e pais a partir de suas políticas públicas.

2 PROBLEMATIZANDO A DISCUSSÃO

Abordar a questão da gravidez na adolescência, fenômeno que vem preocupando o governo e a sociedade, requer uma análise cuidadosa e criteriosa, uma vez que muitas das percepções e informações difundidas encontram-se assentadas mais

---

* O título faz referência ao filme *Juno*, vencedor do Oscar 2007 de melhor roteiro original. O filme desenvolve-se em torno da temática da gravidez na adolescência, abordando-a a partir de um enfoque não tradicional e bastante questionador dos valores e das percepções a esta associados.

** Especialista em Políticas Públicas e Gestão Governamental em exercício no Ipea.

*** Técnica de Planejamento e Pesquisa do Ipea em exercício na Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres da Presidência da República (SPM/PR).

em preconceitos do que em fatos. A percepção de que meninas cada vez mais jovens interrompem suas trajetórias, escolar e profissional, para se dedicar a um filho é bastante difundida e tende a vir acompanhada pela afirmativa de que a gravidez na adolescência é um retrocesso, um atraso, não só na vida destas mães precoces, mas também do ponto de vista social, uma vez que o fato é associado a crianças pouco acompanhadas no processo de formação educacional, criadas fora do contexto de um lar estável, por mães e pais despreparados e imaturos.

No entanto, é preciso, antes de tudo, avaliar os pressupostos por trás dessas avaliações: *i)* determinada faixa de idade não é apropriada para a reprodução – e sequer para a iniciação sexual; *ii)* uma vez que o acesso a métodos contraceptivos é cada vez mais facilitado e as informações sobre eles mais difundidas, não há justificativa para relações sexuais desprotegidas e, portanto, arriscadas; *iii)* as mães adolescentes, caso não tivessem tido filho, teriam trajetórias profissionais diferenciadas, mais bem-sucedidas e, portanto, um futuro mais promissor em todos os sentidos; *iv)* filhos de mães adolescentes serão mal criados, muitas vezes chegando a representar risco para a sociedade; e *v)* toda gravidez na adolescência é indesejada e indesejável. Contudo, em que medida tais pressupostos correspondem à realidade?

Deve-se observar, inicialmente, que as pesquisas nesse campo são, em sua maioria, pontuais e espacialmente limitadas, mas revelam concepções bastante distintas.[1] É interessante começar destacando que o fenômeno da gravidez na adolescência vem sendo apontado como um problema social em ascensão, ainda que os dados mostrem o contrário. O aumento na taxa de fertilidade de adolescentes ocorrido ao longo da década de 1990, na contramão do movimento percebido nos demais grupos etários, parece ter-se revertido após 2000.

De acordo com estudo de Berquó e Cavenaghi (2005), o movimento de aumento da taxa de fertilidade das jovens de 15 a 19 anos entre os Censos Demográficos de 1991 e 2000 reverteu-se desde então. Utilizando informações de fontes de dados diversas, como a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) e o Registro Vital, ambas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), e o Sistema de Informações de Nascidos Vivos (SINASC), do Ministério da Saúde (MS), as autoras concluem que a taxa de fertilidade nesta faixa de idade vem decrescendo desde 2000.

1. Diferentes pesquisas qualitativas foram realizadas nessa área por pesquisadores de todo o país. Muitos dos artigos utilizados para a elaboração deste texto fundamentaram-se nos resultados da pesquisa Gravidez na Adolescência (GRAVAD): estudo multicêntrico sobre jovens, sexualidade e reprodução no Brasil, realizada entre 1999 e 2002, por três centros de pesquisa: Programa em Gênero, Sexualidade e Saúde do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UFRJ); Programa de Estudos em Gênero e Saúde do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (UFBA); e Núcleo de Pesquisa em Antropologia do Corpo e da Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). A pesquisa foi realizada em três cidades – Porto Alegre, Rio de Janeiro e Salvador – e dividiu-se em duas etapas: uma qualitativa, com 123 entrevistas realizadas, e outra quantitativa, composta de questionário aplicado a 4.634 indivíduos. Ver Heilborn *et al.* (2002).

O exame dos dados da PNAD de 1996 e de 2007 aponta também para uma redução na proporção de adolescentes de 15 a 19 anos com filho, de 12,6% para 10,7%. As possíveis explicações para o aumento na década de 1990 seriam: mudanças nos valores e nas atitudes da sociedade brasileira, incluindo maior liberdade sexual; relativização do valor da virgindade; início precoce da vida sexual; falta de programas de planejamento familiar apropriados para adolescentes e jovens; falta de educação sexual nos currículos escolares; permanência da assimetria de gênero, entre outras. Já o declínio a partir de 2000 poderia ser explicado, entre outros motivos, pelos seguintes fatores: realização de campanhas nacionais para prevenção de doenças sexualmente transmissíveis (DST) e síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS), dirigidas inclusive à população jovem; estratégias da política de saúde reprodutiva dirigidas aos adolescentes, incluindo contracepção de emergência; recomendação para educação sexual nas escolas; e uma exposição massiva na mídia sobre as consequências negativas de uma gravidez não planejada (BERQUÓ; CAVENAGHI, 2005).

