

## AS CONSTRUÇÕES E REPRESENTAÇÕES DA MATERNIDADE E DO ADOLESCER

## THE CONSTRUCTIONS AND REPRESENTATIONS OF MATERNITY AND ADOLESCENCE

Carla Denari Giuliani<sup>1</sup>Bruna Aparecida Rodrigues Duarte<sup>2</sup>Vera Lúcia Puga<sup>3</sup>

**RESUMO:** : A vida adulta alterou-se muito nas sociedades ocidentais modernas. Neste viés esse artigo tem objetivo de compreender como a construção e representações da maternidade se desconstruem no adolescer. Observamos que apesar do pensamento "hegemônico", de erro ou problema traduzido pela mídia, pelos programas de saúde e pelo mundo contemporâneo, as pessoas resistem e reescrevem novos juízos de valores em relação à adolescência e a gravidez.

**Palavras-chave** Adolescentes; Gravidez; Maternidade.

**ABSTRACT:** Adult life has changed a lot in modern western societies. In this perspective, this article aims to understand how the construction and representation of motherhood are deconstructed in adolescence. We observed that despite the "hegemonic" thinking, error or problem translated by the media, health programs and the contemporary world, people resist and rewrite new judgments of values people resist and register new value judgments regarding adolescence and pregnancy.

**Keywords:** Adolescents; Pregnancy; Maternity.

1 Enfermeira. Mestre em Ciências Fisiológicas. Doutora em História e Cultura. Professora Adjunta na UFU, Uberlândia, MG, Brasil. ORCID: 0000-0001-5598-2230 E-mail: [dênarigiuliani@bol.com.br](mailto:dênarigiuliani@bol.com.br)

Graduada em Enfermagem pela Universidade Federal de Uberlândia (UFU), MG, Brasil. ORCID: 0000-0003-0487-455X E-mail: [brunaap150@hotmail.com](mailto:brunaap150@hotmail.com).

2 Graduada em Enfermagem pela Universidade Federal de Uberlândia (UFU), MG, Brasil. ORCID: 0000-0003-0487-455X E-mail: [brunaap150@hotmail.com](mailto:brunaap150@hotmail.com).

3 É doutora em História Social pela Universidade de São Paulo desde 1998 (USP) e possui mestrado pela mesma instituição desde 1990. Graduada em História pelo Centro Unificado de Brasília em 1975 (CEUB). É pesquisadora do Núcleo de Estudos de Gênero, Violência e Mulheres - NEGUEM e editora da Revista Caderno Espaço Feminino. Pesquisa principalmente os seguintes temas: violência de gênero, mulher, sexualidade, educação e cultura. E-mail: [puga.veralucia@gmail.com](mailto:puga.veralucia@gmail.com).

## Desenvolvimento: Infância e Adolescência

Os estudos da instituição familiar no campo da história, de acordo com Ariés, revelam que as ideias de infância e adolescência são relativamente recentes se tivermos como referência a história da humanidade (ARIÉS, 1981). Foi na segunda metade do século XX, com o advento da psicanálise e o aprofundamento das investigações na área da psicologia do desenvolvimento que essas duas categorias tiveram maior explicitação. No entanto, ainda há muitas controvérsias quanto aos conceitos de infância e adolescência.

Do ponto de vista biológico, a infância se define pelo organismo em desenvolvimento e pela imaturidade do sistema sexual-reprodutivo. Da perspectiva psicossocial, estar na infância significa estar em processo de socialização e inserção na cultura, constituindo as bases sobre as quais se estrutura o sujeito, compreende a criança como sujeito de desejos e de direitos, o que lhe assegura um lugar peculiar na sociedade contemporânea. Já a adolescência representa transição, mudanças, conflitos, busca de uma identidade adulta.

A palavra "adolescência" é derivada da expressão "adolescere", verbo latino que indica "crescimento" ou "crescer até a maturidade". A partir da puberdade ocorrem fenômenos de natureza biológica de grande importância na vida do indivíduo. A reorganização hormonal e subsequente reestruturação anatômica e fisiológica têm como resultado um novo corpo de homem ou de mulher, dotado de novas sensações e da capacidade de reprodução. No entanto, a forma como o indivíduo vivencia essas transformações e o significado culturalmente atribuído a esse novo corpo têm igual relevância para o seu desenvolvimento. O processo de adolescer implica o reconhecimento de um novo corpo e de uma reorganização "das identidades" que constituem a pessoa como constructo social, com impacto na vida do indivíduo e na sociedade em que está inserido. Nessa reorganização, a cidadania se apresenta como uma das identidades importantes. Isso implica para o adolescente assumir sua condição de cidadão no exercício efetivo de direitos e deveres que lhe são assegurados e exige da sociedade uma mudança de postura frente a esse sujeito que assume ser protagonista da sua própria história.

Ao abordar o conceito de adolescência nos deparamos com a insegurança e a instabilidade nos diversos aspectos da existência. Trata-se de sentimentos característicos de quem está trocando o que é conhecido e familiar pelo desconhecido e ainda incompreensível.

"Estar adolescente" significa "estar em transição": uma fase de transição que tem profundas "raízes" na infância e, concomitantemente, lança seus "galhos" em direção ao futuro. Encontramos no processo de adolescer uma identidade em crise. Isto implica dizer que estamos diante de um momento do ciclo vital que, paradoxalmente, encerra grandes riscos e grandes

possibilidades para o projeto de vida em construção, próprio dos momentos de crise (RENA, 2001). Cabe ressaltar que a infância também é uma fase passageira, mas que dentro da área de saúde, ela não se caracteriza como uma crise, pois nesta fase o indivíduo está constituindo as bases através da socialização e da cultura. Já na adolescência esse sujeito constituído busca a sua "identidade" como "adulto", querendo ser dono de suas vontades e desejos, ou seja, de sua própria vida.

Portanto, adolescência é a fase do desenvolvimento humano que marca a transição entre a infância e a idade adulta, gerando crises. Caracteriza-se por alterações nos níveis físico, mental e social, representa para o indivíduo um processo de distanciamento de formas de comportamento e privilégios típicos da infância e de aquisição de características e competências que o capacitem a assumir os deveres e papéis sociais do adulto.

Os termos "adolescência" e "juventude" são usados como sinônimos, ou, por vezes, como duas fases distintas, mas que se sobrepõem. Para Steinberg (1993), a adolescência se estende aproximadamente dos 11 aos 21 anos de vida, enquanto a ONU define juventude como a fase entre 15 e 24 anos de idade, deixando aberta a possibilidade de diferentes nações definirem o termo de outra maneira. Já a OMS define adolescente como o indivíduo que se encontra entre os 10 e 19 anos de idade e, no Brasil, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) estabelece outra faixa etária - dos 12 aos 18 anos. Dessa forma, se estabelecem várias contradições ao se falar sobre idade cronológica e desse modo do próprio adolescer.

