

FACULDADE LABORO
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS E GESTÃO DA
ASSISTÊNCIA SOCIAL

ELIANE DE JESUS BASTOS RABELO
GEISA OLIVEIRA SILVA MAGALHÃES
JOUSY MARLA CUNHA RABELO
LEILA MORAES NOGUEIRA AZEVEDO
MARIA CARMELITA FREITAS DA SILVA

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA A REDUÇÃO DA INCIDÊNCIA DE
GRAVIDEZ INDESEJADA EM ADOLESCENTES ACOMPANHADAS PELO
CENTRO DE REFERÊNCIA DA ASSISTÊNCIA SOCIAL–CRAS NO MUNICÍPIO
DE VIANA/MA**

São Luís
2016

**ELIANE DE JESUS BASTOS RABELO
GEISA OLIVEIRA SILVA MAGALHÃES
JOUSY MARLA CUNHA RABELO
LEILA MORAES NOGUEIRA AZEVEDO
MARIA CARMELITA FREITAS DA SILVA**

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA A REDUÇÃO DA INCIDÊNCIA DE
GRAVIDEZ INDESEJADA EM ADOLESCENTES ACOMPANHADAS PELO
CENTRO DE REFERÊNCIA DA ASSISTÊNCIA SOCIAL–CRAS NO MUNICÍPIO
DE VIANA/MA**

Trabalho apresentado ao Curso de Políticas Públicas e
Gestão da Assistência Social da Faculdade LABORO
para obtenção do Título de Especialista em Políticas
Públicas e Gestão da Assistência Social.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Mônica Elinor Alves Gama

São Luís
2016

**ELIANE DE JESUS BASTOS RABELO
GEISA OLIVEIRA SILVA MAGALHÃES
JOUSY MARLA CUNHA RABELO
LEILA MORAES NOGUEIRA AZEVEDO
MARIA CARMELITA FREITAS DA SILVA**

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA A REDUÇÃO DA INCIDÊNCIA DE
GRAVIDEZ INDESEJADA EM ADOLESCENTES ACOMPANHADAS PELO
CENTRO DE REFERÊNCIA DA ASSISTÊNCIA SOCIAL–CRAS NO MUNICÍPIO
DE VIANA/MA.**

Trabalho apresentado ao Curso de Políticas Públicas e
Gestão da Assistência Social da Faculdade LABORO
para obtenção do Título de Especialista em Políticas
Públicas e Gestão da Assistência Social.

Aprovado em / /

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Mônica Elinor Alves Gama
Doutora em Medicina pela USP

RESUMO

A gravidez indesejada na adolescência é, além de ser um problema de saúde pública, é tida como uma expressão da questão social que merece atenção devido à complexidade dos fatores que a envolve, sendo que os direitos deste público muitas vezes são desconhecidos, violados e não são efetivados. Uma adolescente que engravida de forma não planejada, e portanto, indesejada, somada a vulnerabilidade social e aos laços familiares fragilizados, traz sérias repercussões para a sua vida, do bebê e da família como um todo. Este projeto pretende, portanto, com base na centralidade da família, propor ações e estratégias de trabalho social para a redução do número de casos de gestação indesejada em adolescentes acompanhadas pelo CRAS de Viana/MA e das implicações na vida da mãe, do bebê e da família.

Palavras - chave: Gravidez indesejada. Adolescente. Trabalho social. CRAS.

ABSTRACT

Unwanted teenage pregnancy is, besides being a public health problem, is seen as an expression of social issue that deserves attention due to the complexity of the factors that surrounds it, and the rights of the public are often unknown, violated and not They are effective. A teenager who gets pregnant in an unplanned way, and therefore unwanted, coupled with social vulnerability and weakened family ties, has serious repercussions for your life, baby and family as a whole. This project aims, therefore, based on the centrality of the family, propose actions and social work strategies to reduce the number of unintended pregnancy in adolescents accompanied by CRAS Viana/MA and its implications for the mother's life, baby and of the family.

Keywords: Unwanted pregnancy. Teenager. Social work. CRAS

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	-	Série histórica de nascidos vivos por residência da mãe. Viana, MA.....	09
Tabela 2	-	Número de óbitos e mortalidade proporcional dos óbitos por causas relacionadas à gravidez, ao parto e ao puerpério de mulheres com idade entre 10 e 19 anos, segundo idade – Brasil, 2004.....	10
Tabela 3	-	Número absoluto de morbidade hospitalar relacionadas a de mulheres com idade entre 10 e 19 anos – DATASUS Tabnet/SIH - Jan a Dez /2012).....	18
Tabela 4	-	Demonstrativo da vulnerabilidade Social de crianças e jovens em Viana/MA (1991-2010).....	18
Tabela 5	-	Demonstrativo do Trabalho e renda da população em Viana/MA (1991-2010).....	19
Tabela 6	-	Quantitativo da população em situação de extrema pobreza por faixa etária-VIANA\MA.....	19
Tabela 7	-	Quantidade de famílias cadastradas no CAD-ÚNICO /Viana-MA. 07/2015.....	21

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	7
2	JUSTIFICATIVA	14
3	OBJETIVO	16
4	DESCRIÇÃO DO LOCAL	17
4.1	Caracterização Socioeconômica do município	17
4.2	Caracterização da Política de Assistência Social em Viana/MA	19
5	PROPOSTA DE INTERVENÇÃO	23
6	DETALHAMENTO DA PROPOSTA	26
6.1	Público- alvo	26
6.2	Local	26
6.3	Metodologia	26
6.4	Período de execução	28
6.5	Recursos	28
6.5.1	Recursos Humanos	28
6.5.2	Recursos Materiais	29
6.6	Etapas da Execução	29
6.7	Cronograma de execução	30
6.8	Avaliação e Monitoramento	31
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	32
	REFERÊNCIAS	33

1 INTRODUÇÃO

A adolescência é tida como uma etapa distinta do desenvolvimento humano, compreendida ente a infância e a vida adulta e marcada por mudanças físicas, psíquicas, biológicas e comportamentais.

Etimologicamente, o termo “adolescência” deriva-se do verbete “*adolescere*” que significa “crescer” ou “crescer até a maturidade”. Neste sentido, com base em sua etimologia, para Eisenstein (2009), adolescência é

O período de transição entre a infância e a vida adulta, caracterizado pelos impulsos do desenvolvimento físico, mental, emocional, sexual e social e pelos esforços do indivíduo em alcançar os objetivos relacionados às expectativas culturais da sociedade em que vive. A adolescência se inicia com as mudanças corporais da puberdade e termina quando o indivíduo consolida seu crescimento e sua personalidade, obtendo progressivamente sua independência econômica, além da integração em seu grupo social. (EISENSTEIN, 2009, p.35-36)

Trata-se, portanto, de um período de transição caracterizado por maturidade física, psíquica, emocional, sexual e social, consolidado pela independência financeira e a integração em grupos sociais.

Em termos cronológicos, a Organização Mundial de Saúde (OMS) delimita a adolescência como sendo o período da vida que começa aos 10 anos e termina aos 19 anos completos.

No Brasil, a definição em termos cronológicos é definida pela Lei 8.069/90-Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) que considera criança a pessoa até 12 anos de idade incompletos e define a adolescência como a faixa etária compreendida entre 12 a 18 anos de idade (artigo 2º).

Quanto ao contingente populacional, segundo o Relatório Situação da População Mundial 2014, divulgado pelo Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA), existem atualmente 1,8 bilhão de jovens no mundo na faixa etária dos 10 aos 24 anos. Este mesmo relatório aponta ainda que

Nove em cada 10 jovens vivem atualmente em países em desenvolvimento e enfrentam maiores obstáculos para o desenvolvimento de seus potenciais e o alcance de uma inserção mais produtiva na força de trabalho; 515 milhões, quase um terço do total, vive em situação de pobreza, com menos de dois dólares por dia. E 60% da população jovem mundial estão sem trabalho - e/ou sem vínculo formal de trabalho - e fora da escola (UNFPA, p.13).

