

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
INSTITUTO DE PSICOLOGIA  
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA SOCIAL E  
INSTITUCIONAL**

**Maria Aparecida Loss**

**AS POSSIBILIDADES DO ENGRAVIDAMENTO NA ADOLESCÊNCIA:  
um desafio à integralidade nas práticas em Saúde Pública**

**Porto Alegre**

**2006**

**Maria Aparecida Loss**

**AS POSSIBILIDADES DO ENGRAVIDAMENTO NA ADOLESCÊNCIA  
um desafio à integralidade nas práticas em Saúde Pública**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Psicologia Social e Institucional. Programa de Pós Graduação em Psicologia Social e Institucional. Instituto de Psicologia. Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Orientador(a) Clary M. Sapiro

**Porto Alegre**

**2006**

Dedico este trabalho à memória de  
Nestor Nelson Loss

## AGRADECIMENTOS

Agradeço, em primeiro, lugar ao Programa de Pós-graduação e à Professora Clary Sapiro por ter aceitado meu Projeto de Pesquisa, acreditado no meu investimento de tempo e de estudo, apesar da restrição imposta pela carga horária de trabalho.

Agradeço também aos colegas do Centro de Saúde Bom Jesus, da Unidade de Saúde Morro Santana e da Equipe de Saúde Mental que compartilham comigo dessas experiências de trabalho relatadas nesse percurso de investigação.

À Nara, pela sua compreensão e apoio; à Clarice e Ana Paula pelo acompanhamento e leitura de trechos do trabalho, pelas observações e indagações.

E agradeço, especialmente, aos adolescentes, sujeitos desse estudo, e também a todos os adolescentes que interrogam a minha prática e as práticas de trabalho na Saúde Pública.

À memória de Rafael, que deixou seus desenhos, suas histórias e um tratamento por continuar...

À Michele, Camila, Cristiane, Jéssica, Aline, Pâmela, Jaqueline, Bruna, Mirziane, Elisângela, Renata, Tatiane, Valéria, Vânia, Rosa, Angela, e também Zéca, Rogério, William, Cleberton, César, Roger, Fernando, Jonathan, Dione, Rodrigo, Rodolfo ...

Todos os pais foram filhos, muitos filhos vêm a ser pais, mas uns esqueceram-se daquilo que foram, e aos outros não há ninguém que possa explicar-lhes o que serão.

(José Saramago)

## SUMÁRIO

	P.
<b>RESUMO</b> .....	12
<b>ABSTRACT</b> .....	14
<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	15
1.1. APROXIMAÇÃO DO OBJETO DE PESQUISA.....	19
1.2. A ESPECIFICIDADE DO OBJETO.....	25
<b>2. MÉTODO</b> .....	28
2.1. OS PASSOS METODOLÓGICOS.....	33
<b>3. DESCRIÇÃO DO CONTEXTO</b> .....	37
3.1. O CAMPO DA SAÚDE E AS POLÍTICAS PÚBLICAS.....	38
<b>3.1.1. Sobre as CNS e o nascimento do SUS</b> .....	39
<b>3.1.2. O reordenamento da saúde em Porto Alegre</b> .....	49
<b>3.1.3. Acolhimento: a construção de um conceito</b> .....	53
<b>3.1.4. Como surgem os Programas de Saúde</b> .....	63
3.2. SAÚDE E POLÍTICAS PÚBLICAS PARA ADOLESCENTES.....	67
3.3. O SERVIÇO (Equipe de Saúde Mental).....	78
<b>3.3.1. A população</b> .....	79
<b>3.3.2. Como se dá o acesso ao serviço</b> .....	82
<b>3.3.3. O grupo de acolhimento em saúde mental</b> .....	86
<b>3.3.4. Relato de uma experiência de acolhimento</b> .....	89
<b>4. HISTÓRIAS E FICÇÕES DE ADOLESCENTES</b> .....	96
4.1. HISTÓRIAS CONTADAS.....	97
<b>4.1.1. Da latência à adolescência</b> .....	100
<b>4.1.2. Como se utiliza o recurso do desenho para construção da narrativa</b>	104
<b>4.1.3. Renata</b> .....	106
4.1.3.1. Uma breve descrição do contexto familiar.....	106
4.1.3.2. O desenho.....	108
4.1.3.3. A narrativa.....	109
<b>4.1.4. Andressa</b> .....	110
4.1.4.1. Uma breve descrição do contexto familiar.....	110
4.1.4.2. O desenho.....	111
4.1.4.3. A narrativa.....	112
<b>4.1.5. Priscila</b> .....	114
4.1.5.1. Uma breve descrição do contexto familiar.....	114
4.1.5.2. O desenho.....	116
4.1.5.3. A narrativa.....	117
<b>4.1.6 A análise de conteúdo</b> .....	118
4.2. VERSOS ESCRITOS.....	125
<b>4.2.1. Descrição da atividade em grupo</b> .....	125
<b>4.2.2. O que dizem os versos de rap: Ane, Larissa e Vanessa</b> .....	127
<b>4.2.3. A análise de conteúdo</b> .....	137
<b>5. ANÁLISE DOCUMENTAL</b> .....	141
5.1. DADOS E LEVANTAMENTOS ACERCA DA SAÚDE SEXUAL.....	142

<b>5.1.1. Alguns dados históricos sobre saúde da mulher.....</b>	<b>145</b>
5.2. PRIMEIRO DOCUMENTO.....	147
<b>5.2.1. A análise do primeiro documento.....</b>	<b>148</b>
5.2.1.1. Justificativa para prestação da assistência .....	148
5.2.1.2. A relação entre partos e a contaminação pelo HIV.....	149
5.2.1.3. A banalização da relação sexual.....	151
5.3. SEGUNDO DOCUMENTO.....	152
<b>5.3.1 A análise do segundo documento.....</b>	<b>156</b>
5.3.1.1. O protagonismo da mulher ou invasão da figura materna.....	156
5.3.1.2. O privilégio da informação.....	159
5.3.1.3. A ênfase no Real.....	161
<b>6. CONCLUSÃO.....</b>	<b>165</b>
<b>7. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....</b>	<b>169</b>
APENDICE A.....	177
APENDICE B.....	178
APENDICE C.....	184
APENDICE D.....	188
APENDICE E.....	189
ANEXO A.....	190
ANEXO B.....	192
ANEXO C.....	194

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1. Desenho de Renata.....	108
Figura 2. Desenho de Andressa.....	111
Figura 3. Desenho de Priscila.....	116

## LISTA DE TABELAS E QUADROS

Quadro 1 Síntese das CNS.....	48
Quadro 2 Análise das narrativas.....	188
Quadro 3 Análise documental.....	189

## LISTA DE ABREVIATURAS E DE SIGLAS

AIDS- Acquired Imuno Deficiency Syndrome

AIH- Autorização de Internação Hospitalar

AIS- Ações Integradas de Saúde

CIMS- Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde

CIS- Comissão Interinstitucional de Saúde

CDS- Conselho Distrital de Saúde

CLS- Conselho Local de Saúde

COISA- Comitê de Informações sobre Saúde na Adolescência

CMS- Conselho Municipal de Saúde

CMS (1ª; 2ª; 3ª)- Conferência Municipal de Saúde

CNS- Conferência Nacional de Saúde

COAS- Centro de Orientação e Aconselhamento Sorológico

CTA-HIV- Centros de Testagem e Aconselhamento para HIV

CRAE- Centro de Referência Infanto-Juvenil

ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente

DST- Doenças Sexualmente Transmissíveis

FASC- Fundação de Assistência Social e Comunitária

FASE- Fundação de Assistência Sócio-Educativa

HMIPV- Hospital Materno-Infantil Presidente Vargas

LA- Liberdade Assistida

LOAS- Lei Orgânica de Assistência Social

MP- Ministério Público

MS- Ministério de Saúde

NASCA- Núcleo de Atenção à Saúde da Criança e Adolescente

NASF- Núcleo de Apoio Sócio-Familiar

NTAHA- Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento

OMS- Organização Mundial de Saúde

OPAS- Organização Pan-americana de Saúde

Pacs- Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PAICA- Programa de Atenção Integral à Criança e ao Adolescente

PAIGA- Programa de Atenção Integral à Gestante Adolescente

PAISA- Programa de Atenção Integral à Saúde do Adulto

PAISC- Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança

PAISM- Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher

PAST- Programa de Atenção à Saúde do Trabalhador

PEMSE- Programa de Execução de Medidas Socio-Educativas

PNH- Programa Nacional de Humanização

PROSAD- Programa de Atenção à Saúde do Adolescente

PSC- Prestação de Serviços à Comunidade

PSF- Programa de Saúde da Família

SASE- Serviço de Apoio Sócio-Educativo

SMS- Secretaria Municipal de Saúde

SPA- Substância Psico-Ativa

SUDS- Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

SUS- Sistema Único de Saúde

UBS- Unidade Básica de Saúde

## RESUMO

Este estudo partiu da prática psicológica no atendimento de adolescentes em um serviço de saúde mental coletiva na cidade de Porto Alegre.

O tema investigado é o processo da adolescência em sua multiplicidade e abrangência, considerando as experiências de engravidar, a construção da sexualidade e os contextos sociais populares. Além disso, o campo da Saúde Pública, as políticas públicas e o lugar ocupado pela saúde mental, constituem os eixos de abordagem.

Destacou-se a importância das relações de gênero sob o viés da teoria psicanalítica, redefinindo o lugar e a posição subjetiva do(a) adolescente, onde a recapitulação da diferença sexual anatômica produz novos efeitos imaginários para o masculino e o feminino. Há um conjunto de situações e acontecimentos que são próprios tanto da maturação pubertária e das transformações biológicas, quanto dos novos modos de viver essas transformações, estabelecer parâmetros de gênero e habitar um corpo sexualmente maduro com relação à aptidão reprodutiva.

Para a coleta de dados, utilizou-se a descrição de caráter etnográfico como forma de circunscrever os domínios para a observação de campo e, partindo da técnica do estudo de caso, onde o serviço de atendimento psicológico para adolescentes em uma equipe de saúde mental foi o foco, estabeleceu-se uma triangulação entre diferentes fontes de evidência, tais como: as narrativas individuais, a atividade nos grupos e a análise documental. A análise de conteúdo tornou-se a estratégia para identificar as categorias emergentes e interpretá-las à luz da psicanálise.

Enfatiza-se os aspectos subjetivos e inconscientes que envolvem a procriação humana, sugerindo o neologismo “engravamento” como um processo psíquico na adolescência.

Como resultado, propõe-se a constituição de intervalos temporais (ato, dúvida, cogitação e certeza) para o processo de *engravidamento* e problematiza-se o tratamento do problema como epidemia, principalmente quando o foco volta-se para os bairros populares do meio urbano e para a Saúde Pública. Discute-se o paradoxo da condição adolescente, quando a adolescente “*antecipa-se*” a concluir, sem a “*verificação*” e “*precipita-se*” na experiência sem “*se prevenir*”, revelando-se duas inadequações nas práticas de saúde: o ideal higienista com a vigilância do corpo feminino, por um lado e a fragmentação das políticas de saúde, por outro.

Descritores: Gravidez na adolescência. Sexualidade feminina. Saúde Pública. Processos psíquicos.

## **ABSTRACT**

This study started from the psychological practice on the teenagers' attendance in a collective mental health system in the city of Porto Alegre.

The researched theme is the adolescence process in its multiplicity and comprehension, considering the experiences of becoming pregnant, the sexual building and the popular social contexts. Moreover, the Public Health field, the public policies and the place taken by mental health, constitute the approach shafts.

The importance of gender relations on the perspective of the psychoanalyst theory was pointed out, redefining the place and subjective position of the teenager, where the recapitulation of the anatomic sexual difference produces new imagining effects for the masculine and the feminine. There is a whole of situations and events which are typical of not only the puberty maturation and biological transformations, but also from the new ways to live these transformations, establish gender parameters and inhabit a sexually mature body in relation to the reproductive aptitude.

For the data collection, a description of the ethnographic character as a way of circumscribe the domains for the observation of the field was used and, starting from the case study, in which the psychological attendance for teenagers' service in a mental health team was the focus, it was established a triangulation between different sources of evidence, such as: the individual narratives, the activities in the groups and the documental analysis. The content analysis became the strategy for identifying the emerging categories and interpreting them to the light of psychoanalysis.

The subjective and unconscious aspects are emphasized, which involve the human procreation, suggesting the neologism “pregnancy” as a psychic process in adolescence.

As a result, it is proposed the constitution of temporal gaps (act, doubt, cogitation and certainty) for the process of *pregnancy* and the problem treatment as epidemic is turned to a problem, mainly when the focus turns to the popular neighborhoods in the urban area and for the Public Health. The paradox of adolescent condition is discussed, when the teenager “starts earlier” to conclude, without the “verification” and “antecedes” in the experience without “preventing themselves”, revealing two inadequacies in the health practices: the hygienist ideal to the feminine body vigilance, on one side and the fragmentation of health policies, on the other.

Key words: Pregnancy in adolescence. Feminine Sexuality. Public Health. Psychic Processes.

## INTRODUÇÃO

Essa pesquisa é fruto de um processo de aprendizagem, envolvendo ensaios e erros, operações lógicas e cronológicas, curiosidade e inventividade, foco e devaneio, aproximações sucessivas e digressões reflexivas, atividade constante de escritura e interlocuções intermitentes, experiências concretas e vivências lúdicas, material objetivo e campo subjetivo. Enfim, compõem esse trabalho, como veremos, uma sucessão de histórias, relatos, narrativas, desenhos, discursos e escritas. E, para usar uma terminologia mais adequada a um relato de pesquisa, esse trabalho incluiu “dados” e, portanto, as atividades de observação, seleção, coleta, além de instrumentos, procedimentos, análise e síntese.

O tema investigado é o processo da adolescência em sua multiplicidade e abrangência, considerando as experiências de engravidar, a construção da sexualidade e os contextos sociais populares. Além disso, o campo da saúde pública, as políticas públicas e o papel da saúde mental nesse contexto, constituem os eixos de abordagem. O ponto de partida: a experiência de trabalho no campo da saúde municipal, mais especificamente em um Centro de Saúde Municipal situado em uma vila na cidade de Porto Alegre, em uma equipe de saúde mental, circunscrevendo o período de 2003 e 2004, para a etapa de pesquisa que envolveu a seleção dos sujeitos participantes

(conforme capítulo três, tópico 3.3, sobre a apresentação da Equipe de Saúde Mental e capítulo quatro, sobre as atividades com os adolescentes).

Nesse local, a partir de 1999, e seguindo a reestruturação dos serviços a partir da municipalização plena de saúde em 1996 (ver capítulo três, tópico 3.1), organizou-se uma equipe de saúde mental e, em 2000, teve início um projeto de Acolhimento para todos os usuários, a partir da formação de grupos, por faixa etária. Assim, o acolhimento em saúde mental para adolescentes tornou-se um dos pontos a serem explorados nessa investigação.

A noção de “acolhimento” passou a ter importância e destaque no campo da Saúde Pública, a partir do seu entendimento enquanto diretriz de humanização no acesso do cidadão ao serviço de saúde, reafirmando os princípios do SUS (Sistema Único de Saúde) e adquirindo, dessa forma, estatuto de conceito, explorado no capítulo três (tópico 3.1.3) desse trabalho.

A experiência profissional, junto aos adolescentes dos bairros populares no meio urbano<sup>1</sup> em Porto Alegre, veio a produzir esse recorte a respeito das possibilidades do engravidar como um processo de construção da sexualidade feminina, a partir da puberdade. Constituiu-se assim, desde uma prática de trabalho, o campo delimitado para essa investigação, onde as interrogações são exploradas de forma retrospectiva. Ou seja, optou-se selecionar entre o material de atendimento clínico, três adolescentes que realizaram consultas individuais no ano de 2003 e três adolescentes participantes de uma atividade em grupo, no ano de 2004 (ver capítulo quatro).

---

<sup>1</sup> A opção para essa terminologia deve-se a Fonseca (2000). Durante o texto, mantém-se diferentes denominações para as “classes populares”, na medida em que se levam em consideração os diversos discursos que colocam em evidência o valor da questão social. Faz-se essa discussão no terceiro capítulo (3.2). Na página 22, a seguir, menciona-se uma tipologia para os diferentes setores sociais apresentada por Stern (1995), que utiliza os termos “meio urbano-marginal” e “urbano-popular”.

Nesse momento de apresentação de uma investigação terminada, pode-se dizer que o efeito, produzido pela necessidade de sistematizar a riqueza das experiências que se desvelavam, a partir da seleção do material contido em prontuários (chamados “fichas de atendimento”), foi a configuração do método. De que forma? Em primeiro lugar, a escolha do estudo de caso, enquanto uma técnica mais adequada para a análise dos casos individuais, provou sua relevância também para o estudo de um coletivo, tendo sua validade científica ancorada na construção de procedimentos para a triangulação dos dados (Yin, 2002 e Stake, 1994), conforme desenvolvemos no capítulo dois.

Assim, esse estudo remeteu-se ao serviço de atendimento psicológico para adolescentes em uma equipe de saúde mental, a partir da interface entre o processo da adolescência e a construção da sexualidade feminina nas classes sociais populares. E, se “o caso” é uma entidade complexa, operando dentro de vários contextos (Stake, 1994), optou-se em destacar essa diversidade, a partir das várias fontes de dados, tais como:

- a) As evidências das práticas contextualizadas, o recorte da clínica em saúde mental, a organização dos serviços e das políticas municipais (saúde da mulher, saúde mental, saúde do adolescente etc, conforme tópico 3.1.4);
- b) Os sujeitos “adolescentes” e os modelos de atenção em saúde, onde “sexualidade e procriação” não faziam parte do modelo de atenção em saúde mental (tópico 3.3);

- c) Os documentos e manuais de orientação que, desde a gestão federal, propunham abordagens para saúde da mulher, para saúde reprodutiva, para o planejamento familiar e
- d) Além disso, em 2004, o destaque para a visibilidade da mulher a partir da 1ª Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres, onde a elaboração do Plano Nacional de Políticas para as Mulheres viabilizou a criação da Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento<sup>2</sup> (NTAHA).

Enfim, foi nessa diversidade de contextos, com essa tessitura de fios e de linhas, que se tentou seguir um traçado e estabelecer uma “costura”.

Além disso, o objeto dessa pesquisa – o processo de engravidamento na adolescência, estava atravessado por esses outros enfoques relativos às investigações sobre a “gestação precoce”, através de abordagens (quantitativas e qualitativas) e levantamentos anteriores.

Com a leitura de diversos trabalhos, notou-se que a preocupação de muitos pesquisadores voltava-se aos índices de gestação na adolescência, com um número expressivo de pesquisas quantitativas e o tratamento do problema como epidemia, principalmente quando o foco era as comunidades “de periferia” e a Saúde Pública (Camarano, 1998; Gama, 2002; Carvalho, 2002)<sup>3</sup>. Isso demonstrava a necessidade de novas abordagens e estudos sobre o tema.

A realidade das pesquisas na área da Saúde Pública sobre a gestação na adolescência tomava uma proporção polêmica e alarmista, na medida em que cresciam

---

<sup>2</sup> Ver capítulo cinco e Anexo C sobre a Portaria 1508/2005, que inclui a interrupção da gravidez nos casos previstos em lei, sem a necessidade de um Boletim de Ocorrência (B.O.).

<sup>3</sup> Ver capítulo três, tópico 3.2.

os índices e o controle epidemiológico, na mesma proporção em que se questionavam as políticas e programas de planejamento familiar, de controle de natalidade, além das noções de direitos sexuais e de direitos reprodutivos.

### 1.1. A APROXIMAÇÃO DO OBJETO ATRAVÉS DOS RELATOS ATUAIS DE PESQUISA

O interesse em apresentar outras investigações sobre o tema da gestação na adolescência é contextualizar a produção teórica existente e demonstrar a especificidade da construção do objeto dessa pesquisa. Observa-se que os estudos qualitativos dividem-se quanto à ênfase ora sobre as questões de gênero, ora sobre as diversidades culturais e de classe social, ora sobre aspectos do desenvolvimento, com destaque para o enfoque pedagógico ou educacional.

Sob esse último enfoque, Maria Carvalho Sant'Anna (2001) chama a atenção sobre o início cada vez mais precoce da puberdade e da idade da menarca, o que tem acarretado uma antecipação da iniciação sexual, mas não uma antecipação da maturação emocional, portanto alguns fatores de imaturidade emocional podem ser decisivos para a ocorrência de uma gestação: pensamento mágico, confirmação da fertilidade, agressão aos pais, sentimento de culpa, desejo de ser mãe (decorrente e como solução para suas dificuldades no relacionamento familiar, carência afetiva e baixa auto-estima). Aponta ainda para uma correlação entre baixa escolaridade e iniciação sexual precoce.

A pesquisadora da Faculdade de Medicina da USP Gabriela Calazans<sup>4</sup>, citada por Pimenta & Rios et al (2002, p. 49) produz respostas que têm nos estudos de gênero seu mais forte argumento:

(...) acredito que devemos investigar melhor qual o sentido dessa experiência, especialmente para as jovens pobres do sexo feminino. Às vezes, construo a hipótese de que, nas situações em que essa experiência é desejada, tal escolha está associada à desvalorização, ou descrença, nas possibilidades de inserção na sociedade num padrão moderno, vinculado à profissionalização e à escolarização, atendo-se, então, ao padrão tradicional de valorização feminina por meio da experiência da maternidade. Assim, em paralelo à proposição de construção de redes sociais de apoio aos jovens que optam pela gravidez, maternidade e paternidade na adolescência, acredito que se tornam necessárias a investigação e a intervenção sobre a valorização social dos jovens pobres e a construção de alternativas de vida para esse grupo. (Pimenta & Rios et al 2002, p. 49)

Nesse enfoque, muitos trabalhos salientam a necessidade de se prestar atenção às atitudes, práticas e representações masculinas sobre a gravidez, investigando a paternidade jovem e estudando as relações de gênero (Lyra, 1997; Medrado & Lyra, 1999), ou apontando para a necessidade de que os homens/rapazes sejam incluídos na análise e nas estratégias de ação sobre a questão da gravidez na adolescência (Ariha & Calazans, 1998; Leal & Fachel, 1999).

Entre os trabalhos que valorizam o enfoque sobre os meios culturais, as pesquisas antropológicas sugerem que se deve ter em mente a relação entre adolescência e organização familiar: o lugar do/a adolescente na família e a reorganização de unidades domésticas. Leal & Fachel (1999) interrogam-se sobre a

---

<sup>4</sup> A citação constitui uma fala em entrevista realizada pelas autoras referidas, para fins de pesquisa.

possibilidade da gravidez adolescente ser um marco para o sujeito se desvincular da família de origem, ou uma estratégia para a construção de novos grupos familiares e novas redes sociais.

Alberto Olavo Reis afirma que, nos últimos anos, vem crescendo o número de gestantes adolescentes sem parceiro fixo ou sem companheiro. Enquanto nos anos 70 e 80 - no Brasil - a gestação na adolescência ocorria dentro do matrimônio e tinha um forte apelo moral e também legal para a responsabilidade do pai, hoje em dia é comum ocorrer uma repetição, ou seja, uma nova gestação tentando fundar um laço matrimonial e, na maioria das vezes, sem sucesso. O autor salienta que esse fenômeno é facilmente observável nas classes populares (Reis, 1998).

Existem culturas para as quais a maternidade aparece como fato consumado, como destino para uma mulher, assegurando padrões tradicionais anteriores à chamada revolução reprodutiva do século XX (Fuller, 2001; Coll, 2001).

Para Fuller (2001) é importante demarcar que a organização social contemporânea vem produzindo uma virada no eixo que historicamente ordenava a identidade feminina. Segundo essa autora, a maternidade deixou de ser, para muitas mulheres, o principal sentido de suas vidas, entretanto a possibilidade de acesso a novas opções e novos projetos de vida (como a participação política, o trabalho, os estudos) não se abre de modo uniforme para as mulheres dos diferentes setores sociais e grupos étnicos.

Além disso, considerando a adolescência, se a maternidade não se constitui mais como o único pilar da identidade feminina, isso viabiliza que a passagem para a vida adulta não se dê através da reprodução, como nas sociedades tradicionais, mas possa percorrer outros caminhos (Fuller, 2001).

Passando dos estudos culturais para uma ênfase mais forte sobre as diferenças de classe social, pode-se acrescentar ainda os trabalhos de Coll (2001) e algumas análises propostas por Fonseca (2000).

Stern (1995)<sup>5</sup>, citado por Coll (2001, p. 433-434), estabelece uma tipologia para os diferentes setores sociais, dos quais destaca-se três, onde diferentes fatores contribuem para uma frequência maior de adolescentes gestantes: o setor rural tradicional; o setor urbano-marginal e o setor urbano-popular. Percebe-se, nesse trabalho, a forte ênfase às diferenças de classe social.

No primeiro, segundo interpreta Coll (2001), a própria adolescência não tem valor, pois muito precocemente se assumem responsabilidades familiares e laborais, sendo a maternidade, antes dos 18 anos, considerada um evento normal e esperado.

No segundo, a insegurança laboral, as várias performances da violência e o desenraizamento cultural – fruto das inúmeras migrações – levam muitas jovens a procurar na maternidade uma saída num contexto de falta de opções.

No terceiro, predominam normas contraditórias entre as famílias com relação ao exercício sexual para os filhos, ao uso de preservativos ou métodos anticonceptivos e à educação sexual, gerando concepções falsas ou conflitantes e expondo as adolescentes que engravidam à prática de aborto ou uniões insatisfatórias ou maternidades solteiras.

Fonseca (2000) refere-se a um silêncio discursivo dos pesquisadores da antropologia e da sociologia em torno do tema “popular”, o qual teve seu apogeu nos anos 80 e que, na atualidade, a aposta está nos estudos étnicos. A autora afirma que

---

<sup>5</sup> Stern, C. Embarazo adolescente: significado e implicaciones para distintos sectores sociales. *Demos*, Vol 8, 11-12: México, 1995.

no Brasil, as análises 'dos grupos marginais' mantêm o cunho pragmático, ou seja, a busca de soluções dos problemas sociais, sem aprofundar a compreensão das alteridades inscritas no jogo da estratificação social e sem levar em conta a negociação das fronteiras simbólicas na sociedade de classes.

A nossa tese principal é de que há elementos no caldeirão cultural brasileiro que não podem ser explicados segundo as categorias usuais da etnologia – etnia, sexo, religião, região – e só compreensíveis, em suma, levando-se em conta a tradição das classes populares. Além disso, sugerimos que muitas dessas práticas, longe de estarem desaparecendo, absorvidas pelo grande avanço da modernidade, florescem e se transformam conforme uma lógica que continua distante da dos planejadores, uma lógica que permanece opaca ou invisível para boa parte dos analistas científicos. Enquanto esses se interrogam cada vez mais sobre as identidades étnicas, as diferenças sexuais e a identidade regional, a questão de uma cultura de classe é pouca examinada ou completamente ignorada. (Fonseca, 2000, p. 212-213).

Sem esquecer das investigações na área da saúde (ver também capítulo três, tópico 3.2), ainda faz-se necessário situar a abordagem complexa do estudo de Pimenta & Rios et al (2002), que se apresenta abaixo, e dos trabalhos de investigação que levam em conta propostas de intervenção. Simone Monteiro (1999), pesquisadora da Escola Nacional de Saúde Pública, explicita que os aspectos normativos e prescritivos das ações em saúde são predominantes, mas que as propostas de intervenção deveriam ser desenvolvidas a partir do entendimento da lógica que rege o comportamento dos adolescentes e dos grupos, tentando estabelecer como ela é gerada, como se constitui e como se mantém.

Cristina Pimenta e Luis Felipe Rios (2002) associados a Richard Parker e a um projeto da Unicamp com instituições internacionais de pesquisa (“Center for Sexual Health Research of the University of Southampton”, “Center for Population Studies at the London School of Hygiene and Tropical Medicine” e o “Thomas Coram Research”) identificaram, a partir de uma análise contextual de diversos estudos sobre a gestação na adolescência, os seguintes tópicos para a realização de investigações mais efetivas acerca desse tema:

a) a necessidade da problematização do conceito de adolescência / juventude, ultrapassando as limitações impostas pela visão médico-biológica; b) o incremento na utilização de abordagens teóricas que permitam a exploração dos contextos da atividade sexual, das identidades sexuais em interface com as identidades socioculturais várias e dos significados que remetam à saúde sexual e reprodutiva dos jovens; c) a necessidade de desenvolver perspectivas metodológicas que vão além da capacidade de gerar dados concernentes à frequência de comportamentos sexuais específicos para comparação relativa, considerando, sobretudo, os processos sociais e culturais que ajudam o jovem a dar sentido a seus desejos sexuais, sentimentos e interesses. (Pimenta & Rios et al, 2002, p. 54)

Após esse elenco de investigações precedentes, pode-se afirmar que na perspectiva da presente pesquisa, a gestação na adolescência e suas manifestações singulares (desejo ou demanda, alteridade ou geração, antecipação ou verificação, cuidado ou risco) fazem parte de um contexto histórico e cultural específico, onde estarão presentes as questões de gênero, de desenvolvimento, de etnias e de classe social, entretanto a ênfase desse trabalho está nos *processos psíquicos*.

## 1.2. A ESPECIFICIDADE DO OBJETO DESSA PESQUISA

Duas noções foram investigadas a partir dessa temática: a sexualidade e a função do engravidamento na adolescência; o contexto intergeracional de transmissão de saber e a forma como os trabalhadores e técnicos de Saúde Pública comunicam e informam os(as) adolescentes sobre saúde sexual e reprodutiva (ver capítulo cinco).

No capítulo quatro, através da análise de três histórias fictícias contadas por adolescentes e também com a análise de três letras de rap produzidas no âmbito de um grupo terapêutico, trabalha-se a noção de engravidamento e discute-se sua função como um processo de elaboração psíquica, onde está em jogo também o efeito imaginário da linhagem e da herança geracional.

No capítulo cinco, o conteúdo de dois documentos provenientes do Ministério de Saúde é analisado, procurando as balizas para a capacitação e para as práticas e intervenções dos profissionais em saúde reprodutiva direcionada aos adolescentes.

Além disso, procura-se demonstrar que as possibilidades do engravidar na adolescência articulam-se aos modos singulares de viver essa passagem, definindo os processos subjetivos de construção e representação da feminilidade, nos bairros populares do meio urbano, como determinantes para a noção de engravidamento.

O termo “engravidamento” (como um neologismo) foi adotado nesse trabalho por dois motivos:

- Primeiro, porque permite delimitar a sutileza de um processo que coloca a adolescente diante da dúvida quanto a sua condição de possibilidade de procriação, inaugurada na puberdade e instaurada pela atividade sexual, produzindo um efeito de disjunção entre “a possibilidade de engravidar” e a “possibilidade de tornar-se grávida”<sup>6</sup>.

- Segundo, porque o tema da gestação ou da gravidez na adolescência vem sendo de tal forma debatido, que corre um sério risco de ser banalizado. O estranhamento causado por esse neologismo pode ajudar a tratar dessa temática tão delicada, permitindo descentrar a palavra em relação ao significado por ela representado, o nome em relação à idéia, ou seja, destacando a “invenção” da palavra e instaurando interrogações.

A noção de engravidamento passa a ser um processo vinculado eminentemente à experiência feminina, porque implicaria uma transformação no “corpo feminino”: a fecundação e o início do estado de gravidez. Para as adolescentes, que ensejam uma atividade sexual sem usar nenhum método anticonceptivo, surge uma interrogação: como saber se ocorreu uma fecundação? As possibilidades de procriação ensejadas em ambos os corpos, feminino e masculino, teriam como conseqüência: o engravidamento do corpo feminino. Esse processo teria início numa hipótese e numa expectativa/espera que seria resolvida num tempo posterior.

---

<sup>6</sup> Pode-se falar também sobre o efeito de uma decalagem entre o simbólico e o real, onde o engravidamento como processo psíquico permanece como possibilidade ou contingência ficcional para um novo arranjo imaginário e simbólico do corpo na adolescência (mais simbólico do que imaginário, na medida em que supõe o eixo significante do desejo enquanto falta para ser) e a gravidez como resto, como transformação em curso e sobredeterminação sem retorno (tal qual o corpo em puberdade). Ver capítulo quatro.

A noção de processo pressupõe uma sucessão de estados ou mudanças produzidas numa passagem de tempo ou evolução. Portanto, dentre os objetivos dessa investigação propõe-se identificar os intervalos temporais para o processo de engravidamento na adolescência a partir da noção psicanalítica de tempo lógico (Lacan, [1966] 1978), onde o instante do ato sexual (sem a utilização de métodos anticoncepcionais) dá início à implicação subjetiva com esse ato, através da dúvida (estar ou não estar grávida), passando por um tempo de espera e de cogitação (*fiz, logo estou*) até a certeza antecipada que instaura a asserção subjetiva (ver tópico 4.2).

Para refinar ainda mais esse processo, é preciso considerar que a posse dessa gravidez (possível, contingente ou necessária) no corpo feminino faz toda a diferença nos modos de agir dos adolescentes do sexo masculino e feminino, ou seja, na implicação subjetiva para os sujeitos de ambos os sexos, entretanto - por hora - nesse estudo privilegia-se o gênero feminino. Portanto, importam aqui as implicações subjetivas para as adolescentes quanto às possibilidades singulares de realizar uma passagem de um “estado de espera” (um estado contingente, antecipatório) para um “estado de confirmação” da gravidez (estado de afirmação ou certeza de uma gestação em curso). Outro processo que, por hora, não foi trabalhado, diz respeito à experiência gestacional propriamente dita e a passagem pelas três fases: ovular, embrionária e fetal até o nascimento (parto) e, com isso, o acesso ao “estado de maternidade”.

As possibilidades do engravidar na adolescência, quando - em geral – a gravidez adolescente é suposta na nossa cultura como “precoce” e de “risco”, vêm se articular aos modos de viver essa passagem, ou melhor, de viver um outro processo que costuma-se chamar “adolescência”. Portanto, faz-se necessário problematizar tanto

esta noção de um tempo precoce, quanto a própria noção construída culturalmente para a juventude: a adolescência (ver tópicos 3.2 e 4.1.1).

Pode-se considerar que a lógica da procriação vem-se estabelecer através do convívio entre gerações, a linhagem familiar e a filiação. Uma expectativa ou demanda intergeracional pode ser suposta, por exemplo, quando um genitor (a mãe), ou progenitor (a avó) estabelecem normas ou cuidados para a menina, a partir da menarca. Sendo a menarca um signo definitivo da presença, no corpo da púbere, de um útero e da conseqüente possibilidade de procriação, também se pode supor que há, nessas circunstâncias, um saber feminino que se transmite na cadeia geracional avó-mãe-filha. Nesse sentido, o engravidamento na adolescência é vivido de forma singular, mas vem dar conta de um laço coletivo e de uma herança intergeracional<sup>7</sup>.

## 2. MÉTODO

Neste capítulo pretende-se radicalizar a concepção de que uma pesquisa não se esgota, nem termina, com um relato; apenas seu relato vem apresentar um testemunho de uma investigação produzida num espaço e tempo bem delimitados. Pretende-se, portanto destacar o atravessamento entre o tempo e o espaço que foi constituinte desse trabalho, apontando para uma reflexão sobre as acepções da palavra método. Dessa forma, um bom exemplo para aproximar as noções de tempo e espaço poderia ser a noção de deslocamento, caminho, trajetória ou percurso, na medida em que é

---

<sup>7</sup> Remete-se o leitor às análises do capítulo quatro (tópico 4.2).

sobre um movimento de um ponto ao outro que tais noções podem ser redimensionadas.

Ter um caminho a percorrer, planejar o deslocamento, a direção e o sentido a seguir, não explicitam cada passo, pois trilhar um caminho é sempre uma experiência única.

Com o passar do tempo, os passos dados no caminho escolhido para fazer o percurso dessa investigação foram efetivando uma mudança. Essa mudança teve um caráter subjetivo, e um objetivo. Primeiro, foi preciso sair da posição de *trabalhador de saúde* e assumir a posição de pesquisador<sup>8</sup>; da mesma forma, em segundo lugar, foi preciso transformar o que era experiência de trabalho, em pesquisa e o que era prática, em investigação.

O interesse em investigar produz-se desde uma inquietação, ou curiosidade, a partir de uma interrogação ou de um olhar que busca aprimorar o foco. A interrogação e o foco acabam por se transformar em “problema de pesquisa”. Pode parecer estranho falar de “problema”, nesse momento em que se finaliza o relato de uma pesquisa, mas justamente por esse motivo, retornar um pouco no tempo e contar a história dessa investigação reconstituem “um fazer metodológico”.

Parte-se da pergunta ou problema que orientou essa jornada, produzindo o foco necessário sobre o objeto estudado:

---

<sup>8</sup> É preciso ressaltar que assumir a posição de pesquisadora, na interface entre o lugar que se ocupa como profissional e o cotidiano da prática de trabalho, é totalmente diferente de uma investigação conduzida por um pesquisador que sai a campo em busca ou à procura de dados. Lacan ([1964]1988) propõe que na pesquisa científica é importante diferenciar dois domínios: um domínio em que se procura e o outro em que se acha (p.15), concluindo que ambos estão atrelados ao desejo do pesquisador.

De que forma essa investigação pode auxiliar na caracterização de um processo que, por definir-se “entre-atos” (fabulação<sup>9</sup> e expectativa; confirmação ou não da gravidez; manutenção ou interrupção), nomea-se “engravidamento”?