Como quer que seja, é importante salientar que "adolescência" é um termo geralmente utilizado em um contexto científico com relação ao processo de desenvolvimento biopsicossocial. Como será mais aprofundado ao decorrer deste estudo, o fim da adolescência não é marcado por mudanças de ordem fisiológica, mas, sobretudo, de ordem sociocultural. A delimitação de adolescência utilizada neste trabalho será o estabelecido pela Organização Mundial de Saúde (OMS), que a fixa entre 10 a 19 anos.

É possível considerar que a adolescência não é uma categoria absoluta, pois nem todos os adolescentes têm a mesma experiência de vida. A do adolescente burguês é muito diferente ao do adolescente pobre, pois cada um, no seu tempo e espaço, tem desafios diferentes. Essa fase da vida vem sendo objeto de estudo desde as grandes transformações sociais, econômicas e culturais que ocorreram, sobretudo, a partir da Segunda Guerra Mundial. A área de saúde, mais especificamente, tem encampado, de maneira pioneira, diversos temas relativos a esse aspecto. Contudo, apesar da sua posição de vanguarda, ela não tem partilhado do conceito de adolescente e adolescer, pois, neles são contempladas as dimensões biofisiológica e psicológica que levam o sujeito humano do estado infantil ao adulto.

## Infância e adolescência: Direitos no Brasil

O conceito de adolescência amplamente aceito dentro de todas as áreas e usado neste artigo foi definido na Reunião da Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1974 sobre o tema "A gravidez e o aborto na adolescência".<sup>4</sup> A OMS considera que o termo "adolescente" corresponde a uma classificação social que varia tanto em sua composição como em suas implicações. Reis (1993) afirma que, de modo geral, o adolecer estaria mais ligado aos padrões culturais do que a determinantes fisiológicos. Portanto, considera-se que os termos adolescente e adolecer só adquirem valor e significado quando interpretados socialmente. A adolescência pode ser, em certas sociedades, ignorada, ou, ao contrário, valorizada a ponto de mobilizar e catalisar em torno de si vastos setores dos comportamentos organizados da sociedade. No Brasil a preocupação com a saúde do adolescente se materializou no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), de 13 de julho de 1990. O ECA constitui um conjunto de normas do ordenamento jurídico brasileiro que tem como objetivo a proteção integral da criança e do adolescente, aplicando medidas e expedindo encaminhamentos. Divide-se em 2 livros: o primeiro trata da proteção dos direitos fundamentais da pessoa em desenvolvimento e o segundo, dos órgãos e procedimentos protetivos.

A Constituição brasileira promulgada em 1988 é anterior à Convenção sobre os Direitos da Criança, adotada pela Assembleia Geral das Nações Unidas em 20 de novembro de 1989, ratificada pelo Brasil em 24 de setembro de 1990, e com vigência internacional em outubro de 1990, o que demonstra a sintonia dos constituintes brasileiros com toda a discussão de âmbito internacional daquele momento sobre a normativa para a criança e a adoção do novo paradigma. Tal fato levou o Brasil a se tornar o primeiro país a adequar a legislação interna aos princípios consagrados pela Convenção das Nações Unidas, até mesmo antes da vigência obrigatória daquela, uma vez que o Estatuto da Criança e do Adolescente é de 13 de julho de 1990.

Paiva constatou que, com o peso de mais de um milhão de assinaturas, não havia sombra de dúvida quanto ao anseio da população por mudanças e pela remoção daquilo que se tornou comum denominar «entulho autoritário» – que nessa área se identificava com o Código de

---

<sup>4</sup> O conceito de adolescência, amplamente aceito nessa área, foi definido na Reunião da Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre a gravidez e o aborto na adolescência, realizada em 1974. Assim, de acordo com a OMS, a adolescência corresponde a um período em que: a) o indivíduo passa do ponto do aparecimento inicial dos caracteres sexuais secundários para a maturidade sexual; b) os processos psicológicos do indivíduo e as formas de identificação evoluem da fase infantil para a adulta; e) a transição do estado de dependência econômica total passa a outro de relativa independência. A OMS dá por entendido "que não se impõem limites específicos à adolescência, e que este termo corresponde a uma classificação social que varia tanto em sua composição como em suas implicações

Menores. A Assembleia Nacional Constituinte referendou a emenda popular que inscreveu na Constituição Brasileira de 1988 o artigo 227, do qual o Estatuto da Criança e do Adolescente é a posterior regulamentação (PAIVA, 2004). Mais do que uma mudança pontual na legislação, circunscrita à área da criança e do adolescente, a Constituição da República e, depois, o Estatuto da Criança e do Adolescente são a expressão de um novo projeto político de nação e de País.

Mas o que representou de fato a adoção desse novo paradigma? Inaugurou-se no país uma forma completamente nova de se perceber a criança e o adolescente e que vem, ao longo dos anos, sendo assimilada pela sociedade e pelo Estado. Isso porque a realidade não se altera num único momento, ainda mais quando o que se propõe é uma profunda mudança cultural, o que, certamente, não se produz numa única geração.

Tinha-se, até então, no Brasil, duas categorias distintas de crianças e adolescentes. Uma, a dos filhos socialmente incluídos e integrados, a que se denominava, crianças e adolescentes. A outra, a dos filhos dos pobres e excluídos, genericamente denominados menores, que eram considerados crianças e adolescentes de segunda classe. A eles se destinava a antiga lei, baseada no direito penal do menor e na doutrina da situação irregular.

Essa doutrina definia um tipo de tratamento e uma política de atendimento que variavam do assistencialismo à total segregação e para a qual, via de regra, os menores eram simples objetos da tutela do Estado, sob o arbítrio inquestionável da autoridade judicial. Essa política fomentou a criação e a proliferação de grandes abrigos e internatos, onde ocorria toda sorte de violações dos direitos humanos. Uma estrutura verdadeiramente monstruosa, que logrou cristalizar uma cultura institucional perversa cuja herança ainda hoje se faz presente e que temos dificuldade em debelar completamente, como é o caso da antiga FEBEM, hoje Fundação Casa. Machado (1998), em sua dissertação de mestrado, discorre sobre a institucionalização das crianças pobres através da ICASU<sup>5</sup> em Uberlândia, Minas Gerais, mostrando que a institucionalização, principalmente para mães pobres, era a saída para manter seus jovens longe da marginalização, proporcionando condição de vida melhor do que ela podia oferecer.