Na realidade brasileira, segundo o último Censo (IBGE, 2010) existem mais de 51 milhões de jovens com idade entre 15 e 29 anos, o equivalente a 27% da população total; para a faixa etária de 15 a 24 anos, o total supera 34 milhões de pessoas ou 18% da população.

No Maranhão, esse número chega a 79 mil adolescentes. Mesmo com a desaceleração do ritmo de crescimento da população jovem, hoje, a geração de adolescentes e jovens de 10 a 19 anos de idade representa um número importante para a população brasileira (IBGE, 2010).

Considerando a maturidade sexual evidenciada nesta fase da vida, um ponto que merece destaque é o início da primeira relação sexual. Para Henriques (2009), a curiosidade, pressão grupal, prova de amor ao parceiro, expressão de rebelião parental, social ou religiosa têm sido as influências no desenvolvimento e expressão da sexualidade que levam adolescentes a dar início a sua vida sexual precocemente.

Taquette (2004) ratifica ao dizer que

Na adolescência geralmente acontecem as primeiras relações sexuais com envolvimento genital e, na atualidade, elas têm ocorrido em idades precoces e com mais variabilidade de parceiros, contribuindo para o aumento da ocorrência de gestações não- esperadas [...] (TAQUETTE, 2004, p 17)

Tem-se, portanto, que o aumento da gravidez indesejada em adolescentes tem associação direta com a precocidade das relações sexuais e a existência de múltiplos parceiros.

Destaca-se ainda que o fenômeno da gravidez indesejada resulta em múltiplas implicações biopsicossociais para a vida da menina, do bebê e da família.

Ao engravidar, voluntária ou involuntariamente, as adolescentes têm seus projetos de vida alterados, o que pode contribuir para o abandono escolar, problemas intrafamiliares e a perpetuação dos ciclos de pobreza, desigualdade e exclusão. Considera-se ainda que produz impactos na saúde, educação e direitos das jovens mães. Sobre isso, CORREIA (2012) reforça que,

Quando uma adolescente engravida, mudanças de ordem emocional, física e social passam a atuar no seu cotidiano, sendo estas responsáveis, na maior parte dos casos, por ausências na vida escolar, o que a distancia dos grupos de convivência e de seus projetos de vida (CORREIA, 2012, p. 52).

O relatório Situação da População Mundial/2013, publicado pelo Fundo das Nações Unidas para a População (UNFPA) destaca as altas taxas de gravidez na adolescência nos países em desenvolvimento, girando em torno de 7,3 milhões todos os anos. O relatório aponta ainda que destes, cerca de 2 milhões são meninas com menos de 14 anos.

Segundo dados da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) /2010, a América Latina registrou cerca de 54 mil nascimentos com mães menores de 15 anos e 2 milhões com idade entre 15 e 19 anos. No Brasil, por sua vez, estudos do Ministério da Saúde (MS) (BRASIL, 2010), revelam que 15,9 anos é a idade média da população feminina para a ocorrência da gravidez.

Tais estudos apontam ainda que 22% dos 668 mil partos ocorridos em 2003 foram de mães adolescentes. Aquelas com idade entre 10 a 14 anos totalizaram cerca de 28 mil em todo o País. Observou-se também, entre 2002 e 2004, uma pequena tendência de queda da gravidez na adolescência nas Regiões Centro-Oeste, Sul e Sudeste; e uma relativa estabilidade no Norte e no Nordeste (BRASIL, 2010).

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o Maranhão detém o segundo maior percentual de partos de mães adolescentes do país, perdendo apenas para o Pará (24,26%). Com base nos números do estudo Estatísticas do Registro Civil/2009 cerca de 23,94% dos nascimentos ocorridos no ano anterior no Maranhão foram de mães com idade entre 15 e 19 anos. (IBGE, 2010)

Em 2012, de acordo com dados do Sistema de Informações de Nascidos Vivos (SINASC) no Maranhão ocorreram 116.039 nascimentos, dos quais 29,91% foram de mães com idade entre 10 a 19 anos.

Ao se verificar como o fenômeno se manifesta estatisticamente no município de Viana/MA (Tabela 1), percebe-se que o número de casos aumentou se compararmos os anos de 2010 e 2013, tendo maior incidência (1.078 casos) na faixa etária de 15 a 19 anos. Entretanto, o número de casos de adolescentes grávidas no intervalo é maior, se considerarmos ainda as subnotificações e os casos onde a gravidez é interrompida.

Tabela 1- Série histórica de nascidos vivos por residência da mãe. Viana, MA.

IDADE DA MÃE	2010	2011	2012	2013	TOTAL
10 - 14 anos	8	14	21	19	62
15 - 19 anos	251	299	255	273	1.078
Total	259	313	276	292	1.140

Fonte: MS/SVS/DASIS -SINASC

Ainda sobre a incidência do número de casos de adolescentes grávidas em Viana, o Relatório do Ministério da Saúde/DATASUS aponta que em 2001, cerca de 28,8% das crianças que nasceram no município eram de mães adolescentes; este percentual passou para

28,0%, em 2013, o que representa 1 a cada 4 nascidos vivos, embora perceba-se uma pequena queda em relação a 2001.

Por se tratar de uma gravidez de alto risco, estima-se que 70 mil adolescentes morrem todos os anos nos países em desenvolvimento de complicações durante a gravidez e no parto (UNFPA/2013). Ainda segundo o Relatório, há culpabilização por parte da sociedade para estas meninas que engravidam. No entanto, há múltiplos fatores desencadeantes que devem ser considerados, conforme assinalado abaixo:

A gravidez na adolescência é muitas das vezes não apenas o resultado de uma escolha deliberada, mas antes uma consequência da falta de escolhas e de circunstâncias que vão para além do controlo das raparigas. É uma consequência do reduzido ou inexistente acesso à educação, ao emprego, à qualidade de informação e a cuidados de saúde. (UNFPA. 2013, p.21).

Tal fenómeno também é evidenciado no Brasil e tem causado preocupações. A Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde consideram também a gravidez em adolescentes como sendo de alto risco. A mortalidade materna nesta faixa etária tem sido evidenciada e reforçam a necessidade de que políticas públicas sejam direcionadas para este segmento.

Conforme Tabela 2, em 2004 houve 274 óbitos de adolescentes em consequência de causas relacionadas à gravidez, ao parto e ao puerpério (BRASIL, 2006); acrescenta-se ainda que adolescentes representam 16,4% do total de óbitos por essa causa quando consideradas todas as idades. (BRASIL, 2006, p. 39)

Tabela 2-Número de óbitos e mortalidade proporcional dos óbitos por causas relacionadas à gravidez, ao parto e ao puerpério de mulheres com idade entre 10 e 19 anos, segundo idade – Brasil, 2004

Idade	Óbito	Mortalidade proporcional (%)
13 anos	4	1,5
14 anos	13	4,7
15 anos	26	9,5
16 anos	38	13,9
17 anos	51	18,6
18 anos	73	26,6
19 anos	69	25,2
Total	274	

Fonte: SIM/MS

Para Bruno (2009), os riscos de gestação na adolescência não são apenas devido ao fator idade; existem riscos biológicos, psíquicos e sociais bastante importantes.

Quanto ao fator idade, podemos considerar duas faixas etárias, a adolescência precoce de 11 a 15 anos e a tardia de 16 a 19 anos. É na primeira fase que ocorrem mais riscos. (...) a primeira faixa etária coincide com a maior não aceitação da gestação, maior postergação do início do pré-natal acarretando falta de orientação alimentar, tratamento de anemia, bebês prematuros, mal formação congênitas, infecções urinárias ou vaginais, pré-eclâmpsia e também um trabalho psíquico-social. (BRUNO, 2009, p.35)

Entretanto, Bruno (2009) salienta que tão importante quanto os riscos biológicos são os riscos psicossociais. “Em geral, a adolescente deixa de estudar e trabalhar e tem sentimentos de diminuição de autoestima, depressão e algumas vezes pensa até em suicídio”. (2009, p. 56)

Ele acrescenta ainda que

(...) a baixa escolaridade é tanto causa como consequência da gravidez na adolescência. (...) quanto menor a escolaridade maior probabilidade de ocorrer gestação e que esta faz com que a adolescente pare de estudar, por vergonha das amigas, pressão da escola e muitas vezes da família, por punição ou por acreditar que esta é a única maneira da jovem cuidar do seu filho, ou ainda pressão do parceiro. (BRUNO, 2009, p.57).