Além dessa pergunta, que conduziu a investigação, outras indagações pertinentes ao campo de experiência e de trabalho surgiram, ora com o foco sobre os sujeitos, ora com o foco sobre as Políticas Públicas:

- a) Por que uma adolescente se antecipa diante do efeito pubertário que produz sua possibilidade de engravidar e em que contexto social e intergeracional isso ocorre?
- b) Por que algumas adolescentes se engajam na maternidade, enquanto outras – que compartilham da mesma realidade social – não se engajam? Qual o valor que essa experiência tem nessas comunidades?
- c) De que forma a Saúde Sexual e Reprodutiva, a Educação Sexual e os Programas de Planejamento Familiar, no âmbito da Saúde Pública, podem desprender-se do ideal higienista, pautado por repetidas informações e prescrições de cuidados, os quais têm na esfera *dos*

---

<sup>9</sup> Estamos utilizando esse termo na tentativa de salientar que o momento de dúvida sobre a concepção inspira uma narrativa ficcional, no sentido de produção imaginária, ou seja, há algo que impele o sujeito a conjecturar. Chemama (2002) define o termo ficção como estando para além do erro ou da exatidão: seria “toda construção linguageira pela qual, de maneira mais ou menos direta e mais ou menos manifesta, tentamos suturar a hiância sexual”. (p. 295)

*comportamentos* e na vigilância do corpo feminino suas únicas estratégias?

- d) Como efetivar, no SUS, práticas específicas na abordagem da sexualidade dos adolescentes, que levem em conta sua realidade social e também suas histórias (ficções e fantasias), suas elaborações (construção de metáforas e de símbolos) e suas produções culturais?

Tais questões já antecipavam um delineamento qualitativo para a investigação. O ponto de partida, em relação à escolha do “método” (caminho) que levaria a encontrar as respostas para estas perguntas, passou a ser, então, a especificação do modelo qualitativo para a pesquisa.

Tinha-se demonstrado, através da revisão de pesquisas anteriores, o quanto muitas informações sobre Saúde Pública usam dados quantitativos e estatísticas para avaliar as necessidades de saúde das populações jovens. Além disso, o uso desses dados como indicadores nem sempre vêm acompanhados da necessária tradução e reflexão sobre os contextos físicos, políticos, psicossociais e culturais das análises, antes de serem usados na preparação de programas e serviços destinados aos adolescentes (como veremos no capítulo 3, tópico 3.1.4 e 3.2).

Desde a prática em Saúde Pública com adolescentes, percebe-se a diversidade e a singularidade das adolescências, mesmo se o foco dirige-se exclusivamente às classes populares. Nesses contextos, pode-se afirmar que as adolescências vividas pelos sujeitos desse estudo, por exemplo, demonstraram a importância de focar as cenas locais: começando pelas diferenças de gênero, passando pelas configurações

familiares e geracionais, pelos valores culturais e pelas contingências sociais, destacando os processos psíquicos (conforme análises do capítulo quatro).

Com essa experiência de investigação, pode-se comprovar o quanto a temática da “adolescência” vem desafiando as ciências sociais e humanas a revisar conceitos e a construir teorias, tentando dar conta de uma engrenagem sutil e de uma articulação permanente entre o sujeito adolescente, seu tempo e sua cultura (ver capítulo três, tópico 3.2.).

A abordagem da sexualidade e do engravidamento na adolescência leva a reconhecer que “praticar sexo ou não”, “usar anticoncepcional ou não”, “usar preservativo ou não” têm lugar não somente dentro de um contexto, mas partem também de uma relação entre sujeitos, considerando que nesse período da vida (a adolescência) “o se deixar levar”, os ensaios, os atos revelam os efeitos de um **trabalho psíquico**<sup>10</sup> levado a cabo para fazer valer a constituição subjetiva.

Narring (2001) afirma que o uso de procedimentos para uma investigação das narrativas dos adolescentes pode ser um bom exemplo para as pesquisas sobre o comportamento sexual, através da metodologia de investigação qualitativa, porque podem demonstrar como os jovens assumem uma posição em relação à saúde e às estratégias preventivas, ampliando o campo de investigações para pontos mais complexos, onde se privilegia o sujeito adolescente desde sua “fala”, reconhecendo nele um discurso e um lugar para falar em seu próprio nome.

---

<sup>10</sup> Para uma definição psicanalítica da adolescência Rassial (1997 e 1999) usa o termo “trabalho psíquico”, operação subjetiva e “passagem” que reafirma ou põe à prova a constituição subjetiva. Ruffino (1995 e 2003) vai falar em operação psíquica e também em “trabalho psíquico”, sob a perspectiva de que o adolescente precisa lidar com o real imposto pelas mudanças pubertárias, acionando recursos simbólicos conquistados durante a latência. Remete-se o leitor ao capítulo quatro.

Na presente investigação pode-se dizer que foram testados diferentes procedimentos para que fosse possível lançar um olhar ao mesmo tempo abrangente e específico. A descrição de caráter etnográfico vem valorizar o “lugar” onde os eventos ocorrem e as narrativas dos sujeitos envolvidos, produzindo uma dimensão essencial para o “contexto” tal qual ele se apresenta. A técnica do estudo de caso, sendo escolhida para a observação de um coletivo (um serviço de saúde mental), demonstrou servir aos propósitos de estabelecer relações entre diferentes contextos (políticos, históricos, culturais) e diferentes discursos, ambos oriundos das práticas em Saúde Pública.

Portanto, a seguir pretende-se esmiuçar os procedimentos de pesquisa e situar a técnica do estudo de caso a partir da literatura.

## 2.1. OS PASSOS METODOLÓGICOS:

### A CONSTRUÇÃO DE PROCEDIMENTOS, OU COMO SE PERCORREU O CAMINHO

Duas referências teóricas têm sido amplamente usadas para a definição do que é um estudo de caso: Stake (1994) e Yin (2003).

Stake (1994) enfatiza que a técnica do estudo de caso envolve um trabalho de campo, sendo necessário estar preparado para a escuta e a implicação com o todo, tentando entender as questões teóricas e políticas envolvidas, e evitando as idéias preconcebidas.

A preocupação com a validade científica de um estudo de caso leva ambos os autores a construir procedimentos para a **triangulação** dos dados. Assim o uso de várias percepções (Stake, 1994) e várias fontes de evidência (Yin, 2001) aumentam a confiabilidade das informações. Yin (2001) refere a possibilidade de utilizar entrevistas, documentos, fotografias, etnografia de rua e observação participante, entre outras fontes de informação. Stake (1994) salienta que o caso é uma entidade complexa, operando dentro de vários contextos: físico, econômico, ético e estético.

O estudo foi realizado junto a uma equipe de saúde mental, inserida em um Centro de Saúde, no município de Porto Alegre, a partir da experiência de acolhimento e atendimento psicológico para adolescentes, consistindo em três etapas iniciais:

- Primeira etapa: partiu-se das práticas em saúde mental coletiva, onde as características de um serviço (Equipe de Saúde Mental) são perpassadas por rotinas e procedimentos que levam em conta, de forma ampla, as Políticas Públicas e uma rede de programas em constante reordenamento. Para isso, antes de avançar sobre as características do serviço, constrói-se sua genealogia, buscando situar o conjunto de arranjos e ordenamentos responsáveis pelo Modelo atual de Gestão da Saúde Pública, destacando sua perspectiva histórica desde o surgimento do Sistema Único de Saúde (SUS), através dos relatórios das Conferências Nacionais de Saúde.

- Segunda etapa: direciona-se a investigação aos documentos produzidos no âmbito da saúde, na forma de Programas e Políticas que tocassem mais diretamente nas questões do estudo. Faz-se o levantamento de materiais informativos e manuais para a abordagem da sexualidade adolescente, onde os textos “Assistência em Planejamento Familiar: Manual Técnico” (Brasil, 2002) e “Plano Nacional de Políticas para as Mulheres” (Brasil, 2004) são analisados em alguns fragmentos.
- Terceira etapa: para selecionar os sujeitos envolvidos, opta-se em trabalhar com casos retrospectivos, a partir de dados já registrados, contidos em prontuários observando a Resolução Normativa de 09 de janeiro de 1997 (01/97) da Comissão de Pesquisa e Ética em Saúde e respeitando as Diretrizes Éticas Internacionais e as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos (CIOMS 1993 e Resolução CNS 196/96), as quais destacam o compromisso com a privacidade e confidencialidade dos dados utilizados<sup>11</sup>. Os sujeitos participantes são jovens entre 12 e 16 anos que estiveram em atendimento psicológico no período de 2003 e 2004. Priorizou-se o atendimento psicológico das adolescentes do sexo feminino, a partir de dois contextos: a construção de narrativas e ficções nas consultas individuais e a participação em grupos de adolescentes, onde foram selecionados dois momentos importantes para os propósitos desse

---

<sup>11</sup> Ver “Termo de Compromisso para Utilização de Dados contidos em Prontuários” no Apêndice A.

trabalho: a realização de uma oficina de Rap e o momento de construir um glossário<sup>12</sup> (chamado “dicionário de gírias” pelos adolescentes).

Em resumo, as três etapas consistem: na caracterização do local; na seleção de documentos relativos à saúde sexual e reprodutiva na adolescência, como material informativo direcionado aos adolescentes ou à capacitação para os profissionais da saúde, e na seleção dos sujeitos participantes.

Portanto, as características desse estudo estabelecem linhas de orientação que partem de situações específicas e tocam na amplitude relativa às Políticas Públicas de saúde: partem do viés da experiência clínica com grupos – seus desdobramentos, percursos e vicissitudes –, instauram um olhar sobre a particularidade dos processos psíquicos vividos pelas adolescentes, no ensejo da atividade sexual e a partir das possibilidades de engravidar, e ainda contam com a possibilidade da análise de documentos, preconizada pela proposta de “triangulação dos dados”, mencionada por ambos os autores aqui considerados, como uma das fases da investigação.

Para a interpretação do material coletado, optou-se pela análise de conteúdo das narrativas das adolescentes participantes, bem como dos documentos selecionados, onde as categorias emergentes foram interpretadas à luz da psicanálise.

Segundo Bardin (1977) os objetivos da análise de conteúdo são:

- a) investigar o conteúdo manifesto das comunicações através de uma descrição objetiva e sistemática;

---

<sup>12</sup> O Glossário vai aparecer no Apêndice B, porque apesar da sua importância não vai fazer parte das análises.

- b) descobrir conteúdos e estruturas que confirmam ou não o que se procura demonstrar;
- c) conduzir a uma descrição de elementos e significações dos quais não se tinha compreensão *a priori*.

### **3. DESCRIÇÃO DO CONTEXTO: PERSPECTIVA HISTÓRICA E CONSTRUÇÃO DAS PRÁTICAS EM REDE**

Este capítulo está dividido em três tópicos:

- Um primeiro tópico sobre o surgimento do Sistema Único de Saúde (SUS) como Política Pública (PP); o processo de municipalização e modelos de atenção; acolhimento e integralidade.
- Um segundo tópico sobre Saúde e Políticas Públicas para adolescentes: a construção de uma rede de serviços para essa faixa etária e a perspectiva de gênero.
- Um terceiro tópico sobre o Serviço: a Equipe de Saúde Mental, o Acolhimento em Grupo para adolescentes e o relato de uma experiência.

Antes de dar início ao primeiro tópico, faz-se necessário um breve esclarecimento conceitual sobre noção construída socialmente acerca das Políticas Públicas.

Segundo Sposito e Carraro (2003), Políticas Públicas não devem se reduzir à implantação de serviços. Em primeiro lugar, são projetos de natureza ético-política, que podem envolver níveis diversos de relações entre o Estado e a sociedade civil, na sua constituição. As PP não devem ser confundidas com políticas governamentais, na medida em que órgãos legislativos e judiciários também são responsáveis por desenhá-las. Um traço definidor característico das PP é a presença do aparelho público-estatal em sua definição, acompanhamento e avaliação, assegurando seu caráter público, mesmo que ocorram algumas parcerias em sua implantação.

### 3.1. O CAMPO DA SAÚDE E AS POLÍTICAS PÚBLICAS: MEMÓRIA E HISTÓRIA

A idéia deste tópico é utilizar algumas referências históricas relativas ao surgimento do Sistema Único de Saúde (SUS), através do percurso datado das Conferências Nacionais de Saúde (CNS) e apresentar os eixos sobre os quais o movimento real da Saúde Pública Municipal acontece em Porto Alegre, priorizando os princípios da hierarquização e da regionalidade.

Não é intenção discorrer detalhadamente sobre os fatos históricos relativos à constituição do campo da saúde, principalmente da Saúde Pública, a partir da sua articulação no cenário nacional, apenas situar alguns pontos que podem ser importantes para essa reflexão e que se relacionam com a conquista atual de um modelo de gestão, levando em conta “governo e políticas públicas”, ou as práticas de governo, desde o Estado até as intervenções coletivas.

Esse viés, portanto, trata de datar as CNS (Conferências Nacionais de Saúde)<sup>13</sup>, tentando uma aproximação com um valor de transversalidade que a participação coletiva veio produzir nesses encontros. Nota-se que as CNS passam, pouco a pouco, a se constituírem como o principal dispositivo<sup>14</sup> de governo, na medida em que têm maior interferência com o passar do tempo. Observa-se também que, de um fórum esporádico e eventual, tornaram-se o principal âmbito de debates e de mudanças.

Aponta-se as CNS como dispositivos de governo (e não como dispositivos do Estado), para evidenciar essa sutileza que separa Estado-governo-políticas públicas e destacar os efeitos de poder que emergem de cada esfera. Por outro lado, a consistência discursiva desse dispositivo, como veremos, produz relatórios, constitui saberes e molda novas rotinas e práticas, estabelecendo uma dinâmica entre governamentalidade e Políticas Públicas.

### **3.1.1. Sobre as CNS<sup>15</sup> e o nascimento do SUS**

A primeira CNS, da qual se tem registro, é datada de 1941 e tem o papel de criar o Departamento Nacional de Saúde. A segunda CNS acontece somente em 1950, nove

---

<sup>13</sup> Ver quadro-resumo na página 48.

<sup>14</sup> Conceito de dispositivo em Foucault ([1979]1988) que se define como uma função estratégica dominante, um imperativo estratégico com as mais diversas configurações: leis, discursos, instituições, medidas administrativas, enunciados científicos etc, estabelecendo relações em rede a partir de uma intervenção racional e organizada. "O dispositivo, portanto, está sempre inscrito em um jogo de poder, estando sempre, no entanto, ligado a uma ou a configurações de saber que dele nascem, mas que igualmente o condicionam".(Foucault, [1979]1988, p.246)

<sup>15</sup> As referências utilizadas têm origem nas informações disponíveis no site <http://www.datasus.gov.br/cns/> acessado em 15/05/05 às 21:20, bem como no texto de Pereira (2005).

anos mais tarde, preocupando-se com o “espaço institucional” da Saúde, destacando a importância dos profissionais do setor. Entretanto, é interessante observar que, nesse momento, a saúde está subordinada ao Ministério de Educação, já que o Ministério de Saúde só seria criado em 1954.

Em 1963, em plena era “Jango” (referente ao Presidente João Goulart) e treze anos após a segunda CNS, é lançada a terceira CNS que irá abordar a situação sanitária nacional; a distribuição de atividades nos níveis Federal, Estadual e Municipal, com a fixação do Plano Nacional, surgindo os primeiros indícios para uma “municipalização” da Saúde. O documento dessa Conferência faz menção à lei 378 de 1937 que previa a convocação, em cada dois anos, de conferências como essa, onde se reunissem os responsáveis pelas tarefas da Saúde Pública.

Com o golpe militar, em 1964, surgem as CNS de 1967, com debates limitados ao RH (política permanente de recursos humanos na saúde), a de 1975, 1977 e 1980, em plena vigência dos governos militares, até a “abertura política” em 1985, com a CNS de 1986 e os movimentos sociais de 1988 (ano da Assembléia Nacional Constituinte e da Reforma Sanitária).

Pode-se dizer que a quinta CNS (1975) localizava aspectos doutrinários ligados ao setor de saúde, discutindo as estruturas programáticas, enquanto a sexta (1977) ressentiu-se dos primeiros sinais da crise econômica, pautando uma visão mais crítica da realidade e buscando mais liberdade de divulgação para estudos e pesquisas. Em 1980, a sétima CNS faz o resgate histórico da terceira CNS, criando um ambiente com perspectivas de mudança para a sociedade, onde a grande mobilização popular e profissional tentou rever conceitos e questionar a Estrutura do Sistema de Saúde.

Nesse momento, vale a pena fazer uma retomada de algumas questões importantes, anteriores à Constituição de 1988 e à oitava CNS (1986), começando pelos movimentos sociais no final da década de 70, no século passado.

A reorganização dos movimentos sociais junto aos profissionais de saúde propiciou o início do Movimento Sanitário e as propostas de Transformação do Sistema de Saúde Urgente. Em 1979, acontece o Primeiro Simpósio Nacional de Políticas de Saúde e discute-se publicamente, pela primeira vez, o Sistema Único de Saúde (SUS). Apesar da Ditadura Militar vigente, tal proposta passa a servir de base para as reivindicações populares e para profissionais.

O governo, então precisou adotar idéias e proporcionar mudanças. Houve a reorganização dos serviços com vários programas: o Sistema Integrado de Saúde – Norte-Minas; o Plano Global, em 1980, com a proposta de implantar uma rede de serviços básicos de saúde; e, em 1982, a adoção de medidas para a reorientação da política de Assistência Médica, entre as quais destacam-se quatro: muda a forma de pagamento com o setor privado contratado, celebra o repasse de recursos para Estados e Municípios, utiliza a capacidade instalada pública e institui as AIH (Autorização de Internação Hospitalar) e as AIS (Ações Integradas de Saúde).

As AIS representavam a primeira tentativa das instituições públicas de fazer um planejamento em saúde articulado e integrado, proporcionando a criação dos CIS (Comissão Interinstitucional de Saúde) e CIMS (Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde), e favorecendo a base de implantação do SUDS (Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde) e do SUS (Sistema Único de Saúde).

É importante ressaltar que as políticas de funcionamento do INPS/INAMPS estavam subordinadas à Previdência Pública e, neste sentido, antes da Constituição de

1988, o direito à Saúde ficava atrelado aos trabalhadores, onde a assistência médica era prometida somente a quem tinha carteira de trabalho assinada e pagava a Previdência Social. A população que não podia pagar e “não tinha INPS” era chamada de indigente ou carente.

Estudos e pesquisas demonstravam que o modelo adotado concentrava renda e não transformava em benefícios sociais as arrecadações do sistema de previdência social. A má administração, a falta de controle sobre os gastos, com decisões a nível federal, sem autonomia para os Estados e Municípios e sem investimentos em ações de prevenção e promoção em Saúde, vem tornar o sistema ineficiente.

Com a oitava CNS, em 1986, e com a Assembléia Nacional Constituinte (1988), iniciou-se a tão esperada Reforma Sanitária Brasileira<sup>16</sup>, com a democratização da Saúde no País. As propostas eram:

- Análise das condições de vida da população, desvinculando o conceito de saúde da exclusiva assistência médica.
- A saúde da população é responsabilidade do Estado e da sociedade, por meio de suas políticas econômicas e sociais. Isso supõe um governo que identifique as necessidades da maioria da população.
- É essencial que a saúde não seja adquirida por meio de contratos e pagamentos, de contribuição para a previdência ou outro tipo de seguro, mas que seja um direito que as pessoas têm pelo simples fato de existirem, viverem numa cidade regida por leis e contribuírem para o seu desenvolvimento. É, pois, um direito humano e de cidadania.

---

<sup>16</sup> É importante destacar a discussão sobre a Reforma Psiquiátrica, por ocasião da Primeira Conferência Nacional de Saúde Mental, no ano de 1987.

- Por consequência, é responsabilidade do Estado<sup>17</sup> assegurar os meios para que as pessoas tenham acesso aos bens e serviços que lhe assegurem a saúde. “A saúde é um direito de todos e dever do Estado”. Aí está um princípio básico da Reforma Sanitária.

Para que isto fosse realidade era necessário:

- 1) Políticas gerais de governo que contribuíssem para a melhoria da qualidade de vida;
- 2) Estrutura e organização com políticas adequadas à saúde das pessoas e da coletividade;
- 3) Ações que visassem a promoção de Saúde, prevenção de doenças e atendimento local;
- 4) Metas para cumprir a implantação do SUS, através do governo, estados e municípios, priorizando seus princípios e características.

Sirena (2000) escreve:

A 8ª CNS definiu os princípios básicos do SUS. (...) O SUS teve como pilares ideológicos a descentralização político-administrativa da gestão, a equidade e a universalização do atendimento. A lei 8689 de 1993, que extinguiu o INAMPS e a portaria MS/GM nº 545 que instituiu a Norma Operacional Básica – NOB 01/93, deflagram o processo de municipalização da saúde em todo o País. (p. 34).

---

<sup>17</sup> O Estado é entendido como o conjunto das instituições e políticas públicas da Sociedade. Para Foucault ([1979]1988) o governo do Estado seria um governo em sua forma política, mas existem outras formas de governo que estabelecem outras linhas de força e de poder. (p. 278)

Assim, as características do novo modelo, do Sistema Único de Saúde (SUS) foram definidas da seguinte forma: atender a todos (universalidade); de forma igual (equidade); atenção integral do ponto de vista físico e mental (integralidade); descentralizado; oferta de acordo com a necessidade (racionalidade); resolutivo; democrático através do controle e participação social, com a criação dos Conselhos Locais de Saúde (CLS)<sup>18</sup>.

Seis anos após a oitava CNS, a Nona CNS, realizada de 9 a 14 de agosto de 1992<sup>19</sup>, em Brasília, apresentou como uma das deliberações a extinção do INAMPS e da Fundação Nacional de Saúde, com o repasse imediato de suas unidades - rede física, equipamentos, serviços e recursos humanos - para os estados e municípios, implantando-se a estrutura organizacional descentralizada do SUS.

Foi aprovada uma série de outras ações, consideradas essenciais para a implantação do SUS. Entre elas, incluem-se: a integração das Políticas de Saúde, de Educação e de Ciência e Tecnologia, garantindo investimentos e liberação financeira para a prestação de serviços; a absorção e formação de recursos humanos, desenvolvimento e produção de insumos; bem como o desenvolvimento de programas interinstitucionais que aumentassem a capacidade de intervenção estratégica e operacional da União, dos estados e municípios sobre as doenças de impacto coletivo: entre eles, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs), criado em 1991, e que, a partir de 1994, é incorporado ao Programa de Saúde da Família (PSF).

---

<sup>18</sup> Em 1987, o regimento interno da CIMS (Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde) estabelecia que os usuários teriam poder de decisão e em 1992 a Lei Complementar Municipal 277 instituiu o Conselho Municipal de Saúde (CMS) e, a partir daí, efetiva-se o controle social preconizado na 8ª CNS com a organização dos Conselhos Locais Interinstitucionais de Saúde (CLIS) ou apenas Conselhos Locais de Saúde (CLS).

<sup>19</sup> É importante ressaltar que em 1991, na cidade de Porto Alegre, acontece a Primeira Conferência Municipal de Saúde, seguida, no ano seguinte (1992), pela Primeira Conferência Municipal de Saúde Mental, onde é aprovado o primeiro Plano de Saúde Mental para a cidade.

Além das mudanças no modelo de gestão do sistema de saúde, esta CNS veio consagrar o controle social, a democratização das informações e o financiamento das ações com a execução orçamentária acompanhada pelos respectivos Conselhos de Saúde.

Passados mais quatro anos, sob o ministério de Adib Jatene, a décima CNS ocorreu em Brasília, de 2 a 6 de setembro de 1996 e sua convocação aludia: “SUS – Construindo um modelo de atenção à Saúde para a qualidade de vida”. Os temas principais seriam a gestão plena para os municípios; o fortalecimento de ações intersetoriais<sup>20</sup>; e o lugar da saúde como produto social, portanto resultante de um conjunto de direitos que envolvem o emprego, o salário, a habitação, a educação, o transporte, o lazer, etc – de acordo com a Constituição de 1988.

A 10ª CNS reafirma o SUS como a mais importante proposta de democratização do Estado no país, na medida em que representa a garantia à toda a população do acesso às ações de prevenção, promoção, assistência e reabilitação da saúde, através do processo de descentralização e consolidação da municipalização plena da saúde.

Em dezembro de 2000<sup>21</sup>, ocorre a 11ª Conferência Nacional de Saúde. O tema central seria "Efetivando o SUS: Acesso, Qualidade e Humanização na Atenção à Saúde com Controle Social". A intenção do Conselho Nacional de Saúde ao aprovar esse tema foi contribuir para o avanço do SUS, priorizando o princípio organizacional

---

<sup>20</sup> Nessa CNS ampliam-se os fóruns por temáticas como a CNS Mental, a CNS do Trabalhador, a CNS Indígena, a CNS Bucal, a CNS e Medicamentos, etc. Essa conferência nacional, assim como a nona, fora antecedida pelas conferências regionais. Em junho de 1996, em Porto Alegre, realizou-se a segunda Conferência Municipal de Saúde. Pode-se deduzir que a partir da oitava conferência, há uma organização de quatro em quatro anos e de forma articulada com os estados e municípios.

<sup>21</sup> Em maio desse ano, a 3ª Conferência Municipal reformula os territórios de saúde em adequação às regiões do Orçamento Participativo (OP) e cria 17 Distritos Sanitários de Saúde, organizados em 8 Gerências Distritais. Dessa forma, os Conselhos Locais de Saúde (CLS) organizados em cada serviço, como um fórum local entre usuários e servidores de saúde, passam a compor os Conselhos Distritais de Saúde (CDS), como uma instância maior, com representatividade no Conselho Municipal.

do controle social para a obtenção de três metas fundamentais que freqüentemente têm aparecido como demandas da população de usuários do sistema: o acesso universal e com equidade aos serviços e ações de saúde, a qualidade desses serviços, ou seja, sua capacidade de responder com eficiência às necessidades de saúde e a humanização, isto é, o acolhimento e o estabelecimento de vínculos humanos imprescindíveis para o sucesso da relação entre usuários, profissionais e trabalhadores de saúde. Valorização de um modelo de atenção com foco na assistência preventiva e na estratégia de saúde da família, através do PSF e do Programa de Agentes Comunitários da Saúde (Pacs).

O tema da 12ª CNS, que ocorreu entre os dias 7 e 11 de dezembro de 2003, sendo antecipada pelo governo do presidente Lula, foi "Saúde: um direito de todos e dever do Estado - a saúde que temos, o SUS que queremos". O objetivo do encontro foi propor diretrizes para efetivar esta proposta e consolidar o SUS, recomendando que as Políticas de Atenção Integral à Saúde levassem em conta a saúde do trabalhador. Além disso, outro ponto alto entre as deliberações trata da necessária democratização da informação e da comunicação em saúde. Participaram representantes de órgãos públicos, entidades de classe, conselhos profissionais de saúde, entidades da sociedade civil e usuários.

A definição de políticas públicas baseadas na promoção à saúde do trabalhador e à saúde ambiental, por exemplo, deveria ser articulada entre os ministérios da saúde, previdência, trabalho e meio-ambiente. A Reforma Trabalhista que estava em curso, atribuiu ao SUS a competência de execução plena das ações em saúde do trabalhador como: Vigilância Sanitária e ambiental nos locais de trabalho, a partir de instrumentos técnico-jurídicos a serem estabelecidos; parceria com a rede pública de serviços de

saúde para estabelecimento de diagnósticos das doenças e óbitos relacionados ao trabalho, bem como da relação entre esses e o ambiente do trabalho, inclusive para efeitos previdenciários; vigilância epidemiológica sobre os agravos à saúde relacionados ao trabalho.

Quanto às deliberações relativas à modernização e democratização dos sistemas de informação do SUS, fica a cargo do Conselho Nacional de Saúde definir estratégias para elaborar e implementar políticas articuladas de informação, comunicação, educação permanente e popular em saúde para as três esferas de governo. O objetivo é garantir maior visibilidade das diretrizes do SUS, da política de saúde, das ações e da utilização de recursos, visando ampliar a participação e o controle social e atender as demandas e expectativas sociais.

A seguir, após a apresentação de um quadro com a síntese das CNS, toma-se a experiência de implantação do SUS e de seus princípios em Porto Alegre, tentando demonstrar a magnitude de práticas e rotinas que foram alteradas e reordenadas, seus efeitos em cadeia e a obra gigantesca sempre inconclusa: a forma de *atender* o paciente. O destaque dado ao processo de humanização dos serviços, na 11ª CNS, ainda é o ponto nevrálgico para a verdadeira mudança: os modos de atenção podem operar como linhas de cuidado, construindo uma trama ou rede mais humanizada? As formas de receber o usuário-paciente podem constituir diferentes modalidades de acolhimento e escuta? É possível transformar os trabalhadores em saúde em agentes de humanização dos serviços?

## QUADRO 1: SÍNTESE DAS CONFERÊNCIAS NACIONAIS DE SAÚDE

CNS	Ano	Resumo das principais características
I CNS	1941	Tem o papel de criar o Departamento Nacional de Saúde.
II CNS	1950	Preocupa-se com o “espaço institucional” da Saúde, valorizando os profissionais; a saúde está subordinada ao Ministério de Educação e o Ministério de Saúde é criado em 1954.
III CNS	1963	Aborda a situação sanitária nacional; distribui atividades nos níveis Federal, Estadual e Municipal, com a fixação do Plano Nacional de Saúde; surgem os primeiros indícios para uma municipalização da Saúde.
IV	1967	Política permanente de RH; adoção de centros médicos sanitários.
V	1975	Localiza aspectos doutrinários ligados ao setor de saúde, discutindo as estruturas programáticas.
VI	1977	Ressente-se dos primeiros sinais da crise econômica, pautando uma visão mais crítica da realidade e buscando mais liberdade de divulgação para pesquisas.
VII	1980	Criação do Plano Global com a proposta de implantar uma rede de serviços básicos de saúde; há o resgate histórico da terceira CNS, com perspectivas de mudança para a sociedade, onde a grande mobilização popular e profissional tentou rever conceitos e questionar a Estrutura do Sistema de Saúde.
VIII	1986	Tem início a Reforma Sanitária Brasileira com a democratização da Saúde no País, a partir da ampliação do conceito de saúde; a criação do SUDS e a construção dos princípios do SUS.
IX	1992	Extinção do INAMPS e da Fundação Nacional de Saúde, com o repasse imediato de suas unidades - rede física, equipamentos, serviços e recursos humanos - para os estados e municípios, implantando-se a estrutura organizacional descentralizada do SUS. Tem início o Programa de Agentes Comunitários da Saúde (Pacs), em alguns municípios.
X	1996	Efetiva-se o controle social: consolidação, ampliação e autonomia dos conselhos de saúde. Os temas principais são a gestão plena para os municípios; o fortalecimento de ações intersetoriais e o lugar da saúde como produto social, portanto resultante de um conjunto de direitos.
XI	2000	Humanização na atenção à saúde. Valorização de um modelo de atenção com foco na assistência preventiva e na estratégia de saúde da família, através do Programa de Saúde da Família e do Programa de Agentes Comunitários da Saúde (Pacs).
XII	2003	A definição de políticas públicas baseadas na promoção à saúde do trabalhador e à saúde ambiental; deliberações relativas à modernização e democratização dos sistemas de informação do SUS.

### 3.1.2. O reordenamento da saúde em Porto Alegre

Para explicar o quanto o sistema de saúde foi passando por uma série de transformações, irá-se situar a experiência de Porto Alegre, a partir da municipalização plena que ocorreu em 1996.

Até 1994 a prefeitura administrava 11 serviços de saúde e, entre 94 e 96, a secretaria de saúde (SMS) passou pelo processo de municipalização semi-plena e plena, o que resultou na gestão atual de 144 serviços<sup>22</sup>. Portanto essa complexidade exigiu uma organização descentralizada, constituindo os eixos de regionalização dos serviços, bem como uma forte estrutura hierárquica no modelo de assistência, tal como define Sirena (2000), a partir da segunda Conferência Municipal de Saúde, em Porto Alegre:

A segunda CMS de POA, em 1996, teve como tema principal a discussão sobre a municipalização da saúde com enfoque no modelo de financiamento, modelo de gestão e modelo de atenção, confirmando a proposta de um modelo de atenção amparado em um conceito ampliado de saúde que respondesse às necessidades da população. (p. 35)

Nos anos seguintes (1997 a 1999) esta proposta de atenção, passou a ter outros significados:

---

<sup>22</sup> Até dezembro de 2004: 117 UBS; 2 Hospitais; 8 Centros de Saúde; 16 Serviços de Saúde Mental e a Casa de Apoio Viva Maria.

Além de uma prática sanitária hierarquizada, descentralizada, que busca a equidade, a integralidade e a universalidade, se almeja um SUS que possibilite o acolhimento, o vínculo, a responsabilidade e o compromisso, utilizando a epidemiologia e a clínica como ferramentas de trabalho. (Sirena, 2000, p. 36)

Ainda neste tópico (3.1), pretende-se trabalhar os conceitos de acolhimento e integralidade (tópico 3.1.3), mas antes se faz necessário especificar mais esse processo de reorganização dos serviços, identificando sua estrutura operacional e o seu funcionamento, a partir da constituição de uma Rede.

Em geral, costuma-se chamar uma Unidade Básica de Saúde (UBS) de “porta de entrada” no sistema, no SUS e, portanto, na Rede de saúde. Isso porque uma UBS deve garantir o atendimento público e gratuito para uma população local, via cadastramento familiar conforme o endereço de moradia. Sendo assim, sua responsabilidade refere-se a uma área pré-estabelecida e sua coordenação dependerá da estrutura gerencial de um Distrito de Saúde<sup>23</sup>.

Essa Rede de serviços de saúde começa, então, a funcionar a partir de dois eixos principais, duas lógicas, que são a lógica da hierarquização e a lógica da regionalidade:

1) Hierarquia: estabelece o sistema de referência e contra-referência e os modos de atenção: atenção primária, secundária e terciária.

2) Regionalidade: cria as áreas de atuação e as áreas de abrangência para cada equipe de saúde (território).

---

<sup>23</sup> Também chamado de Distrito Sanitário. São 17 distritos na cidade de Porto Alegre.

Assim, a primeira lógica determina os fluxos de encaminhamento, de um sistema de menor complexidade para um sistema de maior complexidade, da seguinte forma: o nível básico de saúde, com seu caráter promocional e preventivo, chamado “atenção primária”; o nível de média complexidade relativo às especialidades terapêuticas, chamado “atenção secundária”, e o nível de recuperação e/ou reabilitação chamado “atenção terciária”.

Enquanto a segunda lógica, da regionalização, determina a população a ser atendida e diz respeito às adequações, aos ajustes entre demanda reprimida e capacidade instalada, p. ex.: os serviços de atenção básica ou unidades de saúde trabalham com uma área fechada, chamada de área de atuação, o que significa dizer que serão responsáveis pelo atendimento de um número limitado de usuários residentes na área mapeada e, para isso, utilizarão o sistema de cadastramento familiar.

Aqui vale um esclarecimento na composição da rede de atenção secundária, ou rede dos serviços especializados, que incluem as equipes de saúde mental. Esses serviços também têm uma área de responsabilidade, mas o recorte é mais amplo e é estabelecido pelo “sistema de referência e contra-referência”, ou seja, a área de responsabilidade de uma equipe especializada é composta por um número limitado não de usuários/pacientes, mas de unidades básicas (UBS, PSF<sup>24</sup>), que podem e estão autorizadas pelo sistema a referenciar (encaminhar) os seus usuários para um tratamento específico.

---

<sup>24</sup> Atualmente definem-se os Programas de Saúde da Família e as Equipes dos Ambulatórios Básicos de Saúde (antigas Unidades Sanitárias) como Unidades Básicas de Saúde (UBS).

A internação hospitalar requer a AIH (autorização de internação hospitalar) ou solicitação de leito (por telefone), dependendo de qual serviço gera a demanda, se for um ambulatório básico ou ambulatório especializado, ou se for um serviço de urgência e emergência (pronto atendimento). É importante ressaltar que, neste terceiro nível do sistema, o acesso (ou baixa) não depende dos critérios de regionalidade, mas respeitará esse critério quando referenciar o paciente de volta ao serviço de origem, por ocasião da saída (ou alta). Ou seja, a contra-referência deve respeitar os critérios de cadastramento regional e, após a internação ou recuperação do paciente usuário no sistema de atenção denominado “terciário”, o mesmo deverá retornar ou continuar seu acompanhamento no sistema primário.

Até aqui, pode-se perceber o quanto tudo parece estar previsto nessa organização: como os sistemas e fluxos da Rede devem funcionar e como se estabelece um “modelo de atenção” em saúde.

Tentando explicitar o que pode ser concebido como Modelo de Atenção, Sirena (2000) revela:

“A leitura de uma determinada conjuntura epidemiológica, a maneira como são organizadas e combinadas as ações de intervenção no processo saúde-doença, a operacionalização de diretrizes sanitárias, a forma de organização dos serviços, as práticas de atendimento à população e finalmente, a tradução de princípios éticos, políticos, sociais, culturais e econômicos em um projeto de atenção à saúde, se traduzem no que chamamos de modelo de atenção. Trata-se de uma construção histórica, um processo dinâmico que envolve atores e interesses diferentes e geralmente, quando sai do papel que o define para a sociedade concreta, nunca é o que deveria ser.(p. 33).

Portanto, a partir de um Modelo de Atenção, é possível definir-se um Modelo de Gestão. Entretanto, quanto mais funcionalista e ordenador passa a ser esse modelo, tanto mais irá se constituir como “modelo disciplinar”, onde a precisão de normas e diretrizes torna-se exaustiva e, muitas vezes, traz como consequência o esvaziamento do próprio sentido de “encontro” entre o trabalhador de saúde e o sujeito que busca o atendimento em saúde, banalizando essa interação e transformando o sujeito-trabalhador em funcionário do sistema, enquanto ao sujeito-paciente cabe o lugar de usuário do sistema.