Portanto, a partir da Constituição de 1988 e do Estatuto da Criança e do Adolescente, as crianças brasileiras, sem distinção de raça, classe social, ou qualquer forma de discriminação, passaram de objetos a sujeitos de direitos, considerados em sua peculiar condição de pessoas em desenvolvimento e a quem se deve assegurar prioridade absoluta na formulação de políticas públicas e destinação privilegiada de recursos nas dotações orçamentárias das diversas instâncias político-administrativas do país (MENDEZ, 1998).

---

5 ICASU (Instituição cristã de Assistência Social de Uberlândia, preocupa-se em garantir a participação efetiva da criança e do adolescente na vida funcional da Instituição, despertando-lhes o senso crítico quanto aos seus direitos e deveres, por meio de atividades sócioeducativas, recreativas, esportivas e culturais.

Outros importantes preceitos do Estatuto da Criança e do Adolescente, que marcam a ruptura com o velho paradigma da situação irregular, são: a prioridade do direito à convivência familiar e comunitária e, conseqüentemente, o fim da política de abrigo indiscriminado; a priorização das medidas de proteção sobre as socioeducativas, deixando-se de focalizar a política da infância para os abandonados e delinquentes; a integração e a articulação das ações governamentais e não governamentais na política de atendimento; a garantia de processo legal e da defesa ao adolescente a quem se atribua a autoria de ato infracional, e a municipalização do atendimento, só para citar algumas das alterações mais relevantes.

Emilio García Méndez (1998) afirma que a ruptura substancial com a tradição do menor latino-americana se explica fundando-se na dinâmica particular que regeu os três atores fundamentais no Brasil da década de 1980: os movimentos sociais, as políticas públicas e o mundo jurídico.

Outra consequência dos avanços possíveis pela Constituição da República (1988), pela Convenção sobre os Direitos da Criança (1989) e pelo próprio Estatuto da Criança e do Adolescente (1990) e, em âmbito local, também pela Lei Orgânica do Distrito Federal (1993) é a substituição do termo «menor» por «criança» e «adolescente». Isso porque a palavra «menor» na semântica jurídica traz a ideia de pejorativo igual à delinquente, uma pessoa que não possui direitos.

Desse modo, apesar de o termo «menor» ser normalmente utilizado como abreviação de menor de idade, foi banido do vocabulário de quem defende os direitos da infância, pois remete à «doutrina da situação irregular» ou do «direito penal do menor», ambas superadas ou politicamente incorretas.

Além disso, possui carga discriminatória negativa por quase sempre se referir apenas a crianças e adolescentes autores de ato infracional ou em situação de ameaça ou violação de direitos. Em consequência, os termos adequados e atualmente utilizados pelo governo e instituições são criança, adolescente, menino, menina, jovem.

O conceito de criança adotado pela ONU abrange o conceito brasileiro de criança e adolescente. Na Convenção Sobre os Direitos da Criança, “entende-se por criança todo ser humano menor de 18 anos de idade, salvo se, em conformidade com a lei aplicável à criança, a maioria seja alcançada antes” (BRASIL, 1990, p. 22256).

Nos termos do Estatuto da Criança e do Adolescente, «considera-se criança, para os efeitos desta Lei, a pessoa até 12 anos de idade incompletos, e adolescentes aquela entre 12 e 18 anos de idade» (art. 2º). Dessa forma, os efeitos pretendidos relativamente à proteção da criança no âmbito internacional são idênticos aos alcançados com o Estatuto brasileiro.

A Emenda Constitucional 45, de 8 de dezembro de 2004, acrescentou o § 3º ao artigo 5º da Constituição Federal, com esta redação: “§ 3º Os tratados e convenções internacionais sobre direitos humanos que forem aprovados, em cada Casa do Congresso Nacional, em dois turnos, por três quintos dos votos dos respectivos membros, serão equivalentes às emendas constitucionais”.

Se antes dessa modificação não era exigido quórum especial de aprovação, os tratados já incorporados ao ordenamento jurídico nacional anteriormente à Emenda 45, em razão dos princípios da continuidade do ordenamento jurídico e da recepção, são recepcionados pela Emenda 45 com status de emenda constitucional.

A primeira diferenciação advinda do Estatuto foi a conceituação de criança (aquela até 12 anos incompletos) e adolescente (de 12 a 18 anos), e o tratamento diferenciado para ambos. Assim sendo, o Estatuto criou mecanismos de proteção nas áreas de educação, saúde, trabalho e assistência social. Ficou estabelecido o fim da aplicação de punições para adolescentes, tratados com medidas de proteção em caso de desvio de conduta e com medidas socioeducativas em caso de cometimento de atos infracionais.

Embora na contemporaneidade o Estado e sociedade coloquem a criança e o adolescente em destaque, nem sempre foi deste modo, pois até o século XVIII a sociedade mal reconhecia a criança e, menos ainda, o adolescente (ARIÉS, 1981). Para Ariès, essa ideia se confirma quando as pesquisas históricas revelam que, embora existisse uma organização da comunidade por classe e idade da Idade Média até o século XVIII, a cultura ocidental aboliu as distinções etárias. Naquele período as crianças eram paulatinamente introduzidas na vida adulta. Desse modo, a idade passou a deixar de ser critério social significativo. No século XVIII, a escola substituiu a corporação em seu papel instrutor e socializante. Por meio da escola as crianças se separam dos adultos, o que permitiu a noção de idade e infância assumir uma dimensão social mais significativa. Posteriormente, em instituições como escola e exército, germinou a noção de adolescência, criando uma forma de transição entre o “menino” e o “homem” (REIS, 1993). Cabe ressaltar que a participação feminina nas guerras contemporâneas veio, naturalmente, se dar fora do contexto da sociogênese da adolescência (REIS, 1993). Como do exército, as mulheres também ficaram fora, por muito tempo da escola. Quando tiveram acesso a essa instituição, foram mantidas, em sua maioria, fora de um verdadeiro processo de escolarização, constituindo um maciço bloco social que entrava diretamente para a vida adulta. No Brasil, mais lento e ainda mais recente, o processo de constituição da adolescência esteve atrelado às características de sua formação social (REIS, 1993).

