



16º Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais

Tema: “40 anos da “Virada” do Serviço Social”

Brasília (DF, Brasil), 30 de outubro a 3 de novembro de 2019

Eixo: Serviço Social, Relações de Exploração/Opressão de Gênero, Raça/Etnia, Geração e Sexualidade.

Sub-Eixo: Ênfase em Geração.

PERFIL SOCIOECONÔMICO DAS MÃES ADOLESCENTES ATENDIDAS NA “ALA SANTANA” – MATERNIDADE DA FUNDAÇÃO SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO PARÁ

Amanda dos Santos Silva¹
Priscila Elen Souza de Souza²
Yasmin Thais Soares da Silva³
Midiã Olivia Bentes Sant'ana⁴

Resumo: Este estudo versa sobre a caracterização do perfil socioeconômico das mães adolescentes atendidas na enfermaria “Ala Santana”, da Maternidade da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará – FSCMP.

Método: Pesquisa quanti-qualitativa, do tipo descritiva e exploratória, na qual se utilizou como instrumento para coleta de dados o diário de campo, a partir das observações realizadas durante o estágio supervisionado em Serviço Social, no período de agosto a dezembro de 2018, com 58 adolescentes que estiveram internadas na referida enfermaria. **Resultados:** 40% das entrevistadas tinham 17 anos; 79% pausaram os estudos devido à gravidez; 50% conviviam em união estável; 52% eram provenientes do interior; 83% possuíam renda familiar de até um salário mínimo; 52% recebiam benefícios sociais; 81% estavam na segunda gestação; 9% sofreram aborto; 84% não planejaram a gravidez; 97% realizaram pré-natal; 88% não utilizavam contracepção; nenhuma possuía conhecimento sobre planejamento familiar. **Conclusão:** Evidenciou-se que todas as mães adolescentes possuíam características sociais que as colocavam em desvantagem com relação às oportunidades, inseridas em um contexto demarcado por desigualdades sociais, que demonstram a falta de políticas sociais que propiciem a equidade.

Palavras-chave: Mães adolescentes. Socioeconômico. Desigualdades sociais.

Abstract: This study discusses the characterization of the socioeconomic profile of adolescent mothers attended in the infirmary "ala Santana", from the maternity of the Santa Casa de Misericórdia Foundation of Pará – FSCMP. **Method:** Quantitative-qualitative research, descriptive and exploratory, in which the field diary was used as an instrument for data collection, based on observations made during the supervised internship in social service, in the period of August to December 2018, with 58 adolescents who were hospitalized in the aforementioned ward. **Results:** 40% of the interviewees were 17 years old; 79% paused the studies due to pregnancy; 50% lived in a stable union; 52% were from the interior; 83% had a family income of up to a minimum wage; 52% received social benefits; 81% were in the second gestation; 9% suffered abortion; 84% did not plan pregnancy; 97% underwent prenatal care; 88% did not use contraception; None had knowledge about family planning. **Conclusion:** It was evidenced that all adolescent mothers had social characteristics that placed them at a disadvantage in relation to opportunities, inserted in a context demarcated by social inequalities, which demonstrate the lack of policies Social benefits that provide equity.

Keywords: adolescent mothers. Socioeconomic. Social inequalities.

¹ Estudante de Graduação, UNIFAMAZ, E-mail: amandasocialas@gmail.com.

² Estudante de Graduação, UNIFAMAZ, E-mail: amandasocialas@gmail.com.

³ Estudante de Graduação, UNIFAMAZ, E-mail: amandasocialas@gmail.com.

⁴ Profissional de Serviço Social, TJPA, E-mail: amandasocialas@gmail.com.

Introdução

De acordo com a Organização Mundial de Saúde – OMS e a Organização Pan-Americana de Saúde – OPAS, a adolescência é compreendida entre as idades de 10 a 19 anos. Todavia, o Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA, Lei 8.069, de 1990, define a adolescência como a faixa etária de 12 a 18 anos (artigo 2º). Entretanto, apenas a delimitação da idade cronológica é insuficiente para a compreensão de tal etapa, a qual envolve diversas peculiaridades.

Faleiros (2013) argumenta que a adolescência deve ser considerada para além de uma mera transição entre fases, sendo preciso analisar suas múltiplas dimensões.

a adolescência não pode ser vista como um segmento “à parte”, mas como um agrupamento social no contexto socioeconômico e intergeracional. A adolescência é uma construção social, ao mesmo tempo em que uma condição de vida e uma experiência pessoal. [...] No entanto, é um segmento que precisa ser considerado na sua multidimensionalidade, mudando a configuração que se tinha dele como uma fase transitória, rápida, caracterizada pela puberdade ou mudanças no corpo. (FALEIROS, 2013, p. 77).

Trata-se de um período que envolve escolhas e alterações no cotidiano, comportando o início de novos relacionamentos, escolhas de carreira profissional e o desenvolvimento da sexualidade. Faz-se necessário compreender o processo de construção da adolescência, não apenas enquanto etapa de transformações fisiológicas e psicológicas, mas levando em consideração o contexto social em que os indivíduos estão inseridos, o qual é demarcado por desigualdades sociais, econômicas, regionais, étnicas e de gênero.

