

Gravidez na adolescência: tema para reflexão na política da saúde

Maristela Costa Oliveira¹

Resumo: *O tema deste artigo é a gravidez na adolescência. A ocorrência da gravidez nessa fase do desenvolvimento humano é condicionada por aspectos políticos, econômicos, sociais, culturais e subjetivos. A reflexão proposta sobre o tema tem como base a noção de direitos humanos e o reconhecimento de crianças e adolescentes como sujeitos de direitos preconizado pelos instrumentos legais nacionais e internacionais. Embora represente apenas uma das dimensões da saúde reprodutiva e, conforme dados apresentados no decorrer deste trabalho, haja uma redução nas taxas de fecundidade e de natalidade, o fenômeno da gravidez na adolescência pode ser considerado um importante indicador das condições para o exercício dos direitos sexuais e reprodutivos de adolescentes. Partindo dessa compreensão, o artigo visa contribuir com o debate para a efetivação da saúde sexual e reprodutiva e de estratégias na formulação de políticas de saúde que contemplem a atenção integral à saúde de adolescentes.*

Palavras-chave: *gravidez na adolescência; política de saúde; saúde sexual e reprodutiva*

Introdução²

Ao longo da história, a concepção de criança e de adolescente³ tem acompanhado as mudanças sociais, políticas,

¹ Possui graduação em Serviço Social pela Universidade de Caxias do Sul (1990), mestrado em Educação pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (1998) e doutorado em direitos humanos e desenvolvimento pela Universidade Pablo de Olavide, Sevilha/Espanha (2007). É Assistente Social da Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul. Tem experiência prática e de docência na área de Serviço Social, atuando em Gestão e Planejamento, Política de Saúde, Direitos Humanos com ênfase nos Direitos de Crianças e Adolescentes.

² Texto baseado na tese intitulada *Políticas Públicas de Salud y Adolescentes Embarazadas. Estudio de Caso: Porto Alegre*, defendida no Programa de Doutorado *Derechos Humanos y Desarrollo*, da Universidade Pablo de Olavide, Sevilha, em 2007, sob a orientação do Prof. Dr. David Sánchez Rubio.

culturais e econômicas das sociedades, mas foi somente no século XX que seus direitos começaram a ser considerados como especiais. Esses direitos foram explicitados em vários documentos internacionais, entre eles, na Declaração Universal dos Direitos da Criança (1959), que preconiza, pela primeira vez, a criança como prioridade absoluta e sujeito de direitos. É enfatizada a importância de se intensificar esforços nacionais para a promoção do respeito aos direitos que crianças e adolescentes têm à sobrevivência, à proteção, ao desenvolvimento e à participação. O Brasil explicita esses direitos na Constituição Federal de 1988 e, posteriormente, com a aprovação do Estatuto da Criança e do Adolescente (1990).

Essa nova configuração do sistema de proteção integral à infância e à adolescência serve de parâmetro para a análise da temática proposta. Inicialmente serão abordados pontos relevantes sobre a construção dos direitos de crianças e adolescentes na perspectiva dos direitos humanos, destacando a noção de direitos sexuais e reprodutivos e saúde sexual e reprodutiva. No decorrer do texto, serão apresentados alguns dados estatísticos sobre os índices de gravidez na adolescência que possibilitam a reflexão sobre limites e perspectivas para a efetivação dos direitos sexuais e reprodutivos, como por exemplo o acesso à informação e a inserção de adolescentes nos serviços de saúde.

Objetivo do artigo é contribuir com o debate sobre a necessidade de a saúde implantar e implementar políticas de atenção à saúde sexual e reprodutiva de adolescentes, cuja gravidez na adolescência parece ser um sinalizador dessa lacuna assistencial.

³ Sabe-se que em cada sociedade a existência ou não de um período de adolescência, suas características e a definição de uma idade para o término são condicionadas por aspectos econômicos, culturais, políticos, sociais e por valores que determinam a inclusão ou não das novas gerações ao mundo adulto. Este artigo segue a classificação preconizada pela Organização Mundial da Saúde, que considera adolescente a pessoa de 10 a 19 anos de idade.

Atenção à saúde sexual e reprodutiva de adolescentes como materialização de direitos humanos

Abordar as políticas públicas como concretização de direitos humanos (SÁNCHEZ RUBIO, 1999, p. 253) dirigida a etnias ou categorias específicas da população, marginalizadas ou oprimidas por suas características singulares, requer o reconhecimento de uma história de discriminação e desigualdade social, na qual se estruturam as relações humanas e sociais.

Em relação aos direitos humanos de crianças e adolescentes, constata-se que os desafios para a concretização desses direitos são condicionados pelas mesmas contradições próprias dos direitos humanos, especialmente os direitos econômicos, sociais e culturais⁴. A garantia dos direitos humanos tem como pressuposto o acesso aos direitos básicos, como alimentação, emprego, saúde, habitação e educação, que constituem as condições para uma existência humana digna (VERONESE, 1999). Os direitos reprodutivos envolvem princípios e normas de direitos humanos que garantem o exercício individual, livre e responsável, da sexualidade e da reprodução humana que permita toda pessoa decidir sobre o número de filhos e o intervalo entre seus nascimentos e acesso aos meios necessários para o exercício de sua autonomia reprodutiva, livre de discriminação, coerção, violência ou restrição de qualquer natureza (VENTURA, 2009).