Mas as instituições escola e exército tinham um papel bem diferente do que têm hoje, exercendo mais as funções de vigilância e enquadramento da juventude do que de ensinamento. Essa situação somente se reverteu após a Segunda Guerra Mundial. Daí por diante a adolescência se expandiu, empurrando a infância para trás e a maturidade para a frente. Portanto, a adolescência tem sua confirmação como categoria social no início do século XX, sendo a escola e o exército os elementos principais para sua formação. Foram, portanto, essas instituições que possibilitaram à sociedade moderna compor uma nova realidade psicológica, a adolescência. Entretanto, novamente a mulher esteve durante muito tempo excluída do adolecer. Desse modo, as distinções entre a infância e a idade adulta ocorreram no início do século XX. Enquanto na Europa do século XIX o sentimento moderno de infância já havia há muito se construído e se difundido e a adolescência começava a despontar diferenciando-se da criança, segundo Freyre, no Brasil, os meninos desde nove anos trajavam-se como homens feitos e tinham como meta a de se civilizarem o mais breve possível (FREYRE, 1966). Mota (1980) assinala que, para a criança escrava, a idade de cinco anos marcava o término da infância. Aos 10 ou 12 anos, ambos, os escravos e os filhos de senhores de engenho, entravam no mundo adulto. Já as meninas eram preparadas exclusivamente para o casamento que normalmente ocorria entre 12 e 13 anos. Não raramente na aristocracia escravista, os senhores de engenho infringiam suas próprias leis e casavam suas filhas com 8 anos de idade. Segundo Freyre (1966), a primeira comunhão marcava a entrada dessas meninas na vida adulta. O papel delas na sociedade colonial urbana era exclusivamente de detentoras do lar. A elas cabiam cuidados com crianças e administração da casa grande. Essa começou a mudar com movimento higienista, que se iniciou no começo do século XX. Passou a haver intensa transformação nas distinções etárias e isso tornou-se extremamente significativo para a sociedade moderna, dando origem a preocupações diferenciadas para cada fase, da infância ao adolecer. Foram assim se construindo as representações do que é adolescência e adolecer, sem distinção de cor, raça, credo e cultura.

## Maternidade e Adolescência

Portanto, estabelece-se nos dias atuais que adolescência não combina com maternidade ou paternidade, pois ambas atrapalham a aquisição de experiências que possibilitam a formação de um ser adulto competitivo perante o mercado. E a gravidez na adolescência se transforma em um problema à medida que é instaurado o conceito de adolescência e como se deve adolecer.

O movimento sanitário<sup>6</sup> da década de 1980, juntamente com as políticas públicas, vem dar visibilidade e estender o conceito de adolescente ao mundo feminino, através da posição atribuída à mulher frente à maternidade e à família, colocando-a como principal ator das mudanças sociais ocorridas nessa época (REIS, 1993). Rago (1985) se posiciona sobre esse tema

Frágil e soberana, abnegada e vigilante, um novo modelo normativo de mulher, elaborado desde meados do século XIX, prega novas formas de comportamento e de etiqueta [...]. Por caminhos sofisticados e sinuosos se forja uma representação simbólica da mulher, a esposa-mãe-dona-de-casa, afetiva, mas assexuada [...].

Nesse novo mundo a domesticação do novo operariado implicou a imposição do modelo imaginário de família criado pela sociedade burguesa, no qual a figura feminina teria um papel de destaque, pois, os hábitos dos operários deveriam tornar-se compatíveis com os hábitos de uma família nuclear – pai, mãe e filhos, sendo a mulher peça chave por cuidar da casa e dos filhos, como também por trazer seu marido de volta para um lar aconchegante, longe dos bares, da prostituição, da rua, dos hábitos imorais (RAGO, 1985). Dessa forma, esse movimento constrói uma representação social de que maternidade é inerente à mulher, ser mulher é ser mãe, amamentar, ser dona absoluta do lar e da família. Nessa perspectiva, a visibilidade feminina acontece devido à necessidade de esse movimento utilizar a mulher (mãe, dona do lar) como linha de frente para promover a transformação do modelo familiar brasileiro colonial, principalmente em sua versão urbana.

A reforma sanitária se iniciou no século XVIII, após a coroa portuguesa se interessar pelo ouro existente no Brasil. Cidades ligadas a esse produto se desenvolveram e se expandiram. Assim, a urbanização e o povoamento, até então negligenciados pela coroa, tornaram-se obrigatoriamente foco do poder real. Um exemplo disso é o Rio de Janeiro. E a medicina, que desde o século XIX lutava contra a tutela jurídico-administrativa herdada da colônia, deu um largo passo em direção a sua independência, aliando-se ao novo sistema contra a antiga ordem colonial. Esse progresso fez-se através do movimento higienista, que incorporou a cidade e a população ao campo do saber médico (COSTA, 2004), constatando que o Estado e a Medicina convergiram, mas também divergiram, por vezes, tática e estrategicamente. Nem sempre os dois poderes reconhecem o valor da aliança que haviam estabelecido. Só historicamente é

---

6 A respeito da edificação das bases científicas da medicina e do pensamento sanitário no Brasil, o leitor poderá acompanhar as apreciações de: ALMEIDA FILHO (1992); BENCHIMOL (1992); BENCHIMOL (1999); CHALHOUB (1996); COSTA (1985); DÖNNANGELO (1975); HOCHMAN (1998); LUZ (1982); MACHADO (1978); SANTOS (1991); SANTOS (1987).

possível perceber, que em meio a atritos e fricções, intransigências e concessões, estabilizou-se um compromisso: o estado aceitou medicalizar suas ações, reconhecendo o valor político das ações médicas (ROSEAN, 1979). A noção chave desse acordo foi salubridade. A questão da salubridade levantada pela medicina ligou-se, de imediato, ao interesse do país, que eram preservar a população para o trabalho. As epidemias, as febres, os focos de infecções e contágios do ar e da água sempre foram fantasma para a administração colonial. A população era dizimada por ocasião dos surtos epidêmicos e nos períodos intercricos apresentava uma taxa de mortalidade elevada. A burocracia era impotente para debelar o caos sanitário, pois não dispunha do apoio econômico da metrópole para drenar pântanos, calçar ruas, regulamentar o comércio de alimentos, construir esgotos, nem havia recursos técnicos de controle da população. Dessa forma, essa aliança entre medicina e Estado trouxe os benefícios sanitários tão desejados pelo estado para solucionar os problemas dos surtos de doenças e morte da população. Além disso, essa aliança também proporcionou a normatização da população, definindo regras do bem viver em sociedade (MACHADO, 1978).