É possível constatar o alto índice da gravidez na adolescência através dos dados nacionais, os quais, de acordo com o Ministério da Saúde, revelam que, no ano de 2014, houve o nascimento de 28.244 filhos de meninas entre 10 e 14 anos e 534.364 crianças de mães com idades entre 15 e 19 anos; no ano de 2015, 18% dos brasileiros nascidos vivos eram filhos de mães adolescentes. (AZEVEDO, 2018, p.87).

Desse modo, a gravidez na adolescência é considerada por alguns autores como um problema de saúde pública devido ao aumento de sua ocorrência e suas consequências, sendo necessário considerar as circunstâncias pessoais e sociais desse fenômeno, pois essa pode ser desejada e gratificante, tornando-se o foco de muitas expectativas e sonhos; ou indesejada, gerando um sentimento de desespero, podendo levar a ocultação da gestação e postergação da realização do pré-natal, e até a possível tentativa de aborto.

Nessa direção, a maternidade na adolescência também precisa ser analisada no âmbito de uma conjuntura demarcada pela desregulamentação das relações e dos direitos sociais, uma vez que a gravidez na adolescência ocorre principalmente em classe de baixo status socioeconômico, para a qual as oportunidades sociais são diferenciadas, por não serem igualmente oferecidas a diferentes classes (HEILBORN et al., 2002, p.18).

Métodos

Os dados da pesquisa foram coletados no período de agosto a dezembro de 2018, com 58 adolescentes, tratando-se de um estudo exploratório, descritivo, com abordagem quanti-qualitativa, no qual se utilizou o Diário de Campo para coleta de dados, a partir das observações realizadas durante o estágio supervisionado em Serviço Social.

A coleta de dados se efetuou na forma de interação direta com as usuárias através de acompanhamento de atendimento social individual e ou/ familiar, visita aos leitos e observações participantes, ocasiões em que, no Diário de Campo, eram coletados dados referentes às variáveis sociodemográficas – idade, localidade, estado civil; dados socioeconômicos – renda familiar e benefícios sociais; e dados referentes aos antecedentes ginecológicos/condições de acompanhamento da adolescente – gestação, aborto, gravidez planejada ou não, pré-natal, planejamento familiar e métodos contraceptivos.

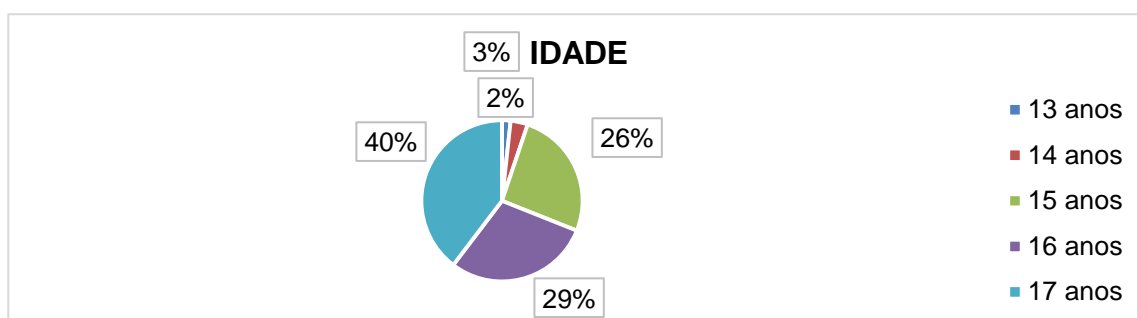
Os dados coletados foram tabulados e decompostos por meio da estatística descritiva, sendo organizados em forma de gráficos pelo recurso software do Excel, com suas interpretações realizadas a partir da fundamentação teórica em autores, que subsidiaram a caracterização do perfil socioeconômico das mães adolescentes.

Resultados e discussão

- Aspectos sociodemográficos.

As 58 mães adolescentes, sujeitos da pesquisa, encontravam-se entre as idades de 13 a 17 anos e estiveram internadas, no pós-parto, no período de agosto a dezembro de 2018, na enfermaria denominada “Ala Santana”. Os dados apontados na tabela 01, revelam que 40% delas se encontravam com 17 anos de idade.

Tabela 1 – Caracterização das adolescentes de acordo com a idade.

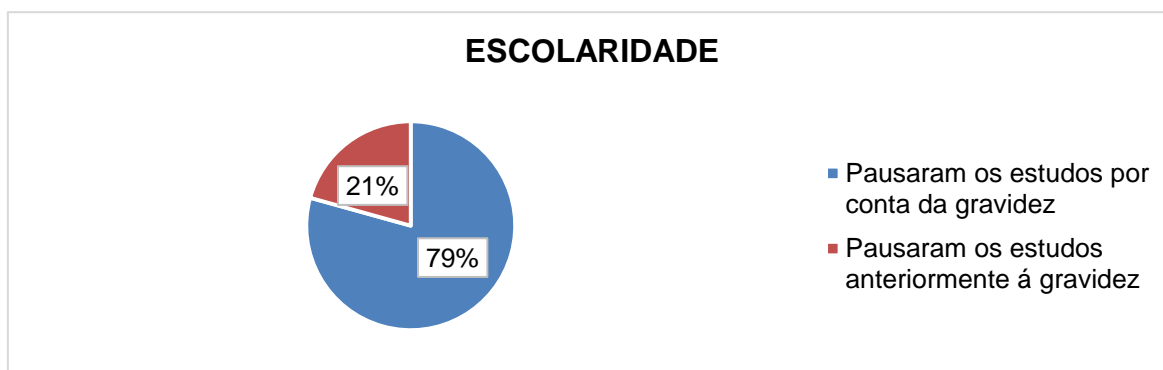


Fonte: Elaborada pelas autoras.