O direito à saúde e os direitos sexuais e reprodutivos estão estreitamente interconectados e qualquer ação, para ser efetiva, deve considerar a dimensão articulada desses direitos, cujos avanços e retrocessos terão repercussão nas políticas públicas com foco na saúde sexual e reprodutiva de

⁴ A discussão aprofundada acerca dos condicionantes para a materialização dos direitos humanos de crianças e adolescentes pode ser conferida, dentre outros, em Maristela Costa de Oliveira. *Direitos Humanos, Saúde Sexual e Reprodutiva de Adolescentes- nos (des)encontros da Política de Saúde*. São Paulo: Scorteccei, 2009.

adolescentes⁵. O conceito de saúde sexual adotado pela Organização Mundial da Saúde e posteriormente pela Conferência do Cairo, ao ser considerado parte do conceito de saúde reprodutiva, provocou algumas confusões conceituais acarretando uma demasiada valorização da reprodução em detrimento da sexualidade (SIMIONI *et al*, 2003). Uma das questões alvo de crítica dessa abordagem conjunta dos direitos sexuais e reprodutivos é a de que restringe a formulação dos direitos sexuais no que se refere às ações de saúde reprodutiva e de prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual (VENTURA, 2009, p. 21). É importante destacar que o conteúdo dos direitos sexuais é bastante amplo e engloba, dentre outros, o direito à liberdade sexual da pessoa poder expressar seu potencial sexual sem sofrer coerção, abuso e exploração em qualquer época ou situações da vida e o direito à educação sexual como um processo que começa no nascimento e tem duração a vida toda (SIMIONI *et al*, 2003, p.16). Apesar da existência de alguns pontos de tensão ainda presentes na abordagem social e jurídica sobre os direitos sexuais e reprodutivos, é inegável que os avanços obtidos têm contribuído para ampliar as discussões. Porém, existem dificuldades para a formulação positiva, autônoma e mais ampla dos direitos sexuais de alguns segmentos, por exemplo, de adolescentes e de pessoas com orientação homossexual, dentre outros (VENTURA, 2009).

⁵ O conceito de saúde sexual e reprodutiva da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento do Cairo (1994) define saúde reprodutiva como um estado geral de bem-estar físico, mental e social, e não de mera ausência de enfermidades ou indisposições em todos os aspectos relacionados com o sistema reprodutivo e suas funções e processos. Em consequência, a saúde reprodutiva abriga a capacidade da pessoa desfrutar de uma vida sexual segura e satisfatória, tenha a capacidade de reproduzir e a liberdade de decisão sobre quando e quantas vezes deve fazê-lo. Inclui o direito à informação e acesso a métodos eficientes. O conceito de saúde sexual relaciona-se com o de saúde reprodutiva, no entanto, tem a finalidade de melhoria da qualidade de vida e das relações pessoais, não se restringindo às atividades de aconselhamento e assistência relacionada à reprodução e às doenças sexualmente transmissíveis (VILLELA, 2002).

No que diz respeito à saúde o Estatuto da Criança e do Adolescente – Lei 8069 garante a devida proteção em termos legais; entretanto, se for analisada a inserção efetiva desse grupo social no sistema de saúde, tem-se apenas uma tênue noção do que a norma constitucional prevê ao falar de prioridade absoluta (MELO, 1998).

No Brasil, apesar de todos os êxitos e avanços na área da legislação as iniciativas de atendimento às adolescentes ainda são incipientes, sobretudo na Atenção Básica à Saúde (atenção primária) que é aquele nível de um sistema de serviço de saúde que oferece a entrada para todas as novas necessidades das pessoas. A precariedade no atendimento à saúde sexual e reprodutiva de adolescentes deve-se, entre outras razões, ao fato de que a preocupação pela vida reprodutiva das mulheres esteve centrada em práticas de controle da natalidade pelo Estado como forma de conter o crescimento populacional, o aumento da miséria e da criminalidade (BARSTED, 1999).

Afirmava-se que, a partir do momento em que se procedesse a um controle efetivo dos nascimentos, cessaria a miséria e conseqüentemente a escassez de recursos. O controle da natalidade levaria qualquer país ao desenvolvimento desejado. Não se mencionava, porém, que a suposta escassez de recursos estava relacionada com a forma de distribuição da riqueza resultante do modelo econômico em vigor nesses países (BRAUNER, 2001 p. 67-83).

Com a evolução da luta pelos direitos das mulheres e a conquista desses direitos, hoje estão incluídas nas discussões e na agenda política ações centradas no planejamento, implicando estratégias que proporcionem o acesso a informações e a serviços de prevenção à saúde reprodutiva de mulheres e homens. Entretanto, as desigualdades sociais presentes nas dinâmicas da nossa sociedade evidenciam o caráter constante de violação dos direitos humanos da maioria da população (BUGLIONE, 2002).