Verifica-se, portanto, que o fenômeno da gravidez precoce e indesejada em adolescente tem a baixa escolaridade como causa e efeito. Em análise dos efeitos, Henriques (2009) aponta que a relação entre educação, pobreza e maternidade precoce são determinantes para a evasão escolar e não continuidade dos estudos.

Adolescentes cuja renda familiar se classifica entre as mais pobres (1/4 de salário mínimo) quase não têm nenhuma chance de completar o 2º grau após o nascimento de um filho. 24% dessas adolescentes tiveram de cinco a oito anos de escolaridade, mas somente 2% prosseguiram sua educação após o nascimento do filho. Entre as que tiveram um filho antes dos 20 anos, apenas 23% haviam estudado além da 8ª série, enquanto as que não deram à luz, 44% estudaram além da 8ª série. (HENRIQUES. 2009, p.36,)

Neste sentido, sobretudo em famílias que vivenciam vulnerabilidades sociais, a gravidez na adolescência é vista como uma expressão da questão social que merece atenção devido à complexidade dos fatores que a envolve, sendo que os direitos deste público geralmente são desconhecidos, violados e não efetivados e onde a dinâmica familiar é

severamente alterada, quer pelo nascimento de mais um integrante da família, que em alguns casos significa comprometimento do orçamento financeiro familiar, quer pelo comprometimento das relações intrafamiliares e também comunitárias.

Tais famílias, portanto, para a superação de situação de vulnerabilidade social, terão a garantia de proteção social, contempladas na Política de Assistência Social-PNAS, que inseriu a Assistência Social no âmbito das políticas públicas brasileiras. De acordo com Sposati (2004) *apud* Vasconcelos *et al* (2005, p.44):

A proteção social na Assistência Social inscreve-se, portanto, no campo de riscos e vulnerabilidades sociais que, além de provisões materiais, deve afiançar meios para o reforço da auto estima, autonomia, inserção social, ampliação da resiliência dos conflitos, estímulos à participação, equidade, protagonismo, emancipação, inclusão social e conquista da cidadania. (SPOSATI, 2005, p.44)

Nesta perspectiva, a PNAS define parâmetros para as ações desenvolvidas pela assistência social e visando a efetivação dos direitos, já concretizados pela Constituição Federal.

Neste cenário, o Centro de Referência da Assistência Social (CRAS) surge como “um novo mecanismo estatal que visa reforçar a responsabilidade do Estado com a proteção e formação das famílias” (MAGALHÃES, 2013, p.2), por meio de desenvolvimento de ações e serviços pautados na matricialidade sociofamiliar - um de seus eixos estruturantes. “A matricialidade sociofamiliar se refere à centralidade da família como núcleo social fundamental para a efetividade de todas as ações e serviços da Política de Assistência Social” (MDS, 2009, p. 12).

Trata-se de uma instituição pública estatal descentralizada da Política da Assistência Social composta por uma equipe interdisciplinar cuja responsabilidade é a organização de ações e serviços de acordo com a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais visando o fortalecimento dos vínculos entre as famílias referenciadas e os bairros de sua abrangência.

Caracteriza-se, portanto, como “a principal porta de entrada do Sistema Único da Assistência Social-SUAS, ou seja, é uma unidade que possibilita o acesso de um grande número de famílias à rede de proteção social de assistência social.” (MDS, 2009, p.9). Significa a “garantia de acesso dos seus usuários às informações, aos bens, aos serviços, aos direitos socioassistenciais e às demais políticas setoriais e de defesa de direitos” (BRASIL, 2012.p.5).

Dessa forma, acrescenta Magalhães,

Todos os serviços ofertados no CRAS devem ter como foco o atendimento às famílias do seu território, considerando que o contexto familiar é um espaço de formação dos sujeitos e transmissão de valores, e ainda, um local marcado por desejos contraditórios e conflitos humanos. (MAGALHÃES, 2013. p.7)

Assim sendo, os serviços socioassistenciais implementados pelo CRAS, por meio do Programa de Atenção Integral à família (PAIF) têm como foco o atendimento e acompanhamento das famílias presentes em seu território visando, entre outras coisas, a troca de experiências e o fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários, “possibilitando a construção de leituras e releituras das situações vivenciadas, além da organização e disposição de alternativas para o enfrentamento de questões adversas que se impõem no espectro da família e na relação com o território.” (BRASIL, 2012.p.6).

Ainda sobre o PAIF, de acordo com a Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais este consiste ainda “no trabalho social com famílias, de caráter continuado, com a finalidade de fortalecer a função protetiva das famílias, prevenir a ruptura dos seus vínculos, promover seu acesso e usufruto de direitos e contribuir na melhoria de sua qualidade de vida”. (BRASIL, 2012, p. 9-10),

Neste sentido, verifica-se que o PAIF exerce funções essenciais por meio do trabalho social desenvolvido junto às famílias cadastradas e acompanhadas pelo CRAS de forma a fortalecer os vínculos familiares e, sobretudo, prevenir a ruptura de laços entre seus membros. Considera-se ainda primordial, a promoção do acesso e usufruto dos direitos. No caso específico da gravidez precoce e indesejada em adolescentes, os vínculos familiares tendem a ficar mais fragilizados e as implicações psicossociais mais acirradas.

Ressalta-se ainda que as ações e serviços desenvolvidos no CRAS devem superar a ótica do assistencialismo, a benesse e a caridade, pois não geram mudanças significativas na vida dos usuários e, conseqüentemente, não promovem autonomia e cidadania. No caso específico das ações voltadas para gestantes atendidas e acompanhadas, desmistificara concepção do “entregar enxovais” é algo que tem que ser persistido cotidianamente.

2 JUSTIFICATIVA

Os adolescentes têm iniciado a vida sexual cada vez mais cedo. E a explosão hormonal associado a outros fatores como a imaturidade emocional, desconhecimento de métodos contraceptivos e desequilíbrio familiar, como divórcios, maus tratos, relacionamento difícil com padrastos e madrastas, culmina com uma gravidez não planejada. (ALMEIDA, 2010).

Na adolescência, esse fato traz sérias implicações biológicas, familiares, emocionais, sociais e econômicas. Tais implicações atingem a adolescente grávida, o bebê e a família.

Tal fenômeno tem despertado interesse por parte de profissionais de diversas áreas, sobretudo da saúde, da educação e também da área social.

Na área da saúde, há o Programa Saúde do Adolescente, com foco na saúde sexual e reprodutiva do adolescente e onde entre coisas, disponibiliza métodos contraceptivos nos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) e realiza ações educativas voltadas para o este público.

Na área da educação, por meio da transversalidade, a temática é inserida no contexto escolar através de campanhas de orientação sexual, DST's e gravidez.

E a área social? O que tem feito de forma concreta para reduzir os índices da gravidez indesejada na adolescência e os danos sociais na vida da mãe, do bebê e da família? Considerando que o CRAS é a porta de entrada para os serviços socioassistenciais e que se busca desenvolver ações com centralidade na família, esta proposta tem grande relevância por primar por uma intensificação de um trabalho psicossocial com foco nas adolescentes e suas famílias.

Este Projeto de intervenção foi motivado pela grande incidência de adolescentes grávidas no município de Viana/MA e que em função de sua situação de fragilidade social são atendidas e acompanhadas pelo CRAS; entretanto, percebe-se a ausência de ações concretas e contínuas para o enfrentamento da questão e seus reflexos na vida da menina e sua família.