Analisando-se os dados relativos às meninas entre 15 e 19 anos que já tiveram filhos, verifica-se que, no Brasil, elas totalizavam, em 2007, 759.538[2] jovens, o que corresponde a 10,7% da população nesta faixa etária, de acordo com os dados da última PNAD. As regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste estão sobrerrepresentadas no fenômeno: somente 9,1% das brasileiras de 15 a 19 anos moravam na região Norte em 2007, mas esta região abrigava 13,2% das meninas nesta faixa etária com filhos.

Entre as pardas, a proporção de meninas com filhos chega a 12,8% e entre as negras, 12,4%, o que se supõe ser explicado pela associação entre os recortes de cor/raça e renda, pois a gravidez na adolescência é mais comum entre as jovens pertencentes aos estratos de renda mais baixos, em que a população negra está sobrerrepresentada.[3] Com efeito, chama atenção a alta concentração no que diz respeito ao recorte de renda: impressionantes 44,2% das meninas de 15 a 19 anos com filhos pertencem à faixa de renda média familiar *per capita* de até meio salário mínimo (SM) – que concentra somente 26,7% das adolescentes nesta faixa de idade. Dito de outro modo, quase 18% das adolescentes do estrato de renda mais baixo são mães.

2. O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), Lei nº 8.069/1990, circunscreve a adolescência ao período de 12 a 18 anos de idade. A Organização Mundial da Saúde (OMS) delimita a adolescência entre 10 e 19 anos de idade – sendo que a juventude vai dos 15 aos 24 anos. O MS adota o critério da OMS para definir o público-alvo de suas políticas: 10 a 19 anos no caso dos adolescentes e 10 a 24 anos no caso das políticas para adolescentes e jovens. Neste texto, optou-se por levantar os dados para a população de 15 a 19 anos, pois o fenômeno da gravidez na adolescência entre 10 e 14 anos é bem mais raro, o que acaba prejudicando a confiabilidade dos dados, uma vez que se utiliza como fonte a PNAD de 2007, uma pesquisa amostral.

3. Além disso, estudos apontam que meninas de classes mais favorecidas têm mais acesso e facilidade para realizar aborto. Como o dado mencionado contabiliza somente as meninas nesta faixa etária com filhos, aquelas que engravidaram na adolescência, mas abortaram não são consideradas. Sobre este assunto, ver Peres e Heilborn (2006). Chama atenção, ainda, o fato de que, ao longo dos últimos anos, a redução da proporção de jovens mães tem-se dado de forma mais intensa entre as negras do que entre as pardas e mais entre estas do que entre as brancas, o que pode ser relacionado ao fato de que as políticas desenvolvidas são voltadas prioritariamente para a população de mais baixa renda, na qual a população negra está sobrerrepresentada.

No estrato de renda acima de cinco SMs, esta proporção não chega a 1%. Entre as razões que podem explicar tal fenômeno está o acesso à informação, aos métodos contraceptivos, aos serviços de saúde e até mesmo ao aborto, mas estas razões também se relacionam às representações distintas, entre as diferentes classes sociais, tanto da gravidez e da maternidade quanto da adolescência e da juventude.

De acordo com os números da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS) 2006, 16,1% das adolescentes na faixa etária de 15 a 19 anos tinham pelo menos um filho nascido vivo, ao passo que 23,1% delas estavam grávidas ou já haviam estado pelo menos uma vez. Esta diferença se deve àquelas que ainda não tinham tido filho e aos abortos espontâneos ou induzidos, sendo proporcionalmente maior na região Sudeste (BRASIL, 2008, p. 126).

Cabe lembrar que a faixa de idade hoje considerada precoce para a gravidez foi, durante muitas décadas, no Brasil, a mais adequada para se ter filhos. Como os casamentos ocorriam muito cedo e muitas meninas viam-se como esposas tão logo tornavam-se *moças*, a reprodução no contexto conjugal começava cedo. As diferenças em relação à atualidade estão no caráter majoritariamente *ilegítimo* das gestações nesta idade e no fato de que hoje se espera que as meninas invistam em outros campos da vida durante a adolescência. A *modernização* da sociedade brasileira, a crescente urbanização, a maior disponibilidade de métodos contraceptivos, a expansão da escolaridade e a grande mudança ocorrida em relação a valores culturais, são alguns dos fenômenos que podem explicar estas alterações nas expectativas depositadas pela sociedade sobre os jovens.