A gravidez e maternidade na adolescência são compreendidas como uma concepção de risco por diversos autores, os quais evidenciam que a vida da mãe e do recém-nascido são colocadas em perigo, Fonseca e Melchiori (2010) ressaltam, sobretudo, o risco de gestações abaixo dos 15 anos de idade em razão da púbere não possuir a estrutura óssea e muscular adequada ao parto.

Ao analisar aspectos relacionados à escolaridade, a tabela 02 aponta que 79% pausaram os estudos por conta da gravidez, o que não necessariamente tem a ver com as “possibilidades de escolha”, mas com a realidade concreta, a qual exige cuidados com o recém-nascido, falta de rede de apoio que possibilitem o retorno à rede regular de ensino, além de muitas terem que trabalhar de maneira informal para garantir o sustento do filho.

Tabela 2 – Aspectos relacionados à escolaridade das mães adolescentes.

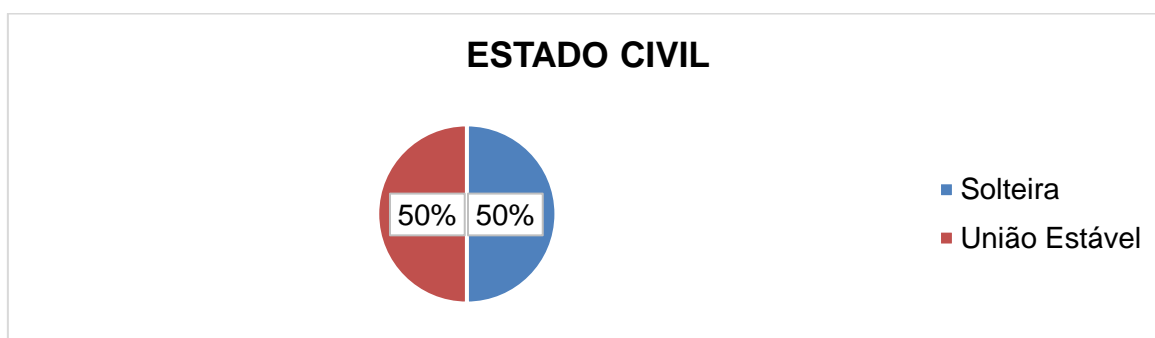


Fonte: Elaborada pelas autoras.

A tabela 02 retrata ainda que 21% das mães adolescentes haviam evadido da rede regular de ensino antes de terem engravidado, fator que pode ser explicado pelas oportunidades de estudo e de trabalho, que são limitadas, em razão da origem socioeconômica e não, necessariamente, pela existência de filhos. Nessa direção, faz-se necessário destacar o debate relacionado à classe social ao analisar a escolaridade frente à gravidez na adolescência, tendo em vista que, as mães adolescentes com melhor situação financeira possuem maior possibilidade de retornar à rede regular de ensino, em razão de contarem com o apoio de familiares e/ou outras pessoas.

Quanto ao estado civil das mães adolescentes, dados expressos na tabela 03 evidenciam que a metade delas, ou seja 50%, se declararam como solteiras, enquanto a outra metade afirmou conviver em regime de união estável, o que acaba por gerar certa “segurança” quanto ao reconhecimento da paternidade.

Tabela 3 – Estado civil.

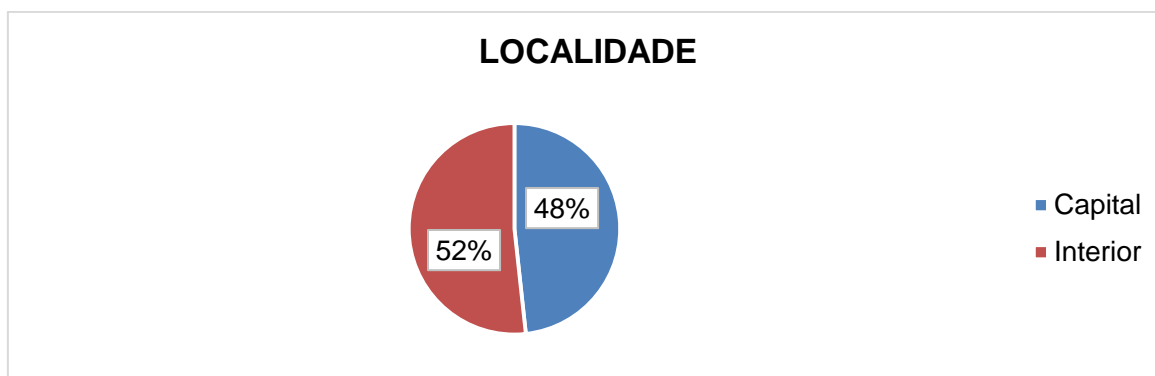


Fonte: Elaborada pelas autoras.