Nesse contexto, uns dos principais trunfos da superioridade médica foi a técnica de higienização. Dentre as políticas específicas, uma se tornou o alvo principal: a relacionada à família (COSTA, 2004). O Estado brasileiro sempre encontrou na família um dos mais fortes obstáculos a sua consolidação. Desse modo, toda a população foi abandonando progressivamente o terreno da lei para entrar no espaço da norma familiar capaz de formar cidadãos individualizados, domesticados e colocados à disposição da cidade, do Estado, da pátria. A medicina social ganhava espaço e através da política higiênica, reduziu a família a um estado de dependência, colocando-se no papel de salvador do caos em que essa se encontrava, como também a sociedade da época (COSTA, 2004). Às mulheres delegar-se-ia a função de tutora educadora dos esposos e filhos. Essas famílias, até o momento, eram vistas pelos higienistas como incapazes de proteger a vida de crianças e adultos. Valendo-se dos altos índices de mortalidade infantil e das precárias condições de saúde dos adultos, o movimento higienista ou sanitário conseguiu impor a elas uma educação física, moral, intelectual e sexual, tendo como principal figura normalizadora a mulher, mãe e dona do lar (COSTA, 2004).

Nesse momento se consolidavam alguns poderes atuantes na sociedade ocidental. O Estado e a Medicina eram os dois pilares desses poderes, responsáveis pela criação dos padrões de comportamento legais e normativos. Foucault (1985) afirma que a ordem da lei impõe-se por meio de um poder essencialmente punitivo, coercitivo, que age excluindo, impondo barreiras e o mesmo foi feito pelo movimento higienista. Seu mecanismo fundamental foi o da repressão. O mesmo autor afirma que a lei é teoricamente fundada na concepção jurídico-discursiva do

poder e é histórico-politicamente criada pelo Estado medieval e clássico. A norma, pelo contrário, tem seus fundamentos histórico-políticos no Estado moderno dos séculos XVIII e XIX, e se organizou com base nos dispositivos. Os dispositivos são formados pelos conjuntos de práticas discursivas e não discursivas que agem, à margem da lei, contra ou a favor delas, mas de qualquer modo empregam uma tecnologia de sujeição própria. Segundo Foucault, o século XIX assistiu à invasão progressiva do espaço da lei pela tecnologia da norma, o que impera até nossos dias (FOUCAULT, 1985).

Desse modo, o Estado moderno procurou implantar seus interesses servindo-se, predominantemente, dos equipamentos de normatização, que são sempre inventados para solucionar urgências políticas. A primeira dessas invenções deu-se com medicina doméstica, aliada ao movimento higienista. Essa medicina, no interior da burguesia, estimulada pela política populacionista, reorganizou as famílias em torno da conservação e educação das crianças, portanto a mulher foi pensada como elemento importante da medicina: a mulher higiênica (lavar, passar, limpar e educar) tira do bar e do bordel o homem para ser seu "aliado" do mundo higiênico. A segunda dirigiu-se às famílias pobres sob forma de campanhas. Igualmente, a normatização médica da família brasileira operou em estreita correspondência com o desenvolvimento urbano e a criação do Estado nacional. As transformações dos espaços urbanos procuravam atender exclusivamente o bem-estar e o enriquecimento da aristocracia portuguesa e do capitalismo europeu (COSTA, 2004). Nesse momento as técnicas disciplinares saíram do ostracismo colonial e começaram a ocupar o primeiro pano da cena político-urbana. O sucesso do movimento higienista indica essa revisão estratégica no trabalho de fissão e reestruturação do núcleo familiar.

Em 1829 foi fundada a Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro, que representava o grupo de médicos que lutava por se impor junto ao poder central como elemento essencial à proteção da saúde pública e, por extensão, à ordenação da cidade. Todo o trabalho de persuasão higiênica desenvolvido no século XIX foi montado sobre a ideia de que a saúde e a prosperidade da família dependem de sua sujeição ao Estado (REIS, 1993). Este Estado via na puberdade um dos seus momentos mais delicados e promissores, o que gerou à preocupação com a adolescência. Surgia, então, um novo personagem higiênico "Adolescente do sexo masculino", merecedor de cuidados especiais, sendo sua heterossexualidade a via real de acesso ao patriotismo, ou seja, dentro das regras da sociedade burguesa esse adolescente do sexo masculino, para se constituir em um adulto trabalhador saudável, teria que casar, constituir família ser homem livre de doenças físicas e morais, e isto só aconteceria por intermédio de outra personagem higiênica a mulher e ou casamento. Meirelles (1847) pregava: "lembrai-vos

que o futuro, costumes, paixões, gostos, prazeres, e até nossa felicidade dependem de vós (mulheres); corriji este abuso, e os homens torna-se-ão verdadeiros filhos, maridos e pais; isto feito, uma reforma geral sucederá na sociedade, a natureza reconquistará seus direitos”.

## A mulher “adolescente”

Assim o nacionalismo político ganhava uma nova origem biológica-moral e a medicina social, um personagem higiênico, cuja existência social era, até então, quase desconhecida. A mulher adolescente ficou novamente à mercê desse conceito e desses padrões de adolescência, pois somente o homem viril, hetero, tinha direito à passagem da infância para a adolescência assim se constituindo um homem saudável física e psicologicamente. À mulher “adolescente” não caberia esse conceito, pois a ela restava somente o direito à infância e uma passagem direta, sem escalas, para vida adulta, pois o papel social dela, desde muito cedo, era o de ser mãe, esposa e educadora de um lar e de uma família. A equação mãe-filho novamente adaptava-se como “luva” à necessidade desde movimento. A mãe devotada e a criança bem-amada seriam o adubo e a semente do adolescente, futuro adulto patriótico (PHILIPPE, 2009). Cabe lembrar que a República se iniciou quase concomitante com o final da escravidão, colocando em jogo diversos fenômenos sociais e econômicos. Havia necessidade urgente de se criar a Nação brasileira, e esse foram feitos pelo Estado, e nessa construção o estado tentou formar trabalhadores com sentimento de pátria e patriótico. Como Cardoso (1981) afirma: “O Brasil é símbolo concreto de todas as nossas riquezas em potencial para o futuro. Ele é, porém, também o símbolo vivo de todas as nossas, dificuldades, gravíssimas e tenebrosas do presente”. Portanto, a adolescência deve ser entendida como “masculino” por ser constituída a partir dessa experiência histórica concreta da qual as mulheres eram excluídas.