Atualmente, é mais frequente que se espere dos jovens dedicação aos estudos e investimento no futuro profissional, o que implica, na concepção corrente, o adiamento do início da vida conjugal e da reprodução. Neste ponto, é preciso chamar atenção para as enormes diferenças sociais existentes em nosso país e em como repercutem sobre as expectativas em relação aos jovens adolescentes. Pode-se dizer que a "moratória social"[4] dada aos jovens será fortemente determinada pela classe social a que pertencem.

Com efeito, os dados apontam que, nas classes de mais baixa renda, os percursos educacionais são muito mais erráticos, a entrada no mercado de trabalho é mais precoce e o casamento e o primeiro filho ocorrem muito mais cedo (HEILBORN; CABRAL, 2000). Isto pode ser explicado por diferentes fatores, como maior necessidade de trabalhar, no caso dos rapazes; contexto familiar que delega tarefas domésticas às meninas, preparando-as mais cedo para responderem por uma família – o que ocorre muito mais intensamente entre as classes populares; e valores relacionados ao casamento, à formação da família e à interpretação e representação de cada fase da vida.

4. Conceito proposto por Margulis e Urresti (2000). Refere-se à possibilidade oferecida aos jovens de adiar exigências – sobretudo relacionadas à família e ao trabalho –, brindando-os com especial tolerância.

As fases da vida não podem ser vistas como dados objetivos, pois, apesar de, em alguma medida e em alguns casos, se delimitarem por questões biológicas, a cada época são interpretadas e dotadas de significados distintos. O mesmo pode ser dito para uma dada época em contextos sociais diferentes, que delimitarão a visão, as expectativas e as cobranças sobre pessoas de determinada idade. Dessa forma, analisar o fenômeno da gravidez na adolescência implica distinguir o contexto em que ocorre. Não pode ser interpretado da mesma maneira para adolescentes moradores das grandes cidades e adolescentes das zonas urbanas ou cidades pequenas, para moças e rapazes, para adolescentes pobres e de classe média e alta, entre outros recortes fundamentais. A gravidez na adolescência é marcada pela heterogeneidade: pode-se dar no âmbito de uma relação estável ou não; pode gerar distintos arranjos familiares; pode alterar o percurso profissional ou não etc.

Nesse sentido, é preciso considerar que a gravidez nem sempre é indesejada. Pelo contrário, pesquisas qualitativas apontam que muitas vezes tanto a moça quanto o rapaz planejam a gravidez, ou, pelo menos, não se esforçam muito para evitá-la e ficam contentes quando esta é confirmada.

As pesquisas realizadas sobre o assunto apontam que a *opção* por ser mãe na adolescência, especialmente entre meninas de classe mais baixa, pode estar relacionada a um projeto de vida pessoal. A adolescente busca construir sua identidade e sentir-se mais adulta, mais mulher, mais autônoma e com mais poder tendo seu próprio filho. O projeto de vida profissional, neste caso, pode dar lugar a outro projeto, o de construir uma família ou, pelo contrário, o fato de ter um filho pode reforçar o plano de seguir estudando e buscar ascender socialmente. A opção pela maternidade vincula-se muitas vezes à experiência de ter que cuidar durante anos dos irmãos mais novos, o que habilita estas meninas a se sentirem capazes de ser mães e alimenta, ainda, o desejo de ter filhos, sobre os quais poderiam exercer sua autoridade de maneira mais completa. Em muitos casos,também a gravidez é valorizada entre o grupo de amigas e na escola – especialmente se ocorre em um contexto de namoro e se o pai assume a criança (PANTOJA, 2003).

No caso dos meninos, os estudos apontam que a paternidade está frequentemente relacionada a tornar-se adulto, assumir responsabilidade, de fato "virar homem" e tornar-se o provedor, pelo menos da criança, e mesmo que com a ajuda da família de origem. O adolescente passa a se ver e a ser visto de modo diferente e assumir a criança significa, neste contexto, demonstrar que é suficientemente "adulto" e "homem" (CABRAL, 2003). A pressão para trabalhar aumenta, mas o abandono dos estudos não pode ser atribuído à paternidade na adolescência. Adolescentes entrevistados nas pesquisas realizadas em capitais brasileiras, em sua imensa maioria, já haviam abandonado os estudos e já trabalhavam – normalmente em "bicos" – quando suas parceiras engravidaram.

No caso das jovens, contudo, é importante destacar que tal opção implica impactos efetivos em sua trajetória de vida. No que diz respeito à escolaridade, é possível verificar que o abandono escolar torna-se inevitável. Das meninas com idade entre 10 e 17 anos sem filhos, somente 6,1% não estudavam; já entre as meninas com filhos, esta proporção chega a impressionantes 75,7%, sendo que 57,8% das meninas com filhos não estudavam nem trabalhavam, o que evidencia as dificuldades encontradas para engajar-se em alguma atividade fora de casa com um filho pequeno para cuidar.[5] A diferença do tempo dedicado aos afazeres domésticos confirma esta percepção: enquanto as meninas de 10 a 17 anos sem filhos dedicam em média 14,33 horas semanais aos afazeres domésticos, as meninas da mesma faixa etária que já são mães despendem aproximadamente o dobro deste tempo, 28,25 horas.