Ao analisar as tabelas acima, ressalta-se a importância do debate acerca das desigualdades sociais estabelecidas entre os gêneros feminino e masculino, uma vez que os dados revelam que o fato das mães adolescentes não possuírem relacionamento estável com o genitor da criança, pode incorrer no fato dele não assumir a paternidade, o que pode ser explicado a partir de uma culpabilização social da adolescente pela gravidez, impondo a ela mais responsabilidades que ao homem.

Heiborn et al. (2002) destacam que “a paternidade impõe um abalo menor nas trajetórias masculinas do que a maternidade sobre as femininas” enfatizando ainda que a “paternidade adolescente impacta pouco nos percursos escolares e de trabalhos masculinos” (Heiborn et al., 2002, p.42) quando comparados às mães adolescentes que convivem com a imposição social de responsabilidades que incluem afazeres domésticos e cuidados com o recém nascido, retirando-as do espaço público das relações sociais.

Tabela 5 – Localidade.



Fonte: Elaborada pelas autoras.

No que tange ao local de moradia das mães adolescentes, dados da tabela 05, revelam que 52% são provenientes do interior do estado do Pará. Vonk, Bonan e Silva (2011) afirmam que em cidades interioranas as dificuldades são acentuadas, quando comparadas aos centros urbanos, especialmente para as mulheres e adolescentes, haja vista a exigência do não exercício da sexualidade e da escassez de políticas públicas oferecidas pelo Estado. Nessa direção Faleiros (2013) afirma ser:

fundamental que haja relevância para a adolescência na esfera das políticas e para analisar uma política elaborada para este segmento vamos considerá-la na perspectiva de um Estado contraditório, de correlação de forças. Pressupõe-se também ao mesmo tempo, que a adolescência é multidimensional, implicando que a análise considere a complexidade do fenômeno. (FALEIROS, 2013, p.78).

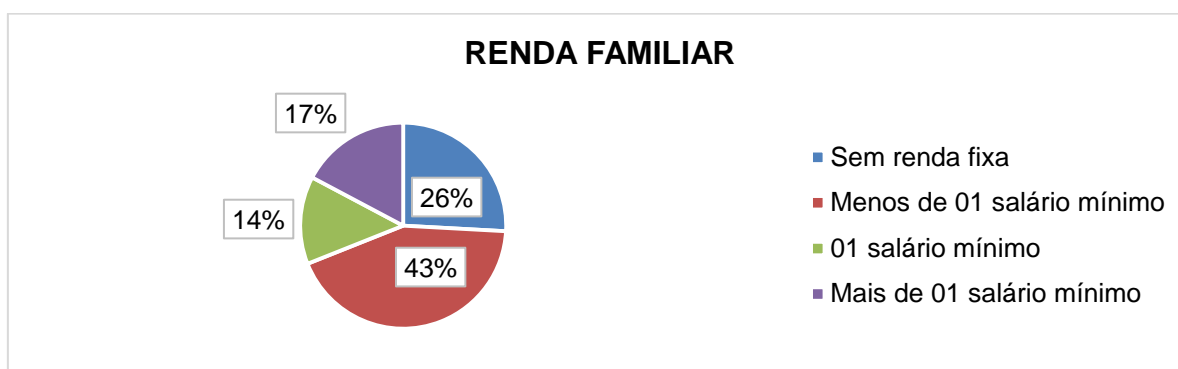
Ainda a respeito do local de moradia, de acordo com o Diário de Campo, muitas das adolescentes revelaram sentir medo, insegurança e vergonha em procurar as Unidades Básicas de Saúde (UBS), o que dificulta o acesso relacionado à saúde sexual e reprodutiva. Fator este que revela a necessidade de ações educativas relacionadas à divulgação de informações pertinentes à promoção de programas direcionados a esse público, assim como

atendimentos diferenciados nos espaços de saúde, a fim de romper com paradigmas estereotipados e preconceituosos, para que haja a atenção necessária para a garantia da saúde das púberes.

- Características socioeconômicas.

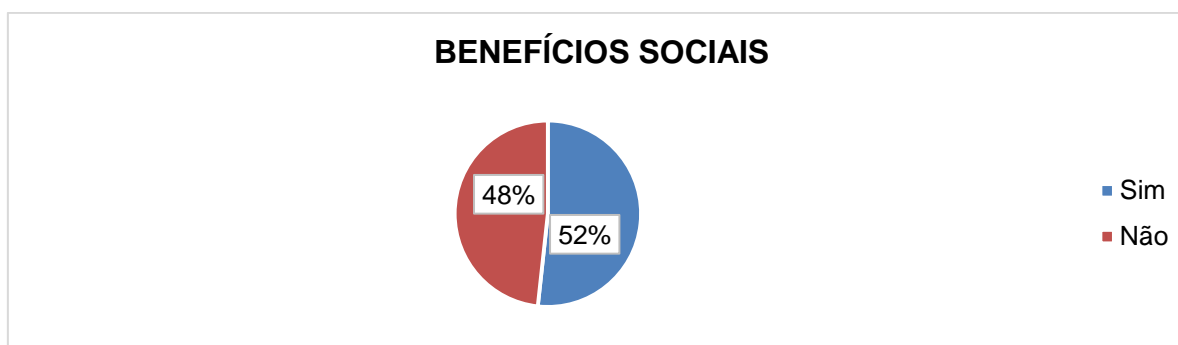
A gravidez e a maternidade na adolescência ocorrem independente de classe social, entretanto as consequências para a parcela pauperizada da sociedade incorre no aprofundamento das desigualdades sociais, uma vez que, em razão das precárias condições de vida, escassez de políticas públicas e redução de oportunidades escolares e profissionalizantes, essas mulheres e seus filhos possuem dificuldades para romper com os limites impostos pela pobreza.