Determinados grupos são discriminados e/ou excluídos, muitas vezes, por suas características singulares, como mulheres, idosos, pessoas com deficiência, homossexuais, indígenas, negros, dentre outros. No caso de adolescentes, a menoridade

pressupõe a falta de autonomia e poder para assumir responsabilidades como sujeitos. Não obstante as mudanças já constatadas, herdou-se a concepção que considera a criança e o adolescente como objeto de desejos e decisões do adulto. Segundo Dimenstein (1993), essa visão é consequência da cultura adultocêntrica que põe o adulto no centro e crianças e adolescentes na periferia das relações sociais, como seres inferiores.

A visão teórico-conceitual contemporânea sobre adolescência remete a várias perspectivas de compreensão desse fenômeno, seja na dimensão psicológica, seja na biológica, sociocultural ou jurídica. Contudo, é apropriado afirmar que se trata de uma fase socialmente construída, podendo expressar-se de forma peculiar e inclusive modificar-se de acordo com o ambiente social, econômico, político e cultural, no qual vive a/o adolescente. Em que pesem tais particularidades, a adolescência é o período de crescimento no qual os conflitos e as mudanças que nele ocorrem são decisivos para a saúde física, mental e social de adolescentes.

Em relação ao exercício da sexualidade na adolescência, Gómez Zapiain (1993) diz que adolescentes, dependendo da sua maturidade tanto biofísica como psicológica, apresentam condições para ingressar progressivamente na atividade sexual responsável. Entretanto, esse processo não é objetivado com êxito, por diversas razões, dentre elas a incoerência do adulto ao tratar a manifestação da sexualidade de adolescentes. Essa incoerência se caracteriza, por um lado, por exigir responsabilidades na expressão consciente de seus atos referentes à sexualidade e, por outro, por impedir e limitar o acesso aos recursos e informações necessários para um comportamento sexual responsável.

Nos tempos atuais, a sexualidade alcançou uma exacerbada liberação, expressando um caráter comercial (livros, filmes, músicas, vestuário, revistas, etc.), o que ocasiona, muitas vezes, uma distorção do sentido próprio da sexualidade humana. Embora exista esse apelo ao uso indiscriminado da sexualidade e de tudo o que ela implica, não existe na mesma proporção a

abertura para enfrentar a questão de maneira consciente por parte do mundo adulto (pais, educadores e a sociedade como um todo). O receio de uma gravidez parece ser a única preocupação ao tratar das questões da sexualidade com os/as adolescentes, somado aos fatores de risco representados pela exposição às DST/AIDS.

No século XXI, a sexualidade continua sendo um tabu, haja vista a escassez ou inexistência de espaços de informação que capacitem os/as adolescentes para escolher a possibilidade de viver sua sexualidade de maneira saudável e positiva. Essa evidência se reflete de várias formas: na desinformação sobre seu próprio corpo, sua saúde, sua sexualidade e seus direitos sexuais e reprodutivos, sendo ainda incipientes os programas de educação sexual, seja na área da saúde ou da educação (THURLER, BARREIROS, 2002).

Embora as/os adolescentes sejam mais vulneráveis (UNESCO, 1999) a uma gravidez não planejada, essa situação poderia ser evitada, na maioria dos casos, se fosse dada à questão a importância e a seriedade que ela merece. Via de regra, quando se trata de gravidez, os programas existentes tendem a centrar suas intervenções nas meninas, reforçando a desigualdade de gênero⁶.

Essa realidade ainda se contrapõe ao avanço obtido nas discussões e proposições das Conferências Nacionais e Internacionais preocupadas com a infância e a adolescência, que conferem à criança e ao adolescente, além do estatuto jurídico, também o estatuto social. Tais disposições, em certa medida, ficam restritas às regulamentações legais, visto que a saúde da mulher/adolescente na sociedade nunca foi um tema central das

⁶ Gênero refere-se a um conceito criado social e culturalmente para se compreender a forma como as pessoas de um determinado grupo social se relacionam, definem e atribuem valores às diferenças percebidas entre homens e mulheres. Na maior parte das vezes, tais valores diferenciados implicam em relações de poder, que transformam as diferenças em desigualdades. Diferenças essas que refletem nos comportamentos e identidade do ser masculino e feminino, expressando-se através da sexualidade, nos papéis sociais e responsabilidades assumidas pelos indivíduos (MANUAL, 2001).

políticas públicas, a não ser quando se referia à reprodução, ao seu controle ou incentivo.

Ao longo dos anos a inclusão das meninas em políticas de saúde ou sua exclusão delas obedeceu à mesma lógica aplicada à mulher adulta. Para Gomes (2003), as variadas formas de discriminação e exclusão sofridas pela mulher (adolescente) são, em parte, resultantes de sua diferenciação biológica, que se traduz em desigualdade social.

Por razões como as que se acaba de apresentar é que a realidade social impõe alguns desafios que dificultam a promoção dos direitos humanos e de políticas coerentes voltadas para a saúde sexual e reprodutiva de adolescentes através de programas e políticas resolutivas.