As diferenças na forma como a gravidez na adolescência é percebida por membros de estratos sociais distintos também devem ser objeto de debate. O fato de que as jovens mais pobres engravidam e têm filhos em maiores proporções que as jovens mais ricas não pode ser explicado somente em termos de opções distintas de vida, sem que se considerem todo o contexto de vida e as oportunidades apresentadas a estas jovens. A maternidade, neste sentido, pode não se constituir em uma opção de fato, mas, ao contrário, pode ser fruto da ausência de opções e da dificuldade de forjar um projeto de vida para além de ser *mãe de família*. Além disso, tanto em termos de possibilidades de inserção educacional e profissional quanto no que tange às dificuldades – especialmente financeiras – advindas do nascimento de uma criança, o *preço* pago pela jovem mais pobre que tem filho é maior.

Nesse sentido, é possível dizer que existe de fato um problema para as políticas públicas. É preciso desestigmatizar a gravidez na adolescência e adaptar o discurso e a prática política a uma realidade complexa e mutável em relação à juventude e suas práticas sexuais, mas isto não implica considerar que as maiores taxas de fecundidade entre jovens do primeiro quintil de renda não devam ser consideradas uma questão a ser trabalhada pelo poder público.

Diante das contradições existentes e da profusão de preconceitos e estereótipos que surgem quando o tema da gravidez na adolescência é tratado, é preciso, portanto, encarar a questão do ponto de vista das opções apresentadas aos jovens e de suas escolhas. Se, de certa forma, a escolha de uma jovem em ser mãe não pode ser de antemão criticada, de outra, é fundamental que alternativas sejam apresentadas a esta jovem ao longo de sua vida de modo que a maternidade não represente a única forma de autoafirmação e construção da identidade. Assim, o fato de a maior

5. Alguns estudos qualitativos apontam que a gravidez tampouco seria determinante para o abandono escolar das meninas, as quais, se não conseguem continuar os estudos após o nascimento do filho, frequentemente voltam a estudar depois de determinado período (HEILBORN; CABRAL, 2000).

parte dos jovens que se tornam pais ter abandonado os estudos parece evidenciar um contexto em que não há perspectiva de continuidade da qualificação visando a melhores inserções profissionais, não há mais vínculos com a escola, isto é, um contexto no qual as opções de construção de uma carreira ou de um caminho para o reconhecimento social pela via profissional são bastante reduzidas.

Por fim, pode-se destacar que o debate da gravidez na adolescência implica também analisar os papéis de gênero existentes em nossa sociedade, que podem explicar não somente a assimetria na vivência da sexualidade entre jovens, mas também as diferentes cobranças sobre meninos e meninas, após o nascimento do filho. No caso da prevenção, os estudos apontam que tanto meninas quanto meninos acreditam ser responsabilidade feminina o cuidado com a contracepção. São as meninas que devem se preocupar com isto e buscar evitar a gravidez. Esta atribuição está relacionada à imagem do masculino como mais ligado à impulsividade, à falta de controle e, principalmente, à capacidade menor de conter os desejos sexuais. A contradição está em que a responsabilidade da contracepção sobre a menina vai de encontro à imagem desejada desta, a menina mais ingênua e recatada. Dessa forma, atribui-se à jovem o papel de prevenir uma gravidez, mas caso ela imponha a utilização de um preservativo ou o traga para o momento da relação sexual será vista como exageradamente experiente, o que é avaliado negativamente pelos meninos.

Com isso, apesar de conhecerem os métodos contraceptivos e saberem onde encontrá-los, os jovens não os utilizam com regularidade, especialmente quando a relação torna-se mais estável. Isto pode ser explicado tanto pela assimetria das relações de gênero, como pelo contexto em que ocorrem os intercursos sexuais, em geral marcados pela imprevisibilidade. Na PNDS de 2006, somente 36,7% das meninas entre 15 e 19 anos afirmaram utilizar algum método contraceptivo – o menor percentual se comparadas as diferentes faixas etárias consideradas pela pesquisa, que faz a pergunta somente às mulheres sexualmente ativas. Os métodos mais utilizados pelas adolescentes são a pílula (por 18% delas), seguida da camisinha masculina (13,9%). Quando perguntadas sobre os métodos já utilizados pelo menos uma vez, o mais frequente é a camisinha (50,3%), a pílula (36,8%) e os métodos tradicionais (tabela, método *billings*, abstinência periódica e coito interrompido – 22,2%) (BRASIL, 2008, p. 131-134).

No caso da paternidade e da maternidade, os papéis de gênero reforçam-se na responsabilidade atribuída ao pai de prover seu filho – assim como a consequente necessidade de trabalhar e ter renda – e a responsabilidade quase que exclusiva da mãe por todos os cuidados cotidianos. Os números mostram que 38,4% das adolescentes de 15 a 17 anos com filhos moram com um cônjuge e 43,3% ainda moram com seus pais. Neste caso, as atribuições – tanto a de prover quanto a de cuidar – costumam ser compartilhadas com avós e tios da criança.