No Brasil a inclusão feminina no âmbito de experiências socialmente valorizadas e, conseqüentemente, dotadas de visibilidade foi inaugurada, como já mencionado, pelo movimento higienista, que criou condições, pelo menos parciais, para que, posteriormente, o conceito de adolescente fosse estendido ao mundo das mulheres. A contribuição dos higienistas para essa extensão se deu pela redução da mulher ao papel de mãe e esposa devota: ela passava de propriedade jurídico-religiosa para propriedade higiênica. Assim nascia a maternidade inerente à mulher e à mãe higiênica, fato histórico que se deu por duplo movimento: por um lado, emancipação feminina do poder patriarcal; por outro, submissão da mulher pelo poder médico (REIS, 1993). Essa constatação é importante, pois elucida a provável razão da persistência histórica dessas políticas, principalmente no que se refere ao papel da

maternidade e da amamentação. O controle educativo-terapêutico instaurado pelo movimento iniciou um modo de regulação política da vida dos indivíduos que, até hoje, vem se mostrando eficiente. Mas esse domínio nem sempre é tão efetivo como Estado e medicina desejavam, pois, as pessoas têm seu juízo de valor e constroem suas próprias regras que mais se adaptam a sua realidade. Nesse sentido, o que está fora do "domínio" do estado e da área da saúde é considerado desvio, aí se incluindo problemas como a gravidez na adolescência.

Naquele período a tutela terapêutica do corpo, do sexo e das relações afetivas entre membros da família passaram a ser usados de modo sistemático e calculados, como meio de manutenção e reprodução da ordem social burguesa e até hoje o é (COSTA, 2004).

Dessa forma, com a visibilidade e a preocupação do Estado com a mulher/mãe e adolescente proporcionadas pelo movimento higienista, formularam-se na modernidade programas para assistência a ela. Um deles foi formulado em 1983 pelo Ministério da Saúde, o PAISM (Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher), que teve como fator propulsor o debate sobre a questão do planejamento familiar no país. A discussão se dava em torno da associação do planejamento familiar com programas de controle da natalidade ou ações no contexto de programas votados para saúde da mulher. As duas abordagens estavam ancoradas em questões mais profundas. De um lado, o planejamento familiar era visto como reposta para problemas sociais e econômicos, envolvendo a questão da pobreza e do subdesenvolvimento. De outro, era considerado um direito da mulher, em termos de acesso a informações e a métodos contraceptivos adequados a sua saúde e condições de vida. Considerado como uma vitória dos movimentos de mulheres, o PAISM<sup>7</sup> incorporou o planejamento familiar ao conjunto das ações de saúde e propôs uma atenção abrangente aos problemas específicos da população feminina, compreendendo a mulher como ser integral. Formalizava-se, pelo menos no caso das políticas públicas da saúde, a necessidade de tratar a mulher como ser inteiro, cujas demandas extrapolam a dimensão de seu papel reprodutivo e não podem ser abstraídas dos contextos social, político e econômico, cultural e afetivo: a mulher como sujeito nas ações e processos que envolvem a saúde. Assim sendo, uma nova filosofia de atendimento à mulher precisava surgir, exigindo a mudança de postura dos profissionais de saúde na relação com a população. A integralidade da assistência anunciada pelo PAISM implicava que as ações a serem implantadas

---

7 O Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) é o programa que define a prática de atenção à população feminina. Foi implantado na rede da SES em 1987 e tem como proposta atender a mulher na sua integralidade, em todas as fases de sua vida, de acordo com as características apresentadas em cada uma delas. É integrado a rede de assistência à saúde com ações em nível primário, secundário e terciário. As áreas básicas de atenção do PAISM devem oferecer atendimento: às adolescentes, mulheres adultas e às que se encontram no climatério e velhice; às mulheres que necessitam de cuidados durante o pré-natal, parto e puerpério; às mulheres em situação de violência doméstica e sexual; nas ações de planejamento familiar e reprodução humana; na prevenção do câncer cérvico uterino e detecção precoce do câncer de mama; às mulheres com atenção aos problemas de saúde relacionados ao trabalho.

obedecessem a uma prática educativa capaz de assegurar a apropriação, pelas mulheres, dos conhecimentos necessários a um maior controle sobre a saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

A dimensão educativa é, sem dúvida, um dos aspectos mais inovadores do PAISM. Ao contribuir para o acréscimo das informações que as mulheres detêm sobre seu próprio corpo e valorizar a sua experiência de vida, o PAISM antecipava um tema que seria crucial para a discussão das políticas públicas na década de 1990: o empoderamento<sup>8</sup>. Esse conceito, ao tratar da ampliação dos espaços em que se é protagonista, convida os planejadores e profissionais que atuam no Governo a valorizar a dimensão emancipatória das políticas públicas voltadas para os segmentos subordinados da sociedade.

A implementação do PAISM, por outro lado, não pode ser dissociada do Sistema Único de Saúde. O SUS foi criado pela Constituição Federal de 1988 para que toda a população brasileira tivesse acesso ao atendimento público de saúde. Anteriormente, a assistência médica estava a cargo do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), ficando restrita aos empregados que contribuíssem para a previdência social; os demais eram atendidos apenas em serviços filantrópicos. Do Sistema Único de Saúde fazem parte os centros e postos de saúde, hospitais - incluindo os universitários - laboratórios, hemocentros (bancos de sangue), os serviços de vigilância sanitária, vigilância epidemiológica, vigilância ambiental, além de fundações e institutos de pesquisa, como a FIOCRUZ - Fundação Oswaldo Cruz e o Instituto Vital Brazil.

Antes do advento do SUS, a atuação do Ministério da Saúde se resumia às atividades de promoção de saúde e prevenção de doenças (por exemplo, vacinação), realizadas em caráter universal, e à assistência médico-hospitalar para poucas doenças; servia aos indigentes, ou seja, a quem não tinha acesso ao atendimento pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social. O INAMPS foi criado pelo regime militar em 1974 pelo desmembramento do