Tabela 6 – Renda Familiar.



Fonte: Elaborada pelas autoras.

Tabela 7 – Benefícios sociais.



Fonte: Elaborada pelas autoras.

A tabela 06 demonstra que 83% das mães adolescentes possuíam renda familiar inferior a um salário mínimo, acrescenta-se a este dado, o fato de todas elas serem completamente dependentes economicamente da família ou do parceiro, o que implica, entre outras situações, na sua permanência na residência da família (DIÁRIO DE CAMPO, 2018).

A realidade socioeconômica das mães adolescentes está atrelada ao desemprego, à incapacidade para o trabalho ou à inserção no mercado informal dos membros da família e/ou parceiro, havendo, dessa forma, a necessidade de complementação da renda através

dos benefícios sociais que, por vezes, eram a única renda da família (DIÁRIO DE CAMPO, 2018). Fatores estes que revelam:

a dramática condição de desigualdade e pobreza, bem como o limite desse modelo de seguridade social, e a perversidade da estrutura econômico-social que produz e concentra riqueza, ao mesmo tempo em que exclui os trabalhadores pobres de seu acesso e os confina a relações de trabalho precárias, incertas, eventuais, de baixo rendimento e não garantidoras de direitos. (BOSCHETTI, 2009, p.11).

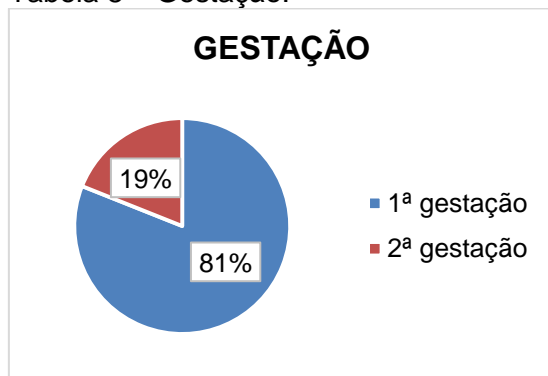
Apesar dos dados da tabela 07 revelarem que 48% das mães adolescentes não recebem benefícios sociais, não se pode afirmar que a família se encontrava em situação de proteção social, visto o caráter seletivo dos programas de transferência de renda, os quais “agem mais na reiteração das desigualdades sociais que na sua redução. E mesmo essa parca conquista vem sofrendo duros golpes, que estão provocando seu desmonte e não sua ampliação.” (BOSCHETTI, 2009, p.12).

Novellino chama a atenção para a “transmissão intergeracional da pobreza” (2011, p.315), ou seja, o fato da família não ter acesso a bens e serviços que as possibilitem garantir aos filhos saúde, educação e alimentação, desfavorece as condições para que eles possam ultrapassar a situação socioeconômica da família e possam sair da condição de pobreza a que foram submetidos.

- Antecedentes ginecológicos e sexuais relacionados à maternidade na adolescência.

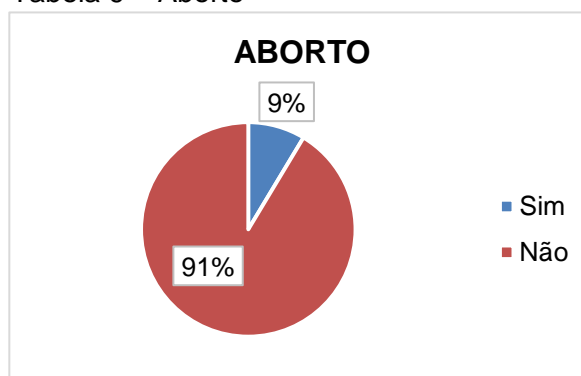
Autores como Persona, Shimo e Tarallo (2004) debatem sobre a reincidência da gravidez na adolescência, a qual foi evidenciada neste estudo, na tabela 08, revelando que 19% das mães adolescentes estariam na sua segunda gravidez. Os referidos autores atrelam tal situação ao início precoce da atividade sexual, à baixa adesão a métodos contraceptivos, à evasão escolar, à baixa renda familiar, às relações sexuais com parceiros mais velhos, à união estável, à história familiar de gravidez na adolescência, ao aborto anterior, ao parto anterior bem sucedido sem nenhuma complicação e ao apoio familiar na primeira gestação, entre outros.

Tabela 8 – Gestação.



Fonte: Elaborada pelas autoras.