Concluindo, a desconstrução de preconceitos e estereótipos em torno da gravidez na adolescência significa pensar as relações de gênero em um contexto mais amplo de reflexão sobre a vivência da sexualidade na juventude. Contudo, isto deve ocorrer a partir de uma perspectiva renovada, que substitua o olhar moralizante, culpabilizador e *amedrontador* sobre os jovens pela valorização de seus direitos; entre eles, os direitos sexuais e os direitos reprodutivos.

3 GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA NAS POLÍTICAS FEDERAIS

O governo federal vem desenvolvendo algumas ações importantes nos últimos anos com vista a lidar com a questão da gravidez na adolescência. Cabe mencionar, primeiramente, a Política Nacional de Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, lançada em março de 2005, que tem entre seus resultados esperados a prevenção da gravidez indesejada entre adolescentes, jovens e adultos, sendo um dos eixos a ampliação da oferta de métodos contraceptivos reversíveis. A partir do lançamento da política, o MS passou a assumir a compra de 100% dos métodos anticoncepcionais para os usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) e incluiu, além da pílula, da minipílula e da pílula de emergência, os anticoncepcionais injetáveis, o diafragma e o dispositivo intrauterino (DIU). Desde 2006, a pílula de emergência – ou pílula do dia seguinte – vem sendo distribuída pelo MS, apesar das diversas polêmicas que causou, inclusive com processos na justiça visando impedir sua distribuição em nível local com base no argumento de que seria abortiva.

Outra meta adotada pela política nacional foi o fortalecimento do projeto Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE), desenvolvido desde 2003 a partir de uma parceria do MS com o Ministério da Educação (MEC), a Organização das Nações Unidas (ONU) por meio do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), o Fundo das Populações das Nações Unidas (UNFPA) e a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (Unesco). A iniciativa tem por objetivo reduzir a vulnerabilidade das/os adolescentes às doenças sexualmente transmissíveis, à infecção pelo HIV e à gravidez não planejada, com ênfase na promoção da saúde, por meio de ações educativas de prevenção e de ampliação do acesso desta população ao preservativo masculino. São distribuídas camisinhas gratuitamente nas escolas que aderem ao projeto, incluindo debates sobre sexualidade em seus planos pedagógicos e envolvendo a comunidade escolar nas decisões e discussões. O programa previa, em sua proposta inicial, a disponibilização de preservativos masculinos a adolescentes de 15 a 19 anos, sexualmente ativos, matriculados no ensino regular da rede pública. Em 2004, foram feitas adequações e ajustes neste programa, que passou a se dirigir a adolescentes e jovens de 13 a 24 anos, englobando o ensino fundamental e médio.

Atualmente, o SPE está inserido no componente de "promoção da saúde e prevenção" do Programa Saúde nas Escolas, uma iniciativa do MS e do MEC, que tem como finalidade implementar uma política integrada que articule a rede de educação básica e a rede de atenção básica à saúde. Neste contexto, o objetivo do projeto é fortalecer a gestão integrada entre saúde e educação e a institucionalização de ações integradas entre as áreas para a redução das vulnerabilidades dos jovens, especialmente às DSTs/AIDS, por meio da promoção da saúde e dos direitos sexuais e reprodutivos.

No âmbito do SPE, foi realizado, entre 2006 e 2007, concurso dirigido aos Centros Federais de Educação Tecnológica (CEFETs) para o desenvolvimento de máquinas dispensadoras de camisinhas, a serem disponibilizadas nas escolas públicas de ensino médio que integram o projeto. Uma equipe do CEFET de Santa Catarina foi vencedora e o centro da Paraíba ficou em segundo lugar. Ambos produzirão máquinas a serem distribuídas para as escolas participantes do SPE. Os alunos acessarão os preservativos mediante uma senha dada pela escola. O projeto está em fase de aperfeiçoamento dos protótipos para produção em maior escala e seu objetivo é facilitar o acesso dos adolescentes e jovens aos preservativos masculinos, uma vez que uma das hipóteses para que o jovem não utilize o preservativo seria a vergonha de se dirigir a um estabelecimento comercial para adquirí-lo. As máquinas dispensadoras nas escolas teriam o mérito de ser de fácil acesso, fácil utilização e de oferecer a compra por unidade.