Esta proposta nasceu também da inquietação frente aos lares fragilizados de famílias em vulnerabilidades sociais no território onde o CRAS de Viana desenvolve suas ações e que se deparam com a chegada inesperada de mais um integrante na família, levando entre outras coisas, a violação de direitos e garantias sociais mínimas não atendidas.

Com este trabalho pretende-se contribuir para o conhecimento, os estudos e a implantação de programas no âmbito das políticas públicas que possibilitem a redução dos índices de gravidez na adolescência desta cidade. E que a sociedade, a família e a própria adolescente tenham acesso às informações necessárias para evitar uma gravidez precoce indesejada e aos direitos inerentes à nova fase.

3 OBJETIVO

Implementar ações e estratégias para a redução do número de casos de gravidez indesejada em adolescentes acompanhadas pelo CRAS no município de Viana/MA, bem como a redução dos danos sociais na vida da mãe, do bebê e da família, por meio de um projeto de intervenção.

4 DESCRIÇÃO DO LOCAL

4.1 Caracterização socioeconômica do município

O município de Viana está localizado na baixada maranhense e possui uma extensão de 1.168,4 km². É banhado ao sul pelo lago de Viana, a norte pelos lagos Aquiri e Aquari e ao oeste pelos lagos Maracassumé e Aquari. Distante cerca de 108km da Capital do estado, possui densidade demográfica de 42,3 habitantes por km² e faz limite com os municípios de Pedro do Rosário e São João Batista, ao norte; Arari, Vitória do Mearim e Cajari, ao sul; a leste com o Golfão Maranhense e Penalva, a oeste.

Dentre as manifestações culturais do município de Viana, pode-se citar o Bumba-meu-boi, Boi-urubu, Baile de São Gonçalo e o Tambor de Santa Bárbara.

A população estimada é de 49.452 habitantes no último Censo/IBGE (2012), sendo 26.902 (54,38%) residentes na zona urbana e 22.550 (45,62%) com domicílio na zona rural e que 24.694 são homens e 24.758 são mulheres. Apesar da população rural ser menor que a urbana, observa-se a manutenção da economia baseada em atividades tipicamente rurais. Devido a grande quantidade de índios, negros e portugueses que participaram do povoamento da área, a composição étnica da população de Viana é bastante diversificada, formada, por mestiços, negros e brancos, de descendência portuguesa. As atividades econômicas de Viana são baseadas essencialmente na pesca, lavoura de subsistência e pecuária.

Assim como a maioria dos municípios maranhenses, a maior parte da população possui baixa escolaridade, sendo que segundo Censo do IBGE/2010 existem 5.533 pessoas analfabetas. Apresenta ainda um IDHM de 0,618, o que o coloca na faixa de um IDHM médio (entre 0,600 e 0,699).

No município, segundo o PNUD (2013), a proporção de crianças de 5 a 6 anos na escola é de 96,36%, em 2010. No mesmo ano, a proporção de crianças de 11 a 13 anos frequentando os anos finais do ensino fundamental é de 81,19%; a proporção de jovens de 15

a 17 anos com ensino fundamental completo é de 41,53%; e a proporção de jovens de 18 a 20 anos com ensino médio completo é de 31,21%. Percebe-se, portanto, que a baixa escolarização, sobretudo na faixa etária de 15 a 20 anos.

É importante ressaltar as condições de saneamento e serviços correlatos do município, que interferem nas condições de saúde da população. Dados do Censo Demográfico/2010 revelaram que na área rural do seu município, a coleta de lixo atendia 86,7% dos domicílios. Quanto à cobertura da rede de abastecimento de água, o acesso nessa área estava em 67,8% dos domicílios particulares permanentes e 10,6% das residências dispunham de esgotamento sanitário adequado.

Quanto aos aspectos de saúde de sua população, os dados de morbidade hospitalar por grupos de causas e faixa etária em 2012, na faixa etária de 10 a 14 anos e 15 a 19 anos, aponta que a maior causa de internação destes grupos foi relacionada à gravidez, ao parto e ao puerpério. (Portal DATASUS Tabnet/SIH - Jan a Dez /2012). Verifica-se, conforme tabela abaixo, que em 2012, cerca de 257 pessoas entre 10 e 19 anos estiveram internadas por causa de gravidez, parto e puerpério.

Tabela 3- Número absoluto de morbidade hospitalar relacionadas a de mulheres com idade entre 10 e 19 anos – DATASUS Tabnet/SIH - Jan a Dez /2012).

Faixa etária	Quantidade
10 a 14 anos	22
15 a 19 anos	235
Total	257

Fonte: SIM/MS

Quanto à vulnerabilidade social de crianças e jovens, de acordo com a tabela abaixo (Tabela 4), 17,76 % de pessoas entre 15 a 24 anos não estudam e não trabalham e ainda que 3,90% mulheres de 10 a 17 anos tiveram filhos.

Tabela 4- Demonstrativo da vulnerabilidade social de crianças e jovens em Viana/MA (1991-2010)

Crianças e Jovens	1991	2000	2010
Mortalidade infantil	69,04	50,93	27,90
% de crianças de 0 a 5 anos fora da escola	-	73,72	64,00

% de crianças de 6 a 14 fora da escola	32,68	5,62	2,48
% de pessoas de 15 a 24 anos que não estudam, não trabalham e são vulneráveis, na população dessa faixa	-	20,69	17,76
% de mulheres de 10 a 17 anos que tiveram filhos	3,87	6,40	3,90
Taxa de atividade - 10 a 14 anos	-	11,94	15,99

Fonte: Atlas Brasil/2013

No que se refere aos dados de Trabalho e renda, conforme Tabela 5, cerca de 68,56% de sua população estão em situação de pobreza e que 51,68% das pessoas com 18 anos não possuem o ensino fundamental completo e não possuem ocupação formal.

Tabela 5- Demonstrativo do Trabalho e renda da população em Viana/MA (1991-2010)

Trabalho e Renda	1991	2000	2010
% de vulneráveis à pobreza	94,30	88,23	68,56
% de pessoas de 18 anos ou mais sem fundamental completo e em ocupação informal	-	71,02	51,68

Fonte: Atlas Brasil/2013

4.2 Caracterização da Política de Assistência Social em Viana/MA

O órgão gestor da Política Municipal de Assistência Social é a Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social e compete, regimentalmente, coordenar, executar, manter e aprimorar o sistema de gestão da política e dos serviços de Assistência Social, respeitando os princípios e diretrizes de participação, descentralização e controle das ações, com o envolvimento e articulação do Conselho Municipal de Assistência Social (CMAS); cabe a ela viabilizar as condições para que esse processo de aprimoramento se efetive, de modo a cumprir sua missão institucional e, assim, atender à população usuária com a dignidade e respeito que compõem o escopo do que se concebe como direito. O município possui nível Pleno de habilitação no Sistema Único de Assistência Social- SUAS.

Dados do Relatório de Informações Sociais do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome – RI Bolsa Família e Cadastro Único (MDS/SAGI, 2014), baseados no último Censo Demográfico (IBGE, 2012) indicam que Viana possui aproximadamente 15.521 famílias vivendo em situação de extrema pobreza, o que representa 31,38% da população, conforme Tabela abaixo.

Tabela 6-Quantitativo da população em situação de extrema pobreza por faixa etária-VIANA/MA

Idade	Quantidade
0 a 4	2.098
5 a 14	4.531
15 a 17	1.203
18 a 19	650
20 a 39	4.589
40 a 59	2.199
65 ou mais	251
Total	15.521

Fonte: <http://aplicacoes.mds.gov.br/sagirms/suasag/>

Tais dados indicam que 31,38% da população se encontram em situação de vulnerabilidade social, concebida na sua forma multidimensional, ou seja, além da ausência de renda, as pessoas ou grupos nesta condição encontram-se socialmente fragilizadas, considerando sua exposição a fatores que geram privação de capacidades e potencialidades e prejudicam o acesso a bens e serviços, ao conhecimento, à renda e ao trabalho. A vulnerabilidade implica ainda em exposição a riscos pessoais e sociais, como, por exemplo, à violência relacionada ao envolvimento com substâncias psicoativas, à exploração sexual, ao trabalho infanto-juvenil, aliciamento, abandono, bem como a fragilidade de vínculos familiares, o não acesso a lazer, cultura, trabalho, saúde, educação, habitação, infra estrutura urbana. Neste sentido, a superação da condição de vulnerabilidade demanda atenção do conjunto de políticas públicas.