Como se disse anteriormente, o desafio para todos os trabalhadores de saúde é deixar emergir qualidades singulares, tanto em suas práticas de trabalho, quanto em relação à escuta dos pacientes, porque essa seria a única forma de acolher.

### **3.1.3. Acolhimento: a construção de um conceito**

A noção de Acolhimento em Saúde Pública já produziu muita discussão e produção teórica, mas o momento em que foi construída e sistematizada, a partir de Grupos de Trabalho regionais, se deu com o Projeto de Qualificação do Acolhimento na cidade de Porto Alegre no decorrer de 2004, considerando o pressuposto de que “acolhimento” passa a ser a principal diretriz de humanização e de operacionalização do Sistema Único de Saúde, desde 11ª Conferência Nacional de Saúde, que ocorreu em dezembro de 2000.

Dessa forma, tal Projeto apresenta a seguinte concepção:

Acolhimento é um processo no qual os trabalhadores de saúde e a organização tomam para si a responsabilidade de intervir em uma dada realidade, presente no seu território de atuação. Busca a promoção da saúde através de uma relação humanizadora e acolhedora tanto em nível individual, quanto coletivo, identificando as principais necessidades sociais de saúde. Objetiva a autonomia do usuário, através de ações de governabilidade da equipe de saúde, da organização do setor e das ações intersetoriais e interinstitucionais. (Ortiz et al, 2004, p. 50)

Além disso, propõe como “Equipe Acolhedora” a seguinte definição:

É aquela que em seu cotidiano de trabalho, se vale da escuta, do diálogo, do saber dos seus trabalhadores (respeitando os saberes dos usuários), das relações com a comunidade, da dimensão terapêutica e da dimensão relacional. A Equipe, na sua responsabilização pela saúde dos usuários do seu território, constrói vínculos, utiliza-se de todos os recursos disponíveis para eliminar o sofrimento e as causas reais das necessidades sociais em saúde dos usuários, visando a produção da autonomia no cuidado com a saúde. (Ortiz et al, 2004, p. 51)

Essas duas tentativas de estabelecer uma nomenclatura para tais ações no campo das práticas de saúde remetem a uma outra terminologia bastante utilizada: “necessidades sociais de (em) saúde”.

Encontra-se em Cecílio (2001) uma taxionomia, organizada em quatro grandes conjuntos, para definir o que seria “necessidade de saúde”, como a que segue abaixo:

- a) “Boas condições de vida”: remete-se aos diferentes lugares ocupados pelos sujeitos, em suas diferentes formas de levar a vida – “a maneira como se vive, traduz-se em diferentes necessidades de saúde” (p. 2).
- b) “Acesso a toda e qualquer tecnologia que possa prolongar ou melhorar a vida”: cada tecnologia de saúde é sempre definida a partir da necessidade de cada pessoa, em cada singular momento que vive.
- c) “Criação de vínculos”: enquanto relação de confiança e de referência entre um trabalhador de saúde e um sujeito, significando o estabelecimento de uma relação contínua no tempo, pessoal e intransferível.
- d) “Autonomia”: entendida como a necessidade de cada sujeito de ter graus crescentes de autonomia no seu “modo de andar a vida”.

Esse autor faz uma diferença entre *demanda* e *necessidade de saúde*, da seguinte forma: a demanda representa as necessidades de saúde modeladas pela oferta que os serviços fazem, enquanto as necessidades se constituem de forma mais enigmática, cabendo à equipe acolhedora a sensibilidade para decodificar o pedido e traduzir a demanda em necessidade de saúde. A demanda pode aparecer como desejo de exames, ou de medicamentos ou de consultas especializadas, “as necessidades podem ser bem outras” (Cecílio, 2001, p. 3).

É interessante observar que essas noções de demanda e necessidade vêm assumir estatuto de conceito, desde o ponto de vista da psicanálise, articulando-se aos três registros para o funcionamento do aparelho psíquico, estabelecido por Lacan (1992), a saber: o Real, o Imaginário e o Simbólico. Para a psicanálise a necessidade é da ordem do Real; o desejo é Simbólico e a demanda se constitui como imaginária.

Portanto, a *necessidade* seria inegociável, imediata e sem substitutos arremessando o sujeito ao vazio, à impossibilidade de simbolizar. O *desejo* viria se articular à cadeia significante, portanto à fala, em sua possibilidade de gerar metáforas e metonímias, deslocamentos e condensações.

Dessa forma, cabe destacar que reconhecer a subjetividade e o *desejo* implica levar em conta que uma necessidade de saúde tal como foi mencionada anteriormente não é a mesma coisa que “necessidade” de tratamento, ou melhor dizendo, é preciso estar atento para os graus de autonomia e para o modo de “andar a vida” de cada sujeito e abrir espaço para o desejo de tratamento. É assim na saúde mental, mas também é assim em relação a qualquer outro sintoma.

Pode-se ainda indagar se o desejo de tratamento não estaria implicado na formulação da demanda e seria ele, justamente, o pivô da transferência, a qual Cecílio (2000) aproxima-se quando menciona a “necessidade” de criar vínculo. A transferência, portanto, é um outro conceito psicanalítico, cunhado por Freud em 1895, que tem um valor determinante para o início e para a continuidade de um tratamento. Para Freud (1981), a origem desse sentimento que o paciente pode desenvolver pelo médico ou pelo analista está nos afetos pelas figuras parentais amadas no passado e que são deslocados para uma figura atual. A transferência seria a mola propulsora da relação terapêutica, como veremos mais adiante.

Voltando às aproximações conceituais de acolhimento, Afonso Teixeira dos Reis (1997), define acolhimento como a configuração de um novo modelo técnico-assistencial para viabilizar de forma mais efetiva os princípios do SUS.

“Para tanto, o acolhimento busca: uma maior humanização do atendimento nas unidades de saúde, uma ampliação das garantias de acesso a todos os sujeitos que demandam algo dos serviços, uma efetiva responsabilização dos profissionais com a saúde desses cidadãos e a conseqüente constituição de vínculos; assim como visa imprimir uma maior resolubilidade às ações desenvolvidas.”(p. 3)

O autor propõe que ao se pensar as “ações chaves” do Acolhimento como um processo, o qual envolveria “receber, escutar, analisar, decidir, resolver ou encaminhar e criar vínculo”, irá-se perceber a necessidade de repensar o trabalho em saúde e constituir novas relações, onde as abordagens para o diagnóstico e para a execução das terapêuticas possam ser executadas pelos profissionais de forma integrada e multidisciplinar.

Portanto, no processo de trabalho em saúde pode-se perceber duas dimensões, que na prática são imbricadas e com condicionamentos mútuos: uma seria formada pelos saberes e ações de diagnóstico e de intervenção terapêutica; a outra dimensão abarcaria o conjunto das relações que se estabelecem no encontro entre uma pessoa portadora de alguma necessidade em saúde e um trabalhador de saúde.(Reis, 1997, p. 1)

Reis (1997) aponta o modelo médico-curativo como um modelo de organização do processo de trabalho em saúde, onde se define para o usuário (paciente) um lugar que tange somente o corpo biológico, uma vez que o paciente é recebido enquanto portador de alguma alteração ou dano que deve ser restaurado. Nessa concepção, as dimensões psíquicas, sociais e culturais são negadas ou relegadas a um segundo plano. A escuta funciona mais para filtrar a dimensão biológica, porque a partir dela irá

se decidir quais os meios e como se intervirá para recuperar o “corpo doente”. Os objetivos dessa escuta não se dirigem a um sujeito que porta um determinado sofrimento ou que formula demandas, nem são usados para compreendê-lo de forma integral, em sua história e seu contexto de vida. Portanto, outro grande desafio em Saúde Pública, seria radicalizar o conceito de integralidade.

Antes de se explorar esse outro conceito (a integralidade), faz-se necessário destacar a noção de *escuta*, sob o ponto de vista de um outro autor e suas idéias relacionadas a: encontro, questionamento, atenção e humanização, tal como são trabalhadas por Fédida (1992).

Em primeiro lugar, esse autor destaca uma escuta que transforma o médico em terapeuta, estabelecendo as condições para o *encontro*:

Para que o médico seja terapeuta e não somente médico, é preciso que ele se coloque a justa distância que permita ao doente falar. Tal distância é a da disposição local dos corpos no espaço, a dos rostos para que eles não se choquem, nem se confundam – e ela deve ser tão justa quanto possível, pois quem a regula é o tempo: o tempo para falar e o tempo para escutar, o tempo que mede o desvio das memórias, fundando as condições do *encontro* terapêutico. (p. 13)

Em segundo lugar, para investigar melhor a relação médico-paciente, o autor irá explicitar uma diferença essencial entre um *questionamento* e um questionário, na medida em que, numa consulta clínica, a prática da *anamnese* pode-se transformar na aplicação de um questionário. De acordo com Fedida (1992), enquanto o *questionamento* provém de uma escuta que sabe respeitar os lapsos de silêncio, o

questionário demonstra a intolerância ao silêncio, a precipitação na fala-informação, o exílio e a impotência da fala para lembrar-se.

Portanto, como afirma ainda Fedida (1992), as questões que “não questionam a linguagem” parecem ser intolerantes ao silêncio, estando sempre dispostas a obter qualquer resposta que as informe, prontas a se satisfazerem com a fuga na qual a fala se precipita, pois “ainda que a fala possa falar verbalmente, ela se encontra exilada da linguagem e é impotente para lembrar-se” (p.17). Para o autor, aí estaria representado o que deve ser nomeado como *desumano* e que ele irá chamar de “questões-multidão”, porque levam o sujeito a esconder-se, a fugir em direção à sua aglomeração compacta: a multidão, a *massa*.

Em terceiro lugar, Fédida (1992) menciona dois tipos de atenção que podem ser dedicadas ao paciente-sujeito: uma atenção excessivamente ansiosa por curar e uma outra, talvez um pouco erudita, que só possui a lembrança de seus conhecimentos científicos adquiridos. Entretanto, se a fala do médico-terapeuta formar-se em um questionamento singular e pessoal, ela pode despertar a linguagem em sua reserva de silêncio.

A percepção, pelo “médico-terapeuta”, do “sujeito doente” na expressão singular das manifestações de sua “doença” encontra-se no princípio do questionamento do qual é feita a fala do médico. Para “o doente”, falar junto ao terapeuta significa sempre um “colocar à prova a capacidade de escuta do terapeuta”.(p. 15).

Para aproximar um pouco as análises feitas até aqui sobre alguns conceitos-chave no âmbito da Saúde Pública, é preciso dizer que o *tempo* passa a ser o principal pilar para forjar esse *encontro* entre o terapeuta e o paciente. Além disso, pode

desvelar outros sentidos para o repetitivo refrão relativo à “Atenção Integral”, que será abordada no próximo tópico, a partir da apresentação de alguns Programas de Saúde.

Esse tempo pode ser visto como uma elaboração *a posteriori* (como um “só depois” ou *après-coup*), como uma escansão ou estado de suspensão, ou em seu valor de espera e de silêncio.

No que se refere à dimensão de acolhimento, como uma espécie de entrevista preliminar entre o médico da equipe básica e o paciente a ser encaminhado à saúde mental, deve-se ressaltar esse valor do tempo como espera ou “reserva de silêncio”, considerando sua potencialidade em fazer emergir essa dimensão difícil de situar e que tem relação com o que se costuma chamar de *princípio da integralidade*, na medida em que este é apreendido como a relação de interdependência constante entre o aspecto físico e mental.

Entretanto, um falso juízo desse princípio seria achar que se trata da integralidade do sujeito, já que é evidente que o sujeito é constituído desde sua divisão (“ali onde penso, não sou”), uma cisão subjetiva que funda o inconsciente e coloca o sujeito diante de um não saber sobre si mesmo: supõe um estado subjetivo que oscila entre o físico e o mental, onde ao próprio sujeito o “corpo” que habita pode lhe parecer “estranho” ou produzir uma linguagem (sintoma) cuja a significação lhe parece indecifrável.

Portanto, é devido à sua fragmentação, ou multiplicidade, que se torna importante reconhecer, desde as práticas de saúde, os diferentes domínios que implicam a subjetividade (orgânico/psíquico; consciente/inconsciente; bio-psico-social; classe/etnia/gênero; demanda/necessidade/desejo) e, dessa forma, encontrar as superfícies nodais de sua configuração, ou melhor, os *pontos* e os *nós* de articulação.

Uma definição de integralidade, enquanto princípio do SUS, fala de um sujeito como um todo indivisível (“cada pessoa é um todo indivisível e integrante de uma sociedade”); enquanto uma outra definição remete-se à “integralidade da Atenção” e explicita: “as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde formam um todo indivisível e não podem ser fragmentadas”, acrescentando que “as unidades de saúde, com seus diversos graus de complexidade, *também* formam um todo indivisível, devendo formar um sistema capaz de prestar assistência *integral*”.

Cecílio (2001) irá aprofundar o conceito de *integralidade* e propor uma reconceitualização do que seja “serviço de referência”, a partir da possibilidade de pensar o sistema de saúde menos como pirâmide de serviços racionalmente organizados de forma hierarquizada e mais como uma rede com múltiplas entradas, múltiplos fluxos, para cuja construção, as representações e as necessidades sociais em saúde são mais importantes.

Defendo que a lógica da integralidade, tal como desenvolvida no que denominei de primeira dimensão da integralidade, a integralidade focalizada, como preocupação de cada profissional e da equipe de cada serviço, deva estar presente em todos os serviços. Precisamos deslocar nosso foco de atenção da atenção primária como lugar privilegiado da integralidade, porque integralidade é objetivo da rede. (p. 6)

Nesse enfoque é preciso considerar, portanto, que uma consulta médica, por mais especializada que seja, não pode deixar de fazer uma certa escuta de outras necessidades do “paciente”, que vão além da demanda referenciada que o traz ao consultório.

O autor propõe uma radicalização das ações em saúde, a partir da idéia de que “cada pessoa, com suas múltiplas e singulares necessidades, seja sempre o foco, o objeto, a razão de ser de cada serviço de saúde”.(Cecílio, 2001, p.7).

Assim, percebe-se uma diferença e, ao mesmo tempo, uma complementaridade entre a integralidade focalizada e a integralidade ampliada, tal como propõe Cecílio (2001):

Chamemos, pois, de integralidade ampliada esta articulação em rede, institucional, intencional, processual, das múltiplas integralidades focalizadas que se articulam em fluxos e circuitos a partir das necessidades reais das pessoas. (...) A integralidade ampliada seria esta relação articulada, complementar e dialética, entre a máxima integralidade no cuidado de cada profissional, de cada equipe e da rede de serviços de saúde. (p.7).

Esses conceitos, da forma como são trabalhados pelo autor, redimensionam os princípios da reforma sanitária (universalidade, equidade e integralidade), constituindo entre eles um entrelaçamento a partir da noção de necessidade de saúde e sua apropriação (escuta, interpretação) pelos diferentes trabalhadores de saúde, em suas mais diversas práticas, nos mais variados serviços, envolvendo também os gestores na construção da lógica da atenção.

Cecílio (2001) conclui:

Podemos trabalhar com a idéia de que há necessidades diferentes de vínculos para diferentes pessoas em diferentes momentos, assim como diferentes necessidades de consumo de determinadas tecnologias de saúde, diferentes necessidades ligadas às condições de vida e diferentes necessidades de

construção da autonomia. A busca da integralidade, se levada às últimas conseqüências, revelaria as diferentes iniquidades vividas por cada um que busca os serviços de saúde. (...) por tudo que está em jogo: a infinita variabilidade das necessidades humanas e as finitas possibilidades que temos de compreendê-las. (p.12).

### **3.1.4. Como surgem os Programas de Atenção à Saúde**

Segundo Figueiredo (2005), os Programas de Atenção à Saúde, no decorrer da década de 80 (no século passado), foram resultado de propostas do Ministério de Saúde para a assistência integral a diferentes setores da população e baseados em indicadores epidemiológicos por faixa etária.

Assim, um destes programas, direcionado aos adolescentes, tinha a nomenclatura de “PROSAD” (Programa de Atenção à Saúde do Adolescente), enquanto “PAISA” era o Programa de Atenção Integral à Saúde do Adulto<sup>25</sup>. Além destes dois havia o PAISM (programa de atenção integral à saúde da mulher), o PAISC (programa de atenção integral à saúde da criança) e o PAST (programa de atenção à saúde do trabalhador).

Veremos quais eram os objetivos definidos para o PROSAD, que foi oficializado pelo Ministério de Saúde em outubro de 1988, segundo Figueiredo (2005, p. 278):

---

<sup>25</sup> Em Porto Alegre, dez anos após a criação desse Programa, utilizou-se a sigla PAISA para o programa direcionado aos adolescentes. Ver pagina seguinte.

- 1) Promover a saúde integral do adolescente, favorecendo o processo geral de seu crescimento e desenvolvimento, buscando reduzir a morbi-mortalidade e os desajustes individuais e sociais.
- 2) Normatizar as ações consideradas nas áreas prioritárias.
- 3) Estimular e apoiar a implementação dos programas estaduais e municipais, na perspectiva de assegurar ao adolescente um atendimento adequado às suas características, respeitando as particularidades regionais e a realidade local.
- 4) Promover e apoiar estudos e pesquisas multicêntricas relativas à adolescência.
- 5) Estimular a criação de um sistema de informação e documentação dentro de um Sistema Nacional de Saúde, na perspectiva da organização de um centro produtor, coletor e distribuidor de informações sobre a adolescência.
- 6) Contribuir com as atividades intra e inter-institucionais, nos âmbitos governamentais e não-governamentais, visando à formulação de uma política nacional para a adolescência e juventude, a ser desenvolvida nos níveis federal, estadual e municipal.

Figueiredo (2005) escreve:

Foram considerados áreas prioritárias o acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento, a sexualidade, a saúde bucal, a saúde mental, a saúde reprodutiva, a saúde do escolar adolescente, a prevenção de acidentes, o trabalho cultural, o lazer e o esporte. (p. 278).

Em 1996, através dos dados obtidos por ocasião da 2ª CMS – Caderno de Teses (reafirmando o sus e construindo uma cidade saudável), iniciava em POA a implantação do PAISA (Programa de Atenção Integral à Saúde do Adolescente)<sup>26</sup> e afirmava:

Os adolescentes representam 21.76% da população, na região metropolitana. A gravidez na adolescência acontece em cerca de 25%. A principal causa morte nesta faixa etária é decorrente de causas externas. O atendimento ao adolescente é realizado através das unidades de saúde, com ações de assistência, prevenção e educação. (p. 34).

Em 95/96 foram realizadas as seguintes ações: curso de capacitação para formação de multiplicadores no atendimento ao adolescente; oficinas de capacitação para mais de cem alunos; organização do COISA (Comitê de Informações sobre Saúde na Adolescência), orientando e assessorando as Unidades de Saúde na implantação do PAISA e na elaboração de normas e rotinas de atendimento ao adolescente.

Até aqui, pode-se observar que o interesse na saúde do adolescente parece surgir a partir dos levantamentos que indicam “gestação” e “morte por causas externas” (portanto, envolvendo situações de violência).

Com a intenção de aprofundar a investigação e capturar o modelo de atenção relativo à saúde sexual e reprodutiva, cita-se a seguir os objetivos apresentados para o PAISM.

---

<sup>26</sup> Percebe-se que, em Porto Alegre, uma década mais tarde em relação à criação dos Programas de Atenção à Saúde pelo Ministério, essa sigla teve outra definição e concentrou as políticas de planejamento em saúde para os adolescentes, ao invés de corresponder à denominação PAISA que se destinava à saúde dos Adultos, onde as diretrizes pautavam alguns agravos específicos (hipertensão arterial, tuberculose, diabetes mellitus, hanseníase e cardiopatias diversas).

Em relação ao Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), Figueiredo (2005, p. 276) refere oito objetivos:

- 1) Aumentar a cobertura e a concentração do atendimento pré-natal, proporcionando iguais oportunidades de utilização do serviço para toda população.
- 2) Melhorar a qualidade da assistência ao parto, ampliando a cobertura do atendimento prestado por pessoal treinado, tanto no sistema formal como no informal (parteiras tradicionais) e diminuindo os índices de cesáreas desnecessárias.
- 3) Aumentar os índices de aleitamento materno, fornecendo as condições para implantação do alojamento conjunto.
- 4) Implantar ou ampliar as atividades de identificação e controle do câncer cérvico-uterino e de mamas.
- 5) Implantar ou ampliar as atividades de identificação e controle das doenças transmitidas sexualmente (DSTs).
- 6) Implantar ou ampliar as atividades de identificação e controle de outras patologias de maior prevalência no grupo.
- 7) Desenvolver atividades de regulação da fertilidade humana, implementando métodos e técnicas de planejamento familiar, diagnosticando e corrigindo estados de infertilidade.
- 8) Evitar o aborto provocado, mediante a prevenção da gravidez indesejada.

Na medida em que o surgimento desse programa foi em 1984, é interessante destacar a importância dos itens cinco, sete e oito, os quais explicitam a preocupação

com o planejamento familiar e com o controle sobre as relações sexuais, desde a perspectiva das DSTs.

Esses mesmos aspectos são salientados em 1996, em Porto Alegre, com relação às ações de saúde da mulher, no documento elaborado como “Caderno de Teses” para a segunda CMS (Porto Alegre, 1996). Ali se descreve que 33.1% das mulheres porto-alegrenses encontravam-se em período fértil (10 a 49 anos) e referia o PAISM como base para: “regulação da fertilidade com acesso aos métodos contraceptivos”; atendimento e prevenção das DSTs e AIDS; grupos de sexualidade; grupos educativos e informativos nas áreas de: DSTs e AIDS, contracepção, gestação, adolescência, climatério, doenças crônico-degenerativas, saúde mental. Referia ainda que o aborto estava entre as causas de morte materna, atingindo 18% das mulheres. (p. 35-36)<sup>27</sup>.

### 3.2. SAÚDE E POLÍTICAS PÚBLICAS PARA ADOLESCENTES

O número de pesquisas em torno da adolescência vem crescendo em todas as áreas do conhecimento. Psicanalistas, educadores, antropólogos, sociólogos, psicólogos, ginecologistas, assistentes sociais, pediatras, enfermeiros, entre outros, têm se debruçado sobre esse processo, principalmente no que este pode ser deflagrador de situações de “risco” ou de “crise”.

---

<sup>27</sup> Remete-se o leitor às páginas 147-150 e às análises do capítulo cinco.

Pode-se dizer que há uma concentração das pesquisas na área da saúde e, principalmente, na saúde pública, na medida em que o adolescente representa de alguma forma o “termômetro” para as ações e programas de prevenção em saúde, ou seja, o adolescente vem orientar e dar indícios sobre as condições de efetividade desses programas, no que diz respeito aos cuidados com o corpo e com a sexualidade.

Assim, pode-se observar dois temas que prevalecem nesse universo de investigações científicas: o uso de drogas e a gestação na adolescência<sup>28</sup>. Mais adiante no texto demonstra-se o quanto tais temas estão polarizados sobre as identidades sexuadas (meninos e meninas) e, também, como vêm acionar programas (políticas públicas) para a população de baixa renda.

Por hora, o que parece ser notável é a disparidade entre as intervenções que levam em conta a gestação na adolescência, visando proteger e amparar a jovem nessas condições e àquelas que pretendem dar conta do jovem envolvido (o termo utilizado seria “em conflito”) com a lei, considerando que o uso de drogas continua sendo motivo para ações do Juizado da Infância e da Juventude, através da chamada Justiça Terapêutica e Práticas Restaurativas.

Apesar de inúmeras pesquisas e estudos “alarmistas” com relação à gravidez precoce, como segue abaixo, a agenda das políticas públicas parece definir-se pelas urgências sociais; urgências que deflagram um horizonte de hostilidade permanente entre os “jovens de periferia” e “a ordem social”, estabelecendo uma constante: violência, drogas e ato infracional; urgências que determinam a criação de uma

---

<sup>28</sup> Outros temas bastante incidentes como abuso sexual e violência intrafamiliar não focam o adolescente de forma tão específica, referindo-se mais à infância.

diversidade de programas com auxílio financeiro e que concentram os jovens “pobres” do sexo masculino.

Por onde andariam as garotas? A equação parece simples: quando se trata de violência e uso de drogas (SPA - substâncias psicoativas), lá estão os rapazes das classes populares; quando se trata de “gravidez precoce”, lá estão as “gurias” também das classes populares<sup>29</sup>.

Considerando as meninas: a gestação na adolescência (dita “precoce” e “de risco” para a criança e para a futura mãe) ocorre por inúmeras causas e, por isso, estas adolescentes gestantes precisam ser exaustivamente quantificadas, avaliadas demograficamente e, praticamente, viradas do avesso, para que se possa definir políticas e programas de prevenção, desde a educação sexual reprodutiva no âmbito escolar até assistência diferenciada (especializada) no âmbito da saúde pública, passando pela distribuição de preservativos, pela disponibilização e dispensação de comprimidos, através da formação de grupos de planejamento familiar voltados à anticoncepção e à prevenção de doenças (DSTs e AIDS). Cita-se três pesquisadores, para demonstrar a importância desse viés quantitativo, justamente por que vêm produzir a visibilidade feminina nos contextos de maior pauperismo social e econômico.

Marco Aurélio de Carvalho (2002), professor da Faculdade de Medicina de Barbacena em Minas Gerais, desenvolveu uma pesquisa com 129 adolescentes grávidas, na faixa etária entre 10 e 20 anos, de maio a novembro de 2000, na Santa Casa de Misericórdia e unidades de saúde do município de Barbacena. Os resultados encontrados apontam que 69,2% estavam com 16 anos e solteiras, sendo a idade

---

<sup>29</sup> Salienta-se o termo “classes populares”, na medida em que a questão social de classe faz pesar sobre esses adolescentes os estereótipos mais incoerentes, transparecendo na saúde pública, principalmente, os ideais burgueses de higienização, educação e recuperação.

média em que a mãe da adolescente engravidou pela primeira vez, 20 anos – o que explicitaria uma correlação entre a gestação na adolescência e a cadeia geracional precedente; 51,2% não tinham completado o ensino fundamental e 66,7% evadiram da escola a partir da gestação; 65,9% tinha renda familiar de até dois salários mínimos; 47,3% iniciaram sua vida sexual antes dos 15 anos e 9,3% tiveram já um aborto, sendo que 45,1% não faziam uso de nenhum método contraceptivo e 29,5% usavam pílula. A conclusão deste estudo aponta para uma prevalência de gravidez entre 10 e 20 anos de 25,2%.<sup>30</sup>

Quanto às taxas de fecundidade na população adolescente, Camarano (1998) verifica que há uma tendência de crescimento dessas taxas nos três grupos etários considerados (10-14, 15-19 e 20-24) em sua pesquisa. Essa é uma constatação importante, pois é sabido que o índice de natalidade e de fecundidade geral no país está em declínio, enquanto na população jovem está aumentando. Essa tendência crescente nas taxas de fecundidade é bem mais marcante justamente nos grupos de menor idade, de 10 a 14 e de 15 a 19 anos, enquanto nas jovens de 20 a 24 anos o aumento verificado foi menor, apresentando uma certa estabilidade nos anos de 1995 a 1997. Esse comportamento é mais acentuado entre as mulheres jovens de baixa renda. A diferenciação etária da fecundidade é um indicador determinante do crescimento populacional, já que expressa o ciclo reprodutivo mais longo e um contingente maior de mulheres.

Gama et al.(2002), em um estudo comparativo entre três grupos de gestantes: menores de 20 anos, entre 20 e 34 anos – tendo sido gestante adolescente e, na

---

<sup>30</sup> Estimativas do IBGE em 1994 indicavam que 20% do total de nascimentos envolviam mães menores de 15 anos.

mesma faixa etária, sem nenhuma experiência anterior, demonstrou nos dois primeiros grupos características como: baixa escolaridade; baixa renda; pouca ou nenhuma atividade remunerada exercida por elas (87,9 e 70,9% sem trabalho); desejo por esta gravidez (32,5 e 30,8% desejavam); presença do pai do bebê (34,3 e 18,3% não viviam com o pai do bebê).

Analisando brevemente e de forma sucinta o impacto dessas adolescências na saúde pública, é preciso citar os “programas” constituídos em torno desta faixa etária, salientando que irá se observar duas modalidades, da seguinte forma: “programas” que atendem também os adolescentes (exclusivamente do sexo feminino) e “programas pensados para” pré-adolescentes e adolescentes, os quais atingem significativamente o sexo masculino.

Assim, nas periferias dos grandes centros urbanos e entre a população de baixa renda, encontram-se programas de saúde e de assistência social que atingem adolescentes predominantemente mulheres jovens, sem terem sido pensados como programas direcionados a essa faixa etária<sup>31</sup>, tais como: programas de acompanhamento pré-natal<sup>32</sup>; os programas de reabilitação nutricional (PRN) como “pra-saber” e “pra-crescer”, os quais envolvem auxílio financeiro às mães (ambos programas de acompanhamento do risco nutricional na gestação; nos recém-nascidos e nas crianças menores de 5 anos) e o acompanhamento para gestantes e puérperas soropositivas, buscando prevenir o contágio vertical. Além disso, observa-se um

---

<sup>31</sup> Não se leva em conta o CRAE (Centro de referência para o abuso sexual na infância e adolescência), porque uma gravidez nestas condições terá outros desdobramentos. Também é preciso salientar que existem parcerias com instituições de caridade que mantêm casas-lares para as meninas grávidas que são expulsas de casa.

<sup>32</sup> Em Porto Alegre, o Hospital Presidente Vargas é considerado “especializado” para o acompanhamento pré e pós-natal das jovens mães, através do Programa de Atenção Integral à Gestante Adolescente (PAIGA), mas a orientação é de descentralização e de capacitação entre os profissionais das equipes básicas de saúde para prestar essa assistência.

número crescente de meninas adolescentes, menores de 18 anos, que procuram os Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA-HIV) e o Centro de Orientação e Aconselhamento Sorológico (COAS). Quanto aos grupos de planejamento familiar das Unidades Básicas de Saúde, quando existem, têm uma baixa adesão desta faixa etária.

Outros programas em parceria com o Ministério Público e/ou Assistência Social Comunitária (FASC), Conselhos Tutelares e as políticas intersetoriais, envolvem o adolescente, predominantemente jovens do sexo masculino, em conflito com a lei (prática de atos infracionais e/ou usuários de substâncias psicoativas - SPA), em situação de rua e evadidos da escola como: programa de execução de medidas sócio-educativas – PEMSE e programa de prestação de serviços à comunidade – PSC, que inclui uma bolsa-auxílio; o Programa de Atenção Integral à Criança e ao Adolescente – PAICA, o qual inclui abrigos, abordagens de rua, educação social de rua, projeto coruja, a casa harmonia e o serviço de saúde mental do Pro-Jovem<sup>33</sup>; o serviço de apoio socio-educativo – SASE, com inúmeras oficinas e atividades extra-classe; e o núcleo de apoio sócio-familiar – NASF que prioriza as famílias de jovens envolvidos com drogas disponibilizando um auxílio financeiro; também o programa de redução de danos – PRD<sup>34</sup>, para usuários de drogas injetáveis – UDI e/ou soropositivos, vem contribuindo para alertar os jovens em relação às condutas que o expõem aos riscos de contaminação para o vírus do HIV e auto-cuidado.

---

<sup>33</sup> O pro-jovem atinge igualmente meninos e meninas, os quais são encaminhados pelo conselho tutelar por abuso sexual, maus-tratos e uso de SPA. Não mencionamos o NASCA (núcleo de atenção à saúde da criança e do adolescente), que compõe o PAICA, porque o trabalho é bastante restrito a uma assessoria às escolas e tenta agilizar intervenções na área da saúde relativas aos problemas detectados no âmbito escolar.

<sup>34</sup> O programa de redução de danos procura trabalhar com uma lógica que permita conferir cidadania e direito ao uso limpo de drogas injetáveis, partindo de uma abordagem que minimize os danos e sofrimentos desta população em todos os âmbitos.

Para salientar a relevância desse lugar direcionado ao sexo masculino nas práticas e intervenções de saúde, toma-se um levantamento realizado pela Coordenação da Política da Saúde Mental, em Porto Alegre:

Em se tratando ainda da caracterização da Saúde Mental no município, um levantamento recente sobre internações, efetuado pela CPSM (out/2005), obteve indicação de um crescente aumento de internações de adolescentes em razão de dependência química em Porto Alegre – compondo de 85 a 95% das internações em leitos privados adquiridos pelo município por demanda judicial, sendo destes cerca de 70% para pacientes do sexo masculino. (Porto Alegre, 2005).

Dessa forma, como se pode observar, a inserção do jovem nesses programas depende de um “ato”, conduta ou comportamento identificado pelo poder público como problema a ser resolvido, como situação problemática ou situação de risco que requer intervenção e, nesse sentido, tais programas são gerados numa rede, numa malha de instituições produtoras de registros, rotinas, normas, contratos e combinações com esses adolescentes. A questão é saber até que ponto os adolescentes são capazes de sustentar este lugar de ter que produzir respostas sobre os seus atos em vários pontos da rede. Em outras palavras: até que ponto há uma demanda própria desses jovens e qual seria sua posição transferencial em relação à rede.

Para acurar novamente o olhar para as diferenças de gênero, nas classes populares, pode-se resumir, grosso modo, que a posição feminina parece encontrar

uma forma de inscrição social<sup>35</sup> através da maternidade; enquanto a posição masculina parece demonstrar que precisaria adequar suas referências fálicas de origem (porte de armas, violência, tráfico e/ou uso de drogas) a um outro sistema (prescritivo e disciplinar) que prevê outras referências (ter uma ocupação/profissão, estudar) como forma de corrigir os problemas sociais.

Então, dois problemas emergem daí: “trabalhar e estudar” se constituem para o sujeito adolescente como um aprisionamento no discurso social e na sociedade de controle, da mesma forma como pode significar um outro aprisionamento – ainda mais problemático para suas necessidades – a saber: o aprisionamento no desejo materno (ver as análises do capítulo quatro).

Para ampliar um pouco o foco sobre essas questões, é preciso salientar que as condições do laço social contemporâneo impõem uma passagem entre um sistema de dominação e um sistema hegemônico, com liquidação simbólica de todos os valores (Baudrillard, 2005), o que significa dizer que os valores das classes dominantes ou os ideais burgueses de trabalho e estudo podem estar gerando apenas efeitos imaginários e não mais simbólicos. O sistema hegemônico é o domínio da simulação, de uma simulação operacional de todos os valores, de todas as culturas, tornando a cada uma *sem* efeito simbólico<sup>36</sup>.

Para Bauman (2001) a precariedade da existência social contemporânea inspira uma percepção do mundo como um agregado de produtos para o consumo imediato. O

---

<sup>35</sup> Entendemos inscrição social como essa ordem temporal – de um tempo singular – que vem estabelecer o momento para o ingresso no laço social, para a busca de reconhecimento e de integração social.

<sup>36</sup> Outros autores (Melman, 2003 e Lebrun, 2004) mencionam um processo de dessimbolização contemporâneo, que produz uma nova economia psíquica, a partir da substituição do simbólico pelo traumático.

autor vai dizer que a nossa cultura não encontra lugar para tomar distância, nem para a reflexão, nem para a recapitulação, para a continuidade e para a tradição, chegando assim na auto-satisfação instantânea, constante e irrefletida.

Com essas visões, pode-se conjecturar que os valores *fálícos*, seja do tráfico ou do uso de drogas, seja do estudo ou do trabalho, atualmente se equivalem em qualquer classe social. Entretanto, para as classes populares do meio urbano, há um lugar a eles designado dentro do laço social.

Assim, os programas mencionados anteriormente parecem adscrever um lugar no laço social para o jovem que vive nos bairros populares do meio urbano, a partir da diferença sexual: um lugar de “risco” externo para os rapazes a partir do binômio “drogas e violência”; e um lugar de “risco” interno para as moças a partir das gestações precoces. Não há como escapar desses determinantes culturais da adolescência, que parecem demandar um agir próprio a todos os adolescentes, mas que vêm *condenar* o jovem que vive “na periferia”.

Alguns autores como Jorge Lyra e Benedito Medrado (2002) apontam para a perspectiva do protagonismo juvenil e do engajamento político como saída “positivante” para os adolescentes “pobres” e se referem às políticas públicas como coadjuvantes da cultura dominante na construção de uma imagem “negativa” para esses adolescentes.

Grande parte das políticas públicas direcionadas aos jovens parece estar apoiada nessa retórica que ressalta a ameaça representada pela juventude, com constante reforçamento da idéia do jovem como exposto a uma série de riscos próprios a sua fase, os quais podem ser internos (crise identitária) ou externos (violência). Em linhas gerais, circulam no cotidiano contemporâneo idéias sobre adolescência e juventude que se associam à noção de crise, desordem, irresponsabilidade, enfim, problema social a ser resolvido, que merece atenção pública. Assim, o enfoque de risco, em particular, aparece

fortemente associado a esses repertórios, por meio de expressões como: gravidez de risco, risco de contrair o HIV, risco de uso de drogas ilícitas, risco de vida frente à violência. O risco generalizado parece, assim, definir e circunscrever negativamente esse período da vida. (...) Indo mais a fundo, vê-se subliminarmente a emergência de um discurso heteronômico no qual o(a) adolescente é desprovido(a) de sua positividade, em detrimento de um padrão que tem como referência a vida adulta. Por um malabarismo retórico termina-se por quase afirmar que é preciso prevenir a adolescência. (p. 11-12).