Tabela 9 – Aborto

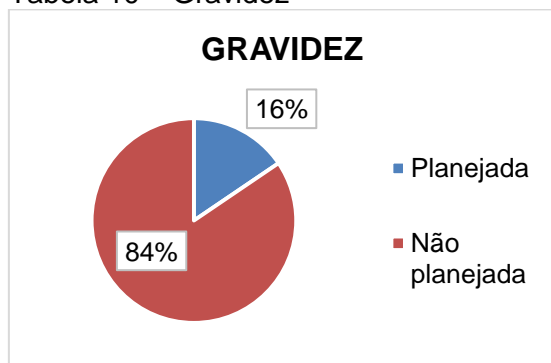


Fonte: Elaborada pelas autoras.

No que se refere ao aborto, 9% mães adolescentes, tabela 08, relataram já terem passado por abortamento. Nessa direção, dados da OMS, revelam que, dos quatro milhões de abortos praticados por ano no Brasil, um milhão ocorrem entre adolescentes, sendo que 20% delas morrem por suas complicações. (FONSECA E MELCHIORI, 2010, p.134).

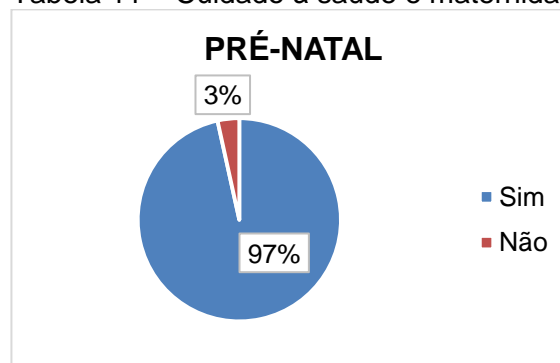
Os dados evidenciados na tabela 10, em que a maioria das mães adolescentes, ou seja, 84% delas, não planejaram a maternidade, entretanto passaram a aceitá-la de bom grado. Entre os fatores que podem explicar a ocorrência dessa gestação, alguns são apontados por Persona, Shimo e Tarallo (2004) como o desconhecimento ou uso inadequado dos métodos contraceptivos, ignorância da fisiologia da reprodução e das consequências das relações sexuais, entre outros. (PERSONA, SHIMO, TARALLO, 2004, p.746).

Tabela 10 – Gravidez



Fonte: Elaborada pelas autoras.

Tabela 11 – Cuidado à saúde e maternidade.



Fonte: Elaborada pelas autoras.

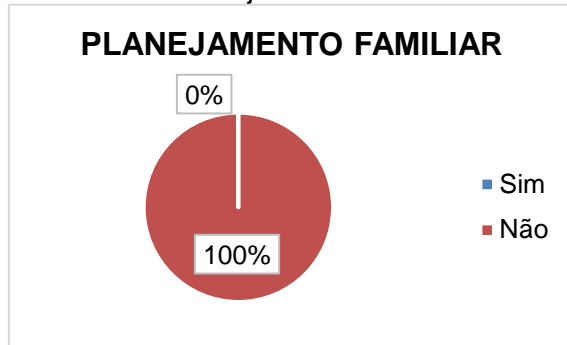
Os dados na tabela 10 revelam ainda que 16% das mães adolescentes almejam e planejaram a gravidez. Nessa direção, generalizar e “pensar a gravidez na adolescência como algo não desejado ou fora do esperado corresponde a uma perspectiva normativa da adolescência, que exclui a maternidade precoce como uma alternativa de vida.” (DIAS E TEIXEIRA, 2010, p.129), uma vez que “mesmo com todas as dificuldades, é bastante comum ouvirmos a adolescente dizer que está contente com a perspectiva de ser mãe e que quer ter um filho” (DADOORIAN, 2003, p.85).

Sobre a importância da realização do pré-natal, apesar do maior número de gestações não terem sido planejadas, observa-se que 97% das mães adolescentes realizaram o pré-natal nas UBS. O fato de a maioria ter acesso, talvez possa ser explicado pelas iniciativas do MS em conscientizar sobre sua importância, buscando um atendimento qualificado, tendo como fundamento a Política Nacional de Atenção à Saúde da Mulher, promovendo ações de planejamento reprodutivo com a disponibilização dos métodos contraceptivos, atenção no pré-natal, cuidados à saúde da adolescente, entre outras.

Apesar dos avanços no que se refere aos direitos sexuais e reprodutivos e da maior atenção promovida à adolescência, dados da tabela 12 evidenciam o total desconhecimento de todas as 58 adolescentes sobre planejamento familiar que, segundo a Lei Nº 9.263, de

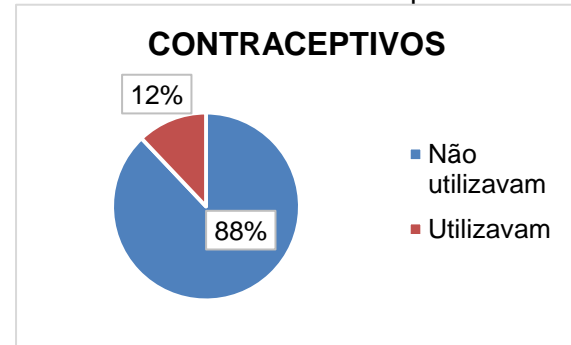
12 de janeiro de 1996, no capítulo I, art.4º “orienta-se por ações preventivas e educativas e pela garantia de acesso igualitário a informações, meios, métodos e técnicas disponíveis para a regulação da fecundidade”, de maneira a garantir possibilidades para gerir a vida sexual e reprodutiva, respeitando a livre decisão do casal de ter ou não filhos, devendo o Estado prover os recursos necessários para o exercício desse direito.