Por ser um município de pequeno porte II, Viana tem, conforme estabelecido na NOB/SUAS 2005, uma rede socioassistencial básica, tendo como objetivo prevenir situações de risco por meio do desenvolvimento de potencialidades e aquisições e o fortalecimento de vínculos familiares e comunitários. Destina-se à população que vive em situação de vulnerabilidade social decorrente da pobreza, privação (ausência de renda, precário ou nulo acesso aos serviços públicos, dentre outros) e/ou fragilização de vínculos afetivos - relacionais e de pertencimento social (discriminações etárias, étnicas, de gênero ou por deficiências, dentre outras).

A Proteção Social Básica tem como porta de entrada do Sistema Único da Assistência Social, os Centros de Referência de Assistência Social (CRAS) e as ações desse nível de proteção devem ser executadas por intermédio de diferentes unidades, de forma direta no CRAS, unidades públicas municipais, de base territorial, bem como de forma indireta nas entidades e organizações não governamentais na área de abrangência dos mesmos.

O Programa Bolsa Família (PBF) é um programa de transferência condicionada de renda que beneficia famílias pobres e extremamente pobres, inscritas no Cadastro Único. O PBF beneficiou, até o mês de julho 2015, 8.562 famílias, representando uma cobertura de 117,7 % da estimativa de famílias pobres no município. As famílias recebem benefícios com valor médio de R\$ 190,71 e o valor total transferido pelo governo federal em benefícios às famílias atendidas alcançou R\$ 1.632.831,00 no mês.

Em relação às condicionalidades, o acompanhamento da frequência escolar, com base no bimestre de junho de 2015, atingiu o percentual de 95,1%, para crianças e adolescentes entre 6 e 15 anos, o que equivale a 8.477 alunos acompanhados em relação ao público no perfil equivalente a 8.913. Para os jovens entre 16 e 17 anos, o percentual atingido foi de 77,3%, resultando em 1.486 jovens acompanhados de um total de 1.922.

Já o acompanhamento da saúde das famílias, na vigência de junho de 2015, atingiu 76,0 %, percentual equivale a 6.279 famílias de um total de 8.263 que compunham o público no perfil para acompanhamento da área de saúde do município.

No município de Viana, conforme tabela abaixo, o total de famílias inscritas no Cadastro Único em julho/2015 era de 12.624 dentre as quais: 9.896 com renda per capita familiar de até R\$77,00; 1.109 com renda per capita familiar entre R\$77,00 e R\$ 154,00; 873 com renda per capita familiar entre R\$ 154,00 e meio salário mínimo; 746 com renda per capita acima de meio salário mínimo.

Tabela 7 – Quantidade de famílias cadastradas no CAD-ÚNICO /Viana-MA. 07/2015

Com renda per capita mensal de R\$ 0,00 até R\$ 77,00	9.896
Com renda per capita mensal entre R\$ 77,01 e 154,00	1.109
Com renda per capita mensal entre R\$ 154,01 e ½ salário mínimo	873
Com renda per capita mensal acima de ½ salário mínimo	746
Total de famílias cadastradas	12.624

Em consonância à Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais, aprovada pela Resolução CNAS nº 109/2009, o município de Viana possui dois tipos de serviços para no âmbito da Proteção Social Básica: Serviço de Proteção e Atenção Integral à Família (PAIF) e Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCFV), para crianças, adolescentes e idosos em situação de vulnerabilidade; o PAIF é ofertado necessariamente no CRAS, de caráter continuado, com a finalidade de fortalecer a função protetiva das famílias, prevenir a ruptura de seus vínculos e contribuir na melhoria de sua qualidade de vida. O SCFV, por sua vez, possui caráter preventivo e proativo, realizado em grupos, de modo a garantir aquisições progressivas aos seus usuários, de acordo com seu ciclo de vida.

O município tem apenas um CRAS, situado na zona urbana, mais precisamente no Bairro Mutirão e possui cerca de 1371 famílias cadastradas até outubro/2015. Implantado em 01/04/2004, sua localização está em um espaço territorial de grande vulnerabilidade social e de fácil acesso aos usuários. Em termos de estrutura física, este possui 01 recepção, 01 sala de atendimento/entrevistas, 01 sala para trabalho socioeducativo com famílias e para ações complementares e 02 banheiros, além de 01 sala administrativa/coordenação e 01 copa/cozinha.

Em relação aos recursos humanos, este conta com uma equipe mínima referenciada para a execução dos serviços e ações nele ofertados, composta 03 técnicos de nível superior (02 assistentes sociais e 01 psicólogo) e 03 técnicos de nível médio (01 motorista, 01 agente social e 01 agente administrativo). Conta ainda como 01 coordenador e 01 oficinheiro. Funciona de segunda à sexta, das 8 às 17h e o trabalho social com famílias voltado para o Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família-PAIF, segue as orientações técnicas do MDS.

Por meio do PAIF, o CRAS tem desenvolvido atividades voltadas para o segmento adolescente em período gestacional, mas que ainda tem pouca aceitação por parte deste grupo prioritário, considerando a taxa de frequência às atividades programadas e a fragilidade da gestão na implementação de ações programáticas e contínuas.

Atualmente, o trabalho social voltado para este segmento é realizado uma vez por mês e existem adolescentes residentes tanto na zona urbana quanto da zona rural do município. Da zona rural, temos os povoados de São Cristóvão, São Raimundo, Baías, Ibacazinho, São José dos Bragas, Santa Clara e Esperança.

Evidencia-se que há dificuldade de locomoção das adolescentes da zona rural para a sede do município para participação nos encontros, uma vez que necessitam de transporte terrestre para o traslado e o município não disponibiliza este serviço; este inclusive,

configura-se como um dos entraves para a não efetividade do trabalho social implementado pelo CRAS.

5 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Considerando a família como o “núcleo social básico de acolhida, convívio, autonomia, sustentabilidade e protagonismo social e espaço privilegiado e insubstituível de proteção e socialização primárias dos indivíduos” (PNAS, 2009, p. 12), a intervenção será pautada na matricialidade sociofamiliar e territorialidade, conforme prevê a Norma vigente.

Para a proteção social de Assistência Social, o princípio de matricialidade sociofamiliar significa que:

A defesa do direito à convivência familiar, na proteção de Assistência Social, supera o conceito de família como unidade econômica, mera referência de cálculo de rendimento per capita e a entende como núcleo afetivo, vinculado por laços consanguíneos, de aliança ou afinidade, que circunscrevem obrigações recíprocas e mútuas, organizadas em torno de relações de geração e de gênero;
A família deve ser apoiada e ter acesso a condições para responder ao seu papel no sustento, na guarda e na educação de suas crianças e adolescentes, bem como na proteção de seus idosos e portadores de deficiência; (NOB/SUAS p. 90)

A NOB/SUAS, portanto, como mencionado acima, deixa claro que a família referenciada tem uma função social protetora importante e que esta capacidade protetora deve ser incentivada por meio de ações específicas desenvolvidas pelo CRAS no âmbito do PAIF.

Nesta perspectiva, a proposta contemplará ações voltadas para as adolescentes e suas famílias inseridas em um território, potencializando a família como unidade de

referência, fortalecendo seus vínculos internos e externos de solidariedade, através do protagonismo de seus membros e da oferta de um conjunto de ações que visam à convivência, à socialização e ao acolhimento, conforme preconiza a Política Nacional de Assistência Social.