Gravidez na adolescência e algumas aproximações à realidade social

A vulnerabilidade no marco da gravidez em adolescentes, quando não planejada, é assinalada pela interação de uma série de fatores, entre eles, os pessoais, os familiares, os relativos à qualidade e à cobertura de serviços e programas de assistência, apoio social, prevenção e redução de fatores de risco do grupo social. A combinação desses fatores pode gerar ou aumentar a vulnerabilidade individual e, como consequência, a vulnerabilidade coletiva. É fato conhecido que podem ocorrer casos de gravidez que não representam nenhum trauma para a mãe adolescente.

Dá-se ênfase aqui às situações, nas quais a adolescente grávida tem de enfrentar diversos conflitos, sobretudo de ordem psicológica, econômica e social⁷. Em vista disso, não atender aos direitos humanos (sexuais e reprodutivos) dos jovens que vivem

⁷ Não se deve esquecer as situações em que tornar-se mãe pode ser consequência de violência sexual sofrida, no âmbito doméstico ou não. Essa temática também carece de estudos e de metodologias para o seu enfrentamento condizentes com a sua complexidade, tarefa à qual esse artigo não se dedica.

potencialmente em risco é aumentar a vulnerabilidade ao problema (PANOS INSTITUTE, 1995).

O panorama da gravidez na adolescência varia conforme os diferentes contextos políticos, educativos e socioculturais, específicos de cada realidade, refletindo o nível de concretização dos direitos sexuais e reprodutivos. Nessa perspectiva, pode-se dizer que a gestação na adolescência aparece como um dos indicadores da ausência de condições para o exercício efetivo dos direitos sexuais e reprodutivos de adolescentes

A partir da década de 1980, houve queda nas taxas de fecundidade no Brasil. Entre os fatores que contribuíram para a redução nas taxas de fecundidade, estão as mudanças verificadas no comportamento reprodutivo das mulheres, com sua crescente inserção no mercado de trabalho, associada à utilização mais frequente de métodos contraceptivos, o que reduziu o número de filhos. Entretanto, a gravidez, o parto e o pós-parto ainda são a primeira causa de internação hospitalar de adolescentes no Sistema Único de Saúde – SUS (BRAUNER, 2001, p. 75).

Os problemas associados à gravidez, ao parto e ao puerpério aparecem, no caso das meninas, como terceira causa de morte, correspondendo a 4,6% dos óbitos femininos (Ministério da Saúde, 2006, p. 333).

Em 2004, o Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC) registrou, no Brasil, um total de 3.026.548 nascidos vivos, sendo 666.290 (21,91%) filhos de mães adolescentes entre 10 e 19 anos de idade e 26.276 (0,9%) filhos de mães com idade entre 10 e 14 anos. Assim, dentre os nascidos de mães com até 19 anos de idade, 4% foram de mães com até 14 anos de idade. A maior parte dos bebês nascidos de mães adolescentes era de raça/cor negra, a saber, 329.616, representando 54,4% dos nascimentos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006, p. 312). A taxa nacional para mulheres com idade entre 10 e 19 anos foi de 35,8 nascimentos por 1000 mulheres.

No Rio Grande do Sul, observou-se, nas últimas décadas, um decréscimo no coeficiente geral de fecundidade. O declínio nas taxas de fecundidade evidencia-se consideravelmente na média de filhos por mulher em seu período fértil, que em 1995

era de 2,28; esta média diminuiu para 2,06 em 2000, passando para 1,51 em 2007 (RIO GRANDE DO SUL, 2008, p. 83).

Essa tendência também está presente nas taxas específicas de fecundidade por idade. Conforme dados disponíveis, em 1995 a taxa de fecundidade para mulheres de 15 a 20 anos foi de 80,2, em 2000 de 73,2 e em 2007 de 50,2 (RIO GRANDE DO SUL, 2008, p. 83).

Tendo em vista a queda da fecundidade, o crescente declínio da mortalidade infantil e o aumento da esperança de vida ao nascer a população de adolescentes e jovens no Estado do Rio Grande do Sul sofreu, nos últimos anos, uma significativa mudança. As pesquisas mais recentes indicam que essa população é composta por indivíduos de 10 a 24 anos, representando aproximadamente um quarto da população. Dados oficiais projetavam para 2008 um total de 10.727.937 habitantes no Estado, sendo 2.665.186 habitantes entre 10 a 24 anos, ou seja, 24,8% da população, distribuídos da seguinte forma: 8,1% (870.207) de 10 a 14 anos, 8,2% (885.535) de 15 a 19 anos e 8,5% (909.444) de 20 a 24 anos. Quanto ao sexo, são 1.354.301 jovens do sexo masculino e 1.310.885 jovens do sexo feminino⁸.

No Estado do Rio Grande do Sul, no ano de 2007, de 133.333 bebês nascidos vivos, 23.736 (17,8%) eram filhos de mães adolescentes com idade entre 10 e 19 anos. Na faixa etária de 10 a 14 anos, foram registrados 1.027 nascimentos; na faixa etária de 15 a 19 anos, 22.709 nascimentos e, na faixa etária de 20 a 24 anos, 33.646 nascimentos (Rio Grande do Sul, 2008, p. 37). Em 2008, observou-se uma leve queda no percentual de nascidos vivos de mães adolescentes, sendo que dos 135.137 bebês nascidos, 23.527 (17,4%) eram de mães adolescentes na faixa etária de 10 a 19 anos (RIO GRANDE DO SUL, 2010, p. 55/56, 73, 80).