O que se percebe, é que há uma discrepância entre as políticas de prevenção e as políticas de intervenção, quando – na verdade – nem a prevenção deve estar a serviço da identificação de fatores de risco, nem a intervenção precisa se pautar em criar tantos serviços quantos forem os problemas existentes no contexto social.

Os autores referidos acima defendem que, em termos de políticas públicas, aprende-se a dar mais importância aos programas do que aos sujeitos adolescentes, mais atenção às práticas intervencionistas do que à fluidez de experiências no entorno social.

Assim, quando as pesquisas afirmam que os adolescentes sem suporte emocional, seja pela presença de conflitos na família ou pela ausência dos pais, apresentam poucos planos e expectativas quanto à escolaridade e à profissionalização, sendo mais vulneráveis aos fatores de risco dessa faixa etária (p. ex. gestação, uso de drogas) é preciso interrogar que tipo de responsabilidade o poder público é convocado a assumir, a não ser aquela que se define como “tutelar” e que retira do sujeito a sua possibilidade de asserção e sua propriedade de si?

Melman (1997) salienta que a nossa cultura mantém uma discordância entre os estatutos biológico, subjetivo e social, donde se depreende que por um lado reconhece a maturidade biológica do corpo adolescente e por outro subestima e considera o

sujeito adolescente incapaz para o exercício da sua sexualidade, no sentido de que socialmente o adolescente não possui os meios legais para assegurar sua emancipação a esse respeito. Ou melhor, “se não há reconhecimento simbólico do lugar do adolescente, de seu estatuto de sujeito implicado na vida sexual, (...) a resposta dos adolescentes a esta discordância se faria através de atos: passagens ao ato ou *acting out*.” (p. 37). O autor distingue os atos “que não esperam mais nada de ninguém” (passagens ao ato) e “os pedidos de ajuda a um Pai ideal” (*actings out*) como sinais feitos ao meio e que expressam uma *transferência*<sup>37</sup> em curso.

Com outras palavras, esse autor aponta para um paradoxo da condição adolescente, onde o desejo de reconhecimento se dá em uma contradição, ou melhor, ser reconhecido por sua diferença, por sua contravenção: por fazer resistência ao laço social como está proposto e tentar desprender-se dos ditos maternos e mandatos sociais.

Cristina Pimenta (2002) ressalta a importância de identificar projetos sociais que favoreçam a criação de referenciais próprios às culturas locais (regionais) para a construção de identidades positivas entre os jovens e intervenções que criem condições alternativas, descoladas do paradigma saúde-doença, para superar a condição de exclusão e promover valores “perdidos” como o convívio e a solidariedade<sup>38</sup> (Pimenta & Rios et al, 2002).

---

<sup>37</sup> Transferência é um conceito cunhado por Freud em 1895, já nos “Estudos sobre a Histeria”, onde o paciente desenvolve sentimentos de amor pelo analista, possivelmente deslocados das figuras amadas no passado.

<sup>38</sup> É comum se pensar que as classes populares convivem em redes solidárias espontâneas, entretanto o que se observa são redes de interdependência que produzem tantos conflitos quanto soluções. Ver item 3.3.3, página 87.

Para concluir este tópico relativo à saúde e às políticas públicas, é preciso lembrar ainda que os adolescentes, de um modo geral, estão envolvidos em produzir sua inscrição no social (Costa, 2001; Jerusalisky, 1997; Rassial, 1997). Viver a passagem adolescente é trabalhar muito para produzir uma subjetividade que possa sustentar sua imersão na cultura. Entretanto, podem-se identificar dois tipos de cultura: a *cultura global hegemônica*, veiculada pela mídia e que tenta conformar um mesmo imaginário para todas as classes sociais e as *culturas locais*, as quais só podem sobreviver através das redes de transmissão de experiências e de biografias compartilhadas.

### 3.3. O SERVIÇO

A ESM infância e adolescência da Gerencia Distrital Leste e Nordeste foi organizada em agosto de 2004<sup>39</sup> e está composta por quatro psicólogas, duas monitoras e uma psiquiatra.

Seu funcionamento respeita os critérios de regionalidade e hierarquização, definidos nos tópicos anteriores. O acesso dos usuários dá-se mediante encaminhamento formal da rede de atenção primária, consistindo, portanto, num serviço de atenção secundária.

---

<sup>39</sup> Nesta região, funcionava uma ESM para todas as faixas etárias desde 1998, sendo desmembrada em duas equipes para contemplar a formação de um CAPs adulto na região. O modelo de equipe e atendimento ambulatorial foi mantido para crianças e adolescentes.

Como forma de sistematizar a descrição de contexto, esse tópico está dividido ainda em quatro itens:

- Quem são os “usuários” ou as características da população
- Como acessam o serviço
- Como funcionam os Grupos de Acolhimento em Saúde Mental
- O relato de uma experiência

### **3.3.1. A população**

Pretende-se contextualizar brevemente a população atendida pela Equipe de Saúde Mental, bem como os serviços que compõem a região.

Essa equipe é referência para todos os serviços da rede básica de saúde<sup>40</sup> localizados em uma gerência distrital de saúde, a qual abrange dois distritos sanitários, que correspondem às regiões do orçamento participativo da cidade de Porto Alegre, onde a maior parte das comunidades está composta por uma população precarizada<sup>41</sup> em todas os âmbitos: das condições de empregabilidade às condições de acesso à educação, do acesso à informação ao acesso às diferentes mídias, desde as apostas no presente até as visões de futuro.

---

<sup>40</sup> São quatro Unidades de Saúde e 16 Programas de Saúde da Família – PSF.

<sup>41</sup> O conceito de precarização é desenvolvido por Dejours na obra “A banalização da injustiça social” (1999) e remete à vulnerabilidade dos sujeitos diante das transformações do trabalho: a desregulamentação e a flexibilização das relações de trabalho.

O trabalho com adolescentes da mesma forma precarizados é um desafio e é possível dizer, que o ethos desses adolescentes “excluídos” é conhecido por toda a sociedade dita organizada: violência, drogadição, marginalidade.

Hoje em dia um rosto adolescente é a própria “face do crime” (vide a discussão em torno da redução da idade penal). A partir desse modo de agir, que deflagra uma ética da “máxima diferença” por estar à margem do imaginário social, é possível perceber uma estética da “mínima diferença”, porque deflagra uma cultura onde se produz a exegese dos estilos: “os hip-hop”, “os maloqueiros”, “os chinelos”, “os grafiteiros”, os “patrãozinho”, “os manos”, “os boy”, “os arroz”, “os pagodeiros”, “os crentes”, “os vagabundo”. Figuras deslizantes num universo líquido. Configurações fluidas, intestinas, viscerais no seu universo próprio, mas por outro lado “figurações estéticas” quando capturadas pela mídia e reproduzidas como imagem (vide o seriado Cidade dos Homens, veiculado na TV Globo, em 2004).

Na tentativa de dar conta das características de vida na comunidade, ir-se-á utilizar as referências construídas por Fonseca (2000) para responder a seguinte questão: “qual seria a imagem da vida social comum às vilas populares na região urbana?” (p. 25). A autora estabelece uma série de caracterizações, as quais foram organizadas aqui em quatro pontos.

1. A “vila”, em primeiro lugar, é um reduto social e economicamente discriminado pelos grupos dominantes, onde o sentimento de exclusão se manifesta pelos ditos entre os moradores que constituem uma auto-referência: eles se autodefinem como “nós, os pobres”.

2. As práticas sociais são constituídas como “interconhecimento”, ou seja, extrapolam o eixo do que seria público e interferem na esfera privada, estabelecendo relações de “intimidade social”, onde se torna impossível manter um espaço reservado ao que se costuma chamar “privacidade”. “Aqui não há nada ou muito pouco do proverbial anonimato das grandes cidades” (Fonseca, 2000, p.24)
3. Neste sentido, faz-se notar uma crescente interdependência funcional dos habitantes destes aglomerados suburbanos<sup>42</sup>, ou seja, as pessoas dependem umas das outras para o mínimo vital: “não se pode prescindir do vizinho”, mas “dessa ajuda mútua e constante nascem tanto ódios quanto amizades e também uma infinidade de conflitos” (Fonseca, 2000, p. 28).
4. Por outro lado, há uma organização social própria, sem a intervenção da lei e da polícia (anomia), que estabelece uma hierarquia interna de poder, onde “os fortes” são aqueles que têm a possibilidade de impor sua vontade aos outros: por exemplo, os comerciantes, os homens armados e os jovens delinqüentes (maconheiros) colocam-se no alto, apesar de que os outros (mulheres, velhos e pacíficos), que representam os fracos, encontram suas brechas e táticas para neutralizar os mais fortes ou sua influência.

Nesse quarto aspecto, pode-se salientar a discussão proposta pela autora quanto às balizas para a honra masculina, comparadas aos pontos de apoio para a honra feminina, pois esses aspectos condizem com os fundamentos dessa pesquisa.

---

<sup>42</sup> As terminologias utilizadas pelo IBGE (2004) são: “aglomerado subnormal” para favelas, “sem teto” para moradores de rua, “cômodos” para cortiços ou “domicílio improvisado” para “mocós”.

Na verdade, Fonseca (2000 p. 27 a 33 e 133 a 164) vai demonstrar que, para a imagem pública do homem existem vários pontos de apoio, enquanto para as mulheres haveria somente um: o orgulho da maternidade associado à eficiência no lar (“ela deve ser uma mãe devotada e uma dona de casa eficiente” p. 131).

Entre os aspectos, salientados pela autora, que podem definir a honra masculina aparecem: a virilidade (ligada à procriação); a força física; a influência na família ligada ao controle da sexualidade das esposas/companheiras e das filhas<sup>43</sup>; o respeito entre os “fortes” na hierarquia; status ou poder vinculado à atividade comunitária (igreja, associação de moradores), ao comércio formal ou informal, ao uso de armas de fogo, ao envolvimento com o tráfico, como mencionado anteriormente.

### 3.3.2. Como se dá o acesso ao serviço

Para as equipes de saúde mental, o modelo de atenção se efetiva, quando uma concepção do *conceito de acolhimento* pode ser elaborada.

O acolhimento é toda ação que antecede o atendimento propriamente dito, é a forma de receber a população de usuários cadastrados em um serviço de saúde e orientar cada um dentro da rede pública de saúde, conforme sua necessidade. Assim, o processo de acolhimento **começa** no acesso ao serviço. Começa quando “alguém” escuta a demanda de atendimento.

---

<sup>43</sup> A autora refere estudos antropológicos na região mediterrânea que definem o prestígio e o poder dos indivíduos como dependendo, em grande medida, do controle familiar da sexualidade feminina. (Fonseca, 2000, p. 135).

Nesse caso, pode iniciar com a marcação da consulta médica e com uma “queixa”, a qual será traduzida em jargão médico (diagnóstico clínico) e transcrita para um documento padronizado, chamado de DRCR (“documento de referência e contra-referência”).

Observa-se que o primeiro contato do usuário-paciente dá-se em consulta médica individual e pode resultar no seu encaminhamento para a saúde mental, mais especificamente para o atendimento psicológico. Então, a primeira orientação na rede seria, metaforicamente falando, como se o paciente recebesse *um mapa* indicando o caminho a ser percorrido: *“você vai até aquela mesa, apresenta este documento e aguarda até sua consulta ser agendada na psicologia”*.

Quando o usuário apresenta o documento diante da pessoa responsável, é imediatamente informado que deverá checar semanalmente numa grade de distribuição de consultas especializadas, se o seu nome consta para atendimento, em qual local e em que data será a consulta solicitada.

Passado algum tempo, tendo em mãos novamente o mesmo DRCR, agora com o campo de marcação preenchido, ou seja, o local, o nome do profissional, sua especialidade, a data, a hora e a sala para a consulta, o paciente é informado que, em se tratando de saúde mental, o primeiro atendimento poderá ser realizado através de um Grupo com outros pacientes e respeitando a faixa de idade.

É importante esclarecer que esse primeiro atendimento em saúde mental poderá ser agendado em **consulta individual**, a critério do médico ou por solicitação do paciente. Entretanto, o objetivo desse primeiro contato é apenas definir a modalidade de tratamento, informar sobre o funcionamento da equipe e estabelecer as prioridades de ingresso, caso a caso.

As modalidades de tratamento incluem as psicoterapias individuais; o tratamento psiquiátrico e medicamentoso; as psicoterapias em grupo por faixa etária; os grupos de convivência ou oficinas terapêuticas; os grupos de apoio e orientação a pais e cuidadores, terapia focal e terapia de família.

Da mesma forma, pode-se falar em modalidades de acolhimento, já que se definem duas possibilidades: o acolhimento em grupo que será esmiuçado a seguir e o acolhimento individual que, segundo os critérios de trabalho da equipe, irá se destinar aos casos de pacientes egressos de internação, encaminhados por outras equipes de saúde mental (incluindo os serviços especializados CAIS, Casa Harmonia, Pro-Jovem, CRAE), ou referenciados pelo Plantão de Emergência em Saúde Mental e outras situações avaliadas em interconsulta<sup>44</sup>.

Para essa investigação priorizamos a descrição do acolhimento em grupo.

A chegada no grupo parece normal. Muitos usuários (moradores da região) já sabem que tem um movimento de pessoas que entram na sala da psicologia todos juntos; muitos já conversaram com alguém que passou por essa experiência; outros demonstram curiosidade e, ao mesmo tempo, estranhamento com relação a esse tipo de atendimento. Mas na hora de viver essa experiência não é fácil e, por vezes, vence o estranhamento.

Por que o grupo provoca situações como essa?

Porque nenhum grupo é igual, não se pode prever o que vai acontecer. Cada agrupamento é único e “o encontro”, portanto, imprevisível.

---

<sup>44</sup> Atuação dos profissionais de Saúde Mental para avaliar e indicar um tratamento aos pacientes que estão sob os cuidados de outros especialistas ou na rede de atenção básica. Na Gerência Distrital estão organizados cinco grupos de interconsulta para as USs e PSFs com reuniões mensais.

Por esse motivo, a noção de acolhimento em saúde mental tem um sentido muito importante, na medida em que o modo de escutar os pacientes, novatos para esse tipo de tratamento, produz, de imediato, uma diferença com relação ao modelo clínico tradicional.

Ou seja, optar em acolher os pacientes em grupos por faixa etária, provoca um descompasso entre a demanda explicitada e a necessidade oculta, entre discurso e desejo, entre alienação imaginária e engajamento simbólico. Há uma diferença essencial entre a prática clínica tradicional, onde a fala-queixa do paciente é traduzida em discurso-diagnóstico para encontrar uma solução-remédio, e esse outro momento onde há um “encontro”. Encontro de pessoas, de histórias, de experiências, de silêncios e de falas.

Na modalidade de acolhimento em grupo faz-se necessária uma abertura subjetiva, que consiste em uma disponibilidade para outras escutas, abertura para outros sentidos e significações, para outros olhares e experiências. A alteridade, mediada pelo grupo, pode conduzir até uma “familiaridade”, porque entre os habitantes das comunidades locais pode haver uma certa proximidade relativa aos traços de identificação: desde os acontecimentos e experiências partilhadas entre os habitantes do lugar, até os traços culturais comuns, que perpassam o uso da linguagem, os signos, os valores éticos, estéticos, religiosos.

O grupo pode desalienar também os profissionais que o coordenam, porque – no grupo – aparecem mais facilmente as referências locais, o hibridismo cultural, os valores compartilhados.

As “falas” no grupo são exemplos do que pode ser repetido por diferentes sujeitos. Entretanto, quando algo da história desses sujeitos é escutado, algo do

encadeamento entre tempo e espaço, que pode ser relativo a ocupar um lugar, falar e ser falado, pertencer a um grupo, família, comunidade, então é possível notar a forma singular que as falas podem assumir *na* linguagem.

### 3.3.3. O Grupo de Acolhimento em Saúde Mental para adolescentes

O acolhimento em grupo para adolescentes parte de três princípios: o processo grupal, o momento de escutar e o momento de falar.

A processualidade do grupo tem a ver com sua dinâmica que é única para cada formação. Quantos vão participar, de onde vêm, quantos estão acompanhados, como chegaram, a troca de olhares no corredor (a dinâmica da sala de espera), o momento de entrar, os códigos silenciosos e os preceitos da “indiferença civil”<sup>45</sup>, até que a porta se fecha e um grupo vai começar. A partir daí um espaço é criado como heterotopia<sup>46</sup>: de repente, naquela sala, entre estranhos, pode abrir-se a possibilidade de um outro convívio, com outros preceitos, com novas combinações como um faz-de-conta. Um certo número de pessoas vai conversar, estabelecer seus próprios limites para dizeres e emoções, compartilhar suas visões de mundo e seus sofrimentos durante cerca de 90 minutos.

---

<sup>45</sup> Giddens (2002) refere a necessidade das populações urbanas desenvolverem estratégias de convívio nos espaços públicos, sem efetivar interação.

<sup>46</sup> Foucault ([1966]1999) apresenta a noção de outro espaço, um espaço dimensionado pela imaginação individual ou coletiva, que inventa uma outra sintaxe (não-linear), uma outra ordem, que é pura desordem e diversidade sem possibilidade de um ordenamento ou síntese: cada “palavra” ou “coisa” ocupa um lugar exclusivo e único, sem que se possa estabelecer uma classe ou mesmo uma hierarquia.

O momento de escutar é um tempo de espera. Significa, para cada um, a espera da sua vez de falar e essa espera não está determinada, porque cada um precipita-se na fala a partir das suas possibilidades de “inclusão”, de implicação<sup>47</sup>, de enunciação e, portanto, de “escuta”. Trata-se da disponibilidade interna de cada um e, em especial, dos terapeutas coordenadores. Lúcia Ozório (2001) trabalha um conceito especialmente caro no que se pode julgar ser tal disponibilidade: “a sensibilidade etnológica”. A autora diferencia “os profissionais de saúde” dos “trabalhadores de saúde”, na medida em que estes fazem uma aliança com a práxis, através do “exercício de uma sensibilidade etnológica, que presta atenção aos modos de agir dos seus moradores”.

Para os participantes do grupo, o momento de escutar é uma espécie de momento de aprender. Uma aprendizagem quanto à ocupação de um lugar perante o “trabalhador de saúde” e também perante os pares (seus “iguais” na multiplicidade). Pode-se dizer que quanto mais rápida é a aprendizagem, menor é a escuta, porque o que todos estão aprendendo é a invenção de um espaço, onde os preceitos e códigos de convívio – por uma fração de tempo – parecem se reconfigurar podendo dar margem às mudanças.

Quando se aprende muito rápido é porque se reproduz e repete-se um fazer ou um saber, sem experimentar outros.

O processo do “vir-a-ser” próprio da adolescência, como processo de um sujeito “inacabado”, pode ser algo bastante interessante nesse momento de escuta e,

---

<sup>47</sup> Ozório (2003) apresenta o conceito de implicação como uma noção de pertencimento: o que fazemos e o que somos como dimensões indissociáveis do viver.

portanto, na invenção desse espaço, como espaço para o exercício dessa aprendizagem, ou seja:

- Aprender a ser outro e passar a ocupar um outro lugar no discurso da mãe, no discurso familiar, no discurso da lei, no discurso médico, no discurso da escola, desprendendo-se das suas determinações.

Por fim, o momento de fala, do dizer sobre o motivo que trouxe cada um até o acolhimento em saúde mental.

Em geral, nas consultas individuais, fala-se em queixa do paciente, mas aqui o que era queixa dá lugar à outra coisa. Parecem ensaios de um dizer que não se esgota, porque se espelha nos viveres múltiplos que são desvelados. Cada experiência que é narrada traz para dentro da sala (desse espaço em configuração) um pouco da realidade, dos traços coletivos em cada discurso “individual”, dos elementos da realidade social que são compartilhados. Por isso, o que suscita em cada um é o precipitar-se na fala, porque se vêem implicados, incluídos. As condições de implicação não são só da ordem desse espelhamento coletivo. Há outras implicações que tocam o sentimento de pertencer e interrogam esses sujeitos desde suas origens, crenças e valores. Deleuze e Guattari (apud Lúcia Ozório, 2003) contrapõem aliança e filiação: enquanto a filiação “é da ordem do imaginário, das correspondências, dos caracteres, dos modelos, das cópias, das descendências...”, a aliança é feita entre heterogêneos, através de uma “evolução comunicativa e contagiosa”, sem propor uma identificação, uma imitação ou homogeneidade.

No grupo, há uma suposição de que todos estão escutando. Entretanto, falar na presença de outras pessoas, nem sempre significa “ser escutado”, mas essa presença poderia evocar a semelhança com “falar diante de testemunhas”. Essa suposição pode

facilitar ou constranger o momento de fala de cada um: como dizer em grupo o que vieram dizer para o “doutor”(?), como evitar de dizê-lo (?) A contingência do grupo, o imprevisível, é o que lança cada sujeito na reinvenção do dizer, no “ter que dizer de outro modo” e, assim, encontrar as condições de enunciação e o exercício de sua singularidade.

### **3.3.4. Relato de uma experiência de acolhimento em grupo**

Enfim, como quarto e último item desse tópico, acrescentamos ainda o relato vivo de uma experiência, a partir do acesso à saúde desde o nível primário, por uma adolescente que foi acolhida e atendida em nível secundário, pela Equipe de Saúde Mental em questão. A história dessa adolescente, a quem se deu o nome de Juliana, constituiu-se no principal motivo para o empreendimento e a efetivação dessa pesquisa. O relato começa com a sua chegada para atendimento no serviço (Equipe de Saúde Mental).

#### **3.3.4.1. Juliana**

Em primeiro lugar, “o problema” de Juliana fora descrito no DRCR, pela médica-pediatra, como “conflito familiar e *falta* de limite”.

Entretanto, na entrevista com a mãe aparecem outros significantes, a partir da forma como seu comportamento é visto e interpretado na família. Sua mãe, interpretando o que foi dito pela “Doutora”, diz: “*fora de limite*”.

Assim, aos doze anos, Juliana trouxe uma questão, que se apresenta como um enigma proferido pela mãe, dando sinais de que talvez seu processo “adolescente” tenha alguma relação com estar buscando algo “fora” do limite (da família?).

A primeira interrogação que se coloca é a seguinte:

- Seria isso algo tão incongruente ou inaceitável do ponto de vista da experiência “adolescente”?

As palavras, aparentemente revestidas com jargões e chavões, aparentemente banais e repetitivas, principalmente em se tratando de queixas maternas a respeito dos filhos(as) adolescentes e pré-adolescentes, deveriam ser capturadas também de forma enigmática.

Uma segunda interrogação sobre esse caso poderia ser:

- Por quê, para essa mãe, sua filha estaria “fora de limite”?

A mãe de Juliana completa o seu raciocínio dizendo: “Daí, eu tenho que bater nela”.

A questão toda é apostar na singularidade dessa experiência e em outras coisas que possam estar acontecendo com Juliana no espaço e no lugar que sua mãe lhe supõe: um espaço “fora de limite”. O “dito” materno demonstra contradição, parece incoerente que seja possível definir “o fora”, sem que primeiro se defina “o limite”. Assim, se não há “o limite”, a borda, não há também o lado de “fora”.

Juliana gravita num espaço “sem lugar”, por isso sua mãe revela outras coisas que estão acontecendo: “ela não consegue dormir, fica agitada à noite (...) fala que tem vontade de morrer (...) às vezes chora o dia inteiro, porque ela acha que ninguém gosta dela (...)”.

Quando Juliana comparece ao segundo encontro em grupo, dessa vez, sem a presença da sua mãe, ela pode falar em nome próprio, diante de outros jovens. Fala do seu pai: “de segunda à quinta não incomoda, mas na sexta recebe e compra bebida”. Fala que seu pai bate em sua mãe: “eles sempre se pegaram no pau”; que sua mãe “se defende até com faca”, que “ela quer se separar dele, porque ele bebe e incomoda muito dentro de casa”. Mais adiante, falando dela mesma diz: “Se eu incomodo a mãe, daí ela vem se botar em mim, quer me bater. Ela me bate todo dia”. Imediatamente, já se percebe a semelhança entre Juliana e seu pai, relativa ao lugar que ocupam para a mãe. Ela diz que não incomoda o pai, porque “ele trabalha e chega tarde (...)”. Depois conta: “tudo começou porque um guri mais velho, de 17 anos, gostava de mim, mas minha mãe não deixou eu namorar com ele(...)”.

Juliana conta que já teve um outro namoro escondido da sua mãe. Conta que sua irmã é “uma peste”, “tem muito ódio” dela e sempre “faz intrigas”: “ela fala pra toda a vila” que Juliana não é mais virgem. Juliana menstrua desde os 11 anos, e sua mãe vive dizendo que ela “já se entrega pros guris e que vai pegar barriga”. Juliana chora, “se ofende”, não quer ouvir os palavrões que a irmã e a mãe lhe dizem.

Passado algum tempo, agora com Juliana em tratamento psicológico individual, o ambiente doméstico de desrespeito, violência, ameaça e violação de direitos se intensifica e extrapola os limites domiciliares. A família de Juliana encena nas ruas da sua comunidade, o desespero de estar “fora de limite”. E a intrigante frase da mãe para

se referir à filha passa a fazer sentido para além do espaço doméstico: uma família “fora de limite”.

Um dos pontos desse desespero: a perda da virgindade da filha. A indignação familiar em torno da vida sexual de Juliana é algo arrebatador que toma proporções passionais e dramáticas.

Juliana vinha às consultas para contar as cenas familiares cada vez mais hostis em relação a ela. Sua mãe queria obrigá-la a “casar”. Ameaçava o seu namorado e todos os familiares dele, dizendo que o rapaz abusara da sua filha e que agora deveria levá-la para morar com ele. Na comunidade onde mora, assim como nas falas da mãe, “casar” tem esse significado: o rapaz tem o dever de “construir uma peça” e levar a moça para morar com ele.

Tudo é muito dramático, porque Juliana coloca em ato uma espécie de *morte anunciada*, da seguinte forma: Juliana vem construir uma cena sexual, a qual vinha sendo exaustivamente “anunciada” e antecipada pela mãe e também por sua irmã mais velha, desde os meses que antecederam seu décimo segundo aniversário. Assim, seu ato não se constituiu em nome próprio, ele veio dar lugar à mãe e à irmã no arranjo fantasmático de uma cena, que configura uma posição feminina sobredeterminada também pela comunidade e pela cultura, na medida em que Juliana “se entregou” e agora “não é mais moça”, passando ao estatuto de “mulher desfrutável” e vindo a incomodar a posição das outras mulheres, principalmente se ela não se casar.

Juliana realiza (antecipadamente?) o que parece ser o destino de todas as meninas-moças, mas ao mesmo tempo deflagra que o desejo de governar a sexualidade feminina é exercido veementemente pelas próprias mulheres. Os homens (quando pais ou chefes de família) exercem mecanismos de controle da sexualidade

das esposas / companheiras e das filhas, somente quando conseguem ocupar um lugar de provedor (Fonseca, 2000).

Avaliando os contextos concretos de vida das classes populares, Fonseca (2000) irá argumentar que é muito simplificado atribuir a uma “masculinidade hegemônica” os efeitos desse controle sobre a vida sexual feminina, já que se tornam cada vez mais evidentes as inúmeras formas de fragilidade da figura masculina, seja por sua ausência nas tantas famílias “chefiadas” pelas mulheres, seja por sua recorrente impossibilidade de ocupar o lugar de “provedor” da casa, pela falta de emprego ou de condições para algum tipo de trabalho. No caso de Juliana, o seu pai está numa posição bastante desvalorizada, devido ao abuso de álcool e também à violência em relação a sua própria esposa.

Por outro lado, uma outra cena que vem compor o quadro dessa desordem familiar, desvela-se sob o arrebatamento por assim dizer dos afetos, o que poderia sugerir algo parecido com a “devastação entre mãe e filha”, referida por Lacan (citado por Chatel, 1995, p. 48) e que, para Chatel (1995), é particular da fase adolescente.

A autora escreve:

“ter atravessado a devastação durante os anos da adolescência assegura a uma mulher chances de se tornar mãe sem esbarrar nos efeitos devastadores do ‘gozo da mãe’” (p. 49).

Segundo Chatel (1995), os estados de cólera e de destempero que mãe e filha conhecem na devastação escapam à medida fálica, pois têm sua origem no excesso

de proximidade, na paixão de exclusividade amorosa, designada pelo termo “gozo da mãe”.

Rassial (1999) vai referir uma questão feminina importante no período da adolescência, que tem relação com a reatualização da Mãe primordial e arcaica, renunciada no ingresso da fase edípica e que reaparece como modelo identificatório: “os impasses pré-edípicos estão, para a adolescente, na ordem do dia”, escreve Rassial.

Juliana, atualmente, não está em atendimento na equipe. O tratamento extinguiu após 18 meses e algumas intervenções familiares. Sua mãe foi encaminhada para acompanhamento em CAPs e a família cumpre medida de proteção junto ao Conselho Tutelar.

A partir dessa experiência no atendimento de Juliana foi possível perceber a importância de dar destaque às formas de simbolização que as adolescentes do meio urbano popular podem engendrar para uma elaboração das cenas vividas e quais elementos culturais estão disponíveis para refazer percursos e reinvestir objetos.

Por esse motivo, a próxima etapa de investigação consiste em uma tentativa de demonstrar as possibilidades de tais elaborações, através das produções culturais na adolescência.

Quando se conceitua a adolescência faz-se necessário ter em mente sobre o que exatamente se busca: a adolescência como processo psíquico<sup>48</sup>; o sujeito adolescente; a significação social ou a adolescência na cultura; a fase ou etapa de desenvolvimento. Dessa forma, e de acordo com Melman (1997), poderíamos pensar

---

<sup>48</sup> Ver nota de rodapé número dez, página 32.

em um estatuto subjetivo, um estatuto social e histórico, e um estatuto biológico e pubertário para a adolescência.

O que se quer salientar no próximo capítulo é o processo da adolescência como a necessidade de se reconciliar com os símbolos, para além do “brincar” infantil: com desenhos, com contação de histórias, com produções de Rap.

Quais variações do brincar podem ser elaboradas pelo adolescente? Quais seriam as novas formas lúdicas a serem apropriadas para mediar os acontecimentos e as contingências da vida?

Winnicott (1978) busca produzir diferenças para o que ele denomina genericamente de “três áreas da vida”: uma área consistiria na vida dos afetos, das relações ou “a vida no mundo”; outra seria a “vida interior” ou realidade psíquica e uma terceira área seria a “experiência cultural”. Esta “terceira vida” é “realidade compartilhada” e também “viver de maneira criadora”, portanto compreenderia tanto o jogo e a atividade lúdica, quanto as artes, os mitos históricos, as ciências, as instituições sociais e a religião.

Para esse autor, a experiência cultural seria um desenvolvimento do conceito de “fenômeno transicional”. Esta experiência é o que nos torna humanos, porque permite uma diversidade e uma riqueza infinitas, tendo sua origem no espaço potencial entre a criança e sua mãe.

Esse espaço transicional de Winnicott, feito das ausências da mãe e das possibilidades da criança de restaurar fragmentos da sua presença, de alguma forma se aproxima do que se pode encontrar nas *experiências culturais* dos adolescentes?

#### 4. HISTÓRIAS E FICÇÕES DE ADOLESCENTES

Neste capítulo, dois tipos de produções, realizadas por adolescentes em atendimento psicológico na rede pública, foram trabalhadas. Primeiro, a experiência de contar uma história em espaço individual de consulta, a partir da produção gráfica de um desenho e a construção de um personagem. Em segundo lugar, apresenta-se uma experiência coletiva, com a produção de versos escritos, a partir de uma Oficina de Rap proposta como atividade em um Grupo Terapêutico para adolescentes.

No tópico 4.1, portanto, foram trabalhadas três histórias contadas por adolescentes do sexo feminino, menores de 14 anos, que se encontram em etapa de iniciação sexual. As histórias foram construídas oralmente, em consulta individual, para dar significado às suas produções gráficas (desenhos).

No tópico 4.2, uma experiência coletiva é apresentada, a partir da realização de uma oficina de Rap, em um grupo terapêutico para adolescentes entre 14 e 16 anos, a qual tornou possível a escrita de versos de rap. Considerar-se-á, para a análise, somente a produção escrita de três adolescentes do sexo feminino participantes da atividade, mas para demonstrar a diferença nas temáticas trabalhadas optou-se em inserir a produção dos quatro rapazes participantes do mesmo grupo, no Apêndice C.

Além do relato de cada “história contada” e de cada “verso escrito” pelas adolescentes participantes, examina-se elementos biográficos e fragmentos da sua “história clínica”, lembrando que todo esse material teve origem no processo de Acolhimento em Grupo para Adolescentes (ver capítulo três, tópico 3.3.2) e durante o

percurso de atendimento de cada uma em consultas individuais e na formação de Grupos Terapêuticos. Um resumo da análise de conteúdo encontra-se no Apêndice D.

#### 4.1. HISTÓRIAS CONTADAS

As experiências apresentadas a seguir compuseram alguns atendimentos individuais com três “pré-adolescentes” do sexo feminino, que tiveram como propósito a construção de uma narrativa ficcional, a partir da criação de um personagem ancorado imaginariamente na produção gráfica de um desenho da figura humana. Esse recurso, a criação do desenho durante as entrevistas iniciais, será explicitado a seguir e a intenção ao utilizar essa forma de expressão foi auxiliar as adolescentes no processo de simbolização, valorizando a experiência criadora e ficcional como uma forma de elaboração psíquica.

Entende-se que a produção gráfica (o desenho) vem ocupar um lugar importante no processo de construção do relato de cada atendimento, porque imprime a necessária particularidade a cada adolescente estudada.

Fedida (1992) escreve:

“O desenho de um rosto tem menos a ver com a aptidão de um traço para representar o que a vista recebeu, do que com o poder das palavras de engendrar este rosto (...) o desenho mantém uma afinidade bastante estranha com a linguagem, pois possui o poder de fazê-la entrar em crise, no abandono da banalidade”. (p.15)

O autor afirma que o desenho requer despojamento e ruptura com a lógica das representações e pode capturar, pela sua estranheza, algo do princípio da linguagem, como a singularidade irreduzível das figuras em sonho.

Nas experiências relatadas nesse tópico, toma-se a perspectiva da palavra e da elaboração discursiva, prescindindo da escrita própria de cada adolescente, pois nos contextos em que vivem e nas suas aprendizagens escolares, a capacidade de escrita é bastante limitada.

Dessa forma, e também pensando em marcar uma diferença quanto às solicitações escolares e atividades com caráter avaliativo, propôs-se às adolescentes que falassem sobre a sua produção gráfica (o desenho) como se a figura humana desenhada fosse um personagem, representando um “papel” dentro de uma “história contada”, de uma história inventada por elas.

É importante ressaltar que os resultados que se apresentam mais adiante dependeram de um exercício, onde outros papéis compunham a cena: às adolescentes cabia o “papel de autora e narradora” da história, à psicóloga cabia o “papel de escriba”, e assim os registros que eram escritos das histórias contadas podiam ser lidos e revisados pelas adolescentes-autoras.

Portanto, outro ponto a esclarecer é de que as histórias foram transcritas em consulta psicológica e, muitas vezes, não mantêm a linguagem coloquial e não correspondem literalmente à fala das pacientes, na medida em que - na maior parte do tempo – os registros respeitaram as formas gramaticais. Entretanto, manteve-se “gírias” e vocabulários específicos, sempre que apareceram nas narrativas.<sup>49</sup>

---

<sup>49</sup> Cabe salientar que pela riqueza desse vocabulário, colocou-se em anexo (Apêndice B) um glossário organizado pelos próprios adolescentes e denominado por eles “dicionário de gírias”.

No decorrer do texto das narrativas (das histórias contadas) mantém-se aspas, com a finalidade de demarcar passagens entre as intervenções da psicóloga e a “contação” das adolescentes. Entretanto, como já foi destacado, manteve-se a expressão do conteúdo e não as “falas” na sua íntegra.

As adolescentes foram escolhidas seguindo alguns critérios que visam preservar sua privacidade e celebrar o compromisso de confidencialidade que envolve a prática clínica. Portanto, o material analisado neste capítulo provém dos registros feitos em consulta psicológica, os quais são retrospectivos – porque as adolescentes não estão mais em atendimento – e, além disso, são apresentados de forma descaracterizada, com nomes<sup>50</sup> e lugares fictícios, ocultando datas ou qualquer outra particularidade que possa comprometer o anonimato das mesmas. No momento das entrevistas, as adolescentes eram menores de 14 anos e maiores de 11 anos.

Organizou-se esse tópico da seguinte forma: inicia com a caracterização dessa fase antecipatória dos processos adolescentes, buscando antever uma associação entre mudanças pubertárias, desadaptação da latência e reconfiguração dos modos de ser e do lugar no espaço familiar e social; depois se descreve a utilização do desenho como recurso para a construção da narrativa (na medida em que é comum às três entrevistas) e, em seguida, utiliza-se tópicos individuais, onde se descreve brevemente o contexto familiar de cada adolescente, seguido por uma cópia dos desenhos produzidos, depois os registros da sua narrativa sobre o desenho, e, por fim, a análise de conteúdo.

---

<sup>50</sup> Todos os nomes relativos aos personagens que aparecem nas histórias que elas criaram, bem como lugares referidos, quando não-fictícios, foram substituídos.

É preciso salientar ainda que os desenhos vêm compor o relato, com o intuito de enriquecer a análise de conteúdo das narrativas e não foram alvo, em nenhum momento, incluindo o espaço terapêutico individual, de qualquer tipo de avaliação ou teste com finalidade diagnóstica, nem tampouco foram utilizados como técnica de pesquisa ou procedimento para coleta de dados.