Sob esta ótica, trabalhar com famílias é um dos eixos centrais da Política de Assistência Social, embora alguns estudiosos discordem por entender que ao colocar a família no centro da proteção social, “pode-se estar legitimando práticas familistas que responsabilizam esta instituição social pela proteção que deveria ser de responsabilidade exclusiva do Estado.” (PRISCO, p 89), dentre estes destaca-se Mito (2008) e Sanchez Vera e Bote Diaz (2009). Assim, segundo estes autores, a ação do Estado é vista como “ajuda pública” e não como um dever de garantir o acesso a cidadania.

Na contramão de tais posicionamentos, adota-se o entendimento de Prisco (2012), que por sua vez, ratifica o que preconiza a PNAS:

O trabalho psicossocial com famílias deve ser um dos elementos centrais na política de Assistência Social, cujo intuito seja fazer os seus usuários refletirem sobre a realidade em que vivem e buscarem alternativas em parceria com o Estado e a sociedade, a fim de minorar, quiçá extinguir, as vulnerabilidades a que estão expostos. (PRISCO, p. 89).

É pertinente ainda que esta família seja vista como pertencente a um território, enquanto sujeito e participante de uma coletividade, onde a superação das vulnerabilidades sociais extrapolam as paredes das relações intrafamiliares. Tal assertiva referencia-se em estudo realizado por Sposati (2011) sobre a capacidade protetiva das famílias beneficiárias de Programas Federais de Transferências de Renda em Regiões Periféricas Metropolitanas, onde conclui que o alcance de respostas qualificadas no enfrentamento das dificuldades da vida tem que ser feito a partir de seu cotidiano e do território onde vive.

Tal estratégia encontra também respaldo técnico-científico na discussão de Magalhães (2014) em seu trabalho sobre como proporcionar o fortalecimento da capacidade protetora das famílias referenciadas, onde “a família deve ser sempre respeitada como sujeitos de sua própria história, possuidores de limites e conquistas, vivências e sabedoria adquirida ao longo da vida”. (MAGALHÃES, 2014, p.11).

Na implementação das ações voltadas para as famílias, esta proposta de intervenção considerará as particularidades e singularidades das estruturas familiares das mesmas no contexto social, compreendendo os diferentes arranjos familiares e superando o reconhecimento de um modelo único baseado na família nuclear. Tal posicionamento é referenciado na PNAS, quando estabelece que

[...] qualquer forma de atenção e, ou, de intervenção no grupo familiar precisa levar em conta sua singularidade, sua vulnerabilidade no contexto social, além de seus recursos simbólicos e afetivos, bem como sua disponibilidade para se transformar e dar conta de suas atribuições. (PNAS, p 35)

Por ser uma proposta a ser implementada no âmbito da proteção social básica da Assistência Social, tem por observância, entre outros, ao princípio da “proteção proativa”, ou seja, as ações desenvolvidas focarão, entre outros, à redução de riscos e danos sociais aos grupos prioritários das ações. A NOB/SUAS preconiza que a proteção proativa prevê a implementação de “um conjunto de ações capazes de reduzir a ocorrência de riscos e a ocorrência de danos sociais”. (NOB/SUAS, p.91). No caso específico da gravidez indesejada em adolescentes, a evasão escolar, o aborto, parto prematuro e o isolamento social estão entre os que ocorrem com maior intensidade.

Outro aspecto a ser destacado dentro da proposta de intervenção é a intersetorialidade, que permitirá uma articulação e uma conversação com as demais políticas públicas locais “garantindo a sustentabilidade das ações desenvolvidas e o protagonismo das famílias e indivíduos atendidos, de forma a superar as condições de vulnerabilidade e a prevenir as situações que indicam risco potencial.” (PNAS, p35). Segundo recomenda a Política Nacional de Assistência Social, deve-se “evitar que estas famílias e indivíduos tenham seus direitos violados, recaindo em situações de vulnerabilidades e riscos”. (PNAS, p. 35-36). Acrescenta-se ainda que em casos de violação de direitos e rompimento de vínculos familiares, haverá articulação com os serviços de proteção especial, garantindo a efetivação dos encaminhamentos necessários, conforme prevê a Política Nacional.

Construir e consolidar a linha da intersetorialidade ativa com o Sistema de Garantias de Direitos e o SUS, por exemplo, será um grande desafio da Proposta de Intervenção; Tal esforço respalda-se no que a NOB/SUAS define como estratégia:

Operar articulando interinstitucional (entre competências e ações) com os demais sistemas de defesa de direitos humanos, em específico com aqueles de defesa dos direitos da criança e adolescente, idosos, pessoas com deficiência, mulheres, negros e outras minorias, de proteção às vítimas de exploração sexual e violência, e a adolescentes ameaçados de morte, de promoção do direito de convivência familiar. Articulação intersetorial entre o SUAS e o Sistema Único de Saúde - SUS, por intermédio da rede de serviços complementares para desenvolver as ações de acolhida, cuidados e proteções como parte da política de proteção às vítimas de danos, drogadição, violência familiar e sexual, deficiência, fragilidades pessoais e problemas de saúde mental, abandono em qualquer momento do ciclo de vida, associados as vulnerabilidades pessoais, familiares e por ausência temporal ou permanente da autonomia[...] (NOB/SUAS, p. 15).

Define ainda a NOB/SUAS que estas articulações devem ocorrer ainda com outros atores como o Sistema Educacional por intermédio de serviços complementares e

ações integradas para o desenvolvimento da autonomia do sujeito, por meio de garantia e ampliação de escolaridade e formação para o trabalho”. (NOB/SUAS, 2005; p. 88).

Na presente proposta, o olhar para as ações a serem implementadas dar-se-ão sob a ótica da intersetorialidade e encontra suporte científico nas contribuições de Sposati (2011) que difunde a concepção de promovê-la na produção de informações e na execução de ações articuladas junto às demais políticas públicas.

Desta forma, haverá articulação com a realidade local (pessoas, Sociedade Civil Organizada, lideranças comunitárias) de modo que se busque informações pertinentes para o fortalecimento dos encaminhamentos que atendam as necessidades das famílias acompanhadas e haverá ainda o movimento em rede, através de articulação com os diversos atores públicos executores de políticas públicas existentes no município.

6 DETALHAMENTO DA PROPOSTA

6.1 Público-alvo

Adolescentes residentes no município, cadastradas e acompanhadas pelo CRAS, com idade entre 12 e 18 anos, estando grávidas ou não, e suas famílias. Inicialmente, cerca de 50 adolescentes farão parte da proposta de Intervenção (25 no turno matutino e 25 no turno vespertino).

6.2 Local

A presente proposta será executada no CRAS do município de Viana/MA, situado na Rua do Cajá, nº 1, Bairro Mutirão.

6.3 Metodologia

A metodologia utilizada será baseada nas “Orientações técnicas sobre o PAIF-Trabalho social com as famílias” do MDS, por meio de uma metodologia participativa, com exposição dialogada e recursos metodológicos através das oficinas como estratégia educativa com adolescentes e suas respectivas famílias. Considera-se a importância das mesmas na ampliação do conceito de sexualidade e a avaliação do grupo quanto à proposta da oficina

como espaço de reflexão e discussão sobre as múltiplas mudanças e situações específicas da gravidez precoce na adolescência.

Os trabalhos grupais acontecerão com a frequência semanal, no próprio CRAS, no contra-turno escolar das adolescentes; portanto, acontecerão nos turnos da manhã e da tarde, de forma a não comprometer a frequência escolar.

As atividades grupais seguirão um planejamento elaborado pela equipe técnica cujo cronograma constará de oficinas, palestras e no final de cada bimestre, haverá trabalhos manuais para confecção de itens do enxoval (pintura de fraldas, sapatinhos de crochê, lembrancinhas da maternidade, potes decorativos). A proposta das oficinas de confecção pelas adolescentes de itens do enxoval é para desmistificar a ideia equivocada de associar o CRAS a posturas assistencialistas. Os instrutores dos cursos serão aicineira do CRAS e pessoas voluntárias da comunidade, previamente convidadas para tal atividade. É uma forma também de valorização do conhecimento comunitário e estimular a comunidade para que se sinta também coparticipante no enfrentamento da gravidez precoce em adolescentes no território.