Ainda que esse panorama possa indicar avanços em relação à qualidade e ao acesso a informações e serviços, somente essa dimensão quantitativa não é suficiente para que se

⁸ Fundação de Economia e Estatística do Rio Grande do Sul. Projeção da população, por faixa etária e sexo. Disponível em: <http://www.fee.tche.br/sitefee/pt/content/estatistica>. Acesso em: 30 março de 2009.

considere satisfatória a atenção à saúde sexual e reprodutiva desse segmento, tendo em vista as desigualdades próprias da nossa realidade.

Considere-se, por exemplo, que uma adolescente oriunda de classes menos favorecidas ou do meio rural pode estar mais vulnerável a uma gravidez ao iniciar sua vida sexual precocemente, pela falta de acesso a recursos e/ou informações (BEHLE, 1991). Essa possibilidade está diretamente associada ao nível de escolarização visto que, quanto menor a escolaridade, mais reduzidos os recursos de que a adolescente dispõe para informar-se e ter acesso a serviços de atendimento a sua saúde reprodutiva.

Os dados registrados pelos órgãos oficiais de vigilância em saúde comprovam que a solicitação de atendimento pré-natal está relacionada com o grau de escolaridade da mãe. Em 2001, verificou-se que as mães dos nascidos vivos que tinham entre quatro e sete anos de escola fizeram sete ou mais consultas de pré-natal, representando 34% das consultas, seguidas das mães entre oito e onze anos de instrução escolar que representaram 33%. A proporção de mães de nascidos vivos sem escolaridade e que não realizaram nenhuma consulta foi de 20,8%, a das mães que tinham entre um e três anos de escolaridade foi de 6%, entre quatro e sete anos foi de 4,4%, de oito anos ou mais foi de 2,5% (Ministério da Saúde, 2004, p. 77). A essas variáveis soma-se o fato de que as adolescentes tendem a retardar a realização do pré-natal pelas condições nas quais engravidam, ocultando a gravidez. A gravidez na adolescência pode estar associada à mortalidade infantil e materna, à prática de aborto ilegal e em condições inadequadas, ao nascimento de bebês prematuros e abaixo do peso, à interrupção da escolaridade, à dificuldade de inserção no mercado de trabalho, podendo igualmente constituir um obstáculo à qualificação profissional (Souza, 1999).

Em 2007, no Rio Grande do Sul, na faixa etária dos 10 aos 19 anos, 2.385 mães tiveram recém-nascidos com peso inferior a 2.500g (10%) e 2.194 mães tiveram recém-nascidos com menos de 37 semanas de gestação (9%). Em relação à mortalidade infantil, observa-se uma elevação desse coeficiente

na população de mães na faixa etária de 10 a 19 anos em relação ao coeficiente geral de mortalidade infantil do Rio Grande do Sul. Enquanto o Coeficiente de Mortalidade Infantil (CMI) no RS foi de 12,7, em filhos de mães adolescentes foi de 13,48 (SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE, 2009).

O número de óbitos de mães adolescentes nesse período foi de 13, representando 15,3% da mortalidade materna (RIO GRANDE DO SUL, 2008).

Como já mencionado anteriormente, a idade não representa de forma isolada um risco para a gestação adolescente. Para isso, é necessário agregar outras variáveis socioeconômicas⁹ e considerar que, se os cuidados pré-natais estão presentes, a gestação não representa maior risco de complicações obstétricas quando se comparam mulheres adultas com mulheres adolescentes do mesmo nível socioeconômico (FERNANDÉZ, 1998, p. 452).

Durante a gravidez podem intensificar-se algumas manifestações próprias da adolescência devido às exigências de adaptação à nova condição, tais como ansiedade, tendência à depressão e adoção de comportamento hostil. Observou-se ainda que as taxas de suicídio nas adolescentes grávidas, sobretudo nas jovens grávida solteiras, são mais elevadas em comparação com as não-grávidas (CABRERA, 1995).

No Brasil, é o estrato social mais pobre que apresenta os maiores índices de fecundidade entre a população adolescente. Assim, no estrato de renda familiar menor que um salário mínimo, cerca de 26% das adolescentes entre 15 e 19 anos

⁹ O Programa de Vigilância da Saúde de crianças no primeiro ano de vida, da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, utiliza um instrumento denominado “Ficha de Avaliação do Primeiro Atendimento e do Acompanhamento”; os indicadores utilizados nessa ficha para avaliar os fatores de risco para a saúde do bebê abarcam, além da idade materna, também informações sobre os seguintes itens: duração da gestação, amamentação materna, gestação gemelar, hospitalização nos últimos dois meses, malformação congênita, escolaridade materna, óbito de filhos menores de cinco anos, se há outros filhos residentes com ela, consultas de pré-natal, renda *per capita* e problemas familiares e socioeconômicos (COORDENADORIA, 2001, p. 62).

tiveram filhos e no estrato de renda mais elevado, somente 2,3% eram mães. A fecundidade na faixa de 15 até 19 anos diminui à medida que aumenta o nível de renda familiar. As jovens mais pobres têm uma taxa de fecundidade cerca de dez vezes maior que as mais ricas. Mulheres de famílias mais pobres têm a maior fecundidade em todas as faixas etárias (SOUZA, 1998, p. 74).