Outro conjunto de medidas do SPE que merece destaque são aquelas voltadas para a formação de jovens e de profissionais de saúde e educação sobre os temas da promoção da saúde sexual e reprodutiva de adolescentes e jovens. Entre estas medidas, cabe mencionar a elaboração do *Guia para a formação de profissionais de saúde e de educação* – Saúde e Prevenção nas Escolas (Série Manuais, n. 75), publicação que tem sido utilizada em inúmeros processos de formação, o que vem contribuir para a discussão qualificada da temática. O projeto alcança quase metade das escolas públicas e vem-se expandindo. Entre 2005 e 2006, a Unesco realizou uma avaliação do projeto junto a alunos, pais e professores e constatou que a maior parte das ações têm a aprovação da comunidade escolar, inclusive a distribuição de camisinhas nas escolas.[6]

O Saúde e Prevenção nas Escolas é o projeto mais significativo do MS que tem como foco adolescentes e jovens, apesar de ter a grande limitação de alcançar somente aqueles que estão no ambiente escolar. Sua fragilidade torna-se mais clara ao se considerar que, conforme antes apontado, o jovem que se torna pai na adolescência, em geral, já abandonou a escola. Se o recorte social é imprescindível para decifrar o fenômeno da gravidez na adolescência, não pode ser desconsiderado no desenho de uma política destinada a lidar com esta questão.

6. Resumo da pesquisa disponível em: <www.unesco.org.br/areas/educacao/areastematicas/edsaude/Resumo%20Pesquisa%20SPE%20avaliacao.pdf>.

A área técnica da Saúde do Adolescente e do Jovem, do MS, vem coordenando, ainda, a publicação de importantes documentos. Entre estes, destacam-se o *Marco legal de saúde de adolescentes e jovens*, publicado em 2005, que traz uma compilação da legislação nacional e internacional que regula a área, e o *Marco teórico e referencial: saúde sexual e saúde reprodutiva de adolescentes e jovens*, publicado em 2006. Este último documento apresenta críticas importantes à forma como o sistema de saúde atualmente trata de questões como a gravidez na adolescência, reconhecendo o despreparo dos serviços para atrair e receber este público e as dificuldades para se fazerem respeitar seus direitos e especificidades. Denuncia a visão *adultocêntrica* dos profissionais e o recorrente enfoque de risco quando se trata da gravidez na adolescência, levando, por exemplo, a que se façam mais cesáreas do que o necessário entre meninas e jovens. O documento chama atenção, ainda, para os próprios aspectos simbólicos que acabam por afastar os/as jovens dos serviços de saúde, pois estes ainda operam exercendo um papel de controle sobre a sexualidade, como pode ser observado na prática corrente de vincular sexualidade e reprodução e, até mesmo, em sua nomenclatura, ao tratarem de anticoncepção somente como *planejamento familiar.* Os profissionais, em geral, não estão preparados para atender os adolescentes de ambos os sexos, demonstrando, inclusive, dúvidas e receios do ponto de vista ético, ao questionarem em que medida a privacidade e a confidencialidade do atendimento devem ser garantidas aos/às adolescentes acompanhados ou desacompanhados/as de seus responsáveis.

Com base em documentos aprovados pela Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) e pela Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo), o documento do MS defende que:

> (...) os adolescentes têm direito à educação sexual, ao sigilo sobre sua atividade sexual e ao acesso à orientação sobre todos os métodos anticoncepcionais. A consciência desse direito implica em reconhecer a individualidade e a autonomia do adolescente, estimulando-o a assumir a responsabilidade com sua própria saúde (BRASIL, 2006, p. 41).

O documento representa, portanto, um grande avanço na discussão a respeito de direitos sexuais e direitos reprodutivos dos/as adolescentes. Caso venha de fato a ser utilizado como parâmetro para a elaboração de políticas e projetos dos serviços de saúde e para a discussão do atendimento hoje oferecido aos adolescentes, poderá gerar importantes frutos no que diz respeito ao acesso a métodos contraceptivos, a serviços de orientação na área de saúde sexual e reprodutiva, ao atendimento pré-natal, entre outros serviços destinados aos/às adolescentes que devem se adequar a este público e acolhê-lo com informação e qualidade de atendimento.

Além da garantia de atendimento adequado na rede pública de saúde, é preciso assegurar também o acesso à informação e à educação preventiva para os/às adolescentes, não somente no que diz respeito ao exercício saudável da sexualidade e a questões

acerca da contracepção, mas também trabalhar concepções de maternidade e paternidade, problematizar as relações de gênero presentes em nossa sociedade e sua ligação com o exercício da sexualidade, contribuir para a compreensão da importância das escolhas feitas neste campo da vida, entre outras questões. Esta discussão deve-se dar não somente no ambiente escolar, mas também envolver pais, mães e responsáveis, de forma a contribuir para um debate aberto e livre de preconceitos e tabus. As pesquisas indicam que a forma como a família de origem trata o tema em casa exerce importante influência sobre a conscientização dos/as jovens, os cuidados que têm com seu corpo e a forma como se protegem (AQUINO, 2003).