Considerando a existência de adolescentes residentes na zona rural e a dificuldade de locomoção por meios próprios, serão feitas parcerias com a secretaria municipal de educação, da saúde e da mulher para garantir o deslocamento das adolescentes nos dias de atividades grupais no CRAS.

As adolescentes serão também estimuladas a serem adolescentes multiplicadoras, desenvolvendo ações educativas em espaços comunitários e institucionais existentes no município. As ações multiplicadoras acontecerão sempre no final de cada trimestre e terão o acompanhamento dos técnicos do CRAS.

Em relação aos trabalhos grupais com as famílias, estes acontecerão em um dia da semana diferente das reuniões com as adolescentes, com periodicidade quinzenal.

Haverá também atendimentos individualizados e em família, além de visitas domiciliares e institucionais.

Considera-se também relevante neste Projeto de Intervenção, o estabelecimento e fortalecimento de parcerias (intersetorialidade) com as demais secretarias municipais (secretaria de educação, saúde e da juventude), programas na área da saúde (Estratégia Saúde da Família e Saúde do Adolescente), Centro de Referência Especializado da Assistência Social-CREAS e órgãos de defesa dos direitos da criança e do adolescente como o Conselho Tutelar, Promotoria da Infância e demais órgãos existentes no município.

Em relação aos trabalhos de grupos, será utilizada uma metodologia que estimule a participação, a troca de experiências e a interação; serão alicerçadas na ideia de construção

coletiva de saberes. Assim, o público interage com o facilitador, seja através de movimentos, expressões corporais, artísticas, confecção de material; seja através de análise e exposição de ideias. Desta forma, estarão envolvidos no processo do aprendizado e chegarão a conclusões de forma coletiva e individual.

Alguns assuntos a serem tratados nas oficinas com adolescentes: paixão, amor, carinho, amizade, namoro, adolescência, casamento na adolescência, autoestima, planos de vida, violência, vulnerabilidade, sexo, sexo seguro, sexualidade, corpo em transformação, gravidez, convivência familiar, direitos da criança e do adolescente, direitos sexuais e reprodutivos, direitos e deveres da gestante, paternidade e maternidade na adolescência, aborto, parto, métodos contraceptivos, drogas, DST/AIDS, entre outros.

Alguns assuntos a serem tratados nas oficinas com as famílias: convivência familiar, direitos da criança e do adolescente, direitos sexuais e reprodutivos, paternidade e maternidade na adolescência, apoio familiar à adolescente grávida, fortalecimento de laços familiares, violência, vulnerabilidade, entre outros.

Nas oficinas serão utilizados recursos áudio-visuais, tais como: vídeo, data-show, som, DVDs, CDs. Também serão utilizados como estratégias didáticas: dinâmica de grupo com textos para discussão e elaboração de cartazes com colagens, exposições orais do resultado dos trabalhos em grupo, teatro, debates, exercícios práticos, próteses e pélvis para demonstração do uso correto do preservativo masculino e feminino, material didático do Instituto Kaplan, sendo eles: JOGO DE CORPO – Material educativo, voltado para a educação sexual na adolescência, APRENDENDO A VIVER – Material educativo, voltado para crianças e adolescentes e aborda os temas: HIV/AIDS e drogas, JOGO VALE SONHAR - sendo um material de orientação sexual que emprega uma metodologia com eficácia comprovada para motivar e instruir o jovem sobre a prevenção da gravidez na adolescência.

Para encerramento da proposta, será realizado um fórum de discussão e/ou avaliação no município com a presença da Sociedade Civil Organizada, comunidade em geral, poder público, adolescentes, órgãos de defesa da criança e adolescente.

6.4 Período de execução

O projeto de intervenção será executado entre novembro/2015 e novembro/2016.

6.5 Recursos

6.5.1 Recursos Humanos

	NÍVEL SUPERIOR	NÍVEL MÉDIO
RECURSOS HUMANOS	2 Assistente Social	1 motorista
	1 Psicólogo	1 Agente Social
		1 Agente Administrativo
		1 Oficineira
TOTAL	3	4

6.5.2 Materiais

	ITEM	QUANTIDADE	VALOR UNITÁRIO (R\$)	SUB TOTAL
R E C U R S O S M A T E R I A I S	Papel Ofício	5 caixas c/12 resmas	150,00	750,00
	Papel 40 kg	5 rolos c/ 500 folhas	35,00	175,00
	Pincel Atômico	20 caixas c/12 unid	15,00	300,00
	Fita adesiva	15 rolos	10,00	150,00
	Pastas	50 unidades	5,00	250,00
	Lápis	5 caixas c/48 unid	15,00	75,00
	Apontador	4 caixas c/48 unid	13,00	52,00
	Caneta	5 caixas c/48 unid	35,00	175,00
	Blocos de anotação	50 unidades	7,50	37,50
	Datashow	1 unidade	3.000,00	3.000,00
	CD ROM	50 unidades	3,00	150,00
	Notebook	1 unidades	2000,00	2000,00
	Caixa amplificadora	1 unidade	800,00	800,00
	Microfone	2 unidades	150,00	300,00
	Papel pardo	100 unidades	2,50	25,00
	Tesoura	50 unidades	3,50	175,00
	Caneta hidrocor	20 dúzias	7,00	140,00
	Corretivo	12 cx c/12 unidades	12,00	144,00
	Borracha	50 unidades	3,50	17,00
	Kit/ Planejamento familiar	2 kits	350,00	700,00
Material didático/KAPLAN	1unidade	1000,00	1000,00	

R E C U R S O S M A T E R I A I S	Álbum seriado	2 unidades	150,00	300,00
	Grampeador	5 unidades	7,00	35,00
			TOTAL	R\$10.750,50

6.6 Etapas da execução

Inicialmente, a proposta será apresentada à gestora da Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social através de reuniões técnicas de trabalho, e posteriormente às secretarias da saúde, da mulher e da educação. É importante o estabelecimento de parcerias institucionais, pois a adolescente está inserida no ambiente escolar e necessita dos serviços de saúde para a realização do pré-natal. É pertinente a ressalva de que a avaliação e o monitoramento estão presentes em todas as etapas de execução da proposta.

Assim sendo, têm-se as seguintes etapas a serem cumpridas:

- 1- Apresentação da proposta à gestora da Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social e demais secretários municipais.
- 2- Reunião de trabalho com a equipe técnica do CRAS para apresentação da proposta e definição de horários.
- 3- Levantamento e identificação de famílias cadastradas no CRAS com presença de adolescentes (grávidas ou não) em sua composição familiar.

adolescentes na escola e na realização de consultas pré-natal														
Ações de multiplicação			X			X			X			X		
Oficinas ocupacionais		X		X		X		X		X		X		
Ação “CRAS na escola”		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Realização do Fórum municipal														X
Avaliação e monitoramento	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

6.8 Avaliação e Monitoramento

Quanto à avaliação, esta permeará todo o processo de execução do Projeto de Intervenção, com reuniões mensais com a equipe técnica, gestora da Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social e coordenação do CRAS, identificando os avanços e levantando as necessidades ainda existentes. As metas deverão ser atingidas ao final de 12 (doze) meses.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do exposto, conclui-se que as políticas públicas voltadas para a confrontação da gravidez não desejada em adolescentes necessitam ser implementadas com maior eficácia, sendo permeada pela integração de diversos atores e agentes públicos, como a família e setores públicos e privados.

Neste cenário, a atuação do CRAS no município de Viana possui um papel indispensável na redução do elevado índice de gravidez na adolescência com ações intersetoriais, considerando a vulnerabilidade social das famílias atendidas e acompanhadas.

A proposta de intervenção aqui apresentada configura-se como um passo inicial para a superação da problemática da gravidez precoce em adolescentes residentes no município e que são acompanhadas pelo CRAS.