A precariedade das condições econômicas das adolescentes é considerada um fator significativo de risco na determinação de prematuridade e baixo peso do bebê (VITALLE, 2001).

Portanto, é preciso compreender que a gestação na adolescência com suas intercorrências não é condicionada somente pela intervenção de fatores biológicos e psicoemocionais presentes nesse estágio da vida, mas também pela (in)existência ou precariedade da rede de proteção integral e de políticas públicas condizentes.

Historicamente, o atendimento à saúde dos/das adolescentes se dilui nos programas dirigidos aos adultos ou, quando se refere aos aspectos reprodutivos, na área materno-infantil, e se limita à inclusão da adolescente em programas de pré-natal. Nos últimos anos, a destinação de recursos¹⁰ para programas na área da saúde integral do adolescente se restringiu a programas de prevenção às DST/AIDS ou a programas de prevenção ao uso de drogas.

Em 2009, foi realizado pela Seção de Saúde da Criança e do Adolescente da Secretaria Estadual da Saúde/RS, um levantamento junto às Coordenadorias Regionais de Saúde - CRSs quanto aos programas e/ou às ações dirigidas para a população adolescente nos municípios de sua abrangência.¹¹ O

¹⁰ O acesso universal e igualitário de cidadãos e cidadãs ao Sistema Único de Saúde – SUS, de certa forma fica comprometido para a população em geral, visto que atualmente os recursos para a saúde destinados pelo Estado são de apenas 4% do orçamento, quando o mínimo constitucional previsto é de 12%.

¹¹ O Estado do Rio Grande do Sul conta com 496 municípios distribuídos de forma regionalizada nas 19 Coordenadorias Regionais de Saúde que têm a atribuição de realizar a gestão da saúde de forma descentralizada. Para o levantamento de dados, utilizou-se um questionário, com perguntas abertas,

primeiro aspecto a ser destacado foi a falta de retorno por parte da maioria dos Coordenadores Regionais. Do total de 19 CRSs no Estado apenas 11 deram alguma informação, quer seja sobre a inexistência de ações e programas específicos para adolescentes ou relatando os trabalhos específicos na área. Em relação às informações recebidas, uma das evidências é a de que as ações para adolescentes, quando existem, ainda estão restritas ao atendimento nas consultas de pré-natal. Ou ainda se dão através de programas que envolvem um trabalho articulado com a escola que prevê ações de promoção e educação em saúde. Destaca-se que essa é a realidade de cinco CRSs, aproximadamente a metade das Coordenadorias que prestaram alguma informação.

As informações coletadas através das CRSs, juntamente com dados de outras fontes, subsidiaram a equipe na elaboração da Política Estadual que vem sendo implantada desde então. O foco é na realização de ações de sensibilização e capacitação dos profissionais para trabalharem com adolescentes, uma vez que a análise de situação realizada indica, entre outras coisas, que os/as adolescentes não procuram os serviços de saúde e que, quando o fazem, os profissionais não estão preparados para atendê-los/as, especialmente na atenção básica.

De um modo geral os documentos internacionais que versam sobre saúde sexual e reprodutiva de adolescentes, explicitam algumas das medidas que devem ser adotadas pelos Estados. No entanto, existem muitos obstáculos que dificultam o

que foi enviado a todas as Coordenadorias Regionais de Saúde, via correio eletrônico, juntamente com uma justificativa, explicando e orientando o preenchimento e prazos para a devolução do mesmo. O objetivo do levantamento foi identificar a existência, no âmbito regional, de serviços destinados a adolescentes para subsidiar a elaboração da Política Estadual de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes - PEAISA, com base nas Diretrizes Nacionais sobre a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens, que foi estruturada em três eixos, a saber: redução da morbimortalidade por causas externas, crescimento e desenvolvimento e saúde sexual e reprodutiva. A referida política foi aprovada na Comissão Intergestores Bipartite – CIB/RS e no Conselho Estadual da Saúde - CES, em 2009, e no Conselho Estadual dos Direitos da Criança e do Adolescente - CEDICA, em 2010. Maiores informações podem ser obtidas no site: www.saude.rs.gov.br.

acesso dessa faixa etária aos serviços. Esses empecilhos decorrem, entre outros fatores, da dificuldade que os governantes, profissionais e a sociedade em geral encontram para lidar com a magnitude e a importância da sexualidade na vida de todas as pessoas.

Diante dessas distorções, a maioria dos países não logra efetuar satisfatoriamente as propostas de promoção e de proteção à saúde sexual e reprodutiva de adolescentes regulamentadas nos Acordos e Pactos Internacionais.