Em 2008, foi também lançada a *Caderneta de saúde de adolescentes*, uma voltada para os meninos e outra para as meninas – nos moldes da caderneta de saúde da criança. A caderneta dedica uma parte à sexualidade e aborda de maneira atual e livre de preconceitos a questão da gravidez, além de orientar as/os adolescentes sobre o que fazer e sobre seus direitos em caso de gravidez.

Para os meninos, tem-se:

> E se acontecer uma gravidez? Bom, se vocês perceberem que há possibilidade de uma gravidez, procure apoiá-la [sua parceira] de todas as formas possíveis nesse momento. Afinal, o filho ou filha que virá é de vocês dois, assim como a responsabilidade pela criança. E quando temos relação sexual é preciso estar preparado para assumir as consequências positivas ou negativas que podem resultar dessa experiência. Primeiro vá com ela à unidade de saúde mais próxima e faça o teste de gravidez. Caso o resultado dê positivo não demore a contar à sua família ou então a algum adulto de sua confiança. Nessa hora, muitas coisas passam pela cabeça e vocês precisam muito de apoio e ela de alguns cuidados especiais. Procure assumir seu papel de pai, mas não abandone seus estudos e projetos de vida. O apoio da família, da escola e de outras pessoas de sua convivência é essencial para que vocês continuem estudando e para que possam prosseguir em busca de autonomia e independência (BRASIL, 2009b, p. 42-43).

Apesar de este último trecho vir no plural, chama atenção que, na caderneta das meninas, não haja tal menção ao não abandono dos estudos e projetos de vida:

> E se acontecer uma gravidez? Antes de mais nada, calma. Se você desconfiar que está grávida, procure a unidade de saúde e faça o teste de gravidez. Caso o resultado dê positivo, não demore a contar a seu parceiro, à sua família ou um adulto de sua confiança. Nessa hora muitas coisas passam pela cabeça e você precisa muito de apoio e alguns cuidados especiais. É assegurado seu direito ao atendimento pré e pós-natal durante a gravidez, parto e pós-parto para garantir sua saúde e a de seu bebê. O aleitamento materno (amamentação do bebê) também é um direito. No caso de estudantes, a escola, por lei (Lei Federal nº 6.202/75), tem deveres com a adolescente grávida no período pós-parto, como a reposição de provas, justificativa de faltas, etc (BRASIL, 2009a, p. 43).

De acordo com a Lei nº 6.202, de 17 de abril de 1975, a partir do oitavo mês de gestação e durante três meses, a estudante gestante tem direito a ser assistida pelo regime de exercícios domiciliares, período que pode ser ampliado no caso de necessidade médica. Esta lei jamais foi implementada e ainda existem muitas escolas hoje que desestimulam adolescentes grávidas a permanecerem estudando para não se tornarem *maus exemplos*.[7]

Com vista a enfrentar a evasão escolar tanto de meninas que engravidam como de jovens mães e jovens pais, o MEC, por meio da Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade (SECAD), desenvolve o Projeto Educação e Gravidez na Adolescência, que tem como linhas de atuação: *i*) formação e qualificação de profissionais da educação sobre o tema; *ii*) elaboração, publicação e distribuição de materiais didático-pedagógicos para a formação continuada de profissionais e para a utilização no ensino fundamental e médio; e *iii*) fomento a pesquisas acadêmicas sobre o tema. Em novembro de 2006, foram selecionados 11 projetos para a formação de professores da rede pública de ensino, gestores de educação – secretários estaduais e municipais, diretores, coordenadores pedagógicos, funcionários administrativos dos estabelecimentos escolares e funcionários como psicólogos, assistentes sociais, merendeiros etc. – voltados para a educação sexual, com ênfase na gravidez na adolescência. Estes projetos foram executados ao longo de 2007 e, em 2008, não houve continuidade da iniciativa.

Outro importante desafio para o poder público é atingir os/as adolescentes e jovens que estão fora da escola e que não costumam procurar os serviços de saúde. Estes/as jovens devem ter acesso à informação pelos meios de comunicação, em eventos culturais e esportivos e nos espaços comunitários, além da atuação dos agentes de saúde neste sentido.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A discussão sobre gravidez na adolescência, aqui empreendida, traz à luz importantes percepções e questionamentos que não podem ser ignorados em espaços públicos ou privados de discussão sobre a questão. A relativização do senso comum, que prejulga a gravidez entre jovens como um fenômeno indesejado, negativo e prejudicial, não apenas enriquece o debate desenvolvido no setor público, como permite uma (re)construção dos valores que cercam a temática a partir da visão do/a jovem como sujeito de direitos, considerando suas opiniões, sentimentos e percepções. O fato não pode ser avaliado como um mal em si, a ser expurgado da sociedade, mas como um fenômeno relacionado a distintos fatores sociais, devendo ser tratado em seu contexto e a partir de suas especificidades.

7. Um dos trabalhos que concluem que a escola não possui estrutura adequada para lidar com a questão, contribuindo direta ou indiretamente para a evasão de adolescentes grávidas, é o de Campos (1998).