#### **4.1.1. Da Latência à Adolescência**

O termo *latência* é utilizado por Freud ([1905]1981) como um período da infância (entre os cinco e os 12 anos), onde “os impulsos sexuais em gérmen” vão sucumbindo a uma repressão progressiva, total ou parcialmente, a partir de sua canalização à maneira de um *dique*. Para o autor, tal estrutura (dique) se constitui como obra da educação.

Essencialmente, nesse texto, Freud é enigmático e afirma que sobre as leis e períodos desse processo evolutivo “oscilante” não se conhece nada com segurança, pois pode ser interrompido pelos próprios avanços do desenvolvimento sexual (eclosão da puberdade) ou detido por particularidades individuais.

Ruffino (2003) conceitua a latência como um processo situado entre a finalização do complexo de Édipo e a emergência da puberdade, estando prioritariamente articulado à sexualidade. O autor faz referência ao termo “incubação” para definir que a “latência do sentido sexual” não se dá necessariamente sobre a presença ou exercício

da sexualidade, mas para manter em suspensão (incubado) o laço sexual que se dirigia, na criança, ao Outro sexo<sup>51</sup>.

Citando Ruffino:

“Conseqüentemente, não se trata então, na latência, de nenhum apagamento nem do sexual e nem do Outro; trata-se de que o sexual não estará vetorizado para o Outro, isto é, (...) o que permanece em estado de latência é a vetorização, que reenlaça o sexual ao Outro no desejo, a qual fica à espera de uma futura operação – a da puberdade – para redespertar”.(2003, p. 82)

Sobre esse outro momento, a puberdade, Ruffino (2003) será categórico ao afirmar que é o Real<sup>52</sup> que inaugura a adolescência. Esse Real que é feito de todas as transformações orgânicas (mudanças nos níveis hormonais, crescimento) e as novas aquisições do desenvolvimento, que se costuma chamar “características sexuais secundárias”: desde os brotos mamários, pilosidade, oleosidade, até a maturação das células germinativas (ovários; testículos).

São essas determinações referentes às mudanças corporais que fazem alguns autores se referirem ao “luto do corpo infantil” e a traduzir seus efeitos como o início do processo de constituição subjetiva que se dá na adolescência.

“A perda que o adolescente deve aceitar ao fazer o luto pelo corpo é dupla: a de seu corpo de criança, quando caracteres sexuais secundários colocam-no ante a evidência de seu novo status e o aparecimento da menstruação na menina e do sêmen no menino, que lhes impõe o testemunho da determinação sexual e

---

<sup>51</sup> Para Rassial (1999) esse “O” maiúsculo serve para diferenciar do “outro” como semelhante, porque está definindo uma figura ideal que pertence ao sexo oposto. Figura essa que os pais encarnaram na fase edípica: o Outro absoluto.

<sup>52</sup> Lacan (1995) estabeleceu três registros para o funcionamento do aparelho psíquico: o real, o simbólico e o imaginário.

do papel que terão de assumir, não só na união com o parceiro, mas também na procriação.” (Aberastury, A. & Knobel, M., 1981, p. 14)

Segundo Ruffino (2003), as transformações da puberdade recorrem a um processo de simbolização que constitui *o adolescer* e chama de “operação da adolescência” a função que irá tratar o real (da puberdade) através do simbólico. Dessa forma, a adolescência deve à latência e ao seu capital de saber paterno ampliado pela pulsão de curiosidade ao saber, os recursos dos quais venha a dispor. No sujeito sob latência, esse autor irá referir que “o mistério inquietante do sexual que o habita reduz-se à hegemonia das pulsões de conservação do Eu”. (p. 81).

Tentando sintetizar um pouco essas aproximações teóricas, pode-se dizer que a psicanálise aborda o processo da adolescência a partir de três noções: a noção de “luto” (Freud,[1905]1981; Aberastury, 1981; Rassial, 1997) seja pelos pais da infância, pela própria infância, ou pela perda do corpo infantil; a noção de “encontro com o sexo” (Lacan,[1964]1988; Rassial, 1997; Costa, 2001) e a noção de trabalho psíquico<sup>53</sup> (Rassial, 1997 e 1999; Ruffino 1995 e 2003) para a constituição subjetiva.

A hipótese de Rassial (1997) é de que a “passagem adolescente” tem a ver com a necessidade, para qualquer adolescente, de realizar - a posteriori - uma série de operações fundadoras do desenvolvimento emocional infantil constituindo, dessa forma, um trabalho psíquico. Por exemplo, o adolescente deve se ressituar imaginariamente no desejo do outro, apropriando-se do olhar e da voz como objetos parciais atribuídos à mãe.

---

<sup>53</sup> Ver nota número 10, página 32.

Para Rassial (1997 e 1999), o adolescente se apropria do olhar e da voz que vêm da mãe na experiência do Estádio do Espelho (Lacan, [1936]1981). A imagem da criança no espelho, no período de seis a dezoito meses, se constitui como imagem formadora e ao mesmo tempo alienante do “eu”, na medida em que estará ancorada pela presença do outro. Dessa experiência, Lacan depreende o registro do imaginário<sup>54</sup>, como o lugar da **identificação** e de todos os processos de constituição do “eu”.

O autor irá delimitar a função desses objetos *a*, no processo de redistribuição pulsional da adolescência, a partir da diferença sexual, onde à posição feminina caberia a pulsão escópica (“o olhar”), enquanto à masculina, a pulsão invocante (“a voz”). Esses aspectos serão retomados nas análises.

Rassial (1997) defende a hipótese de que na crise adolescente, ou “passagem adolescente”, o sujeito vivencia o intervalo entre a *privação* do ato sexual e a *castração* simbólica. A privação do ato sexual é imposta na infância e consolidada na latência graças à promessa do seu advir num tempo de crescimento, enquanto a castração simbólica em relação ao ato sexual é o momento em que este ato vem se desvelar como insuficiente e insatisfatório.

Assim, o adolescente descobre que a satisfação genital é também uma satisfação parcial, pois não assegura um gozo total, gozo absoluto renunciado na infância e impossível de ser reencontrado.

O autor refere-se à possibilidade do ato sexual como jogo de semelhanças com os pais: *repetição* da cena primária<sup>55</sup> e *reprodução* como ingresso na cadeia geracional. Argumenta que o comportamento paradoxal dos adolescentes deve ser visto como

---

<sup>54</sup> Ver nota número 52.

<sup>55</sup> A cena primária seria o ato sexual entre os pais presenciado ou fantasiado pela criança.

“ensaio” da operação subjetiva que o adolescente precisa realizar para suturar o hiato entre repetição e reprodução. Entretanto, tal ensaio pode vir a ter como resultado o engajamento precoce na paternidade e na maternidade.

Essa noção de “ensaio” (Rassial, 1997) é importante na medida em que estabelece um comportamento próprio ao adolescente de buscar seu valor no laço social através dos seus atos. Atos esses que estariam, portanto, a serviço dessa “operação subjetiva” de realizar um laço simbólico.

#### **4.1.2. Como se Utiliza o Recurso do Desenho para a Construção da Narrativa**

Desenhar é um exercício que requer, para além das habilidades motoras, domínio simbólico e desprendimento das representações, ao mesmo tempo.

Como um signo gráfico, o desenho vai reproduzir algumas propriedades do objeto representado, baseado em códigos de reconhecimento convencionais (Eco, 1988).

Por esse motivo, o desenho é dominado pela imagem convencional, mesmo que uma convenção gráfica exprima-se num sistema de relações que não reproduz de modo algum a realidade visível.

Entretanto, sua particularidade reside na expressão única que pode obter no momento em que é feito.

Para Fédida (1992), o desenho pode resgatar algo semelhante à atividade poética, onde a metáfora que recai sobre as palavras faz “ver, sentir e tocar”.

O desenho é sempre um projeto enigmático e sua metáfora coloca-se atrás das linhas e traços que lhe dão forma.

Se o poeta é sempre “aquele que deixa o desenho das coisas recolher-se na escritura das palavras ao sair do sono em que a fala cotidiana da língua as mantém” (Fédida 1992, p.16), o desenho pode ser esse enigma ou questão que singulariza e dá lugar à fala, como insistência ou ambigüidade, libertando seus sentidos e também sua essência.

Utilizou-se o recurso do desenho seguindo mais ou menos um percurso até a construção da história. Esse percurso foi sistematizado, de modo especial para esse relato de pesquisa, a partir de quatro passos:

1. O primeiro passo consiste em sugerir, durante consulta individual, que a adolescente desenhe uma pessoa de corpo inteiro, com as características físicas que escolher e de acordo com as suas possibilidades de desenhar. Destaca-se que o objetivo não é avaliar a sua capacidade de desenhar ou de realizar um desenho “bonito”, porque cada pessoa tem o seu jeito de fazer as coisas.
2. Após a conclusão do desenho, o segundo passo é solicitar que a paciente possa descrever o que desenhou. A paciente é convidada a dar um significado para o resultado da sua produção e, portanto, a implicar-se com as escolhas feitas: trata-se de uma criança, jovem ou adulto (?) – questão que toca no problema das gerações; do sexo masculino ou feminino (?) – questão que toca na diferença sexual.

3. Depois disso, o terceiro passo é solicitar ainda que a paciente possa desenhar, numa outra folha, o “outro sexo”. Sempre levando em conta as suas condições singulares para realizar a tarefa (o desenho).
4. O quarto passo envolve mais uma escolha. Em relação aos dois desenhos, qual ela escolheria para construir uma história. Explica-se que ela não terá que escrever, que ela vai inventar um personagem e contar a história dele. Esta história vai sendo registrada, na medida em que ela vai contando. Depois, ainda é possível ler a história registrada e ver se está de acordo com a sua narrativa.

#### **4.1.3. “Renata” (12 anos)**

##### 4.1.3.1. Uma breve descrição do contexto familiar:

Essa adolescente, aos doze anos, residia com os avós maternos em uma comunidade carente. Os avós assumiram seu cuidado e guarda desde seus 3 meses de idade. Seu avô era aposentado por trombose há 20 anos e sua avó era costureira em casa. Ela fora criada por eles, porque seus pais tiveram muitos problemas, enquanto moraram juntos. Sua avó lhe contou que o pai bebia e batia na sua mãe, até que um dia eles se separaram. Quando iniciou o atendimento, freqüentava a quarta série de uma escola local, de onde foi encaminhada por “baixo rendimento”. A avó referia “problema na cabeça”, como o motivo dela “não aprender direito”. Nessa época, o pai ainda tinha problemas com o uso de álcool, tinha outra família com três filhos e um contato esporádico com ela, apesar de morar muito próximo. Sua mãe também residia

nas proximidades com outro companheiro, mas nunca quis assumir uma convivência com a filha. Na casa da avó, a adolescente, a quem denominamos “Renata”, convivia com primos e primas.

No decorrer do seu atendimento, ela demonstrou que as preocupações da sua avó com seu rendimento escolar vinham de encontro à própria dinâmica da escola, além de contradizerem também às suas próprias expectativas, da seguinte forma: Renata passou a ter, na escola, um lugar de convívio com os pares diferente do seu ambiente familiar, ao lado dos(as) primos(as). A escola era um território privilegiado para uma diversidade de experiências, era uma espécie de laboratório para seus ensaios adolescentes. Por isso, seus relatos sempre incluíam o ambiente escolar.

Ela contava detalhes sobre as brigas entre os alunos, sobre a atuação dos professores, sobre os castigos e punições da Direção e sobre as brincadeiras entre os colegas: “as ovadas” que eram uma espécie de ritual de batismo para os aniversários; “os arreganhos” que tinham duas funções: iniciar um namoro, se fosse entre colegas de sexo diferente ou iniciar uma briga, quando dois colegas do mesmo sexo, em geral os meninos, “se agarravam no pau”<sup>56</sup>. Alguns desses elementos vão aparecer na história que Renata vai inventar a partir do seu desenho.

#### 4.1.3.2. O Desenho

---

<sup>56</sup> Ver expressões em anexo, no “dicionário de gírias”.



Para descrever o resultado dos seus desenhos, Renata verbaliza o seguinte: no primeiro desenho trata-se de “uma guria de 13 anos” e dá detalhes: “ela tá com a língua pra fora”, diz ter pensado numa colega sua que “gosta de ir pro centro e para o cinema”.

Sobre o segundo desenho, diz: “um guri de 18 anos” e acrescenta que imaginou “o irmão da sua amiga que gosta de andar de skate e de escutar som”.

Em relação aos dois desenhos, qual ela escolhe para construir uma história. Explica-se que ela não terá que escrever, que ela vai inventar um personagem e contar a história dele. Essa história vai sendo registrada, na medida em que ela vai contando.

Renata escolheu “a guria”. Pergunta-se se a personagem vai ter um nome. A adolescente responde: “Carolina”<sup>57</sup>. Como será a História de Carolina?

<sup>57</sup> Volta-se a salientar que para manter o anonimato dos sujeitos adolescentes e evitar possível identificação, os nomes dos personagens foram igualmente substituídos. Lembra-se também que as expressões não são apresentadas literalmente na sua forma coloquial, devido a algumas adequações gramaticais feitas no momento do registro. O texto fica entre aspas, apenas para destacá-lo.

#### 4.1.3.3. A Narrativa, ou “A História de Carolina”

“Tem o cabelo castanho. Usa muitas pulseiras e colar. Adora sair e ir pro cinema, pro shopping e também pro centro da cidade, onde ela mora. Eu disse que ela tem 13 anos e adora fazer caretas (olha só a língua dela); ela faz isso quando tá de arreganho com as amigas dela. Deixa eu ver, acho que ela está na sexta série. Ah! Ela tá gostando de um guri chamado Otávio<sup>58</sup>, da oitava série, que tem 14 anos”.

“Ela mora com o pai e com a mãe. E tem uma vó. Ela tem cinco irmãos. Ela é a caçula da família”.

“Ela gosta de viajar: de ir pra praia e de visitar uma tia que mora em outra cidade. Ela tem muitos primos e primas, e gosta de sair e de conversar com eles. Ela não brinca mais (brincar na idade dela fica feio!). Quando sai com as primas, elas caminham, passeiam, conversam e dão risadas. Até os 11 anos, ela gostava de brincar. Ela brincava bastante na rua, assim de correr, de esconde-esconde, pular corda. Agora, só joga vôlei com as gurias grandes”.

Quem são as gurias grandes?<sup>59</sup>

“As gurias de 16 anos do colégio”.

“Com treze anos, ela tem que se dedicar mais ao estudo, por isso não pode ficar só brincando. Às vezes, convida suas amigas e faz pipoca e fica estudando em casa. Com 13 anos, ela tem mais liberdade para sair, pra ir no cinema. Antes, não podia sair sozinha, só com a mãe dela. Podia só ficar brincando na frente de casa. Os pais dela

---

<sup>58</sup> Alteramos também o nome citado para não caracterizar sua história.

<sup>59</sup> No decorrer dos relatos surgirão algumas intervenções feitas durante o registro e que ficarão fora do texto narrado.

trabalham muito, porque o pai dela é médico e a mãe é advogada, por isso Carolina tem uma mesada de 100 reais e ela gasta tudo em cinema, em roupa e bijuterias”.

#### **4.1.4. “Andressa” (12 anos)**

##### 4.1.4.1. Breve descrição do contexto familiar:

Andressa convive com situação de violência doméstica. Seu pai tem problemas com o uso abusivo de álcool e suas tentativas de recuperação sempre fracassam. Sua mãe é obesa, com diagnóstico de depressão e história de intenso sofrimento emocional desde sua infância, com o próprio pai (avô de Andressa) também sendo agressivo, após ingestão de álcool.

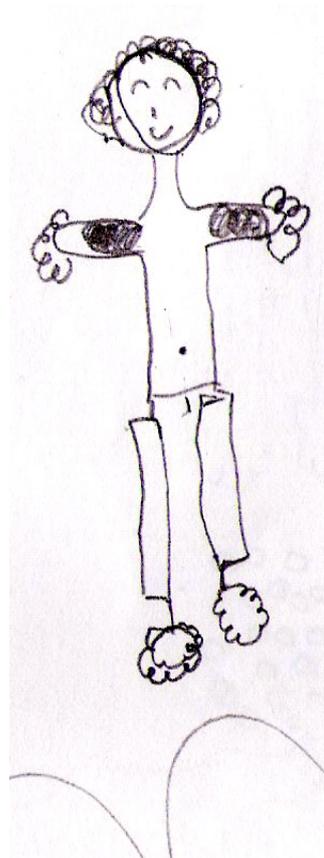
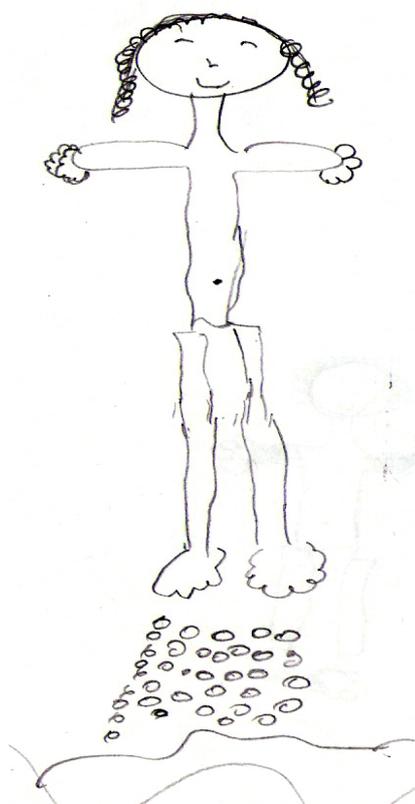
Durante o período de atendimento, a adolescente relata vários episódios da história de vida da sua mãe: conta que ela era ainda muito nova quando engravidou, que tinha 17 anos e ainda namorava o seu pai e, por esse motivo, eles acabaram se casando. Assim, quando Andressa nasceu, sua mãe tinha completado 18 anos, tinha se casado e se tornado mãe quase ao mesmo tempo, “por isso tinha uma vida difícil para enfrentar”. Ainda sobre sua mãe, a adolescente diz: “ela sempre soube dos problemas do pai, mas foi deixando passar”. Depois, nasceu o segundo filho e sua mãe ainda teria engravidado por outras duas vezes, sem planejar, e o resultado foi a experiência de abortamento inseguro (provocado), sendo um desses presenciado por Andressa.

Ela conta que sua mãe estava “de cama”, sentindo muita dor e, de repente, quando levantou-se para ir ao banheiro, começou a sangrar muito, deixando “marcas de sangue por todo o chão”. Essa experiência também vai se desvelar na história criada

a partir do seu desenho, sob a forma de desaprovação em relação à passagem ao ato da mãe.

Essa adolescente vive intensamente o conturbado relacionamento dos seus pais, sempre prestes a se separarem sem, contudo, conseguirem efetivar suas intenções. O motivo que originou seu atendimento na equipe foi o fato de ter desafiado seu pai e ter sido agredida fisicamente por ele.

#### 4.1.4.2. O Desenho



Ao descrever os seus desenhos, suas respostas / escolhas são as seguintes: para o primeiro desenho, ela verbaliza que se trata de “uma adolescente do sexo feminino” e, logo depois, diz: “acho que deve ter 14 anos” e em seguida desculpa-se dizendo “sou péssima para desenhar”. Para o segundo desenho, ela diz: “é uma criança... de cinco anos... do sexo masculino”.

Após estas definições, chega-se ao quarto passo, o qual implica a sua escolha quanto ao desenho que vai utilizar para construir/contar uma história. Ela escolhe o primeiro desenho e começa a contar a história de “Catarina”.

#### 4.1.4.3. A Narrativa, ou “A História de Catarina”

“Era uma vez uma adolescente de 14 anos chamada Catarina. Ela gostava muito de caminhar, fazer exercícios e estudar. Estava na sétima série. Acordava todos os dias e ia para o colégio, depois almoçava, descansava um pouco e saía para caminhar com suas amigas. Ela não tinha muitas amigas, porque ela não gostava de se meter em muitas fofocas”.

A paciente explica que na sua idade “o que mais tem são fofquinhas e intrigas” entre amigas, por isso não confia em ninguém. Continua sua história:

“Catarina morava com sua mãe, seu pai, um irmão e uma irmã. Gostava muito de se arrumar e se enfeitar e também gostava de namorar, mas nunca exagerava com o namoro para não ficar falada”.

“Ela tinha sua rotina normal e nos fins-de-semana podia sair à noite. Gostava de ir ao shopping e, no domingo, saía com suas amigas à tarde e dormia cedo para ir pra

escola, no outro dia. Ela era muito linda e muito bela e várias gurias tinham inveja, por causa disso”.

“Ela começou um namoro sério com um guri do qual gostava muito. Certa vez, eles estavam juntos, já fazia um ano que estavam namorando, e aconteceu o que eles mais queriam. Eles transaram e o guri usou camisinha, mas a camisinha estourou e ela engravidou”.

Nesse ponto, a adolescente tenta simplificar sua história e diz: “daí ela vai sair de casa, vai ter o filho dela, vai ter a vida dela, como ela sempre quis”.

Uma intervenção é feita e a adolescente recomeça:

“A partir daí, ela enfrentou muitos problemas com sua mãe e seu pai e acabou saindo de casa, porque seu pai não aceitou a gravidez.”

“Então, ela foi morar com o namorado, nasceu uma menina e ela era muito nova e sem experiência”.

“Depois de um ano, quando completou 16 anos, ela foi embora, porque deixou de gostar do guri”.

“Ele tinha mudado muito depois da barriga e ficava com outras gurias”.

“Ela descobriu que ele traía ela, saiu de casa e alugou outra casa pra morar com sua filha”.

Nesse momento a paciente pensa um pouco e verbaliza: “acho que ela precisa trabalhar, né?”.

“Catarina nunca desistiu de estudar. Estudava à noite e cuidava do filho de dia. Seu namorado trabalhava e sustentava a família. Antes de deixar o namorado, ela foi procurar um emprego e também voltou a falar com os pais, mas preferiu ficar independente”.

“Seu pai foi entendendo aos poucos que o que aconteceu com ela não era pra ser, até porque ela não gostava e não queria ser falada, mas ela não conseguiu evitar”.

“Ela não queria ser mãe, mas não tendo outra saída, porque abortar não estava em questão pra ela, ela teve que aceitar o seu destino”.

#### **4.1.5. “Priscila” (13 anos):**

##### 4.1.5.1. Breve descrição do contexto familiar

Priscila é adotiva. Um tipo de adoção bastante comum “nas comunidades pobres”. Sua mãe “de sangue” era catadora de papel e morava na rua. A história contada pela “mãe de criação” é a seguinte: a mãe de Priscila teve vários filhos e entregou todos aos cuidados de outras pessoas – às vezes vizinhos, às vezes parentes distantes ou pessoas desconhecidas.

Dona Joana, nome que se deu à mãe adotiva, relata que “salvou Priscila da morte” e quando tirou-a da rua, ela era uma menina de dois aninhos “cheia de doenças, muito maltratada e muito suja”. Levou-a para sua casa primeiro, cuidou bem dela e só depois providenciou os papéis.

Dona Joana é religiosa, viúva há muitos anos e tem um único filho, já adulto, mas que reside com ela. Em 1998, seu filho lhe deu um neto e esse também mora com ela. Vive de uma pequena aposentadoria do “falecido” e de suas costuras.

Nesse período do atendimento de Priscila, Dona Joana está muito preocupada com a possibilidade de Priscila engravidar e seus motivos são os seguintes: várias meninas da vizinhança estão grávidas, têm entre 12 e 16 anos e são amigas da sua

filha. Então, a estratégia de Dona Joana é, além de levá-la na Igreja, repetir todos os dias frases do tipo: “antes de engravidar tem que conhecer um rapaz bom”; “primeiro tem que casar e depois vem o resto” (falando de sexo); “o rapaz tem que conhecer a família” e “namoro tem que ser dentro de casa”.

Falando sobre as frases da sua mãe, essa adolescente vai-se comparando com suas amigas, as quais ela foi vendo, uma a uma, irem engravidando e diz o seguinte: “elas começaram assim com namoros escondidos”, “ficavam de amasso<sup>60</sup> na rua”.

Irá se ver, mais adiante, que a história narrada por Priscila demonstra algo interessante, na medida em que seu adolescer vai na direção de concretizar os ditos maternos, de satisfazer sua mãe adotiva e não de contestá-la.

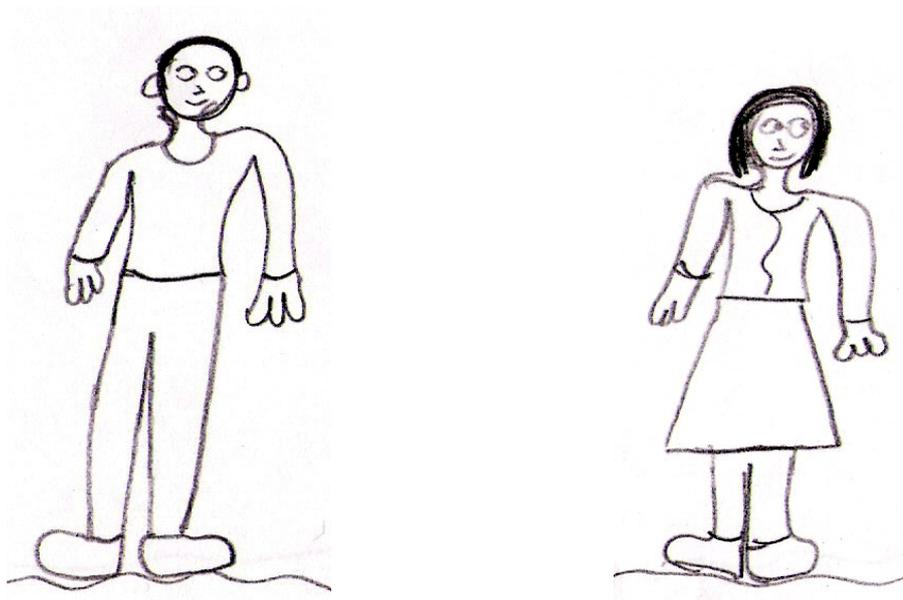
A paciente diz não estar namorando e nega espontaneamente sentir interesse sexual. Ela diz: “tenho nojo dessas coisas”. Entretanto “quer” engravidar e relata um sonho (refere um sonho que se repete) e deseja saber qual seria o significado:

“Todo dia eu sonho que tem um algo acontecendo dentro de mim, dentro da minha barriga. Sinto uma presença muito grande de uma criança e quando eu acordo, eu tenho enjôo, tontura e a minha mãe pensa que eu tô grávida (...) já sonhei que a minha mãe estava segurando uma criança e ela olha pra mim e diz: ‘este é o meu netinho!’ e fica rindo pra mim. No sonho eu digo ‘ai meu Deus não pode ser’, ‘ai meu Deus o que aconteceu! Será que vou ter que comprar mamadeira e fralda?’ (...).”

---

<sup>60</sup> Amasso para essa adolescente é: “se beijar muito, se abraçar muito” e também “deixar os guris se passar” – essa outra terminologia, “se passar”, é utilizada por um número muito grande de meninas e, na maior parte das vezes, tem a conotação de abuso sexual, como por exemplo na expressão “ele se passou comigo”.

#### 4.1.5.2. O Desenho



Seguindo o mesmo percurso apresentado anteriormente para a produção dos desenhos e conseqüente construção ficcional, esta é a terceira adolescente de quem se reproduz a história que contou durante a entrevista.

Sobre seu primeiro desenho, ela diz: “é adulto do sexo masculino e tem 19 anos”. Sobre o segundo desenho: “adolescente, do sexo feminino e parece ter 16 anos”.

Sua escolha, para contar uma história, é o segundo desenho: “a guria” – diz; “ela vai se chamar Letícia<sup>61</sup>” – completa.

---

<sup>61</sup> Trocou-se também o nome escolhido pela adolescente para referir-se à sua personagem.

#### 4.1.5.3. A Narrativa, ou “A História de Letícia”

“Ela tinha 16 anos. Ela estudava e fazia sempre os temas. Saía com sua mãe e morava numa casa junto com sua família. Eram três pessoas: seu irmão, seu pai e sua mãe”.

Observa-se que a adolescente não inclui a sua personagem Letícia nessa contagem.

“O irmão dela tinha 20 anos. Todos os dias, ela almoçava e jantava com seu irmão. Ela gostava de conversar com suas amigas e era muito feliz: ia para os bailes e se divertia muito”.

“Acho que ela vai trabalhar, vai ser médica dentista. Vai estudar muito e depois vai ajudar as pessoas que têm cárie. E também vai encontrar um cara muito gentil, vai se casar, porque ele vai ser uma pessoa boa”.

Nesse momento, ela tenta explicar seus motivos para ser esse o destino da sua personagem e produz a seguinte frase: “é isso que a minha mãe me ensina...” e, em seguida, dá continuidade a sua história:

“Letícia vai sair para um passeio no Circo e lá ela vai conhecer Ernesto<sup>62</sup>. Eles vão olhar um no olho do outro e vão se apaixonar”.

“Ele é um cara bom, gentil, eles vão sair junto, conversar, vão se conhecer melhor, o tempo vai passando até que Ernesto vai pedir pra se casar com ela”.

“Daí ela vai aceitar e vai levar ele na sua casa. Ele vai conhecer o pai e a mãe dela e os dois vão decidir conversar com o padre e marcar o casamento”.

---

<sup>62</sup> Trocou-se o nome criado para o novo personagem.

“Eles escolheram uma data para o casamento e terão uma vida feliz com um filhinho que vai nascer depois”.

#### 4.1.6. A Análise de Conteúdo<sup>63</sup>

Levando em conta o foco dessa análise relativa à construção da sexualidade feminina e de como as adolescentes estão implicadas com as questões relativas às possibilidades de engravidar, pode-se dizer que os elementos essenciais transmitidos nessas histórias parecem tocar nos “lugares” possíveis para um sujeito ocupar, considerando as mudanças pubertárias e insistindo sobre as questões de gênero, ou melhor, sobre as elaborações relativas às diferenças sexuais.

Em suma: um personagem feminino que tenta adequar-se a um lugar e reconfigurar seus desejos, tentando ao mesmo tempo “encontrar” e também “dar conta” de novos destinos para o investimento pulsional. “Encontrar” tem relação com a parte inegociável da sua singularidade [fantasma], enquanto “dar conta” se traduz como uma grande parte da construção da sua identidade que tem a ver com mandatos sociais, familiares, culturais etc.

Para dar início à etapa de análise, consideram-se as categorias em cada história e depois se elabora uma síntese, que possa interpretar e contemplar todos os elementos que surgiram.

As categorias interpretadas foram: “ser adolescente”; “ser mãe”; “se fazer olhar”; “entre a casa da infância e a saída de casa”.

---

<sup>63</sup> Ver quadro-resumo no Apêndice D.

#### 4.1.6.1 “ser adolescente”

##### a) O marco do ingresso na adolescência

A história contada por Andressa abre um leque de possibilidades da adolescência: podia sair à noite nos fins-de-semana; podia namorar e nunca exagerava para não ficar falada; na sua idade o que mais tem são fofquinhas e intrigas.

Entretanto, o marco mais importante da história faz uma condensação entre o desejo de sair de casa (“de ter a vida como sempre quis”) e o desejo de ter uma filha (deixar de ser filha?). Ocorre a passagem imediata entre o acaso (a ocorrência da gravidez) e a abertura para o conflito familiar e para a saída de casa.

##### b) “corpo-a-corpo”

Pode-se dizer que na adolescência entra em cena novamente um “corpo-a-corpo”, como o ocorrido entre a mãe e o bebê.

É na proximidade ao semelhante do outro sexo, que o sujeito adolescente pode constituir a dimensão imaginária do seu corpo e do corpo do outro, fundamentalmente através da erogeneidade da zona oral e da superfície cutânea (Rassial, 1999).

Na história de Carolina (personagem da adolescente Renata) aparecem ou estão em questão as pulsões parciais através da “língua pra fora” e esse *corpo-a-corpo* que se instaura seja numa briga (se pegar no pau), seja nas brincadeiras (arreganho).

Além desse “arreganho” que se faz com o toque, também aparece nessa categoria a importância do olhar na constituição do feminino, através do “desfile” (como diz Rassial, 1999) e que para Renata deve ser feito entre amigas.

c) “crescer ou ser grande”

No compasso do tempo, o efeito de ser grande, ou de ainda não ser tão grande quanto as gurias de 16 anos, dá a dimensão de um *antes* e um *agora*: *antes* gostava de “brincar, não podia sair”, etc e *agora* “joga vôlei com as gurias grandes” (é aceita no grupo de adolescentes), “sai, conversa e dá risada”.

O efeito de crescer produz outras questões, principalmente imperativos: tem que estudar, “tem que se dedicar mais ao estudo”.

d) ideais de consumo: os pais

O ideal que transparece nas histórias contadas parece pretender dar forma a um conteúdo latente, a saber: **ter** “os pais”.

Seja na forma de pais ideais prósperos, que trabalham, têm uma profissão reconhecida (médico, advogada) e dão mesadas, seja como pais apenas presentes, que interditam e perdoam, que estão em casa e que *fazem* casar.

4.1.6.2. “ser mãe” ou “ser a mãe”

a) O espelhamento: imitação da mãe

A história contada por Andressa evidencia o poder da identificação entre mãe e filha, como tentativa de construir uma metáfora para a semelhança em relação à

aquisição dos atributos do corpo do genitor do mesmo sexo, a partir da puberdade. Rassial (1999) vai falar que nesse momento a diferença dos sexos é mais importante do que a diferença das idades, na medida em que essa equivalência estraga o ascendente do adulto.

A puberdade perturba a imagem do corpo construída na infância e pode se apresentar como uma catástrofe para o adolescente, na medida em que ele adquire os atributos do corpo do genitor do mesmo sexo.

Do lado feminino, tais mudanças pubertárias provocarão uma espécie de regressão, pois a jovem não é apenas confrontada ao desejo que o Édipo já orientara, mas também a uma “reatualização da questão da mãe, da Mãe primordial e arcaica, à qual teve que renunciar e que reaparece como modelo identificatório.” (Rassial, 1999, p 19).

#### b) Ilusão ou ideal do eu

Nas histórias transparecem os ideais do eu: a ilusão do consumo sem limites, a ilusão da própria família como fundamento das gerações, a ilusão do “circo” e da liberdade (independência).

Apesar do “eu” atestar para o sujeito a realidade, esta só se instaura em sua relação com o caráter fantasmático do objeto, construindo os suportes imaginários para “o eu”. Portanto, a função do “eu” não é de objetividade.

Lacan ([1956]1985) afirma que **se** é privilégio do “eu”, o exercício e a “prova da realidade”, sua função é fundamentalmente narcísica, articulada como uma miragem (ideal do eu) e ancorada na ilusão.

O eu em sua estruturação imaginária é para o sujeito como um de seus elementos, gerando simetria através do sintoma (das formações sintomáticas), das sensações, da experiência vivida e dissimetria no processo de identificação sexual, na relação do sujeito com o significante e com a diferença sexual.

#### 4.1.6.3. “se fazer olhar”

##### a) A inveja

Na história contada por Andressa, a pulsão escópica (o olhar) tem sua importância a partir do olhar “das outras”: o olhar da inveja. A ambivalência na relação com outras adolescentes aparece nas frases: não ter muitas amigas e caminhar e sair com as amigas; confiar e não poder confiar (intrigas e fofocas).

Além disso, “ser muito linda e muito bela”, “se arrumar e se enfeitar” aparece como provocação para o olhar, que redimensiona sua imagem corporal em conformação a um modelo socialmente definido a partir das figuras valorizadas pela mídia.

Para a moça, a puberdade assinala o que pode ser visto pelos outros (Rassial, 1999).

##### b) “O olhar” como paquera, sedução ou namoro.

Quanto ao aspecto do “sair com as primas”, na história de Renata, nota-se a importância do caminhar como “desfile”, na medida em que as “amigas” convocam, com seu passeio, o olhar do outro sexo.

Rassial (1999) argumenta que com as identificações recolocadas em causa na relação com o outro, alguns objetos pulsionais vêm ocupar uma posição nodal:

precisamente os objetos atribuídos à mãe, a Mãe primordial, nesse momento lógico que Lacan designou como estágio do espelho, estes objetos a que são o **olhar** e a voz. O autor afirma que, nesse processo de redistribuição pulsional, a diferença sexual é duplicada, moça e rapaz não colocando na mesma posição cada um de seus objetos.

A articulação entre as tentativas de sedução, o namoro e o ato sexual são ensaios para utilizar, de um modo novo, estes objetos novamente investidos que são o olhar e a voz, de ressituar os objetos infantis redescobertos do lado do outro sexo, em particular o objeto oral, e de obedecer à hierarquia proposta que valoriza a genitalidade.

Ou melhor, pode-se dizer que através das experiências do namoro, da sedução e das primeiras relações sexuais, o adolescente está colocando à prova os processos de identificação sexual.

Dessa forma, de acordo com Rassial (1999), para o adolescente, a sua relação com o jovem de *outro* sexo, encontra na dimensão imaginária do corpo (corpo próprio e corpo do outro) uma importância maior do que o ato sexual propriamente dito: trata-se mais de “tocar no outro”, de “encontrar-se a sós”, de inventar um espaço íntimo de um corpo a outro, do que de chegar a uma realização sexual. Para situar as diferenças entre rapazes e moças, o autor irá afirmar que a adolescente se dedicará a oferecer seu corpo através da exibição, do “desfile”, e o adolescente, através da esportividade e da força.

Com relação às garotas, pode-se dizer que a especularidade na relação com o olhar do outro, passa a ser o fundamento para exibição feminina, o que – segundo Rassial (1999) – explica a atração, muito precoce, da jovem pelos jogos

de maquiagem, pelo modo de vestir, pela escolha das cores, entre outras coisas. Assim, a adolescente “vem se oferecer como objeto ao olhar de um outro, de início não necessariamente sexuado, pois isto pode muito bem ser endereçado à mãe”. (p. 26).