Embora represente um salto qualitativo em termos de garantia de direitos para a infância e adolescência e preveja para os municípios a elaboração com “prioridade absoluta” de propostas com a participação da sociedade na definição, na concretização e no controle das políticas e dos programas para essa área, o ECA enfrenta restrições políticas, econômicas, culturais e sociais para sua efetiva aplicação (CARVALHO, 2000; CRESS, 2000, p. 16-17).

Torna-se imprescindível tomar consciência de que a simples existência de leis que proclamem a defesa e proteção dos direitos, embora seja vital, não logra por si só mudar as estruturas de violação desses direitos. É preciso conjugar com os direitos uma política eficiente que de fato assegure materialmente tais direitos. No que diz respeito ao direito de adolescentes à saúde e especificamente à atenção a sua saúde sexual e reprodutiva, constata-se a necessidade de constituir espaços de acolhida como política pública, atendendo aos requisitos para um atendimento adequado.

Há que se ampliar as discussões para definir melhor o que sejam direitos sexuais e reprodutivos e saúde sexual e reprodutiva para que os serviços de saúde componham práticas que acolham adolescentes não somente pelas situações de gestação e parto, mas incluam ações de promoção à atenção integral à saúde.

Considerações finais

Embora as estatísticas indiquem declínio nas taxas de fecundidade e de gestação na adolescência e historicamente os programas de saúde da mulher tenham dispendido esforços no atendimento a adolescentes, especialmente nas questões relativas à sexualidade e reprodução, é necessário ampliar os espaços para a inserção de adolescentes, de ambos os sexos, em serviços de saúde que atendam as suas necessidades de forma humanizada e resolutive.

A assistência à saúde de adolescentes que inclua a saúde sexual e reprodutiva deve dar atenção à melhoria dos níveis socioeconômicos, educacionais e sociais da população em interface com as políticas setoriais, posto que os maiores índices de gestação na adolescência se encontram entre os mais pobres, que têm sua situação agravada por condições precárias de existência. Nesse sentido, quando ocorrer a gravidez na adolescência, deve-se atentar para os aspectos biológico, psicológico, social, bem como para as questões de gênero, raça/etnia e classe social.

Contudo, reitera-se que a saúde sexual deve ser preferencialmente assistida antes de ocorrer a gravidez que inclua a valorização de sua autoestima, a autonomia e o acesso a serviços de qualidade, que permita desde a tomada de decisões sobre anticoncepção até a opção por ter ou não ter filhos.

A assistência à saúde integral de adolescentes deve respeitar as especificidades desse grupo e estar em consonância com os princípios do Sistema Único valendo-se de metodologias que viabilizem a participação de adolescentes no planejamento e na implementação das ações, na formação de multiplicadores e no intercâmbio com a equipe interdisciplinar de saúde. Além disso, um dos desafios a ser superado pela política de saúde é a inclusão de adolescentes (meninos e meninas) em programas de prevenção e de promoção à saúde, cujo acesso aos serviços não se restrinja apenas às questões de gestação, parto e suas intercorrências.

Referências

BARSTED, Leila Linhares. **As mulheres e os direitos humanos:** Os direitos das mulheres são direitos humanos. Rio de Janeiro: CEPIA, 1999.

BEHLE, I. Reflexões sobre fatores de risco na prevenção primária da gestação na adolescência. In: MAAKAROUN, M. F., SOUZA, R. P., CRUZ, A. R. **Tratado de adolescência:** um estudo multidisciplinar. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 1991, p. 420-428.

BRAUNER, Maria Claudia Crespo. Direitos sexuais e reprodutivos: uma abordagem a partir dos direitos humanos. **Revista Direito.** Santa Cruz do Sul, n. 16, jul./dez. 2001, p. 85-96.

BUGLIONE, Samantha. **Reprodução e sexualidade:** uma questão de justiça. Porto Alegre: Sergio Antonio Fabris, 2002.

CABRERA, R. R. La prevención del embarazo en adolescentes: un compromiso con la vida. Una propuesta de coordinación para la promoción de la salud adolescente. **Revista Niños.** Caracas, v. 29, n. 7, p. 408-414, 1995.

CARVALHO, Jeferson Moreira de (Ed.). **Estatuto da Criança e do Adolescente. Manual funcional. Doutrina, jurisprudência, legislação, formulários, esquemas.** 2. Ed. revista e ampliada. São Paulo: Juarez de Oliveira, 2000.

COORDENADORIA Geral de Vigilância em Saúde - Equipe de Informação. **Prá-saber:** informações de interesse da saúde. Porto Alegre: SMS, 2001.

CESS [Org.]. **Coletânea de leis.** Ed. revista e ampliada. Porto Alegre: CESS, 2000, p. 16-17.

DIMENSTEIN, Gilberto. **O cidadão de papel. A infância, a adolescência e os direitos humanos no Brasil.** São Paulo: Ática, 1993.

FERNANDÉZ, P. F., CASTRO, G. M. A., FUENTES, A. S., AVILA, R. A., BLANCO, E. M. M., GODÍNEZ, G. M. E., REYES, J. G. M. Características sociofamiliares y morbilidad materno-infantil del embarazo en adolescentes. **Boletín Médico Hospitalar Infantil de México.** México, v. 55, n. 8, p. 452-457, 1998.