O desafio para o poder público é oferecer políticas eficazes com vista a evitar gestações indesejadas e conscientizar os adolescentes acerca da importância de vivenciar uma sexualidade saudável, de fazer escolhas consequentes, de repensar os papéis de homens e mulheres e reconstruí-los de maneira mais igualitária, além da importância da prevenção das doenças sexualmente transmissíveis. Alguns projetos vêm sendo desenvolvidos neste sentido no espaço do governo federal, mas, de modo geral, a política hoje proposta – com base na oferta de métodos anticoncepcionais ou com foco na educação preventiva nas escolas – ainda é insuficiente para lidar com a questão da gravidez na adolescência. Além do aparente viés estigmatizador, a política fundamentada na oferta de contracepção não se mostra capaz nem de alcançar assertivamente o público adolescente nem de lidar com a complexidade do fenômeno, que envolve questões referentes a projetos de vida, construção de identidade, relações de gênero, concepções sobre paternidade e maternidade, vivência da sexualidade, reconhecimento social, contexto familiar, entre outras.

É preciso ir além e trabalhar para a ressignificação da paternidade e da maternidade, a partir de valores mais igualitários e da importância tanto da figura materna quanto da paterna para a socialização da criança. Os pais e as mães, independentemente da idade, devem compreender que seus papéis no plano afetivo, cognitivo, emocional, educativo e socializador são fundamentais para a formação de indivíduos sadios e completos. A ausência do pai, a sobrecarga de tarefas para a mãe e a transferência de funções para os avós vêm sendo apontados como fatores de instabilidade emocional para as crianças em formação. Neste sentido, uma política que atue sobre a dimensão dos direitos sexuais e reprodutivos terá efeitos não somente sobre as gerações de jovens, mas também sobre os mais velhos e as futuras gerações.

REFERÊNCIAS

AQUINO, E. M. L. *et al.* Adolescência e reprodução no Brasil: a heterogeneidade dos perfis sociais. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 19, p. 377-388, 2003. Suplemento 2.

BERQUÓ, E.; CAVENAGHI, S. Increasing adolescent and youth fertility in Brazil: a new trend or a one-time event? *In*: ANNUAL MEETING OF THE POPULATION ASSOCIATION OF AMERICA, Mar. 2005, Philadelphia, Pennsylvania. *Anais*. Philadelphia, Pennsylvania, Mar. 2005. Disponível em: <http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/PopPobreza/BerquoElzaeCavenaghiSuzana.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). *Marco teórico e referencial*: saúde sexual e saúde reprodutiva de adolescentes e jovens. Brasília, 2006.

_____. Ministério da Saúde (MS). *Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher*: PNDS 2006 – relatório final. Brasília, 2008. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/pnds/img/relatorio_final_pnds2006.pdf>.

_____. Ministério da Saúde (MS). *Caderneta de saúde da adolescente*. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cardeneta_meninas.pdf>. Acesso em: 28 set. 2009a.

_____. Ministério da Saúde (MS). *Caderneta de saúde do adolescente*. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cardeneta_meninos.pdf>. Acesso em: 28 set. 2009b.

CABRAL, C. S. Contracepção e gravidez na adolescência na perspectiva de jovens pais de uma comunidade favelada do Rio de Janeiro. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 19, p. 283-292, 2003. Suplemento 2.

CAMARANO, A. A.; MELLO, J. L.; KANSO, S. Do nascimento à morte: principais transições. *In*: CAMARANO, A. A. (Org.). *Transição para a vida adulta ou vida adulta em transição?* Rio de Janeiro: Ipea, 2006, p. 31-60.

CAMPOS, V. B. Gravidez na adolescência e evasão escolar. *Ensino em Revista*, v. 7, n. 1, p. 23-37, 1998.

HEILBORN, M. L.; CABRAL, C. Parentalidade juvenil: transição condensada para a vida adulta. *In*: CAMARANO, A. A. (Org.). *Transição para a vida adulta ou vida adulta em transição?* Rio de Janeiro: Ipea, 2000, p. 225-255.

HEILBORN, M. L. *et al*. Aproximações socioantropológicas sobre a gravidez na adolescência. *Horizontes Antropológicos*, ano 8, n. 17, p. 13-45, jun. 2002.

MARGULIS, M.; URRESTI, M. La juventud es más que una palabra. *In*: MARGULIS, M. (Ed.). *La juventud es más que una palabra*: ensayos sobre cultura y juventud. Buenos Aires: Biblos, 2000, p. 13-30.

PANTOJA, A. L. N. Ser alguém na vida: uma análise sócio-antropológica da gravidez/maternidade na adolescência, em Belém do Pará, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 19, p. 335-343, 2003. Suplemento 2.

PERES, S. O.; HEILBORN, M. L. Cogitação e prática do aborto entre jovens em contexto de interdição legal: o avesso da gravidez na adolescência. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 22, n. 7, p. 1.411-1.420, 2006.