---

<sup>8</sup> O termo empoderamento vem sendo utilizado com frequência em pesquisas concentradas na área de desenvolvimento e por importantes entidades políticas, a despeito da inexistência de um consenso sobre este conceito. Segundo Iório (2002) a origem do termo ainda não é bem definida e tanto o movimento negro norte-americano do início dos anos 1960, quanto os movimentos feministas, disputam a sua procedência. No entanto, o conceito parece ganhar força tanto teórica quanto instrumental, a partir de sua utilização vinculada à questão de gênero. Uma das primeiras conceitualizações sobre empoderamento surge, segundo Iório (2002) nos anos 1970, a partir do movimento Women In Development (WID) – Mulheres no Desenvolvimento –, com uma noção de empoderamento fortemente vinculada à noção de “poder sobre”, de controle sobre os outros e sobre recursos. Para que houvesse um empoderamento seria então necessário inverter a situação de poder. Quem o detinha, deveria então ser destituído dessa posição, que passaria a ser ocupada pelas pessoas empoderadas, nesse caso as mulheres. Essa noção de poder traz subjacente a ideia de que para uns ganharem poder outros terão que perder, causando forte resistência por parte daqueles que se sentiam ameaçados. Além disso, mantém a mesma lógica de estruturação de poder na sociedade, na qual alguns o detêm e outros não, sem, contudo, questionar-se sua distribuição. Posteriormente ao referido movimento, surgiram novas tentativas de conceitualização de poder, entre as quais, destaca-se a de Foucault, que rompe com essa noção de poder como algo que se detém e propõe o poder como algo que se exerce e se efetua nas relações. Partindo dessa concepção, o poder não “surge” frente ao homem, sendo próprio de seu caráter humano. Para Foucault (2007, p. 26), o poder “não se aplica pura e simplesmente como uma obrigação ou uma proibição aos que ‘não tem’, ele os investe, passa por eles, apoia-se neles, do mesmo modo que eles, em sua luta contra esse poder, apoiam-se por sua vez nos pontos em que ele os alcança”.

Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que hoje é o Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS). Era uma autarquia filiada ao Ministério da Previdência e Assistência Social (hoje Ministério da Previdência Social) e tinha a finalidade de prestar atendimento médico aos que contribuíam para a previdência social, ou seja, aos empregados de carteira assinada. O INAMPS dispunha de estabelecimentos próprios, mas a maior parte do atendimento era realizada pela iniciativa privada; os convênios estabeleciam a remuneração por procedimento.

O movimento da Reforma Sanitária nasceu no meio acadêmico no início da década de 1970 como forma de oposição técnica e política ao regime militar, sendo abraçado por outros setores da sociedade e pelo partido de oposição da época — o Movimento Democrático Brasileiro (MDB). Em meados da década de 1970 ocorreu uma crise do financiamento da previdência social, com repercussões no INAMPS. Em 1979 o general João Baptista Figueiredo assumiu a presidência com a promessa de abertura política e, de fato, a Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados promoveu, no período de 9 a 11 de outubro de 1979, o I Simpósio sobre Política Nacional de Saúde, que contou com participação de muitos dos integrantes do movimento e chegou a conclusões altamente favoráveis a ele. Ao longo da década de 1980 o INAMPS passaria por sucessivas mudanças com a universalização progressiva do atendimento, já numa transição para o SUS (MINISTÉRIO DA SAÚDE).

A 8ª Conferência Nacional de Saúde<sup>9</sup> foi um marco na história do SUS por vários motivos. Foi aberta em 17 de março de 1986 por José Sarney, o primeiro presidente civil após a ditadura, e foi a primeira CNS a ser aberta à sociedade; além disso, foi importante na propagação do movimento da Reforma Sanitária. A 8ª CNS resultou na implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), um convênio entre o INAMPS e os governos estaduais, mas o mais importante foi ter formado as bases para a seção "Da Saúde" da Constituição brasileira de 5 de outubro de 1988. A Constituição de 1988 foi um divisor de águas na história da saúde pública brasileira, ao definir a saúde como "direito de todos e dever do Estado". A implantação do SUS foi realizada de forma gradual: primeiro veio o SUDS (Descentralização da Saúde); depois, a incorporação do INAMPS ao Ministério da Saúde (Decreto nº 99.060, de 7 de março de 1990); e, por fim, a Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990) fundou o SUS. Em poucos meses foi promulgada a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que imprimiu ao SUS uma de suas principais características: o controle social, ou seja, a

---

9 A 8ª CNS foi o grande marco na história das conferências de saúde no Brasil. Foi a primeira vez que a população participou das discussões da conferência. Suas propostas foram contempladas tanto no texto da Constituição Federal de 1988 como nas leis orgânicas da saúde nº. 8.080/90 e nº. 8.142/90. Participaram dessa conferência mais de 4.000 delegados, impulsionados pelo movimento da Reforma Sanitária, e propuseram a criação de uma ação institucional correspondente ao conceito ampliado de saúde, que envolve promoção, proteção e recuperação.

participação dos usuários (população) na gestão do serviço. O INAMPS só foi extinto em 27 de julho de 1993 pela Lei nº 8.689. Desse modo, os processos de construção do SUS pressupõem a reorganização do modelo assistencial vigente nas últimas décadas e uma significativa reformulação do papel do Estado. O sistema baseia-se na concepção da saúde como direito social cuja implementação requer redistribuição de competências entre as esferas de Governo, o compromisso com a qualidade da assistência prestada e a consolidação de canais de participação e controle social (MINISTÉRIO DA SAÚDE).

Portanto o PAISM casa-se perfeitamente com a reestruturação do serviço de saúde, sendo uma das fases dessa reestruturação a incorporação da perspectiva de gênero. Isso trouxe um grande avanço em relação à forma como a mulher era vista sob a ótica materno-infantil. Ou seja, a perspectiva de gênero no PAISM rompe com o olhar restrito para a “mulher-mãe”, com demandas que giram basicamente em torno do aspecto reprodutivo. Amplia-se e qualifica-se como olhar para a experiência feminina em sua diversidade e totalidade. O texto base para formação do programa parte de uma crítica à situação de subordinação da mulher diante da onipotência do saber médico. O “poder médico” se materializou em posturas autoritárias e, por vezes, excessivamente intervencionistas, que reforçavam a passividade e a subordinação das mulheres. Por conseguinte, ocorreu então uma reorganização da maneira de olhar o doente e, em decorrência, do discurso médico: “uma nova aliança foi forjada entre palavras e coisas, permitindo ver e dizer” (FOUCAULT, 1963). As mulheres não lhes haviam sido dadas até o momento as informações e os conhecimentos que permitissem maior autonomia e poder de decisão sobre as questões referentes a sua saúde. Assim, o panorama muda à medida que os serviços incorporam os aspectos inovadores do PAISM.

Ao entrar em foco, a Saúde da Mulher, bem como a importância da saúde reprodutiva das adolescentes, passou a ser cada vez mais reconhecida, particularmente em países em desenvolvimento, como o Brasil. Nesse momento emergia da sociedade, dos órgãos públicos e das organizações não governamentais a preocupação com a capacidade reprodutiva de jovens meninos e meninas. Novamente o gênero feminino, em relação à capacidade reprodutiva, ficou em destaque ao se constatarem as altas taxas de morbidade e mortalidade associadas à gestação e ao parto de jovens na puberdade e adolescência. Por isso a sociedade, o Estado e outras organizações, como Organização Mundial da Saúde (OMS), Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), Fundo das Nações Unidas para a População (FNUAP), voltam seus olhos às futuras mães que possam surgir. Essas instituições acreditam que o adolescente deve receber todas as oportunidades para desenvolver seu potencial como indivíduo sadio, para

aprender a planejar e criar filhos saudáveis, e para evitar perigos para si próprios e para sociedade não tendo filhos muito jovem.