Conclui-se que, tão relevante quanto trabalhar com as famílias de forma sistemática é criar e estabelecer espaços de conversação, sensibilização e pactuações com órgãos públicos ligados à política de Saúde, Assistência Social, Educação e da Mulher do Município de Viana, além da Sociedade Civil Organizada e órgãos do Sistema de Garantia de Direitos e Conselho Tutelar local.

REFERÊNCIAS

BERETTA, M.I.R. **Contribuição ao estudo da gravidez na adolescência, na cidade de São Carlos**. 2013. Dissertação (Mestrado em Educação Especial) - Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2013.

BRASIL. Lei 8.069, de 13 de julho de 1990. **Estatuto da criança e do adolescente**. Brasília: Senado Federal, 1990.

_____. Lei 8.742, de 7 de dezembro de 1993. Lei orgânica da assistência social. Brasília: Senado Federal, 1993.

_____. Ministério da Saúde. **Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____. _____. **Humanização do parto e do nascimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 465 p., il. (Cadernos humaniza SUS, v. 4).

_____. _____. **Normas de atenção à saúde integral de adolescente: assistência ao pré-natal, ao parto e ao puerpério, planejamento familiar, doenças sexualmente transmissíveis, problemas ginecológicos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. _____. Secretaria de Assistência à Saúde. **DATASUS: Sistema de Informações Hospitalares**. Brasília, 2007. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php>>. Acesso em: 13 out.15.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Orientações técnicas: Centro de Referência de Assistência Social**. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2009.

_____. _____. **Orientações técnicas sobre o PAIF: trabalho social com famílias do Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família**. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2012.

_____. MDS. **Estudo da Capacidade Protetiva das Famílias Beneficiárias de Programas Federais de Transferências de Renda em Regiões Periféricas Metropolitanas**. Aldaíza Sposati – Consultora sênior: coordenação do estudo Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome Brasília, junho de 2011.

_____. _____. **Política Nacional de Assistência Social**. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome /SNAS, 2004.

_____. _____. **Política Nacional de Assistência Social: norma operacional básica**. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2009.

_____. _____. Secretaria Nacional de Assistência Social. **Proteção básica do Sistema Único de Assistência Social: orientações para o acompanhamento das famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família no âmbito do SUAS**. Brasília, 2006.

BRUNO, Zenilda Vieira. Reincidência de gravidez em adolescentes. **Brasil Ginecologia Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 10, out. 2012.

CORREIA, Alcioneayria da Silva. **Resultados perinatais na gravidez em adolescentes precoces no município de São Luís - Ma.** 2012. Dissertação (Mestrado em Saúde Materno-Infantil) – Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2012.

COSTA, Carmem Heloisa Pessoa; FONTOURA, Beth. **População jovem no Brasil.** Rio de Janeiro, 1999. Disponível em: <<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv6686.pdf>>. Acesso em: 9 out. 2015.

DIAS, Ana Cristina Garcia; TEXEIRA, Marco Antônio Pereira. **Gravidez na adolescência: um olhar sobre o fenômeno complexo.** Ribeirão Preto, v.20, n.45, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=_s0103-863x000100015&script=sci_arttext.>. Acesso em: 29 set. 2015.

EISENSTEIN, E. Adolescência: definições, conceitos e critérios. **Adolescência e Saúde.** Rio de Janeiro, v.2, n.2, p. 6-7, jun. 2005.

FREITAS, Elizabete. **Gravidez na adolescência.** Campinas: Atual, 2013.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA INFÂNCIA (UNICEF). Situação da adolescência brasileira, 2013. Disponível em: <http://www.unicef.org/brazil/pt/sab_4.pdf>. Acesso em: 18 set. 2015.

FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (UNFPA). **Situação da população mundial: relatório 2013.** Disponível em: <<http://aplicacoes.mds.gov.br/sagi/RIv3/geral/relatorio.php>>. Acesso em: 5 out. 2015.

GOMES, Maria Araújo; PEREIRA, Maria Lúcia Duarte. **Família em situação de vulnerabilidade social: uma questão de políticas públicas.** Rio de Janeiro: 2005. Disponível em: <http://aplicacoes.mds.gov.br/sagi/ri/carrega_pdf.php?rel=vulnerabilidades>. Acesso em: 12 out.15.

HENRIQUES, M.H.; SILVA, N.; SINGH, S.; WULF, D. **Adolescentes de hoje, pais do amanhã:** Brasil. Nova York: Alan Gutmacher Institute. 2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo Demográfico, 2010.** Rio de Janeiro: IBGE, 2011. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/home.php>>. Acesso em: 13 set. 15.

JOVENS temem primeira transa, rejeitam aborto, mas não evitam gravidez. **Folha de S. Paulo.** São Paulo, 1 abr. 2013. Folha Teen. p. 10.

MAGALHÃES, Sabrina da Silva; SILVA, Vanessa Oliveira e; OLIVEIRA, Juliene Aglio de. **O desafio do fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários nos CRAS de Álvares Machado e Regente Feijó.** Faculdades Integradas Antônio Eufrásio de Toledo. Presidente Prudente. Disponível em <http://intertemas.unitoledo.br/revista/index.php/SeminarioIntegrado/article/viewFile/2891>. Acesso em 11/02/2016

MIOTO, Regina Célia Tamasso. Família e Políticas Sociais. In: BOSCHETTI, Ivane-te; BEHRING, Elaine Rosseti; MIOTO, Regina Célia Tamasso (Orgs.). **Política Social no Capitalismo: tendências contemporâneas**. São Paulo: Cortez Ed., 2008.

MIOTO, Regina Célia Tamasso. Família, Gênero e Assistência. In: CFESS. **O Trabalho do Assistente Social no SUAS**. Brasília: CFESS, 2011. Debate Simultâneo, p. 108-117.

MIOTO, Regina Célia Tamasso; SCHÜTZ, Fernanda. **Intersetorialidade na Política Social: reflexões a partir do exercício profissional dos assistentes sociais**. 2011. Disponível em <http://www.ucpel.tche.br/mps/diprosul/docs/trabalhos/28.pdf>. Acesso em 13/02/2016.

PINTO, Joice Carvalho. **Projeto de intervenção para prevenção de casos de gravidez na adolescência no município de Alvorada de Minas**. Araçuaí, 2014. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família)– Araçuaí. 2014

PRISCO, Thiago. **A Proteção Social Básica da Assistência Social *The Basic Social Protection of the Social Assistance***. Artigo da revista Argumentum, Vitória (ES), v. 4, n.2, p. 80-94, jul./dez. 2012.

SANCHEZ VERA, Pedro; BOTE DIAZ, Marcos. Familismo y cambio social: el caso de España. Sociologias, Porto Alegre, n. 21, jun. 2009. Disponível em: Thiago PRISCO Argumentum, Vitória (ES), v. 4, n.2, p. 80-94, jul./dez. 2012 94 <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-45222009000100007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 dezembro 2015.

SPOSATI, Aldaíza. **Especificidade e intersetorialidade da política de assistência social**, Revista Serviço Social e Sociedade n 77 -2004. São Paulo Editora Cortez.

SPOSATI, Aldaíza. Assistência Social em Debate: direito ou assistencialização? In: CFESS. **O Trabalho do Assistente Social no SUAS**. Brasília: CFESS, 2011. Mesa-Redonda, p. 32-51.

TAQUETTE Stella R.; VILHENA, Marília Mello; PAULA, Mariana Campos de. Fatores associados à iniciação sexual genital: estudo transversal com adolescentes no Rio de Janeiro. **Revista Adolescência e Saúde**. Rio de Janeiro, v.1, n.3, jul./set. 2004. Disponível em:<http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=208>. Acesso em: 7 out. 2015.

TEIXEIRA, Maria Solange. Trabalho interdisciplinar nos CRAS: um novo enfoque e trato à pobreza. **Textos & Contextos**. Porto Alegre, n. 2, p. 286-297, ago./dez. 2011.