Tabela 12 – Planejamento familiar



Fonte: Elaborada pelas autoras.

Tabela 13 – Métodos contraceptivos.



Fonte: Elaborada pelas autoras.

Segundo Silva e Carvalho (2016) é “importante explicar aos adolescentes com vida sexual ativa ou não, sobre o uso de contraceptivos e principalmente do preservativo nas relações sexuais, com o intuito de fazê-los conquistar maior autonomia e conhecimento sobre contracepção.” (SILVA E CARVALHO, 2016, p. 67). De acordo com o MS são financiados oito métodos contraceptivos através do SUS, nas Unidades Básicas de Saúde, porém é preciso considerar que nem todas as adolescentes têm acesso à informação e acesso a esses, como afirma Sakamoto (2008):

Faz-se necessário ainda discutir aspectos relacionados com a perversidade do modelo econômico, concentrador de renda e excludente da maioria da população, adotado no país, pois mulheres sem escolarização, desprovidas de conhecimentos, ficam sem acesso às informações, aos métodos disponíveis para deles se beneficiarem na regularização de sua fecundidade e no planejamento de suas famílias. (SAKAMOTO, 2008, p.100).

Ressalta-se que 12% das mães adolescentes estavam fazendo uso regular de métodos contraceptivos e não desejavam engravidar (estão entre as gravidezes não planejadas da tabela 10), o que demonstra que, apesar de terem informações e acessos aos métodos contraceptivos, engravidaram. Inácio e Rasera (2016) declaram que “a presença desses métodos contraceptivos indica não somente que as jovens possuíam o conhecimento acerca desses, mas também a conscientização e decisão pelo seu uso.” (INÁCIO E RASERA, 2016, p.188). A contracepção, portanto, não garante total segurança para a ocorrência ou não da gestação, além dos riscos e consequências que podem causar à saúde da mulher.

Fonseca e Melchiori (2010, p.150) afirmam que “programas de educação familiar, sexual e reprodutiva podem significar o diferencial para que os jovens possam desenvolver

sua vida sexual de forma responsável e saudável”, sendo preciso compreender o/a adolescente enquanto sujeito de direitos, abrangendo seus direitos sexuais e reprodutivos, promovendo uma atenção que vá além da mera oferta de métodos contraceptivos, para que ele/a também possa se reconhecer enquanto tal sujeito que tem responsabilidade quanto a sua sexualidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste artigo foi realizada a caracterização do perfil socioeconômico das mães adolescentes atendidas na “Ala Santana” da maternidade da FSCMP, a partir das observações realizadas no campo de estágio supervisionado em Serviço Social, em que, através da utilização do Diário de Campo como instrumento de coletas de dados, foi possível adquirir informações referentes às variáveis sociodemográficas, dados socioeconômicos e dados referentes aos antecedentes ginecológicos.

Faz-se necessário ultrapassar as explicações biológicas, que reduzem à adolescência a uma mera etapa de transição entre a infância e a vida adulta, e passar a compreendê-la em seus determinantes sociais, os quais são demarcados por desigualdades socioeconômicas, com interferências e conseqüentes influências das mais diversas ordens.

Observou-se que algumas mães adolescentes compreendem a maternidade como uma alternativa de vida perante um contexto de precárias condições socioeconômicas, e conseqüente acesso às políticas públicas, marcas da desigualdade social inerentes ao capitalismo, todavia, acabam incorrendo em um ciclo de permanência da pobreza. Sendo que a maioria engravidou por ausência de planejamento familiar, revelando que a UBS não está sendo preventiva, exemplo disso é o fato da maioria das adolescentes só terem acesso ao serviço de saúde para realização do pré-natal.

No que se refere à saúde da mulher adolescente, ainda que se constate importantes conquistas no marco legal – o qual apregoa como um direito humano a saúde sexual e reprodutiva –, ainda são reproduzidas situações, por vezes na própria rede de serviço público, que refletem a dominação masculina, atribuindo unicamente ao gênero feminino as medidas contraceptivas. A estrutura da sociedade demarcada pelo patriarcado ficou evidente, através deste estudo, quando se constatou que muitas das mães adolescentes tinham dúvidas quanto ao exercício da paternidade pelos genitores de seus filhos, por não possuírem relacionamentos estáveis, o que reflete uma culpabilização da mulher pela gestação, impondo-lhe a responsabilização, enquanto que ao homem, ela é facultada.

Nessa direção, muitas das mães adolescentes evadiram da rede regular de ensino por conta da gravidez, o que reflete as precárias – ou a ausência de – possibilidades de permanência na escola, devido às condições socioeconômicas, à responsabilização com os

afazeres domésticos e aos cuidados com o recém-nascido, ocasionando ainda, entre outros, a dependência financeira da família e/ou parceiro.

Os resultados desta pesquisa apontaram ainda para um alto índice de mães adolescentes provenientes do interior do Estado do Pará, instigando a compreensão de como é ofertado o serviço à saúde em pequenas cidades interioranas. Considerando que a FSCMP é o único hospital de referência para a gestante de alto risco do Estado e atende a uma alta demanda dessas usuárias, é preciso chamar atenção para que os governos municipais promovam estruturas em seu próprio município para garantir um parto adequado e seguro.