#### 4.1.6.4. “entre a casa da infância e a saída de casa”.

Rassial (1997) vai se referir ao acesso que o adolescente tem à dimensão do infinito, sob duas formas: o infinito temporal da seqüência das gerações, o qual vem expulsá-lo da triangulação edípica e o infinito espacial que o expulsa de seu lugar de eleição infantil (a casa familiar).

##### a) entre **sair** de ... e **ir** para...

Interpreta-se que as adolescentes constroem pares de contextos nem sempre explícitos na sua fala, da seguinte forma: sair de casa e ir para o cinema; ou em sair da “vila” e ir para o Shopping; ou entre sair da periferia e ir para o centro.

Além disso, uma das histórias fala em sair para fora da cidade: viajar para a praia ou para outra cidade, na casa da tia. Outra história constrói uma saída ou fuga sob a metáfora do “Circo”.

##### b) Sair para a escola ou o imperativo da escola (e do trabalhar?)

As adolescentes falam em responsabilidade com a escola: dormir cedo para ir para a escola, não sair nos dias de semana, “nunca desistiu de estudar”.

Também retomam a questão de que é necessário trabalhar para ser independente. Tanto o trabalho como a escola vem se colocar numa posição ideal, mas também como um lugar para ir e vir.

## 4.2. VERSOS ESCRITOS (OFICINA DE RAP)

Nesse tópico, descreve-se a atividade em grupo e, a partir das produções escritas de três adolescentes, como versos de Rap, desenvolve-se as narrativas e segue-se com as análises a partir de três categorias que o próprio grupo identificou: “*se apaixonar e perder a razão*”; “*engravidar e não saber o que fazer*”; “*ser mulher e saber se cuidar*”.

### 4.2.1. Descrição da atividade em grupo (“oficina de Rap”)

A abordagem terapêutica dos adolescentes no contexto da saúde mental coletiva deve priorizar o atendimento sistemático e continuado. Assim, os grupos terapêuticos, com encontros semanais, podem se constituir como uma alternativa eficaz para o tratamento, tanto quanto para a promoção da saúde mental e da saúde sexual reprodutiva, considerando a dimensão que a sexualidade ocupa no percurso da puberdade e da adolescência. A partir da puberdade, o sujeito adolescente passa a habitar um corpo sexualmente maduro com relação à aptidão reprodutiva e é convocado, pelo olhar de um semelhante do “outro sexo”, a se apropriar de uma imagem do corpo transformada<sup>64</sup>.

---

<sup>64</sup> Para Rassial (1997), trata-se da recapitulação, na adolescência, do estágio do espelho.

As letras de Rap analisadas mais adiante provieram de uma dessas experiências terapêuticas de grupo. O grupo terapêutico era formado por quatro rapazes e quatro garotas, entre 14 e 16 anos, e ocorria semanalmente no Centro de Saúde mencionado. No período de março a maio de 2004, montou-se uma Oficina de Rap e o resultado foi surpreendente, pois, a escrita das garotas tematizou as formas singulares do seu envolvimento amoroso<sup>65</sup>, cotejando uma atividade sexual que poderia resultar em uma gravidez não esperada, enquanto a produção dos rapazes apresentou vivências relativas ao tráfico de drogas, uso de armas e violência na comunidade<sup>66</sup>. A sugestão para essa atividade era para cada um tentar contar a sua história e transmitir a sua experiência, através do modelo das produções de Rap que conheciam.

Jerusalinsky (1997) afirma que o sujeito adolescente precisa encontrar uma “posição para falar”, já que a posição infantil deve ser abandonada e a posição de adulto não lhe compete. Entre “o ato” e “o brincar”, entre o “faz-de-conta” infantil e o “ter-que-dar-conta” adulto, a adolescência torna-se o momento crucial para a construção de outros recursos para a elaboração psíquica.

Enquanto a criança cria um espaço de ilusão e uma distância necessária da realidade, através do brincar, o(a) adolescente tem de se virar com uma nova condição: ele(a) está jogado na realidade da existência do sexo e do desejo, porque a partir da puberdade fica mais difícil ignorar esses desejos que sempre existiram<sup>67</sup>. A virada da puberdade é a assunção de um desejo, que é sexual e passa a recapitular as experiências infantis, traduzindo o enigma da atividade-passividade, uma vez que a

---

<sup>65</sup> Esse envolvimento, dito amoroso, aparece caracterizado como “paixão” nas letras produzidas pelas meninas.

<sup>66</sup> As produções dos quatro rapazes foram inseridas no Apêndice C.

<sup>67</sup> Para Birman (1999), a novidade da teoria psicanalítica sobre a incidência do sexual, a partir da obra de Freud, é a sua abordagem desde a infância.

passividade infantil seria a consequência do não engajamento de um desejo que o sujeito possa supor na cena (Corso, 2004).

Para as adolescentes desse estudo, percebe-se que esse outro recurso de elaboração psíquica partiu de um eixo ficcional: escrever e narrar uma história a partir de uma experiência vivida. O tempo para escrever e o espaço para contar, produziu um efeito de implicação subjetiva, porque aconteceu dentro de um grupo, e refletiu um “contar-se” para os outros, que busca encontrar significação para a diferença sexual e, também, produzir laços de sustentação entre a adolescente e seu lugar na feminilidade.

Enfatiza-se a importância desses processos de “fabulação”<sup>68</sup> e de simbolização entre as adolescentes, os quais, justamente, escapam e se furtam diante das tentativas e preocupações em “informar” e estabelecer normas e cuidados para a saúde sexual reprodutiva. Para isso, faz-se necessário escutar e deixar emergir a fala dessas jovens.

#### **4.2.2. O que dizem os versos de Rap de três adolescentes**

Na “oficina de Rap” realizada em um grupo terapêutico, entre os meses de março e maio de 2004, as adolescentes Ane, Larissa e Vanessa<sup>69</sup> apresentaram as seguintes produções escritas, reproduzidas integralmente, antes de se demonstrar os resultados da análise de conteúdo. Após cada letra, procura-se situar três pontos de referência, os quais, amparam suas narrativas e também seu percurso no atendimento. Primeiro, seu

---

<sup>68</sup> Utilizamos esse termo para enfatizar a construção de narrativas ficcionais. Chemama (2002) define o termo ficção como estando para além do erro ou da exatidão: seria “toda construção linguageira pela qual, de maneira mais ou menos direta e mais ou menos manifesta, tentamos suturar a hiância sexual” (p. 295).

<sup>69</sup> Trata-se de nomes fictícios para que a identidade das adolescentes seja preservada.

contexto sociofamiliar; segundo, o motivo de consulta; e terceiro, os efeitos subjetivos do atendimento em grupo: experiência, identificação e transferência.

- Ane (16 anos completos):

Eu vou falar/ agora eu vou falar/ Eu sou mulher e vim aqui para falar que o filho que eu fiz, eu fiz sem pensar/ Eu era tão novinha, não entendia nada/ Agora que eu vi, eu entrei numa roubada. Mulheres da Vila<sup>70</sup>, estão aqui para falar: use camisinha, vamos se ligar/ Mulheres inteligentes precisam se cuidar. / É isso aí mulherada, vamos se unir! / Vamos mostrar para os manos que a inteligência tá aqui! Aqui na Vila, só falamos a verdade/ O que acontece aqui é a mais pura realidade. Preste atenção, porque eu não vou mentir/ Quem está falando agora é as manas MCs.

O contexto familiar de Ane inclui histórias e experiências vertiginosas de relacionamentos conturbados entre ela e sua mãe e, também, entre sua mãe e diferentes parceiros. Desamparo e abandono, coabitações e mudanças dramáticas de lugar, além da necessidade de elaborar o luto pela perda da avó, que, precisamente, teria sido a figura de maior permanência na sua infância, constituem o pano de fundo das suas cenas de vida. Além disso, sua trajetória assemelha-se a de qualquer outro(a) jovem de periferia: a necessidade de aceitar diferentes “padrastos” e novas configurações familiares, com meios-irmãos, irmãos emprestados, irmãos de sangue, numa seqüência de interações entre fratrias que vai do espaço familiar ao espaço

---

<sup>70</sup> Substituímos o nome da comunidade, citado na letra duas vezes, por “vila”, para garantir o anonimato.

coletivo – irmãos de religião, irmãos de cor e de raça, irmãos da “vila”, enfim, “os manos” e “as manas”, a propósito da filosofia e do estilo introduzido pelo rap.

O motivo que gerou seu encaminhamento ao serviço de acolhimento para adolescentes foi uma passagem ao ato, quando Ane agrediu fisicamente uma professora na escola, por esta ter-se referido à cor da sua pele de forma pejorativa. A cena é deslocada do ambiente familiar, no qual vive uma relação de hostilidade com a mãe e o padrasto, mas também dá a ver sua “atitude” como procedente desse estilo mencionado acima, que preconiza, por meio dos diferentes grupos de rap, o orgulho de ser “preto”, o orgulho da “raça” e o fim da humildade (do sentimento de inferioridade). Dessa forma, “encarar” o desrespeito “burguês” e, se necessário, “revidar”<sup>71</sup> pode ser importante.

Para muitos adolescentes de periferia, a experiência do Rap vem ao encontro de uma necessidade legítima de constituir “uma irmandade”, de fundar uma “fratria”. O Rap parece responder a essa demanda, a esse pedido de uma identidade coletiva, ao mesmo tempo em que convoca o ouvinte a fazer parte e, portanto, a se identificar. O Rap produz histórias que Ane conhece muito de perto, no lugar onde mora. Mas o que Ane extraiu do Rap foi um outro tipo de protesto, um outro tipo de manifesto, que é mais específico da feminilidade, porque fala de uma experiência corriqueira das “mulheres da Vila” e porque, principalmente, fala da sua experiência.

---

<sup>71</sup> As palavras entre aspas nesse parágrafo foram destacadas porque aparecem em algumas letras de rap do grupo Racionais (grupo paulista composto por Mano Brown, Ice Blue, K.L. Jay e Edy Rock), segundo destaca M. R. Kehl (2000).

Durante o atendimento e no momento dessa produção escrita, Ane tinha provocado um aborto, usando um medicamento (cytotec<sup>72</sup>). Entretanto, na letra de rap que trouxe para o grupo, Ane “fala” de um filho feito sem pensar e não, de ter engravidado “sem querer”. Essa passagem é importante porque o percurso que levou a paciente a esse aborto provocado teve origem numa relação de espelhamento com sua prima.

Exatamente nesse período, Ane estava morando com uma tia materna e estudava, na escola, com uma de suas primas. O centro de sua identificação passou pela experiência da prima mais velha, que engravidou e usou esse mesmo medicamento. A história contada pela paciente é trágica: sua prima introduziu os comprimidos no canal vaginal quando estava no terceiro mês de gestação. Houve um sangramento e ela pensou que tinha dado certo, mas enganou-se: passados outros três meses, sua prima teve parto prematuro e “o bebê que nasceu estava morto”, segundo relatou a paciente.

Além dessa história, outras experiências vão sendo relatadas, as quais parecem demonstrar o quanto há um saber feminino, que se transmite e compõe os traços possíveis de filiação, fratria e pertencimento entre Ane e suas “primas”: “as Manas”. Não tardou para que ela revelasse sua própria experiência.

No texto “Psicologia das Massas e Análise do Eu”, Freud (1920/1981) apresenta a noção de “sintoma compartilhado”, que fornece a base das identificações históricas nas instituições para moças, no século XIX e início do século XX. Ele situa três fontes

---

<sup>72</sup> Cytotec é um medicamento indicado para prevenção e tratamento de úlceras gástricas e foi lançado no Brasil em 1984. É usado ilegalmente como abortivo porque provoca fortes contrações no útero, deslocando a placenta. Em 1998, o Ministério da Saúde restringiu a venda do produto, entretanto, há um comércio ilegal e de fácil acesso nas comunidades de periferia.

para constituir o processo de identificação: primeiro, o processo mais original e primitivo da identificação, ou seja, a identificação como “laço emocional”; segundo, como vinculação de objeto libidinal através da introjeção do objeto no ego; e terceiro, como percepção de uma “qualidade comum partilhada” com uma pessoa que não é objeto da pulsão sexual. Dessa forma, o tipo de laço existente entre os membros de um grupo, como no caso das moças em um internato, forneceria reforço narcísico para cada uma e para o grupo, assim como referenciais para as identificações imaginárias mútuas.

Identificações e ideais vinculam o sujeito ao grupo (amigos, familiares, colegas) inserindo-o na cena social. Esse seria o desafio para o sujeito adolescente, o de criar e estabelecer vínculos e contatos. Tomando a perspectiva de Rassial (1997) para o conceito de reprodução sexual, é fundamental dar visibilidade ao contexto geracional e intergeracional, cultural e comunitário dessas adolescentes, uma vez que convocam para uma relação de espelhamento, de identificações parciais e montagem de traços identitários compartilhados. É a partir da feminilidade e dos contextos de transmissão de saber (um saber feminino) que uma adolescente vai implicar-se ou não na maternidade; vai suportar ou não uma gravidez na sua vida.

- Larissa (14 anos incompletos):

Eu tava na esquina beijando meu namorado. Foi quando eu olhei e vi que era errado. E ele disse que me amava e eu acreditei. Me chamaram de bobinha, mais um sonho que eu errei. O pensamento era longe. E era só nisso que eu pensava. E nada mais me importava. E a minha cabeça virava, meu coração amolentava e o desejo aumentava.

Não sei o que fazer meu irmão: me dê uma dica, me dê uma sugestão! / Não sei o que fazer. Não sei se vou morrer./ Não tenho muitos amigos e tenho medo de sofrer./ Pra mim, naquele tempo era só amor que restava, nada mais importava./ Não sei o que fazer, sou uma menina ingênua: meus olhos dizem sim e minha boca diz não, como posso saber o que diz meu coração.

Para introduzir o percurso clínico de Larissa, *uma história*. O objetivo é ilustrar as cenas familiares e destacar o lugar que ocupa um imperativo materno quando, a propósito da puberdade, surgem os “comentários” que acompanham as primeiras “regras”, ou melhor, a menarca.

Trata-se de um fragmento apresentado pela psicanalista Jane Wiltord no Seminário de Bergès (Bergès & Balbo, 2003) sobre um povoado na Martinica, ilha de colonização francesa na América Central, em que a mãe diz para sua filha púbere, quando esta quer sair de casa, a seguinte frase: “eu não quero que você traga uma criança para mim”. Jane Wiltord (apud Bergès & Balbo, 2003) salienta que essa frase tem um duplo sentido na forma como é enunciada, devido ao dialeto local. O outro sentido seria: “eu não quero que você fale com um homem”.

Jean Bergès (Bergès & Balbo, 2003) refere que esse enunciado denegatório da mãe funda a hipótese de uma demanda para a filha, porque afirma a existência ou a possibilidade de advir uma criança. Essa demanda, suposta pela filha, seria relativa a um desejo da sua mãe de que ela procriasse, intervindo, imediatamente, na relação entre mãe e filha, desde que essa última está iniciando o ciclo menstrual. Essa hipótese da filha implica um saber que está suposto na linhagem e que é desconhecido. Para o autor, a mãe passa a ocupar um outro lugar na linhagem: “ela não lhe fala como mãe, ela lhe fala como futura avó” (Bergès & Balbo 2003, p. 79). Assim, é importante

destacar a diferença entre linhagem e filiação, porque enquanto uma é ascendente, a outra é descendente.

Bergès (Bergès & Balbo, 2003) escreve:

Se a linhagem é caracterizada pelo fato de sentir o corpo imaginário de seus ancestrais no seu próprio corpo (...), o desconhecimento desse saber nas articulações com o imaginário do corpo, e os efeitos que persistem da teoria sexual infantil, podem levar bem longe. (p. 86)

E, realmente, levam muitas adolescentes longe com relação às possibilidades, ensaios e experiências que vão fazer até se apropriarem do funcionamento reprodutivo do próprio corpo e verificarem alguma realidade sobre os mandatos e previsões feitos na família e no entorno.

O motivo do encaminhamento e da chegada de Larissa foi um desentendimento com sua tia que denunciou para sua mãe um namoro proibido. Larissa estava mantendo um relacionamento amoroso com um rapaz mais velho, longe dos olhos da mãe e dos familiares, entretanto fora surpreendida por essa tia delatante, que imediatamente constatou a possibilidade do exercício sexual, apesar da paciente dizer-se “ainda virgem”.

Seu contexto familiar é complexo: separação dos pais e pouco contato com seu pai; história de quadros depressivos na linhagem materna: avô materno alcoólatra, tia materna com tentativa de suicídio e sua mãe, que fazia uso de antidepressivos. Esses traços familiares podem produzir identificações parciais e, considerando a passagem

pela adolescência conjugada ao envolvimento amoroso, podem reativar a posição depressiva, tendo em vista que o objeto amoroso é sempre suscetível de ser perdido.

Kristeva (2002) vai salientar que o imaginário adolescente é essencialmente amoroso e, através da atividade de escrita, pode retomar o processo de simbolização e de elaboração fantasmática, permitindo um ajustamento das pulsões e dos signos através dos códigos imaginários disponíveis. Para essa autora, a adolescência deve ser entendida como uma estrutura psíquica aberta, portanto, inacabada. Refere que a estrutura adolescente se abre ao recalco e, após a estabilização edipiana de sua identidade subjetiva, o adolescente precisaria repor suas identificações, suas capacidades de palavra e de simbolização, para elaborar um discurso e uma narrativa que possam integrar os eventos psíquicos. A escrita, na adolescência, faria essa função.

A experiência de Larissa, que não está aparente nesse escrito que produziu, refere-se ao medo de engravidar. Quando começou a participar do grupo, contou – em sigilo – que não era mais virgem e ninguém na sua família poderia saber. No decorrer do seu atendimento, houve episódios de atraso menstrual e de desespero quanto à possibilidade de uma gravidez, que a fizeram procurar procedimentos que lhe garantissem um “não-engravidamento”, como a pílula do dia seguinte<sup>73</sup>.

Essas situações “embaraçosas” ocorriam, em geral, nos fins-de-semana, quando ela não podia procurar ajuda no grupo ou no atendimento individual. Por isso, sua escrita aparece como um pedido incessante de ajuda, um pedido de inscrição simbólica

---

<sup>73</sup> Trata-se da pílula anticoncepcional de emergência, recurso que pode ser usado após uma relação sexual desprotegida para evitar gravidez indesejada. Deve ser usada até 72 horas após a relação. Quanto mais cedo for usada, tanto maior a sua eficácia. Não deve ser utilizada de rotina como método anticoncepcional. Não interrompe uma gravidez em andamento. Não protege contra DST/HIV/AIDS.

que possa desprender seu corpo do aprisionamento aos imperativos de “ser menina-mãe”. Ao mesmo tempo percebe-se que, paradoxalmente, a possibilidade do engravidamento ocorre sempre na impossibilidade de pedir ajuda, da mesma forma como sua atuação demonstra uma antecipação relativa a estar grávida (desejo) e não uma atitude de prevenção para não engravidar.

- Vanessa (15 anos incompletos):

Minha vida é complicada. Não posso fazer nada./ Sou muito rejeitada e já fui até saco de pancada./ Fazia tudo o que não podia e pensava que ia dar em alegria./ Mas percebi que era só ilusão./ No começo era só curtidão: na hora ia tudo pra mente e todo mundo parecia diferente. Quando acabava parecia ser o fim./ O fim do mundo? Não, mas sim o meu fim./ Na escola não fazia nada./ Larguei meus amigos de mão, por causa de uma paixão, que não tinha razão./ Hoje podia estar grávida, mas Deus me iluminou e o exame disse não. Pode crê, foi tudo ilusão. Olho meu passado e vejo os irmão atirado no chão e viciado nas drogas./ Mano, eu saí dessa vida torta.

Vanessa evidencia na sua escrita, o motivo de estar em tratamento. Ela estava usando drogas. Entretanto, essa experiência demonstrou ser o menor entre os motivos.

Aos 12 anos, teve um relacionamento precoce: sua mãe permitiu que seu namorado morasse na sua casa e, após dois anos, quando se separaram, ela estava grávida. Esse convívio entre eles, ambos usando drogas, resultou em fortes paixões: violência, brigas e agressões.

Quando engravidou, parecia ter recuperado o vínculo perdido com a separação, mas ocorreu um aborto espontâneo, possivelmente devido ao uso de substâncias psicoativas.

Seu contexto familiar é o seguinte: mora com avó materna, sua mãe e uma irmã – filha de outro pai. Um dado interessante é que sua mãe tinha 15 anos quando engravidou pela primeira vez e nunca manteve um relacionamento conjugal, nem quando engravidou a segunda vez, ocasião do nascimento de Vanessa. Por isso, a paciente não conheceu o pai.

Sobre essa paciente, é preciso salientar a sobreposição de duas problemáticas: a ausência da figura masculina para a mãe e de um referencial paterno para a filha. Assim, a adolescência de Vanessa denota a impossibilidade da elaboração do lugar do pai.

Rassial (1997) constrói a noção de “passagem” na adolescência, que põe à prova a estruturação psíquica. Esse processo tem a ver com a necessidade, para qualquer adolescente, de realizar, a posteriori, uma série de operações fundadoras do desenvolvimento emocional infantil constituindo, dessa forma, um trabalho psíquico.

Examinemos brevemente a posição freudiana (Freud, 1905/1981), a qual nos dará indícios de que os processos anteriores, vividos na infância, devem ser reordenados pela adolescência, dando ênfase à sexualidade e ao desligamento das figuras parentais. O destaque é dado às fantasias incestuosas que ressurgem, agora fortificadas pela energia pulsional, gerando um impasse que leva o jovem ao desligamento dos pais. Todavia é essa inclinação infantil até os pais, que renovada na puberdade, marcará o caminho para a eleição de objeto.

Então, estamos falando de três reedições: a reedição da fase do espelho, no qual a constituição imaginária do eu se ancora pela presença do outro; a reedição do Édipo, enquanto caminho para a eleição de objeto e o impasse do desligamento dos pais com o desmoronamento da consistência parental imaginária do Outro. Assim, novamente com Rassial (1999), veremos que o Outro e o objeto adquirem um novo valor psíquico na adolescência, a saber: enquanto o Outro do lactente deve ser referido à mãe e o Outro do Édipo aos pais, o Outro do adolescente está, imaginariamente, ligado ao Outro sexo (p. 49).

No caso de Vanessa, há um pedido impossível: de que o Outro sexo venha cumprir uma função paterna e, assim, através de uma presença real, possa produzir uma consistência simbólica. O efeito dessa operação aparece nas tentativas malsucedidas de engravidar, nas quais o “medo/desejo de poder engravidar” e o “medo/desejo de não poder engravidar” se equivalem.

#### **4.2.3. A Análise de Conteúdo**

As categorias descritas a seguir emergiram dos conteúdos das letras escritas e foram sugestões dos participantes do grupo, constituindo, portanto, suas próprias falas.

Propõe-se em cada categoria um deslizamento temporal, considerando o sofisma dos três tempos lógicos (Lacan, 1966/1978).

Sugere-se, portanto, uma articulação entre as categorias de análise encontradas nas letras de Rap das adolescentes e os três tempos lógicos mencionados da seguinte

forma: “se apaixonar e perder a razão” como um “instante de ver”; “engravadar e não saber o que fazer” como o “tempo de compreender”; e “ser mulher e saber se cuidar” como o “momento de concluir”. Para Lacan (1966/1978), o sofisma dos três tempos lógicos indica as condições de subjetivação da seguinte forma: sujeito impessoal para o instante de ver; sujeito indefinido recíproco para o tempo de compreender e o sujeito da asserção para o momento de concluir.

#### 4.2.3.1. “se apaixonar e perder a razão” (ou o “instante do olhar”)

Paixão e excitação sexual. No momento da paixão todo pensamento racional, todo planejamento deixa de ter importância. Estar apaixonada é como entrar numa roubada, escolher acreditar em ilusões, em sonhos e em devaneios, ser levada pelo desejo (sexual) e, principalmente, perceber-se ativa na intenção de tornar-se desejável e de desejar, provocar o olhar do outro e, então, deixar de enxergar o que é certo ou errado.

O instante do olhar, ou “instante de ver” como primeiro tempo lógico, faz emergir um sujeito impessoal e essencialmente transitivo, segundo Lacan, da seguinte forma: é anterior a formulação de uma hipótese e revela-se como intuição. Como se trata de “ver/olhar” o que está em jogo é um transitivismo especular indeterminado.

Considerando os processos psíquicos, pertinentes à adolescência, de reposição das identificações, essa especularidade vem se manifestar através de uma montagem de traços comuns compartilhados entre as moças e que, se valendo da contingência da fertilidade feminina, faz um jogo de correlações, o qual instaura a dúvida.

A: “Eu era tão novinha, não entendia nada. Agora que eu vi, eu entrei numa roubada.”

L: “Eu tava na esquina beijando meu namorado. Foi quando eu olhei e vi que era errado. E ele disse que me amava e eu acreditei. Me chamaram de bobinha, mais um sonho que eu errei. O pensamento era longe. E era só nisso que eu pensava. E nada mais me importava. E a minha cabeça virava, meu coração amolentava e o desejo aumentava.”

V: “Fazia tudo o que não podia e pensava que ia dar em alegria./ Mas percebi que era só ilusão. (...) Larguei meus amigos de mão, por causa de uma paixão, que não tinha razão.”

#### 4.2.3.2. “engravidar” e “não saber o que fazer” (ou o “tempo de compreender”)

A categoria faz emergir um impasse entre a antecipação relativa a estar grávida e as condições de prevenção para não engravidar. Trata-se de um paradoxo que explicita um comportamento adolescente de não-prevenção frente à possibilidade de engravidar e uma atuação relativa a ter que fazer algo a posteriori (“só-depois”).

Para Lacan, esse tempo é essencialmente transitivo, porque introduz a forma do outro enquanto tal, como pura reciprocidade, na medida em que *um* sujeito precisa de *um outro* para se reconhecer. O tempo de compreender engendra sujeitos indefinidos, salvo por sua reciprocidade, onde a ação é suspensa por uma causalidade mútua. O sujeito em questão parte de um transitivismo que instaura um estado de cogitação.

Para as meninas que ensejam uma atividade sexual com os meninos, evidencia-se um jogo de correlações desde os referenciais do grupo feminino, onde as comparações a partir da experiência das outras, das parceiras vem testar um certo número de variáveis possíveis.

A: “Eu sou mulher e vim aqui para falar que o filho que eu fiz, eu fiz sem pensar. Eu era tão novinha, não entendia nada. Agora que eu vi, eu entrei numa roubada.”

L: “Não sei o que fazer meu irmão: me dê uma dica, me dê uma sugestão! Não sei o que fazer. Não sei se vou morrer. Não tenho muitos amigos e tenho medo de sofrer.”

V: “Hoje podia estar grávida, mas Deus me iluminou e o exame disse não. Pode crê foi tudo ilusão.”

#### 4.2.3.3. “ser mulher” e “saber se cuidar” (ou o “momento de concluir”)

As adolescentes querem encontrar um lugar desde o qual possam falar. Não se trata de qualquer lugar. Trata-se de um lugar de referência feminino, um lugar de “mulher”, que possa, ao mesmo tempo, efetivar a passagem entre a infância e a fase adulta; um lugar de sujeito que reconhece e se posiciona perante o passado. É como se recuperassem a razão e a inteligência, a capacidade de pensar, a capacidade de se cuidar, de falar a verdade e escolher seu destino, sem ilusões.

Este terceiro tempo lógico representa, em Lacan, “o momento de concluir”, onde desponta um sujeito da asserção, caracterizada como *asserção subjetiva*, que assume a forma *peçoal* do sujeito: o “eu”, isolando-se da relação de reciprocidade.

Para Lacan (1966/1978):

O julgamento que conclui o sofisma só pode ser efetuado pelo sujeito que formou sua asserção sobre si, na evidência subjetiva de um tempo de atraso que o apressa a concluir. Portanto, esse último movimento se manifesta por um ato. Como diz Lacan: o que faz a singularidade do ato de concluir na asserção subjetiva demonstrada pelo sofisma, é que ele antecipa sobre sua certeza, em razão da tensão temporal da qual ele é carregado subjetivamente, e que, com a condição dessa própria antecipação, sua certeza se verifica em uma

precipitação lógica que determina a descarga dessa tensão. Entre o instante de seu início e a pressa do seu fim, só o golpe da dúvida esfolia a certeza subjetiva do momento de concluir. (p.81).

A: “Eu sou mulher e vim aqui para falar (...) Mulheres da Vila, estão aqui para falar: use camisinha, vamos se ligar/ Mulheres inteligentes precisam se cuidar. / É isso aí mulherada, vamos se unir! Vamos mostrar para os manos que a inteligência tá aqui! Aqui na Vila, só falamos a verdade/ O que acontece aqui é a mais pura realidade.”

L: “Pra mim, naquele tempo era só amor que restava, nada mais importava.”

V: “Pode crê foi tudo ilusão. Olho meu passado e vejo os irmão atirado no chão e viciado nas drogas./ Mano, eu saí dessa vida torta.”

## 5. ANÁLISE DOCUMENTAL

Dois documentos, ambos do Ministério de Saúde, foram selecionados para a análise:

- 1) “Assistência em Planejamento Familiar: Manual Técnico”
- 2) “Plano Nacional de Políticas para as Mulheres”

Antes do conteúdo de cada um deles, faz-se necessário introduzir algumas informações encontradas no portal do MS<sup>74</sup>, na medida em que apresentam dados e definem ações atualizadas (ver a seguir a criação da Norma Técnica de Atenção

---

<sup>74</sup> <http://portal.saude.gov.br/saude>, acessado em 16/08/05 às 12:20.

<sup>54</sup> O documento a ser analisado, Plano Nacional de Políticas para as Mulheres, além de mencionar este dado, refere pesquisas que identificaram no Brasil complicações pós-abortamento em 20% dos abortos realizados em clínicas clandestinas e em 50% dos abortos domiciliares. (p.62)

Humanizada ao Abortamento) que, como veremos, são significativas para a abordagem também de adolescentes (tópico 5.1).

Outras informações importantes constam no apanhado histórico que é feito no segundo documento, relativo à saúde da mulher.

No tópico 5.2. faz-se a citação dos fragmentos selecionados para a análise e segue-se com a interpretação.

As categorias que emergiram a partir da análise de conteúdo foram sintetizadas em um quadro (Apêndice E) e podem ser descritas da seguinte forma:

Na primeira análise, as categorias foram: *a justificativa para prestação da assistência; a relação entre partos e contaminação pelo HIV e a banalização da relação sexual.*

Para a segunda análise: *o protagonismo da mulher; o privilégio da informação (desde a capacitação dos profissionais até a informação aos adolescentes); a ênfase no Real e no discurso bio-político (desde os métodos anticonceptivos até os materiais técnicos e educativos).*

## 5.1. DADOS E LEVANTAMENTOS ACERCA DA SAÚDE SEXUAL

Em primeiro lugar, os dados apresentados como estimativas da Organização Mundial da Saúde (OMS) referem que cerca de 50% das gestações é indesejada e que uma a cada nove mulheres recorre ao aborto. No Brasil, as pesquisas demonstram que o índice de abortamento é de 31%, ocorrendo aproximadamente 1,44 milhão de abortos espontâneos e inseguros com taxa de 3,7 para cada 100 mulheres. A situação do abortamento se reflete no SUS e os números são reveladores: por exemplo, no ano de

2004, 243.988 mulheres foram internadas em hospitais da rede pública para fazer curetagem pós-aborto.

Com base em estatísticas nacionais que revelam as complicações decorrentes de abortos inseguros como a quarta causa de morte materna no País<sup>75</sup>, foi criada Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento, pelo Ministério da Saúde, em 2004. A NTAHA define que “toda mulher em processo de abortamento, inseguro ou espontâneo, terá direito a acolhimento e tratamento com dignidade no Sistema Único de Saúde (SUS)”<sup>76</sup>.

Para isso, o MS reconhece a necessidade de uma reorganização dos serviços públicos para a efetivação deste procedimento. É necessário humanizar o acesso e o acolhimento das mulheres e adolescentes que recorrem aos hospitais em situação de abortamento. Assim, o MS previu a organização de seminários para discutir e abordar questões voltadas para o atendimento clínico, aspectos jurídicos, forma de acolher e tratar o aborto pelos profissionais de saúde e sobre a escolha do método ideal para a realização do procedimento. Além disso, temas como a vigilância do óbito materno e infantil, a assistência durante o parto e o planejamento familiar reprodutivo devem ser abordados.

O Ministério da Saúde tem como uma de suas prioridades estimular e apoiar a implementação e a qualificação da atenção em planejamento familiar no Sistema Único de Saúde (SUS). Nesse sentido, uma das ações desenvolvidas é a distribuição aos municípios de métodos anticoncepcionais reversíveis, como pílulas anticoncepcionais,

---

<sup>55</sup> Estas informações provêm da URL “[materiasespeciais.com.br/saude/abortamento](http://materiasespeciais.com.br/saude/abortamento)”, acessado em 16/08/05 às 13:45.

camisinhas, anticoncepcionais injetáveis e DIU. O objetivo é ampliar a oferta desses métodos à população que é atendida exclusivamente pelo SUS.

O MS atende a aproximadamente 30% da demanda do público-alvo. A meta é, até 2007, chegar a 60% de cobertura. O restante deve ser complementado por estados e municípios.

Neste mesmo texto, fala-se em transformação da prática profissional, onde papel dos profissionais de saúde é o de informar e orientar com relação aos métodos anticoncepcionais, sem juízo de valor, enfocando a sexualidade de forma positiva e sem preconceito.

Além disso, menciona-se a desigualdade de poder entre homens e mulheres e um controle médico maior sobre o corpo feminino, reconhecendo o quanto cabe às mulheres o planejamento da vida reprodutiva com o pouco envolvimento dos homens em relação a um comportamento sexual mais seguro e também em relação à paternidade responsável. Outro exemplo é a dificuldade que as mulheres têm de negociar com seus companheiros o uso de camisinha.

Quanto aos adolescentes:

O planejamento familiar diz respeito também aos adolescentes. As ações do Ministério da Saúde levam em conta o direito desses jovens de vivenciar a sua sexualidade de forma positiva, saudável e segura e de dispor de serviços para atenção a sua saúde sexual e reprodutiva. A vida sexual dos jovens tem início cada vez mais cedo, o que justifica a necessidade do acesso a informações e aos meios para regular a sua fecundidade.

([materiasespeciais.com.br/saude/planejamentofamiliar](http://materiasespeciais.com.br/saude/planejamentofamiliar), acessado em 16/08/05 às 13:10)

### 5.1.1. Alguns dados históricos sobre saúde da mulher

No segundo documento que analisamos, o Plano Nacional de Políticas para as Mulheres, no capítulo 3, que trata da saúde reprodutiva, há um breve apanhado histórico quanto aos programas e políticas para a saúde da mulher.

Na página 64 aparece:

No Brasil, a saúde da mulher foi incorporada às políticas nacionais de saúde nas primeiras décadas do século XX, limitada, porém, às demandas relativas à gravidez e ao parto. Este modelo traduzia uma visão restrita sobre a mulher, baseada em sua especificidade biológica e no papel social de mãe e doméstica. (BRASIL, 2004, p. 64)

Menciona-se a falta de insumos para o planejamento familiar, além de outras ações que disponibilizassem profissionais para o desenvolvimento de ações preventivas e para a promoção ou educação em saúde.

A partir daqui, o documento faz menção ao Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que surgiu em 1984, publicado pelo MS, onde constam prioridades, as quais não só contradizem o princípio da integralidade (porque se é integral deve estabelecer ações que possam abranger as mais diversas áreas), como demonstraram dificultar o desenvolvimento de outras ações estratégicas e transversais, considerando a amplitude do conceito relativo à saúde da mulher.

O documento refere estudos realizados e um balanço institucional entre os anos de 1998 e 2002:

“Neste balanço são apontadas várias lacunas: a atenção ao climatério e menopausa, infertilidade e reprodução assistida, saúde da mulher na adolescência, doenças crônico-degenerativas, saúde ocupacional, saúde mental, doenças infecto-contagiosas e a inclusão da perspectiva de gênero e raça nas ações”.(p. 65)

Nesse capítulo fica definida a existência de dois problemas persistentes nas políticas de atenção à saúde sexual e reprodutiva da mulher: problema da atenção precária relativa à anticoncepção (insumos) e o problema da transmissão do vírus HIV que vem atingindo cada vez mais a população adolescente. Citaremos integralmente as duas passagens, porque aparecem dados e elementos importantes para nossa interpretação:

“No Brasil, o acesso à anticoncepção, direito garantido constitucionalmente, não é amplamente atendido. Existem problemas na produção, controle de qualidade, aquisição, logística de distribuição dos insumos e manutenção da continuidade da oferta de métodos anticoncepcionais<sup>77</sup>. O resultado é uma atenção precária e excludente, ou até inexistente em algumas localidades, com maior prejuízo para as mulheres oriundas das camadas mais pobres e das áreas rurais”.(p. 63)

E logo a seguir, aparece o seguinte parágrafo:

“No período de 1996 a 2000 houve um acréscimo de 1,8% no percentual de partos na faixa etária de 10 a 14 anos, passando-se de 31.911 para 32.489 (DATASUS/MS). O Programa Nacional de DST/AIDS (Dez/99 a jun/2000) informa que na distribuição proporcional de casos de Aids, segundo sexo e idade, a maior incidência, de 13,2%, atinge o sexo feminino na faixa etária de 20 a 24 anos de idade. Considerando-se o tempo transcorrido até o aparecimento da doença, verifica-se que a contaminação pode ter ocorrido nos primeiros anos da adolescência, quando se reforça a dificuldade encontrada por mulheres em negociar o sexo seguro”.(p. 63)

---

<sup>77</sup> A descrição dos métodos contraceptivos oferecidos na Rede Pública de Saúde consta em Anexo A.