GOMES, Renata Raupp. Os novos direitos na perspectiva feminina: a constitucionalização dos direitos das mulheres. In: WOLKMER, Antonio Carlos; MORATO, José Rubens (Orgs.). **Os novos direitos no Brasil. Natureza e perspectivas: uma visão básica das novas conflituosidades jurídicas.** São Paulo: Saraiva, 2003. p. 51-74.

GOMEZ ZAPIAIN, Javier. **Riesgo de embarazo no deseado en la adolescencia y juventud** . Monografía. Vitoria: Emakunde. Inst. Vasco Mujer, 1993, p. xvi-xvii (Publicación Científica nº 541).

MANUAL Violência Sexual. **Não seja vítima duas vezes.** Porto Alegre: THEMIS, 2001.

MELO, Mônica de. O princípio da igualdade à luz das ações afirmativas: o enfoque da discriminação positiva. **Revista dos Tribunais. Cadernos de Direito, Constituição e Ciência Política.** São Paulo, v. 6, p. 79-101, out./dez. 1998.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Saúde no Brasil. Uma análise da situação de saúde.* Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. *Saúde Brasil 2006. Uma análise da situação de saúde no Brasil.* Ministério

de Vigilância em saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Brasília : Ministério da Saúde, 2006.

PANOS INSTITUTE. **Triple riesgo - mujeres y SIDA**. Barcelona: Icaria, 1995.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. Núcleo de Informações em Saúde. **Estatísticas de Nascimento: nascidos vivos 2006**. Porto Alegre, 2007.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. Núcleo de Informações em Saúde. **Estatísticas de Nascimento: nascidos vivos 2007**. Porto Alegre, 2008.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. Núcleo de Informações em Saúde. **Estatísticas de Nascimento: nascidos vivos 2008**. Porto Alegre, 2010.

SÁNCHEZ RUBIO, David. **Filosofía, derecho y liberación en América Latina**. Bilbao: Desclée de Brouwer, 1999.

SECRETARIA Estadual da Saúde. Seção de Saúde da Criança e do Adolescente. **Planilha de Análise do óbito infantil**. Impreso, 2009.

SIMIONI, Fabiane *et al.* Saúde, sexualidade e adolescentes no contexto jurídico brasileiro. In: **Campana por la convención de los derechos sexuales y los derechos reproductivos**. Lima, Peru: Fundación Ford, Serias para el debate, n°. 2., p.9-28.

SOUZA, Marcelo Medeiros Coelho de. A maternidade nas mulheres de 15 a 19 anos como desvantagem social. In: VIEIRA, Elisabeth Meloni *et al.* **Seminário gravidez na adolescência**. Rio de Janeiro: Produção Cultura Editores Associados/Ministério da Saúde, 1998. p. 88-89.

SOUZA, Marcelo Medeiros Coelho de. A maternidade nas mulheres de 15 a 19 anos: um retrato da realidade. **O mundo da saúde**. Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 93-105, 1999.

THURLER, Ana Liési, BARREIROS, Elizabete Oliveira. A saúde adolescente na capital do país. In: LIBARDONI, Alice, SANTOS, Magali Silva (Coords.). **Experiências em saúde e direitos sexuais e reprodutivos**. Brasília: Advocaci, março de 2002, p. 33-53.

UNESCO/Instituto Interamericano de Derechos Humanos. **Manual de educación en derechos humanos. Niveles primario y secundario**. Paris: UNESCO, 1999.

VENTURA, Miriam. **Direitos reprodutivos no Brasil**. Brasília: 2009.

VERONESE, Josiane Rose Petry. **Os direitos da criança e do adolescente**. São Paulo: LTr, 1999.

VILLELA, Wilza Vieira. Direitos sexuais e reprodutivos: afinal, de que falamos?. In: BUGLIONE, Samantha. **Reprodução e sexualidade: uma questão de justiça**. Porto Alegre: Antonio Fabris, 2002. p. 81-92.

VITALLE, Maria Sylvia de Souza. **Adolescência e outros fatores de risco (nível econômico, cuidado pré-natal e tabagismo) como determinantes de prematuridade e baixo peso**. São Paulo: tese de doutorado USP, 2001.

Recebido em 14/06/2010 e
aceito em 26/10/2010

Title: *Adolescent pregnancy: topic for reflection in health policies*

Abstract: *Subject matter of this paper is pregnancy in adolescence. The occurrence of pregnancy in this phase of the human development is conditioned by political, economical, social, cultural and subjective aspects. The present analysis about this theme assumes the notion of human rights and the acknowledgment of children and adolescents as subjects of rights, enunciated by de national and international legal means. Though it represents only one dimension of the reproductive health, and, according to factual data presented along this paper, there has been a reduction in fertility and birth rates, the phenomenon of adolescent pregnancy can be considered an important indicator of the conditions for the effective exercise of sexual and reproductive rights among adolescents. Departing from this understanding, the paper tries to contribute to the debate in order to realize the sexual and reproductive health and concretize the strategies oriented to the formulation of such health policies, which promote the integral health care of adolescents.*

Keywords: *adolescent pregnancy; health policies; sexual and reproductive health*