A assistência à saúde sexual e reprodutiva não deve se basear apenas na promoção de métodos contraceptivos, mas promover ações que orientem sobre educação sexual, considerando os/as adolescentes como sujeitos de direitos, sendo imprescindível o acesso à informação correta quanto aos cuidados e prevenções, rompendo com preconceitos e promovendo o acolhimento necessário.

O atendimento à saúde é um direito universal, resultante de um movimento de lutas, devendo o Estado propiciar seu acesso universal, integral e gratuito e o Estatuto da Criança e do Adolescente reforça o atendimento integral e gratuito à saúde do adolescente pelo SUS. É necessário ressaltar que mesmo sendo aprovado, o SUS não foi e ainda não é perfeitamente efetivado como prediz a legislação, sofrendo grandes retrocessos ao longo do percurso, necessitando da continuidade da luta em sua defesa, por sua permanência e plena efetivação. O que está proposto na Constituição não é concretizado, na verdade o SUS tem sido utilizado como destinado a atender aqueles que não têm acesso aos setores privados, segmentando-o dessa forma e não garantindo o que está previsto na legislação como um sistema público universal.

Ressalta-se a importância do trabalho do/da Assistente Social na saúde em conformidade com as competências e atribuições privativas previstas na Lei de Regulamentação, tendo em vista o Código de Ética Profissional que deve fundamentar a intervenção procurando efetivar o direito social à saúde, comprometido com o projeto ético-político e o projeto de reforma sanitária promovendo intervenções qualificadas de acordo com as necessidades dos/das usuários/as e em defesa do aprofundamento do Sistema Único de Saúde.

REFERÊNCIAS

AZEVEDO, Alda Elizabeth Boehler Iglesias. Prevenção da gravidez na adolescência. **Adolescência & Saúde**. Rio de Janeiro, v. 15, n°1, p. 86-94, dezembro 2018.

BOSCHETTI, Ivanete. A política de seguridade social no Brasil. In: CFESS; ABEPSS. **Serviço social: direitos sociais e competências profissionais**. Brasília,

2009. Unidade III Cap. 37 p. 323-340. Disponível em:<<https://pt.scribd.com/doc/207055806/LIVRO-COMPLETO-CFESS-Servico-Social-Direitos-Sociais-e-Competencias-Profissionais-2009>>. Acesso em: 11 mar. 2019.

BRASIL. **Lei nº 8.069 de 13 de julho de 1990**. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília: Senado, 1990.

_____. **Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996**. Do Planejamento Familiar. DF, Brasília, 1996.

DADOORIAN, Diana. Gravidez na adolescência: um novo olhar. **Psicologia Ciência e Profissão**. Rio de Janeiro. V. 21, nº3, p. 84-91, 2003.

DIAS, Ana Cristina Garcia; TEIXEIRA, Marco Antônio Pereira. Gravidez na adolescência: um olhar sobre um fenômeno complexo. **Paideia**.v.20, nº 45, p. 123-131, 2010.

FALEIROS, V. P. Políticas de saúde para adolescentes mulheres: uma visão feminista. **Internações**. Brasília, v. 9, nº25, p. 74-89, 2013.

FONSECA, Mariane da Silva; MELCHIORI, Lúgia Ebner. **Adolescentes: maternidade, riscos e proteção**. Disponível em:<<http://books.scielo.org/id/sb6rs/pdf/valle-9788579831195-08.pdf>>. Acesso em: 11 mar. 2019.

HEILBORN, M. L. et al. Aproximações socioantropológicas sobre a gravidez na adolescência. **Horizontes antropológicos**. Porto Alegre, v. 8, nº17, p.13-45, junho 2002.

INÁCIO, Ana Luiza Rodrigues; RASERA, Emerson Fernando. Repetição da “gravidez na adolescência” e o planejamento familiar. **Psicologia, saúde & doenças**. São Paulo, v.17, nº8, p. 179-188, 2016.

NOVELLINO, Maria Salet Ferreira. Um estudo sobre as mães adolescentes brasileiras. **Physis Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.21, nº1, p.299-318, 2011.

PERSONA, L.; SHIMO, A. K. K.; TARALLO, M. C. **Perfil de perfil de adolescentes com repetição da gravidez atendidas num ambulatório de pré-natal**. Revista Latino-Americana de Enfermagem. São Paulo, v.12, nº5, p. 745-750, set./out. 2004.

SAKAMOTO, Dulcinéia Luccas. **A saúde de jovens mães: desafios para os Sistemas de proteção social**. 2008. 222 f. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Faculdade de história, direito e serviço social, Universidade Estadual Dr. Júlio de Mesquita Filho, São Paulo, 2008.

SILVA, Danielly Alves da; CARVALHO, Fábio Silva de. Percepções de adolescentes sobre práticas de cuidado com a saúde. **Adolescência & saúde**. Rio de Janeiro, v. 13, nº1, p.64-71, agosto 2016.

VONK, A. C. R. P.; BONAN, C.; SILVA, K. S. Sexualidade, reprodução e saúde: experiências de adolescentes que vivem em município do interior de pequeno porte. **Ciência & saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v.18, nº6, p.1795-1807, 2013.