## 5.2. PRIMEIRO DOCUMENTO

Na rede de atenção primária, as equipes de saúde utilizam materiais informativos e manuais estabelecidos pelo Ministério de Saúde. Toma-se para análise alguns trechos que pareceram mais relevantes para esse estudo.

As orientações quanto à saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes, as quais constam no material de distribuição exclusiva às Unidades de Saúde, com o título “Assistência em Planejamento Familiar: Manual Técnico” e que trata, no seu capítulo 9, da “Anticoncepção na adolescência”, são citadas abaixo, conforme os trechos selecionados:

O elevado número de partos entre as adolescentes, o início cada vez mais precoce das relações sexuais e o aumento das DST/AIDS nessa faixa etária justificam a prestação de uma assistência adequada às necessidades da população na faixa etária de 10 a 19 anos.(...)

A qualidade desta atenção pressupõe minimamente: boa comunicação; confidencialidade, privacidade, disponibilidade constante de insumos para a dupla proteção; (...) atenção especial as faixas etárias mais precoces (10 a 14 anos) quando na região se registra um aumento de gestação nessa faixa etária; a avaliação integral do(a) adolescente incluirá a avaliação psicossocial, além do exame físico; os/as adolescentes são o centro de interesse na entrevista e os pais e familiares só estarão presentes se ele ou ela permitir.

Recomenda-se trabalhar ações educativas de prevenção nas unidades de saúde, escola, centro de lazer, centro esportivo ou cultural entre outros.

(BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica de Saúde da Mulher, 2002, p.126)

Os adolescentes podem utilizar qualquer método anticoncepcional desde que não apresentem alguma das condições clínicas que contra-indiquem seu uso, conforme critérios de elegibilidade descritos para cada método.

(Brasil, 2002, p. 129)

### 5.2.1 A análise do primeiro documento

Os procedimentos adotados para a análise de conteúdo desse documento incluem três passos: a leitura flutuante, a marcação de transições de significado e a interpretação através de categorias emergentes (Bardin, 1977). No texto, após a identificação da categoria e/ou sua interpretação, destaca-se a frase do documento que implicou a emergência da categoria.

#### 5.2.1.1. “Justificativa para a prestação da assistência”.

Essa categoria pode-se desdobrar em duas subcategorias: “o aumento” e a “precocidade”. Com relação à primeira, parece evidenciar uma contradição entre a concepção do que seria “prevenção” e a necessidade de dar visibilidade ao tema através do “elevado número” ou do que seria o “aumento” do problema. Se o objetivo é prevenção, os programas e ações devem ser desenvolvidos independentemente do maior ou menor registro de casos.

O elevado número de partos entre as adolescentes, e o aumento das DST/AIDS (...) quando na região se registra um aumento de gestação nessa faixa etária (...)  
Recomenda-se trabalhar ações educativas de prevenção nas unidades de saúde, escola, centro de lazer, centro esportivo ou cultural entre outros (...)  
(BRASIL, 2002, p. 126)

Com relação à segunda subcategoria, aparecem explicações que determinam o que seria considerado precoce e quando. Entre 10 e 14 anos, as relações sexuais são precoces.

(...) o início cada vez mais precoce das relações sexuais (...) atenção especial às faixas etárias mais precoces (10 a 14 anos)  
(BRASIL, 2002, p. 126)

#### 5.2.1.2. “A relação entre partos e contaminação pelo HIV”.

O elevado número de partos entre as adolescentes, (...) e o aumento das DST/AIDS nessa faixa etária (...)  
(BRASIL, p. 126, 2002)

A produção atual de conhecimento sobre o “mal do século”, sobre uma doença, até pouco tempo, dita incurável (AIDS) dá a ver o quanto o uso de preservativo (conhecido como “Camisa de Vênus”) esteve por muito tempo associado à anticoncepção, ou seja, visto como mais um método anticonceptivo e, portanto, condenável aos olhos da Igreja, e servindo mais ao controle da natalidade do que ao essencial controle das doenças sexualmente transmissíveis (DSTs). Basta lembrar o quanto as pessoas se viram alarmadas em descobrir a necessidade do uso desse dispositivo também na prática do sexo oral, considerando a forma imperceptível do HIV comparado às DSTs.

Então, por um lado, constata-se a demora para a conscientização sobre o uso de preservativos como dispositivo plenamente eficaz para evitar a transmissão e o

contágio de doenças sexuais, pois a lógica era mais ou menos como a fala enunciada por um adolescente em um grupo: “se quero evitar filhos, transo com camisinha” e “se quero evitar doenças, não transo com doente”.

É importante ressaltar que o “condom”, como um anticoncepcional masculino, faz a esfera da decisão sobre seu uso depender das condições masculinas. Uma mudança nessa lógica ocorreu, em função das características insidiosas do HIV, tais como: a dificuldade para identificar o portador ou para identificar-se como soropositivo; o longo período de incubação, sem manifestações sintomáticas; o período de janela imunológica; o acesso aos recursos para testagem e retestagem.

Por outro lado, surge novamente o mesmo equívoco, quando se faz uso do argumento relativo à proteção contra as doenças e, na verdade, quer-se evitar a *gestação precoce*. Assim, fala-se em sexo protegido ou em sexo seguro, para salientar que o uso de preservativos impediu e impede a disseminação da AIDS, mas logo se percebe o quanto esse argumento serve para se indiciar os jovens como os grandes culpados de estarem contraindo doenças e “gestações”.

A atividade sexual que resulta em gravidez supõe que os sujeitos envolvidos não cumpriram as determinações do tão aclamado “sexo seguro”, então, a estratégia para prestar assistência e disponibilizar informação é alarmista. Pode-se explicitar, dessa forma, a confusão entre o nascimento de uma criança e a possibilidade do contágio de uma doença letal.

Um programa de prevenção destinado aos adolescentes não deveria confundir as possibilidades de engravidar e de gerar um filho com a contaminação de um vírus. Tal orientação, tão importante, deveria tão-somente trabalhar a escuta a partir do enigma da procriação (das fantasias e ficções infantis que retornam na puberdade),

observando as questões que, de fato, intrigam os jovens (suas perguntas e dúvidas singulares) e que passam despercebidas ou têm seu conteúdo esvaziado a partir do efeito nefasto de uma escuta voltada para os “riscos” de contrair ou transmitir o HIV.

#### 5.2.1.3 “Banalização da relação sexual”.

O documento dá a entender que se houver insumos para a dupla proteção, para que os adolescentes façam uso de qualquer método anticonceptivo, então os objetivos serão atingidos, uma vez que o mais importante é prevenir a contaminação pelas DST/AIDS e a gravidez.

(...) disponibilidade constante de insumos, levando-se em consideração a necessidade de dupla proteção.  
(BRASIL, 2002, p. 126)  
(...)Os adolescentes podem utilizar qualquer método anticoncepcional (...)  
(BRASIL, 2002, p.129)

É preciso estar atento sobre o lugar contemporâneo do saber, visto que este saber sobre a sexualidade constituiu um lugar “higienista”. Na concepção de Rassial (2004), esse paradigma higienista na relação sexual produz um ideal de apaziguamento pela morte do outro, ou melhor, na relação ao outro sexo, essa pacificação que higieniza aparece como realização da pulsão de morte e, portanto, como lugar de gozo.

O autor vai referir que os estupros, as violações, os abusos e a violência sexual encontram-se como patologia sexual na periferia e se propagam numa banalização acentuada pela mídia.

Rassial cita, como exemplo, a experiência do “tournante” (2004, p 291), na França: uma espécie de estupro coletivo, em que um jovem seduz uma moça e a partilha com seus parceiros. O autor refere que já é possível se estimar em 20%, o número de meninas que têm sua primeira relação sexual desse modo. A resposta dos jovens é a seguinte: “nós sempre usamos preservativos”. Dessa forma, evidenciam-se duas operações contraditórias: por um lado, a presença que testemunha a realização de um ato sexual, ou que compartilharia a impotência, e, por outro, “a negação do ato sexual”, pois o preservativo pode proteger de tudo, até mesmo do amor (2004, p. 292). A impotência está na impossibilidade de uma realização coletiva do *falo*, entretanto o desinvestimento do caráter “sexual” do ato e a convocação de testemunhos supõem a possibilidade dessa realização, efetivando a disjunção entre sexo, amor e intimidade.

### 5.3. SEGUNDO DOCUMENTO

Antes de apresentar as propostas e metas do Plano Nacional de Políticas para as Mulheres, no capítulo que será analisado<sup>78</sup>, é importante situar sua elaboração, de acordo com as especificações apresentadas pela Secretária Nilcéa Freire:

O processo de elaboração do Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (PNPM) tem início com a I Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres (CNPM) convocada pelo Presidente da República e realizada em julho de 2004. A Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres e o Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (CNDN) coordenaram a Conferência e dela participaram

---

<sup>78</sup> Capítulo três, p. 61-71, cujo título é: “Saúde das mulheres, direitos sexuais e direitos reprodutivos” (BRASIL, 2004).

representantes dos poderes executivos estaduais e municipais, diversos ministérios e secretarias especiais, além de organizações de mulheres e feministas. (BRASIL, 2004, p. 15)

O terceiro capítulo está organizado nos seguintes tópicos: *objetivos, metas, prioridades e planos de ação*. Cada tópico contém vários itens e optou-se destacar aqueles que tocam diretamente na saúde da adolescente.

Entre os *objetivos*, o item IV, diz o seguinte: “ampliar, qualificar e humanizar a atenção integral à saúde da mulher no SUS”, definindo ampliação como o acesso aos meios e serviços de promoção, prevenção, assistência e recuperação (BRASIL, 2004, p. 65).

As metas indicadas nas letras A e F, mencionam a saúde da mulher adolescente, ou levam em conta a faixa etária ao referirem genericamente “mulheres em idade fértil”:

- Implantar em um município de cada região do país, com equipes de Saúde da Família, a atenção qualificada às mulheres com queixas clínico-ginecológicas; no climatério, adolescentes, na terceira idade, com especial atenção à raça e etnia.
- Ampliar as ações de Planejamento Familiar, garantindo a oferta de métodos anticoncepcionais reversíveis para 60% da população de mulheres em idade fértil, usuárias do SUS, em todos os municípios com equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) ou aderidos ao Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN). (BRASIL, 2004, p. 66)

Entre as prioridades, que são em número de seis, cita-se as de número 3.1; 3.2; 3.3 e 3.6, como aparecem no documento.

- \* Estimular a implantação de ações que atendam as necessidades específicas das mulheres nas diferentes fases do ciclo vital.
- \* Estimular a implantação e implementação da assistência em planejamento familiar, para homens e mulheres, adultos e adolescentes, na perspectiva da atenção integral à saúde.
- \* Promover a atenção obstétrica, qualificada e humanizada, inclusive a assistência ao abortamento em condições inseguras, para mulheres e adolescentes, visando reduzir a mortalidade materna, especialmente entre as mulheres negras.
- \* Revisar a legislação punitiva que trata da interrupção voluntária da gravidez. (BRASIL, 2004, p. 66)

Para cada prioridade, são definidos planos de ação e determina-se o órgão responsável, o prazo de execução e o produto originado. Para a primeira prioridade aparecem 15 ações e destacou-se três:

Revisar os indicadores e metas utilizados pelo Ministério de Saúde nos pactos de gestão, políticas e documentos técnicos, possibilitando a definição do perfil de saúde dos adolescentes de ambos os sexos para favorecer a definição de estratégias específicas de melhoria da saúde. (BRASIL, 2004, p. 67)

O órgão responsável é o MS; o prazo é 2007 e o produto é: “documento técnico do MS com indicadores por faixa etária”.

Elaborar e/ou revisar, imprimir e distribuir material técnico e educativo sobre atenção clínico-ginecológica, climatério, saúde da mulher negra; gênero e saúde mental, saúde das lésbicas e das adolescentes. (BRASIL, 2004, p. 68)

A responsabilidade é do MS/SPM/SEPPIR; o prazo é 2007 e o produto é o “manual técnico” elaborado, impresso e distribuído.

Fortalecer a capacitação do pessoal da atenção básica e de serviços de referência, para implementar a atenção clínico-ginecológica; atenção integral à saúde da mulher índia; das lésbicas e das adolescentes. (BRASIL, 2004, p. 68)

O órgão responsável é o MS; o prazo é 2006 e o produto: “profissionais da rede pública de saúde capacitados”.

Com relação à segunda prioridade, foram especificadas seis ações e destacou-se três:

- Adquirir e distribuir métodos anticoncepcionais reversíveis, incluindo anticoncepcionais de emergência, para os municípios que aderiram ao Programas de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN) ou que tenham equipes de saúde da família.
- Elaborar e/ou revisar, imprimir e distribuir material técnico e educativo sobre atenção ao planejamento familiar.
- Fortalecer a capacitação do pessoal da atenção básica e de serviços e referência para implementar ações de atenção ao planejamento familiar<sup>79</sup>, incluindo a anticoncepção de emergência e a prevenção da infecção pelo HIV e outras DST, e o climatério. (BRASIL, 2004, p. 69)

As três ações têm prazo de execução até 2007, pelo MS.

Quanto à terceira prioridade, determinam-se doze ações, no entanto entre elas não há nada mais específico quanto às adolescentes. Em sua grande maioria tratam do PHPN e referem especialmente situações de parto, pós-parto e abortamento;

---

<sup>79</sup> Obs: entendemos que o planejamento familiar inclui os adolescentes, se considerarmos o texto da segunda prioridade na página anterior.

maternidades e UTIs; redução de cesáreas, mortalidade materna e neo-natal; e expansão da rede laboratorial.

Quanto à quarta prioridade, que trata da revisão da legislação punitiva às práticas de interrupção voluntária da gravidez ou abortamento em condições inseguras, remete-se o leitor aos anexos B e C, para a verificação da legislação própria: artigo 124, 125, 126 e 127 do Código Penal Brasileiro e artigo 128 que prevê o “aborto necessário” (Anexo B). Em 1º de setembro de 2005, o Diário Oficial da União publicou a PORTARIA Nº 1.508 que dispõe sobre o “Procedimento de Justificação e Autorização da Interrupção da Gravidez nos casos previstos em lei, no âmbito do Sistema Único de Saúde-SUS”. (Anexo C)

### **5.3.1. A análise do segundo documento**

Como já se mencionou no início do capítulo, as categorias encontradas foram: o *protagonismo da mulher ou a invasão da figura materna*; o *privilegio da informação* (desde a capacitação dos profissionais até a informação aos adolescentes); a *ênfase no Real e no discurso bio-político* (com a distribuição de métodos anticonceptivos e materiais técnicos e educativos).

#### **5.3.1.1. O protagonismo da mulher ou a invasão da figura materna**

Sobre essa categoria, irá se começar com uma história. A data: 1957. O lugar: um seminário de Lacan (1995), onde ele comenta a inseminação artificial de uma

mulher viúva, nos Estados Unidos, graças ao esperma congelado do seu marido, revelando o que o autor chamou de “onipotência materna”, da seguinte forma:

Nessa ocasião, cortaram alguma coisa do pai, e da maneira mais radical: inclusive a palavra. A questão agora é saber como, por que caminho, de que maneira, se inscreverá no psiquismo da criança assim gerada a palavra do ancestral, do qual a mãe será o único representante e o único veículo. Como irá ela fazer falar o ancestral enlatado?

Essa apreensão de Lacan, de que não só o pai da realidade é excluído, mas de alguma forma também o pai simbólico, é compartilhada por outros autores (Lebrun, 2004; Roudinesco, 2000; Melman, 2003; Chatel, 1995).

Para Roudinesco (2000) e Chatel (1995), a partir dos recursos contraceptivos iniciou-se uma aliança entre a mulher e a medicina que passou a retirar do pai o direito de se apropriar do processo de filiação, já que a mulher pode decidir, por si mesma, sobre a opção de procriar. A contracepção passou a funcionar a partir de uma significação obscura: a de impedir a procriação como consequência ignorada do ato sexual, fazendo da mulher a responsável tanto pela maternidade, quanto pela “paternidade”.

Para Lebrun (2004), uma das consequências mais evidentes da privatização da família é o declínio da identidade do pai. A partir do século XIX, esse autor refere que a família passou a se fechar sobre si mesma, se desarticulando do funcionamento social e fundando um pacto privado.

Por essa mesma via, de acordo com o autor abriu-se espaço para “a invasão da figura materna”. A invasão da figura materna torna-se cada vez mais evidente quando,

através dos avanços científicos da medicina, desloca-se o eixo da procriação para os efeitos reguladores da contracepção, onde o filho surge como um projeto individual, tornando as mulheres simultaneamente pai e mãe na origem da criança.

Melman (2003) afirma que “a mãe é a causa do filho”, na medida em que o “matriarcado” regula a questão da causa no que concerne à fecundação e à satisfação. O regime do matriarcado impõe uma ordem natural e positiva, onde toda demanda encontra sua satisfação. Enquanto o regime do patriarcado instaura uma desordem, um descompasso, o qual é tido como traumatizante, porque implica, para além da perda desse sentido natural, o avanço de uma instância inapreensível, que requer uma construção metafórica.

É preciso salientar ainda outro aspecto levantado por Chatel (1995) e que explora as imbricadas condições da relação Mãe-filho e do regime do Matriarcado, através da especificidade do relacionamento entre Mãe e filha, considerando a possibilidade da *filha* vir a ser mãe.

A autora apresenta duas noções essenciais: a noção de “gozo da mãe” e a noção de “devastação materna”, da seguinte forma:

Praticar a devastação é não mais esperar dar um filho à sua mãe para aplacar sua ira de ser, um dia, privada de fecundidade; (...) é reconhecer a radical função de disparidade devida à impossível similitude. Passar pelas etapas da devastação terá por efeito tratar o perigo do “gozo da mãe”, no sentido de reduzi-lo e, assim, orientar a mulher (ex-filha) em direção a um outro gozo, “feminino” desta vez. (p. 49).

A autora vai alertar para as diferenças entre homens e mulheres, nesse sentido, dizendo que, enquanto o *falo* se transmite de pai para filho, a maternidade não se transmite de mãe para filha.

Para a filha tornar-se mãe, diz Chatel (1995), duas coisas são necessárias: uma verdadeira diferenciação e uma separação sem substitutos em relação à sua mãe, abandonando a esperança de obter dela uma autorização para parir, tal como os homens precisam da autorização de um pai para ascender a um lugar de reconhecimento.

#### 5.3.1.2. O privilégio da informação

Os destaques feitos nesse documento são insistentes sobre a questão da “informação”, na medida em que estabelecem em todos os itens a necessidade de capacitação e de insumos, na forma de elaboração ou revisão de material educativo disponível para os serviços de saúde e “capacitação do pessoal”, ou seja, “informação” para os trabalhadores de saúde.

Nesse sentido, é notável o quanto, para as ações de saúde, privilegia-se a informação, em detrimento da “transmissão”, ou ainda a “capacitação” em lugar da “formação”, sendo que ambas são referidas desde um enfoque dito “educativo”.

Esse pressuposto educacional/educativo não parece levar em conta as condições e os efeitos de uma transmissão. Entretanto, desde já, é importante ressaltar que, mesmo sem considerar esse aspecto da transmissão, é ela que vai articular os encontros possíveis entre as mulheres (ou as adolescentes, ou as lésbicas, ou as negras, ou as índias) e os trabalhadores “capacitados” desses serviços de saúde.

Além disso, as especificidades do exercício sexual, para cada sujeito, não irão esgotar-se nas definições hetero, homo ou bissexualidade, nem serão suficientes para pretender um trabalhador livre de preconceitos e armado de informações. E ainda, se essas especificidades devem ser pautadas muito especialmente pelas diferenças de gênero (que privilegia somente o feminino) e pelas diferenças étnicas, então porque não incluir também os aspectos religiosos, culturais, de classe social, de crenças e valores praticados no interior das famílias.

Seria impensável querer esgotar as múltiplas condições e arranjos da sexualidade humana a partir dessa negociação entre novos conceitos e velhos preconceitos, ou pensando (novas?) “formas” para “informar”.

A informação tem seu substrato no ideal do eu<sup>80</sup>. É, portanto, “ilusória”. Por exemplo, em relação ao “planejamento familiar”, aparecem somente duas possibilidades e ambas estão, preferencialmente, sob a responsabilidade feminina: haveria uma “atitude de concepção”, traduzida como um querer “engravidar” ou “ser mãe” e uma atitude de “anticoncepção”, onde “a mulher” deve se preocupar em impedir um acontecimento “indesejável”.

A informação irá se pautar sobre esses dois pilares, sem indagar nada quanto às arestas e às veredas do *desejo*. Sequer interessa à informação os avatares da paixão e do enamoramento que providenciam os “erros de cálculo”. Sua preocupação define-se pela utilidade: se for útil evitar um engravidamento, a mulher deve usar os recursos anticoncepcionais, e “a informação” vem ao encontro da sua disposição em aprender,

---

<sup>80</sup> Esse conceito foi trabalhado na página 121. Entretanto, vale acrescentar uma diferença entre o Eu ideal como uma imagem que atrai o sujeito para um ideal e se faz suporte para sua identificação e o Ideal do eu como identificação a um ou outro traço que poderá comportar uma significação simbólica, mesmo atraindo o sujeito para um ideal (dimensão ilusória).

através de diversos cuidados e limites, “como fazer”. Por outro lado, se for útil engravidar e for necessário corrigir um estado de infertilidade, “a informação” irá pautar um elenco de prescrições quanto ao funcionamento do corpo (exames, hormônios para a fertilidade, técnicas de fecundação e de nidação, etc).

### 5.3.1.3. A ênfase no Real e no discurso bio-político

Apesar do fato da procriação não ser uma doença, ela é inteiramente posta nas mãos da medicina e sempre ligada exclusivamente à função procriadora da mulher. Hoje, a medicina é a competência que vale: não são nem os magos, nem os sábios, nem os adivinhos, nem as famílias e nem os padres os investidos do poder sagrado de tratar a vida que vem, ou que não vem: este lugar está ocupado pela medicina científica.(Chatel, 1995 p. 13)

Chatel (1995) escreve que a medicina da procriação pauta-se pelas demandas aparentemente simples das mulheres como “eu quero” ou “eu não quero” fazer um filho.

A autora afirma que há uma disjunção entre ato sexual e procriação (a partir da contracepção médica), entre desejo sexual e o voto de filho (porque entre os dois haveria uma articulação inconsciente), entre paternidade sexual e procriação, entre fala e corpo, entre erotismo e parentalidade. “Nossa experiência clínica nos ensinou que para a maioria das mulheres o significante que tomou corpo na gravidez realiza uma conexão inconsciente com um sentido de pai”, escreve a autora (p.19). Salienta também que muitas mulheres têm o desejo de receber uma criança como um presente, como “dom” ou prova de amor.

“A maneira pela qual cada mulher se arranja com seu método contraceptivo supõe um laço sutil entre uma vontade declarada e o desejo que esta vontade esconde ou revela”.(Chatel, 1995 p. 24).

O que se quer enfatizar é a opção feita nesses discursos contidos nas práticas em Saúde Pública e nesses documentos, ora técnicos ora políticos, quando se pautam no Real e numa espécie de determinismo biológico, que além de assegurar exclusivamente às mulheres o controle sobre o planejamento familiar, também ignora os efeitos do inconsciente e dos processos psíquicos sobre os sujeitos femininos e masculinos.

Essa opção constitui-se numa aposta persistente desses programas ou diretrizes da Saúde Pública na informação, como vimos anteriormente, e na tecnologia médica, definindo os meios operacionais de evitar ou programar um filho, ou um investimento sexual, ou a própria sexualidade.

Por isso, considera-se relevante ampliar a discussão nesta categoria para pontos mais profundos relativos à sexualidade, a partir da visão psicanalítica.

O campo da experiência sexual incipiente, onde as possibilidades de gravidez se ensejam, coloca em cena três domínios conceituais que necessitam ser amparados por uma estrutura teórica consistente. Estes domínios são: a adolescência, a atividade sexual e a diferença entre os sexos.

Pareceria banal ter de explicitar essa atividade sexual como iniciando na puberdade, ou a partir do amadurecimento das células germinativas e dos hormônios sexuais, não fosse a virada produzida pela teoria psicanalítica, ao problematizar a

noção de sexualidade reduzida à reprodução da espécie e, portanto, identificada com a genitalidade e com o corpo biológico.

Birman (1999) problematiza a sexualidade desde o ponto de vista da psicanálise, inferindo que a contribuição de Freud foi justamente mostrar que a sexualidade não tem um sentido unívoco, pelo contrário, está marcada por uma multiplicidade de significados (polissemia) e, conseqüentemente, os diferentes sentidos fundam uma complexidade para a qual a psicanálise propõe uma leitura e uma escuta. Nesse sentido, a sexualidade vem ocupar um lugar privilegiado na constituição do sujeito.

A psicanálise, desde o final do século XIX, tornou-se uma das construções teóricas mais importantes para dar conta do que por hora vamos definir como a sexualidade e a feminilidade. Como sabemos, Freud descobriu um inconsciente “sexual” que emergia nas produções sintomáticas dos seus pacientes e, principalmente, que emergia na fala das suas pacientes histéricas, portanto do sexo feminino. Não se trata de um panssexualismo freudiano, como muitos querem interpretar, mas de uma complexidade que coloca o campo da sexualidade no limite da palavra e da linguagem, da fantasia e da atribuição de sentido, da polissemia e do erotismo<sup>81</sup>.

Lacan ([1964]1988), afirma que a realidade do inconsciente é a realidade sexual e, se o inconsciente se produz desde os efeitos da fala sobre o sujeito, se o inconsciente se estrutura como uma linguagem, há uma afinidade dos enigmas da sexualidade com o jogo do significante. (p. 144)

Quais seriam as especificidades do processo da adolescência?

---

<sup>81</sup> Cf. Joel Birman (1999).

Em primeiro lugar, a menarca instaura, para a púbere, uma lógica da “contingência” em relação à fertilidade que é diferente para os púberes do outro sexo.

Pode-se dizer que a lógica masculina é a seguinte: são duas possibilidades “ser fértil e poder engravidar uma mulher” ou “ser estéril e não poder engravidar uma mulher”. Dessa forma, após a confirmação de ser fértil, um homem poderia, em qualquer tempo, procriar.

Para uma mulher a sua condição de fertilidade implica uma outra lógica: se é fértil, ela pode estar ou não estar fértil, a partir de uma ordenação biológica, onde o corpo feminino é ultrapassado nos seus desejos e reproduz uma condição de exterioridade. O ciclo menstrual feminino vem instaurar um ordenamento real e ocorre como um lembrete sempre reativado acerca da sua função biológica e reprodutiva.

É possível supor que, na adolescência, esse ordenamento cíclico em períodos férteis alternados com os períodos menstruais, transforma-se em “roleta russa” e vem produzir diferenças fundamentais para a experiência sexual em rapazes e moças.

Parte-se da suposição de que há um intervalo de tempo entre os acontecimentos que levam uma jovem a tornar-se grávida, um momento anterior à necessidade de tomar uma decisão ou aceitar um destino.

Pode-se supor, por exemplo, que o processo de implicação de uma adolescente com o ato sexual se dá de duas formas: primeiro, assumindo a consequência desse ato como **desejo**, realizando a conjunção entre desejo sexual e desejo de procriação ou assumindo a disparidade, a disjunção e o desencontro entre desejo sexual e desejo de procriação e, dessa forma, configurando um **não-desejo** relativo à procriação.

Por outro lado, no exercício sexual, se o resultado é a fecundação e a concepção, muitas vezes, há uma outra conjunção possível: a conjunção entre desejo e

não-desejo, a qual vai-se traduzir como destino. Para muitas adolescentes, a gravidez assume esse viés de *destino* e tem seu lugar junto às determinações biológicas do corpo, selando o transcurso de uma gestação até o parto e o ingresso na ordem geracional materna.

O exercício sexual incipiente, na adolescência, convoca o olhar para a sutileza destes intervalos de tempo que constituem uma operação simbólica, um trabalho psíquico necessário de representação das diferenças sexuais.

## 6. CONCLUSÃO

A título de conclusão, faz-se necessário retomar algumas noções investigadas a partir da temática desse trabalho: a noção de engravidamento e os processos singulares de elaboração psíquica na adolescência; o contexto intergeracional e a forma como os trabalhadores e técnicos de saúde pública comunicam e informam os(as) adolescentes sobre saúde sexual e reprodutiva.

Por um lado, apresentou-se a hipótese de que as possibilidades do engravidar na adolescência articulam-se aos modos singulares de viver essa passagem, destacando o espaço concreto de vida desses adolescentes, os bairros populares no meio urbano. Levou-se em conta que os processos subjetivos de construção e representação da feminilidade nesses contextos, os quais incluem as representações da menarca e do início da atividade sexual, são determinantes para a noção de engravidamento.

Há uma decalagem entre “engravidar” e “tornar-se grávida”. O termo engravidamento foi adotado neste trabalho para enfatizar o processo de implicação subjetiva de uma adolescente diante da “possibilidade” de tornar-se grávida. Explorou-se a contingência dessa situação da seguinte forma: inicia com a suposição de estar grávida (suposição que revela uma expectativa de dar conta de um corpo sexuado feminino), persiste enquanto possibilidade ou dúvida e aguarda/espera sua confirmação ou certeza. Ou melhor, há uma passagem de tempo entre as mudanças provocadas pela irrupção da puberdade e o processo subjetivo de apropriação de um corpo de mulher “terminado”, a partir das primeiras relações sexuais.

Assim, entre o corpo “contingente” (82) e em transformação de uma adolescente e o corpo de mulher, os ensaios e experiências sexuais surgem para testar/confirmar essas novas potências. Dessa forma, identificou-se intervalos temporais para o processo de engravidamento na adolescência, a partir da noção psicanalítica de tempo lógico (Lacan, 1966/ 1978), no qual o instante do ato sexual (sem a utilização de métodos anticoncepcionais) dá início à implicação subjetiva com esse ato, através da dúvida (estar ou não estar grávida), passando por um tempo de espera e de cogitação (“fiz, logo estou”) até a certeza antecipada que instaura a asserção subjetiva.

A partir desses intervalos temporais, sugere-se uma articulação entre as categorias de análise encontradas nas letras de Rap das adolescentes e os três tempos lógicos mencionados da seguinte forma: “se apaixonar e perder a razão” como um “instante de ver”; “engravidar e não saber o que fazer” como o “tempo de compreender”;

---

<sup>82</sup> A contingência do corpo em transformação e os aspectos defendidos pela teoria psicanalítica relativos ao abandono do corpo infantil. A metáfora do “complexo da lagosta”, usada por Dolto e Dolto-Tolitch (1993), expressa a perda de referências físicas e o estado de fragilidade que o processo adolescente impõe ao púbere, o qual seria análogo ao do crustáceo, quando este perde a sua carcaça para crescer, passando a ficar sem defesas e exposto aos perigos de predadores, até que seu organismo produza uma nova proteção, adequada para seu tamanho.

e “ser mulher e saber se cuidar” como o “momento de concluir”. Para Lacan (1966/1978), o sofisma dos três tempos lógicos indica as condições de subjetivação da seguinte forma: sujeito impessoal para o instante de ver; sujeito indefinido recíproco para o tempo de compreender e o sujeito da asserção para o momento de concluir.

Por outro lado, o convívio entre gerações, a linhagem familiar (ascendência) e a filiação (descendência) tomam um lugar privilegiado para se refletir sobre a transmissão dos traços familiares que constitui a geração de um filho, tornando visível a dimensão coletiva e cultural dessa experiência. O que implica dizer, que o processo de engravidamento é vivido de forma singular, mas vem dar conta de um laço coletivo e de uma herança intergeracional. Assim, buscou-se evidenciar a pouca eficácia no investimento de programas voltados à saúde sexual, que não respeitem esses aspectos.

Observou-se que os processos de simbolização e de construção ficcional das adolescentes escapam e também são negados, quando as tentativas e preocupações de “informar” e de estabelecer normas e cuidados para a saúde sexual reprodutiva são mais importantes. Para esta investigação, tornou-se fundamental destacar que antes da produção de materiais informativos e de recursos que sirvam para todas as adolescentes, há que se poder continuar indagando a função e a lógica que leva uma adolescente a antecipar-se diante da possibilidade de engravidar, tendo em vista o contexto social e geracional, e as significações produzidas para justificar sua experiência sexual (mandato social ou desejo?).

Por exemplo, ao se retomar os processos psíquicos investigados em cada história, percebe-se o enlace de três aspectos: os processos identificatórios (espelhamento, identificações parciais, traços identitários compartilhados); o imaginário

“amoroso” adolescente, reativando a posição depressiva (Kristeva, 2002); e a elaboração do lugar do pai como função simbólica.

Esse enlace tem a ver com a dimensão temporal, a qual é inerente à ação do simbólico: o “só depois”, relativo à temporalidade dos processos inconscientes (ou seja, entre a experiência ou traço mnêmico e a sua representação), explicita o paradoxo da condição adolescente, ou melhor, quando a precipitação toma o lugar da prevenção e a antecipação, o lugar da verificação. A pressa em fazer algo, assim como demonstrou-se no caso de Larissa e também no de Ane, pode-se traduzir, por ora, como esse efeito simbólico de ter “entrado numa roubada” e ter de compensar, fazendo algo a posteriori e produzindo um elo entre a subjetividade antecipada (ter engravidado) e a possibilidade resguardada do vir a ser (engravidar), em um outro tempo.

Para concluir, espera-se que este trabalho possa contribuir para incrementar o debate em torno dessa temática, sem esquecer do compromisso com as ações concretas desenvolvidas no âmbito da saúde. Portanto, nesse sentido, procurou-se problematizar a visão de “saúde do adolescente”, abrindo eixos de integração entre programas e políticas (saúde do escolar, saúde mental, saúde básica, saúde sexual e reprodutiva) e ampliando as noções de “prevenção” e de “saúde” para compor parcerias intersetoriais com a assistência social, cultura e educação.

## 7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABERASTURY, A. & KNOBEL, M. **Adolescência Normal**; tradução: Suzana M. G. Ballve. Porto Alegre: Artes Médicas, 1981.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**; tradução: Luís Antero Reto & Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições 70, 1977.

BAUDRILLARD, J. **Metamorfoses da cultura contemporânea**; tradução de Vanise Dresh. 2005. 08 p. Texto da Conferência.

BAUMAN, Z. **Modernidade líquida**; tradução: Plínio Dentzien. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.

\_\_\_\_\_. **Comunidade: a busca por segurança no mundo atual**; tradução: Plínio Dentzien. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003.

BENKO, G. Geografia de lugar nenhum ou hiperglobalização – Breve exame do mundo pós-moderno. In: SANTOS, M; SOUZA, M. A. & SILVEIRA, M. L.(org) **Território: Globalização e fragmentação**. São Paulo: Editora HUCITEC, 1996. p. 247-250.

BERGÈS, J & BALBO, G. **Há um infantil da psicose?**; tradução: Maria N. Folberg. Porto Alegre, CMC, 2003.

BIRMAN, J. **Cartografias do feminino**. São Paulo: Ed. 34, 1999.

BRASIL, Ministério de Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica de Saúde da Mulher. **Assistência em Planejamento Familiar: Manual Técnico**. 4ª Edição - Brasília: Ministério de Saúde, 2002, 152 p.

BRASIL. **Plano Nacional de Políticas para as Mulheres**. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2004. 116 p.

CALAZANS, G & ARILHA, M. Sexualidade na adolescência: o que há de novo? In: BERQUÓ, E. (Org.). **Jovens acontecendo na trilha das políticas públicas**. Brasília, DF: CPND, 1998.

CAMARANO, A. Fecundidade e anticoncepção da população jovem. In: BERQUO, E. (Org.). **Jovens acontecendo na trilha das políticas públicas**. Brasília, DF: CPND, 1998.

CARVALHO, M. A. B. Gravidez na Adolescência: aspectos socioeconômicos. **Revista de Ginecologia e Obstetrícia (GO Atual)**, Minas Gerais, 11(8): 07-14, agosto/2002.

CECÍLIO, L. C. de O. **As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção**. 2001. 13 p. Texto de capacitação.

CHATEL, M.-M. **O mal-estar na procriação: as mulheres e a medicina da reprodução**; tradução: Dulce Duque Estrada. Rio de Janeiro: Campo Matêmico, 1995.

CHEMAMA, R. **Elementos lacanianos para uma psicanálise no cotidiano**. Porto Alegre: CMC Editora, 2002.

\_\_\_\_\_. **Dicionário de psicanálise**; tradução: Francisco F. Settineri. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1995.

CMS Conselho Municipal de Saúde. Disponível em:  
<<http://www.conselhodesaude.poars.nom.br>>. Acesso em: 20/05/05.

CNS Conferência Nacional de Saúde. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cns/>>. Acesso em: acessado em 15/05/05.

COLL, A. Embarazo en la adolescencia: Cuál es el problema? In: BURAK, S. D. (compilador). **Adolescencia y juventud en América Latina**. Cartago (Costa Rica): Libro Universitario Regional, 2001. p. 425-445

COSTA, A. M. M. da. **Corpo e escrita: relações entre memória e transmissão da experiência**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2001.

\_\_\_\_\_. **A ficção do si mesmo: interpretação e ato em psicanálise**. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 1998.

\_\_\_\_\_. **A transicionalidade na adolescência.** In: COSTA, A. M. M. et al (orgs.). *Adolescência e experiências de borda.* Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2004. p. 165-193.

CORSO, D. M. L. Édipo, latência e puberdade: a construção da adolescência. In: COSTA, A. M. M. et al (org). **Adolescência e experiências de borda.** Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2004.

COMISSÃO de Saúde Mental do Conselho Municipal de Saúde: **relatório.** Porto Alegre, Setembro, 1993.

DOLTO, F. & DOLTO-TOLITCH, C. *Palabras para Adolescentes: o el complejo de la langostrá.* Buenos Aires: Ed. Atlântida, 1993.

DOUVILLE, O. Fundações subjetivas dos lugares na adolescência; tradução: Patrícia Ramos. **Revista da APPOA,** Porto Alegre, nº 23: 76-89, 2002.

ECO, U. **A estrutura ausente: introdução à pesquisa semiológica.** São Paulo: Editora Perspectiva, 1988.

FÉDIDA, P. **Nome, figura e memória: a linguagem na situação psicanalítica;** traduzido por Martha Gambini e Claudia Berliner. São Paulo: Escuta, 1992.

FIGUEIREDO, N. M. A. (org). **Ensinando a Cuidar em Saúde Pública.** São Caetano do Sul / SP: Yendis Editora, 2005.

FONSECA, C. **Família, fofoca e honra: etnografia de relações de gênero e violência em grupos populares.** Porto Alegre: Ed. Universidade/ UFRGS, 2000.

FOUCAULT, M. A Governamentalidade. Curso do *Collège de France*, 1º de fevereiro de 1978; traduzido por Roberto Machado e Angela Loureiro de Souza. In: Foucault, M. **Microfísica do Poder.** Rio de Janeiro: Edições Graal, 1988.

\_\_\_\_\_. **As palavras e as coisas:** uma arqueologia das ciências humanas. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

FREUD, S. Tres ensayos para una teoria sexual (1905). In: **Obras Completas**. Madrid: Biblioteca Nueva, 1981a. v. 2, p. 1169-1237.

\_\_\_\_\_. Psicologia de las masas y analisis del yo (1920). In: **Obras Completas**. Madrid: Biblioteca Nueva, 1981b. v. 3, p. 2563-2610.

FULLER, N. Maternidad e identidad femenina: relato de sus desencuentros. In: BURAK, S. D. (compilador). **Adolescencia y juventud en América Latina**. Cartago (Costa Rica): Libro Universitario Regional, 2001. p. 225-242

GAMA, S. G. N. et al. Experiência de gravidez na adolescência, fatores associados e resultados perinatais em puérperas de baixa renda. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 18(1): 153-161, janeiro-fevereiro/2002.

GIDDENS, A. **Modernidade e identidade**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2002.

JERUSALINSKY, A. Traumas de adolescência. In: **Adolescência entre o passado e o futuro**. APPOA, Porto Alegre: Artes e Ofícios, 1997. p. 11-27.

KEHL, M. R. **A mínima diferença: masculino e feminino na cultura**. Rio de Janeiro: Imago Ed., 1996.

\_\_\_\_\_. Existe uma função fraterna? In: KEHL, M. R. (org) **Função fraterna**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2000. p. 209-244.

\_\_\_\_\_. A fratria órfã: o esforço civilizatório do rap na periferia de São Paulo. In: KEHL, M. R. (org) **Função fraterna**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2000.

KRISTEVA, J. (2002). **As novas doenças da alma**. Rio de Janeiro: Rocco.

LACAN, J. **A família**. Lisboa, Portugal: Assírio & Alvim, 1981.

\_\_\_\_\_. **A relação de objeto (1956-1957)**. Rio de Janeiro: J. Zahar, 1995. (O seminário, livro 4).

\_\_\_\_\_. **Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise (1964)**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1988. (O seminário, livro 11)

\_\_\_\_\_. **Mais ainda (1972-1973)**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1985. (O seminário, livro 20)

\_\_\_\_\_. Tempo lógico e a asserção de certeza antecipada: um novo sofisma. In LACAN, J. **Escritos**. São Paulo: Perspectiva. (Trabalho original publicado em 1966). p. 69-86, 1978.

LEAL, O.; FACHEL, J. Jovens, sexualidade e estratégias matrimoniais. In: HEILBORN, M.; BRANDÃO, E. (Org.). **Sexualidade: o olhar das ciências sociais**. Rio de Janeiro: Zahar, 1999.

LEBRUN, J-P. **Um mundo sem limite**: ensaio para uma clínica psicanalítica do social. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2004.

LYRA, J & MEDRADO, B. et al. “A gente não pode fazer nada, só podemos decidir sabor de sorvete”. Adolescentes: de sujeito de necessidades a um sujeito de direitos. **Cad. Cedes**, Campinas, 22(57): 09-21, agosto/2002.

MEDRADO, B. & LYRA, J. A adolescência “desprevenida” e a paternidade na adolescência: uma abordagem geracional e de gênero. In: SCHOR, N.; MOTA, M.S.F.T.; CASTELO BRANCO, V. (Org.). **Cadernos juventude, saúde e desenvolvimento**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, Secretária de Políticas de Saúde, v. 1: 230-248, 1999.

MELMAN, C. **O Homem sem gravidade: gozar a qualquer preço**; tradução: Sandra Felgueiras. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2003.

\_\_\_\_\_. Haveria uma questão particular do pai na adolescência? In: **Revista da Associação Psicanalítica de Porto Alegre**, 5 (11): 07-24, 1995.

\_\_\_\_\_. Os adolescentes estão sempre confrontados com o minotauro. In: **Adolescência entre o passado e o futuro**. APPOA, Porto Alegre: Artes e Ofícios, 1997. p. 29-43.

MONTEIRO, S. Gênero, sexualidade e juventude numa favela carioca. In: HEILBORN, M.; BRANDÃO, E. (Org.). **Sexualidade: o olhar das ciências sociais**. Rio de Janeiro: Zahar, 1999.

MS Programas de saúde. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/saude>>. Acesso em: 16/08/05.

MS Toda mulher em processo de abortamento. Disponível em: <<http://www.materiasespeciais.com.br/saude/abortamento>>. Acesso em: 16/08/05.

MS Ter ou não ter filhos? Eis a questão. Disponível em: <<http://www.materiasespeciais.com.br/saude/planejamentofamiliar>>. Acesso em: 16/08/05.

NARRING, F. Metodología de investigación cualitativa: una revisión crítica de su aplicación a los adolescentes. **Adolescencia Latinoamericana**. v.2 n.3. Porto Alegre abr. 2001.

ORTIZ, J. N. et al (org). **Acolhimento em Porto Alegre – um SUS de todos para todos**. Porto Alegre: Prefeitura de Porto Alegre, 2004. 82 p.

OZÓRIO, L. Devir criança. **Revista Pediatria Atual**. Rio de Janeiro: EPUC – Editora de Publicações Científicas Ltda., 2003.

\_\_\_\_\_. **Políticas Participativas de Saúde e alternativas comunitárias à problemática da saúde mental**. (Texto baseado na tese de doutoramento “Les politiques participatives de santé. Une analyse institutionnelle du Parque Royal”, defendida em 18 de dezembro de 2001 na Universidade Paris 8, França.)

PEREIRA, I. B. Políticas de Saúde e Formação do Trabalhador. In: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (Org.). **Textos de Apoio em Políticas de Saúde**. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2005. p. 117-142.

PIMENTA, C. & RIOS, L. F. et al. Rumo à adultez: oportunidades e barreiras para a saúde sexual dos jovens brasileiros. **Cad. Cedes**, Campinas, 22 (57): 45-61, agosto/2002.

PORTO ALEGRE. Plano de Saúde Mental 2005-2008. Assessoria de Planejamento. Coordenação da Política de Saúde Mental, CPSM, 2005.

RASSIAL, J-J. **A passagem adolescente: da família ao laço social**; tradução de Francine A. H. Roche. Porto Alegre: Artes e Ofícios, 1997.

\_\_\_\_\_. **O adolescente e o psicanalista**; tradução de Leda Bernardino. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 1999.

REIS, A. O. A. Análise metafórico-metonímica do processo de constituição do pensamento da saúde pública acerca da adolescente grávida: os anos 60. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 14 (supl. 1): 115-123, 1998.

REIS, A. T. **Acolhimento: um novo trabalho em equipe**. 1997. Texto de capacitação. 06 p.

ROUDINESCO, E. **Por que a psicanálise?** Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2000.

RUFFINO, R. Da latência à pubescência: o jogo pulsional. In: MEIRA, A. M. (org.) **Novos Sintomas**. Coleção Psicanálise da Criança. Salvador: Agalma, 2003, p. 76-118.

\_\_\_\_\_, R. Adolescência: notas em torno de um impasse. In: **Revista da Associação Psicanalítica de Porto Alegre**, 5 (11): 41-46, 1995.

SANT'ANNA, M. J. C. Gravidez: um enfoque atual. In: WEINBERG, C. (Org.). **Geração delivery: adolecer no mundo atual**. São Paulo: Sá, 2001. p. 61-72.

SESPM Primeira Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres. Disponível em: <<http://www.presidencia.gov.br/spmulheres>>. Acesso em: 16/08/05.

SIRENA, M. da G. A. Modelo de Atenção à Saúde. Porto Alegre, Conselho Municipal de Saúde, Secretaria Municipal de Saúde, 3ª Conferência Municipal de Saúde – **Caderno de Textos “Aprofundando o Controle Social”**. 2000. 92 p. (p. 33-38)

SMS Secretaria Municipal de Saúde. Disponível em: <<http://www.portoalegre.rs.gov.br/sms>>. Acesso em: 20/05/05.

SPOSITO, M. & CARRANO, P. Juventude e políticas públicas no Brasil. In: LEÓN, O. D. (ORG). **Políticas públicas de juventud en America Latina**. Chile, Viña del Mar: Ediciones CIDPA, 2003.

STAKE, R. E. Case Study. In: DENZIN, N. & LINCOLN, Y(Eds.) **Handbook of Qualitative Research**. United Kindom: Sage (Londres), 1994.

TRAVERSO-YÉPEZ, M. A. & PINHEIRO, V. S. Adolescência, saúde e contexto social: esclarecendo práticas. **Psicologia & Sociedade**, 14 (2): 133-147; julho-dezembro, 2002.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**, tradução: Daniel Grassi. Porto Alegre: Bookman, 2001.

WINNICOTT, D. El concepto de individuo sano. In: **D. W. Winnicott**. Buenos Aires: Editorial Trieb, 1978.

APÊNDICE A

**TERMO DE COMPROMISSO PARA UTILIZAÇÃO DE DADOS CONTIDOS EM  
PRONTUÁRIOS**

Seguindo orientação da Comissão de Pesquisa e Ética em Saúde e segundo as normas estabelecidas pela Resolução CNS 196/96, bem como a Resolução Normativa 01/97, este documento visa fundar o compromisso do Projeto de Pesquisa “As possibilidades do engravidamento na adolescência: considerações sobre a construção da sexualidade feminina em contextos de periferia” com a privacidade e a confidencialidade dos dados de prontuários utilizados, considerando:

- 1) O estudo é retrospectivo e, portanto, parte de dados já registrados;
- 2) O acesso privilegiado aos dados decorre da prática clínica e preservará o anonimato dos pacientes envolvidos;
- 3) Serão tomadas as seguintes precauções: os casos serão descritos de forma descaracterizada e serão utilizados exclusivamente para publicações relativas a esse projeto;
- 4) Toda divulgação científica deste estudo respeitará todos os critérios acima mencionados.

APÊNDICE B  
GLOSSÁRIO / DICIONÁRIO DE GÍRIAS

A fu: muito bom

Amasso: é como estar “ficando”(ficar de beijos e abraços).

Arreganho: diversão entre amigos, brincadeiras e zombarias que devem incluir o toque, a proximidade corpo-a-corpo, ou o contato físico.

Arroz: cara medroso.

Bah!: exclamação.

Back: maconha.

Bafão: briga.

Bagulho: substitui o nome da coisa, qualquer coisa.

Baia: casa.

Balada: festas, encontros, embalos.

Banda: dar um passeio, uma volta.

Barraco: briga.

Berro: pistola, arma de fogo.

Bolo: briga ou confusão.

Boxe: brigas na escola.

Boy: ou “boysinho” para referir-se aos “meninos bom”, ou quando se trata de rapazes de outra classe social.

Bronca: ter uma bronca significa ter um serviço para fazer, ou algo para resolver, inclusive “roubar para pagar uma dívida”.

Brother: amigo, irmão.

B.V.: boca virgem.

Cabeça: modo de chamar, ou cumprimentar um amigo.

Cachorra: safada.

Cagüetar: delatar, dedurar (em português escreve-se alcagüetar)

Cano: arma de fogo.

Capaz: negação – não pode ser!

Cara: para se referir a alguém com mais intimidade (carinha pode ser alguém com quem se está ficando).

Chinelo: “ladrão de varal”, que rouba de vizinhos (“chinelage”= roubo ou furto)

Confirmado: lugar (ou pessoa) bem conhecido(a) e popular.

Coroa: para se referir aos pais.

Doze: arma de fogo, pistola.

Duque 13: que gosta de namorar meninas; “estuprador de menor”.

Embalos: festa.

Embolar: confusão.

Ficar: “dar uns beijos”, namorar sem compromisso.

Folgar: zombar de alguém, fazer gozação.

Fubanga: “maloqueira”, vulgar.

“Fudido”= fodido: muito bom.

Galera: é o mesmo que turma e também pode significar agito, bastante gente.

Gramá: maconha.

Irado: extremamente bom.

Largar: sair fora, ir embora.

Levantar: roubar.

Lóque: um jeito de dizer “louco”, ou definir um estado causado por uso de SPA.

Macaquinha: arma de fogo automática.

Mano: em geral um amigo.

Mané: otário.

Meu: a pessoa com quem se está falando.

Meter: roubar.

Mina: garota.

Não eras: não concordar.

Osvaldonautas: freqüentadores da avenida Osvaldo Aranha.

Parada: problema pra resolver, ou “serviço pra fazer”.

Patrão: traficante da “vila”.

Pedalar: dar uma rasteira, brigar com alguém.

Pedreiro: fuma pedra, ou seja, crack.

Pegar: namorar alguém sem compromisso; o mesmo que ficar.

Pior...: quando concorda com o que foi dito.

Pisante: sapato.

Puxar: trabalhar.

Quete: sexo oral/felação.

Ralado: quando alguém é muito bom no que faz, ter bom desempenho.

Rango: comida.

Seqüela: chamar alguém, quando não se sabe o nome.

Som: “ir no som” é ir para um lugar onde pode-se dançar.

Tirar: zombar do outro, mexer com um conhecido, folgar.

Traçar: ter um relacionamento sexual com uma garota.

Tri: excelente (tri bala: muito bom!).

Vaza: “cai fora!”

Vacilão: que vacilou e foi pego (preso) ou que delatou um parceiro. Velho (a): maneira de falar com uma pessoa mais conhecida.

Verme: pessoa mesquinha.

Veneno: malícia ou tentativa de humilhar os outros.

Viajar / viagem: quando uma situação ou alguém parece não fazer muito sentido.

Visão: coisa feia; “visão do inferno”.

Vizinha: camisinha.

Xarope: elogioso, quando uma coisa é legal (outro termo seria xaropear = incomodar ou estar xarope como triste, sentindo-se mal).

Expressões:

“a bolacha do pacote”; a bolachinha mais recheada do pacote; farelo da bolacha: se diz em relação a uma pessoa muito arrogante, que se acha melhor que as outras.

“botar pilha” ou “ir nas pilhas”: tem relação com influenciar e ser influenciado por outros.

“chave de cadeia”: quando a pessoa não é de confiança, ou é chata.

“Dar um teco”: cheirar cocaína.

“Dedo de seta”: “dedo duro”

“Deitar o cabelo”: ir embora.

“Fala sério”: não mente!, não faz onda, não força, fala a verdade!

“Fazer as partes”: abordar uma garota com a intenção de apresentar um amigo que está interessado em namorá-la.

“Fazer uma mão”: roubar, furtar com os parceiros; pode significar também ajudar.

“Garota mignon”: garota perfeita.

“Horrores de bichinhos”: referindo-se a guri (garoto) ou guria (garota) feio (a) ou esquisito (a).

“Não tem noção”: expressão para descrever um acontecimento incrível, maravilhoso ou muito legal.

“O corpo tá vindo”: “guri” bonito se aproximando.

“O gás da coca-cola”: quando a pessoa é muito convencida (se acha muito boa: se sentindo..., se achando...)

“Passar o rodo”: namorar várias garotas, “ficar com as minas” e também “pegar”.

“Pagar mico”: passar por uma situação constrangedora, passar vergonha.

“Pode crê!”: sim, certamente.

“Puxa salame!”: cai fora!, vai embora! e também “nem te cola”; “pega a faixa”; “sai da reta”; “tira os olhos”; “vai com os teus”.

“Se agarrar no pau”: em relação a qualquer tipo de briga ou agressão física entre duas pessoas.

“Sofrer o pênalti”: tem a volta.

“Tá ligado?”: durante o diálogo entre duas ou mais pessoas, significa interrogar se a pessoa está atenta, prestando atenção, se está esperta. Também sugere uma relação de saber (sabe?, percebes?)

“Tá me tirando?”: “tu estás achando que eu sou otário?”

“Tá viajando na minha”: quando uma pessoa está implicando, prestando atenção ou quando está demonstrando algum tipo de interesse.

“Te larguei”: pode significar “tu estás chato”, “tu estás enchendo o saco”, ou “vou te deixar”, “vou embora”.

“Te liga bico”: te alerta!

“Tipo assim”: quando pretende dar uma explicação sobre alguma coisa.

“Tirar um bico”: espiar, observar.

“Tirar uma onda”: brincar com um parceiro ou alguém, e também zombar e humilhar.

“Tô de rango”: está com fome.

“Tô no veneno”: pronto pra se vingar ou partir pra cima de quem tentou lhe humilhar.

“Tô xarope”: sente-se bonito ou fez algo muito bem.

“tô podre”: cansado

“Todo baleado”: todo mal.

## APÊNDICE C

### OS RAPAZES E SUA REVOLUÇÃO ATRAVÉS DAS PALAVRAS (RAP)

Como apontou-se anteriormente, o grupo que realizou a oficina de Rap era composto por quatro moças e quatro rapazes.

Optou-se em registrar a produção deixada pelos rapazes, sem, contudo, constituir-se em material de análise.

#### **Renato:**

Escreveu “Recado para a Coroa”. Ele e seus parceiros se autodenominavam “Predominantes do Rap”.

“Perdi minha coroa com apenas 14 anos/ tinha muita maldade e também muitos planos./ perdi minha irmã e também vários amigos/ que a maioria se parece comigo./ a vida na favela é a lei do cão/ atirou e não matou, já pode preparar o caixão/ Você vai ver, seu chão vai tremer/ Pode atirar, atira pra matar/ Se for mais forte e tentar a sorte aqui no corredor da morte.

#### **refrão**

Mãe, como vai lá fora os mano da quebrada, sempre com papo de bola e esperando as gatinha na saída da escola/ Bom Jesus, Bom Jesus...paz é amor, a vida tem carinho, é não dei valor.

Mano gordo sou eu, sujeito homem, eu tô na rua, mas eu tô com microfone./ e pra você que pensa que malandragem é roubar/ Eu mando um alô que malandragem é trabalhar e a pivetada estudar./ E pra você que tem problema, lá na sua quebrada/ manda um alô lá pra gurizada Leco, Elias, Girico e Gil/ é um dois três, quatro, cinco mil/ agora a Bom Jesus para todo o Brasil.”

**Evertom:**

A letra de Rap que construiu fala de “chinelage”, que na vila onde mora significa ocupar um lugar de humilhação na comunidade, porque “chinelo” é o “ladrãozinho” que rouba dos próprios vizinhos e, portanto, é extremamente mal visto e hostilizado pelos moradores.

“U chinelo pra mim/ esse divia de sê o único alvo da guerra. É esse tipo de otario que deve de ir pra baixo de sete palmos de terra. Filho da mãe continua agindo e não sei como pode!!! Mas te liga otario, eu to crescendo, cada vez eu to mais forte. Mané ti alerta no perigo: eu sei quem tu é. Não to de perna di pau, muito menos com olho de vidro. Eu vo da a letra pra quem ainda não se ligou. To falando do desgraçado que um dia meu barraco chineliou. Me chama de bonzinho, bonzinho uma ova. So não apaguei o safado na hora, porque eu não tive prova. Deixa pra lá talvez eu esteja um pouco errado. Mas o homem de cima não dorme, se faz aqui, aqui será pago. A chinelage, u barato vai alem da pilantragem. Voce acha que é mentira, mas eu sei que é verdade. Em todo canto da Safira tem algum chinelo: tem na Siqueira Campos, tem na Santo Amaro, também tem na Vieira de Melo. Mas é por aqui que eu vivo, mesmo que seja da forma errada. Esse é o lugar que eu moro. Aqui to eu Dr. Cleber retratando a verdade.

Desmascarando os chinelos das nossas comunidades. Salafriario, não vou esquecer o que tu fez pra mim e para os outros. Mas tudo isso com certeza tu vai ganhar em dobro. A chinelage, u barato vai alem da pilantragem. Eu queria cantar que a Safira é um lugar lindo e muito belo, mas infelizmente no nosso meio tem sempre alguns chinelos. Eu não canso, digo e repito, mas chinelo na Safira tem de todo tipo. Começa naqueles que fazem as trampas e depois dão no pé. Até o safado que bate na filha e na mulher. Mas tem aqueles que dizem que são guerreiros e vivem atrasando as correrias dos parceiros. Um baita vacilão, tremendo dedo de seta. É só aperta ele um pouquinho que ele te caqueta. Eu falei que não queria ta falando disso, se não fosse os chinelos a Safira seria o nosso paraíso.”

**João:**

“Chegando na seqüência nós vamos apavorar/ olha o bando de comédia, de bermudão e de brinquinho, de cabelo tingido, de buné com aba reta, tentando apavorar/ a nossa banca de ladrão vem no veneno zé povinho, ham/ o som no talo vem no carro vem batendo bem pesado/ botei a toca ladrão, que o frio tá lá fora/ tô careca de jaqueta e uma calça fundilhão sem armas na cintura/ Jesus Cristo tá comigo meu irmão/ não quero virar bandido/ que proteja minha família de qualquer perigo/ não quero que no futuro meu filho não leve esse mal exemplo/ não quero que ele leve um tiro na matina, no relento, ham/ eu já tô no veneno periculoso apetitoso: eu como a carne e faço você roer o osso/ bati a cabeça no Congá e que todos os santos me proteja dessas drogas e do mal, que tire os olhos grande da nossa volta: faça o CRZ2 L levantar e não abachar/ subir no pódium uma vez/ agora nós vamos lutar/ essas crianças no futuro o que vão

virar: com drogas e um 3 oitão empunhados na suas mão/ eu quero que elas troquem por um micro fone cantando rap/ gritando e pulando hip-hop em ação./ se a polícia te pega todo drogado e armado, tu vai rodar/ e se tiver cantando rap vai conscientizar.

Refrão: o nosso futuro aonde está: leia o livro da vida, é só você acreditar! (2X)

**Paulo:**

“Ei mano, saí dessa vida. Violência traz tristeza, uma grande ferida. Tenha consciência e um pouco de atitude, quem pratica violência nessa vida só se ilude. O mundo violento cada dia mais e mais. Chega de morte, o que eu quero é paz. Guerra por dinheiro, guerra na periferia, uma mãe que chora dia após dia. Arma de fogo na mão de adolescente tornando soldado mais um sobrevivente, que a qualquer momento ele pode morrer. Me diz, nesta vida, quem irá sobreviver? O medo é constante na minha comunidade. Me desculpe lhe dizer, mas esta é a minha realidade. Fome, miséria, drogadição. São vários motivos e a mesma situação. Polícia, camburão. Cidadão sendo abordado pelo preconceito e sendo maltratado. O mundo tá virado. Não existe mais sossego. Pessoas que roubam porque não encontram um emprego. Fiz essa letra pura e consciente apenas para abrir e alertar a sua mente. Quem encanta esse rap é mais um sobrevivente.

REFRÃO: chega de violência, eu quero viver, sou adolescente, estou aqui para aprender! Chega de violência! Eu quero mudar! Sou adolescente, estou aqui para lutar!”

APÊNDICE D  
ANÁLISE DAS NARRATIVAS

NARRATIVAS	CATEGORIAS	DESTAQUES
<p>HISTÓRIAS CONTADAS</p> <p>Renata Andressa Priscila</p>	<p>1) “Ser adolescente” “brincar na idade dela fica feio” “os grandes e os pequenos”</p> <p>2) “Ser mãe ou ser a mãe” “ela <i>não</i> queria ser mãe, mas teve que aceitar seu destino...”</p> <p>3) “Se fazer olhar” “saía para caminhar com suas amigas...” “era muito linda e muito bela...” “usa muitas pulseiras e colar”</p> <p>4) “Entre a casa da infância e a saída de casa” “sair de ... e ir para ...”</p>	<p>1) A reedição do “corpo-a-corpo” (p. ex. através do “arreganho”): representação imaginária do corpo próprio e do corpo do outro.</p> <p>2) A mãe reaparece como modelo de identificação: espelhamento / imitação / ideal do eu.</p> <p>3) A adolescente oferece o seu corpo através da exibição, do desfile para o olhar do outro sexo: pulsão escópica.</p> <p>4) Rassial: infinito espacial que expulsa o adolescente da casa familiar.</p>
<p>VERSOS ESCRITOS</p> <p>Ane Larissa Vanessa</p>	<p>1) “Se apaixonar e perder a razão” <i>“O pensamento era longe era só nisso que eu pensava. E nada mais me importava. E a minha cabeça virava e o desejo aumentava.”</i></p> <p>2) “Engravidar e não saber o que fazer” <i>“o filho que eu fiz, eu fiz sem pensar”</i> <i>“Não sei o que fazer meu irmão”</i></p> <p>3) “Ser mulher e saber se cuidar” <i>“Eu sou mulher e vim aqui para falar: use camisinha, vamos se ligar”</i></p>	<p>No momento da paixão todo pensamento racional, todo planejamento deixa de ter importância. Sujeito impessoal</p> <p>Paradoxo da condição adolescente: ter que fazer algo a posteriori, já que a precipitação toma o lugar da prevenção e a antecipação, o lugar da verificação. Sujeito indefinido recíproco</p> <p>Encontrar um lugar de referência feminino, um lugar para falar: asserção subjetiva ou o lugar do “eu”.</p>

APÊNDICE E  
ANÁLISE DOCUMENTAL

Documento	Categorias	Comentários
1. Assistência em Planejamento Familiar: Manual Técnico	<p>a) Justificativa para prestação de assistência; “quando se registra o aumento de gestações nessa faixa etária...”</p> <p>b) A relação entre partos e a contaminação pelo HIV; “o elevado número de partos e o aumento das DST/HIV entre adolescentes...”</p> <p>c) A banalização da relação sexual. “disponibilidade constante de insumos para a dupla proteção”</p>	<p>Se o objetivo é a <b>prevenção</b>, os programas e ações devem ser desenvolvidos independentemente do maior ou menor registro de casos.</p> <p>O risco de gravidez é igualado ao risco de contaminação pelo vírus do HIV, para, então, se preconizar o “sexo seguro”, engessando a capacidade de escuta dos técnicos e esvaziando o conteúdo significativa das teorias sexuais construídas pelos jovens.</p> <p>“Dupla proteção” também contra a possibilidade do encontro: sexo sem contato. Exemplo do “tournante” na França como negação do ato sexual.</p>
2. Plano Nacional de Políticas para as Mulheres	<p>a) O protagonismo da mulher; “ampliar as ações de planejamento familiar com oferta de métodos anticoncepcionais reversíveis para 60% da pop. de mulheres em idade fértil”.</p> <p>b) O privilégio da informação; “fortalecer a capacitação do pessoal; elaborar ou revisar material técnico e educativo...”</p> <p>c) A ênfase no Real e o discurso bio-político.</p>	<p>A contracepção passou a funcionar como responsabilidade exclusiva da mulher, retirando do homem o direito de se apropriar do processo de filiação: veio impedir a procriação como consequência ignorada do ato sexual.</p> <p>A capacitação em detrimento da <i>formação</i> e a elaboração ou revisão de material educativo para prestar informação em detrimento da <i>transmissão</i>.</p> <p>A medicina do planejamento familiar pauta-se pelas demandas das mulheres como: “eu quero” ou “eu não quero” filhos, ignorando o desejo inconsciente.</p>

## ANEXO A

### Descrição dos métodos contraceptivos oferecidos na Rede Pública de Saúde

Camisinha masculina - Consiste em um envoltório de látex que recobre o pênis durante o ato sexual. Alguns são lubrificados com silicone ou lubrificantes à base de água, e alguns são revestidos com espermicidas além do lubrificante. Os preservativos masculino e feminino são os únicos métodos que, ao mesmo tempo, protegem contra as doenças sexualmente transmissíveis (DST) e Aids e contra a gravidez indesejada. Não necessita de acompanhamento médico e é o mais indicado para as pessoas que não contam com um parceiro sexual fixo.

Diafragma - Consiste em um capuz macio de borracha ou silicone, com uma borda em forma de anel, flexível, que deve ser colocado na vagina, cobrindo o colo do útero. O diafragma deve ser colocado em todas as relações sexuais (com antecedência de minutos ou horas), antes de qualquer contato entre o pênis e a vagina. A mulher deverá retirar o diafragma seis a oito horas depois da última relação sexual. Não protege contra DST/HIV/aids.

DIU (Dispositivo Intra-Uterino) - Consiste em uma pequena peça de plástico, que mede aproximadamente 31 mm, freqüentemente coberta com fio de cobre, que é colocada dentro do útero. Mais indicado para mulheres que já tiverem filhos e querem adiar a próxima gravidez por mais de dois anos. Não é indicado para mulheres com risco aumentado para DST/HIV/aids (mulheres que têm mais de um parceiro sexual ou cujos

parceiros têm outros parceiros/parceiras e não usam preservativo em todas as relações sexuais). Não protege contra DST/HIV/aids.

Pílulas anticoncepcionais - Um dos métodos mais utilizados em todo o mundo. Contêm dois hormônios sintéticos - estrogênio e progesterona - semelhantes aos produzidos nos ovários da mulher. A pílula deve ser tomada todos os dias, de preferência sempre na mesma hora. Pode ser usada durante anos, sem necessidade de pausas. É contraindicada para as mulheres que estão amamentando. Não protege contra DST/HIV/aids.

Minipílulas - São pílulas que contêm uma dosagem pequena do hormônio progesterona. São indicadas para as mulheres que estão amamentando e que desejam fazer uso da pílula como método anticoncepcional. Não protege contra DST/HIV/aids.

Anticoncepcional hormonal Injetável - Existe dois tipos de injetáveis anticoncepcionais: o injetável mensal, que contém uma combinação de dois hormônios e deve ser aplicado a cada mês, e o injetável trimestral, que contém um só hormônio e deve ser aplicado a cada três meses. Não protegem contra DST/HIV/aids.

Pílula Anticoncepcional de Emergência - Recurso que pode ser usado após uma relação sexual desprotegida para evitar gravidez indesejada. Deve ser usada até 72 horas após a relação. Quanto mais cedo for usada, tanto maior a sua eficácia. Não deve ser utilizada de rotina como método anticoncepcional. Não interrompe uma gravidez em andamento. Não protege contra DST/HIV/aids.

## ANEXO B

Código Penal Brasileiro

CÓDIGO PENAL

DECRETO-LEI N.º 2.848, DE 7 DE DEZEMBRO DE 1940

Aborto provocado pela gestante ou com seu consentimento

Art. 124 - Provocar aborto em si mesma ou consentir que outrem lho provoque:

Pena - detenção, de 1 (um) a 3 (três) anos.

Aborto provocado por terceiro

Art. 125 - Provocar aborto, sem o consentimento da gestante:

Pena - reclusão, de 3 (três) a 10 (dez) anos.

Art. 126 - Provocar aborto com o consentimento da gestante:

Pena - reclusão, de 1 (um) a 4 (quatro) anos.

Parágrafo único - Aplica-se a pena do artigo anterior, se a gestante não é maior de 14 (quatorze) anos, ou é alienada ou débil mental, ou se o consentimento é obtido mediante

fraude, grave ameaça ou violência.

Forma qualificada

Art. 127 - As penas cominadas nos dois artigos anteriores são aumentadas de um terço, se,

em consequência do aborto ou dos meios empregados para provocá-lo, a gestante sofre

lesão corporal de natureza grave; e são duplicadas, se, por qualquer dessas causas, lhe sobrevém a morte.

Art. 128 - Não se pune o aborto praticado por médico:

Aborto necessário

I - se não há outro meio de salvar a vida da gestante;

Aborto no caso de gravidez resultante de estupro

II - se a gravidez resulta de estupro e o aborto é precedido de consentimento da gestante

ou, quando incapaz, de seu representante legal.

## ANEXO C



Edição Número 170 de 02/09/2005

Ministério da Saúde Gabinete do Ministro

PORTARIA Nº 1.508, DE 1º DE SETEMBRO DE 2005

Dispõe sobre o Procedimento de Justificação e Autorização da Interrupção da Gravidez nos casos previstos em lei, no âmbito do Sistema Único de Saúde-SUS.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe confere o inciso II do parágrafo único do art. 87 da Constituição Federal, e:

Considerando que o Código Penal Brasileiro estabelece como requisitos para o aborto humanitário ou sentimental, previsto no inciso II do art. 128, que ele seja praticado por médico e com o consentimento da mulher;

Considerando que o Ministério da Saúde deve disciplinar as medidas assecuratórias da licitude do procedimento de interrupção da gravidez nos casos previstos em lei quando realizado no âmbito do SUS;

Considerando a necessidade de se garantir aos profissionais de saúde envolvidos no referido procedimento segurança jurídica adequada para a realização da interrupção da gravidez nos casos previstos em lei; e

Considerando que a Norma Técnica sobre Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes não obriga as vítimas de estupro da apresentação do Boletim de Ocorrência para sua submissão ao procedimento de interrupção da gravidez no âmbito do SUS, resolve:

Art. 1º O Procedimento de Justificação e Autorização da Interrupção da Gravidez nos casos previstos em lei é condição necessária para adoção de qualquer medida de interrupção da gravidez no âmbito do Sistema Único de Saúde, excetuados os casos que envolvem riscos de morte à mulher.

Art. 2º O Procedimento de Justificação e Autorização da Interrupção da Gravidez nos casos previstos em lei compõe-se de quatro fases que deverão ser registradas no formato de Termos, arquivados anexos ao prontuário médico, garantida a confidencialidade desses termos.

Art. 3º A primeira fase é constituída pelo relato circunstanciado do evento, realizado pela própria gestante, perante dois profissionais de saúde do serviço.

Parágrafo único. O Termo de Relato Circunstanciado deverá ser assinado pela gestante ou, quando incapaz, também por seu representante legal, bem como por dois profissionais de saúde do serviço, e conterá:

I - local, dia e hora aproximada do fato;

II - tipo e forma de violência;

III - descrição dos agentes da conduta, se possível; e

IV - identificação de testemunhas, se houver.

Art. 4º A segunda fase dá-se com a intervenção do médico que emitirá parecer técnico após detalhada anamnese, exame físico geral, exame ginecológico, avaliação do laudo ultrassonográfico e dos demais exames complementares que porventura houver.

§ 1º Paralelamente, a mulher receberá atenção e avaliação especializada por parte da equipe de saúde multiprofissional, que anotará suas avaliações em documentos específicos.

§ 2º Três integrantes, no mínimo, da equipe de saúde multiprofissional subscreverão o Termo de Aprovação de Procedimento de Interrupção da Gravidez, não podendo haver desconformidade com a conclusão do parecer técnico.

§ 3º A equipe de saúde multiprofissional deve ser composta, no mínimo, por obstetra, anestesista, enfermeiro, assistente social e/ou psicólogo.

Art. 5º A terceira fase verifica-se com a assinatura da gestante no Termo de Responsabilidade ou, se for incapaz, também de seu representante legal, e esse Termo conterá advertência expressa sobre a previsão dos crimes de falsidade ideológica (art. 299 do Código Penal) e de aborto (art. 124 do Código Penal), caso não tenha sido vítima de violência sexual.

Art. 6º A quarta fase se encerra com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que obedecerá aos seguintes requisitos:

I - o esclarecimento à mulher deve ser realizado em linguagem acessível, especialmente sobre:

- a) os desconfortos e riscos possíveis à sua saúde;
- b) os procedimentos que serão adotados quando da realização da intervenção médica;
- c) a forma de acompanhamento e assistência, assim como os profissionais responsáveis; e
- d) a garantia do sigilo que assegure sua privacidade quanto aos dados confidenciais envolvidos, exceto quanto aos documentos subscritos por ela em caso de requisição judicial;

II - deverá ser assinado ou identificado por impressão datiloscópica, pela gestante ou, se for incapaz, também por seu representante legal; e

III - deverá conter declaração expressa sobre a decisão voluntária e consciente de interromper a gravidez.

Art. 7º Todos os documentos que integram o Procedimento de Justificação e Autorização da Interrupção da Gravidez nos casos previstos em lei, conforme Modelos dos Anexos I, II, III, IV e V desta Portaria, deverão ser assinados pela gestante, ou, se for incapaz, também por seu representante legal, elaborados em duas vias, sendo uma fornecida para a gestante.

Art. 8º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 9º Fica revogada a Portaria nº 1145/GM, de 7 de julho de 2005, publicada no Diário Oficial da União nº 130, de 8 de julho de 2005, Seção 1, página 31.