Do mesmo modo que a sociedade, em um passado recente, encarava um breve interlúdio entre a puberdade e o casamento e maternidade, a sociedade moderna (contemporânea) constrói novos comportamentos que excluem casamento e maternidade nessa fase. Portanto, a importância da prevenção da gravidez na adolescência foi formalmente reconhecida por várias organizações internacionais em uma Assembleia Mundial de Saúde que incorporou a saúde do adolescente ao oitavo programa geral de trabalho da OMS 1990-1995. Numa série de recomendações, a Conferência Internacional sobre População (1984) instou que os governos tomassem providências para impedir gestações precoces e insistiu que a educação sexual e a orientação sobre planejamento familiar estivessem amplamente disponíveis aos adolescentes.

Atualmente, a sociedade tem uma expectativa maior em relação aos jovens do que em épocas anteriores. Com o declínio da família extensa, espera-se que os jovens tenham mais autonomia. Nessa sociedade, com a urbanização e a industrialização, a tal sonhada independência econômica só será alcançada com um nível mais alto de educação e treinamento. Portanto, a paternidade ou maternidade precoce, especialmente essa última, segundo a sociedade moderna, limita ou impede o desenvolvimento social e educacional e a capacidade de o indivíduo alcançar todo o seu status potencial. Enfim, as transformações ocorridas na sociedade brasileira criaram a necessidade de preservar, prevenir e cuidar da saúde de uma forma global e educar o adolescente, para que se torna um adulto saudável física e psicologicamente. Dessa forma, percebe-se, como base em Foucault (1997), que a constituição do conceito de adolescente, o ECA e o próprio movimento higienista, podem ser entendidos como dispositivos responsáveis pela organização que permitem classificar, formar categorias, estabelecer médias, fixar normas, como algo que separa, ordena e classifica, tornando homogêneos os grupos, para que o mesmo estatuto normalizador vigore; a ideia de um conjunto organizado e, desta forma, controlado, de forma conferir um modo de ser e estar em sociedade. Assim o sistema de saúde que se apresenta até então para cuidado dos adolescentes mais normatiza do que entende o modo de ser e estar em sociedade desses meninos e meninas, bem como suas famílias usuárias do SUS, que estão contra a ordem pré-estabelecida de como adolescer, vendo a paternidade e maternidade como saída mais viável para melhoria da qualidade de vida e de reconhecimento social frente ao grupo social a que pertencem.

## REFERÊNCIAS

ARIÈS, Philippe. **História social da criança e da família**. Rio de Janeiro: Guanabara, 1981.

CARNEIRO, Alberto. A trajetória da família ocidental e a maternidade lésbica. **So This is Canadá**, Canadá, n. 3 jul. 2017. Disponível em: <http://albertocarneiro.wordpress.com/2007/07/03/a-trajetoria-da-familia-ocidental-e-a-maternidade-lesbica/>. Acesso em: 10 out. 2018.

CARDOSO; Durand. Gravidez na Adolescência. In: GICO, V.; Spinelli, A; Vicente, P. **As Ciências Sociais: Desafios do Milênio**. Natal: EDUFRN, 2001. p. 649-667.

CARDOSO, Vicente Licínio. **À margem da História da República**. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 1981.

FREYRE, Gilberto. **Casa grande e senzala: formação da família brasileira sob o regime de economia patriarcal**. 13. ed. Rio de Janeiro: Liv. Jose Olympio, 1966.

FOUCAULT, Michel. **O nascimento da clínica**. 2. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1963.

FOUCAULT, Michel. **Vigiar e punir: história da violência nas prisões**. Petrópolis: Vozes, 1997.

FOUCAULT Michel. **História da sexualidade: O cuidado de si**. Rio de Janeiro: Edição Graal, 1985. v. 3.

JURANDIR Freire Costa. **Ordem médica e norma familiar**. Rio de Janeiro: Graal, 2004.

MACHADO, Maria Clara Tomaz; CONTIER, Arnaldo Daraya. **Disciplinarização da pobreza no espaço urbano burguês: assistência social institucionalizada - Uberlândia 1965 a 1980**. São Paulo: Universidade de São Paulo, 1990.

MEIRELLES, Zeferino Justino Da Silva. **Breves Considerações Sobre As Vantagens Do Aleitamento Materno**, Tese (Livre Docência) - Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1847.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Programa Saúde do Adolescente (PROSAD)**. Brasília, 2009. Disponível em: [http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd03\\_05.pdf](http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd03_05.pdf) Acesso em: mar. 2019.

PAIVA, Vera Lúcia Menezes de Oliveira e. Caos, complexidade e aquisição de segunda língua. In: PAIVA, Vera L. M. O.; NASCIMENTO, Milton. (Org.). **Sistemas adaptativos complexos: língua(gem) e aprendizagem**. Belo Horizonte: Faculdade de Letras da UFMG, 2009. p. 187-203.

PERROT, Michelle. Mil maneiras de caçar. **Projeto História**, São Paulo, n. 17, p. 55-61, 1998.

PETRINI, J. C. **Mudanças sociais e mudanças familiares**. Petrópolis: Vozes, 2005.

PONTE JUNIOR, Geraldo Magela; Ximenes NETO, Francisco Rosemiro Guimarães. Gravidez na adolescência no município de Santana do Acaraú – Ceará Brasil: uma análise das causas e

riscos. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 06, n. 01, 2004. Disponível em: [http://www.fen.ufg.br/revista/revista6\\_1/f3\\_gravidez.html](http://www.fen.ufg.br/revista/revista6_1/f3_gravidez.html). Acesso em: 26 jul. 2019.

RAGO, Margareth. **Do Cabaré ao Lar: a utopia da cidade disciplinar: Brasil 1890-1930**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1985.

REIS, Alberto Olavo Adivincula Reis; ZIONI, Fabiola. O lugar do feminino na construção do conceito de adolescência. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 27, n. 6, p. 472-7, 1993.

REIS, Alberto Olavo. **O discurso da saúde pública sobre a adolescente grávida: avatares**. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 1993.

ROSEAN, George. **Da Polícia médica à medicina social: ensaios sobre a história da assistência médica**. Rio de Janeiro: Graall, 1979.

STEINBERG, Laurence; Morris, Amanda Sheffield. Adolescent development. **Annual Review of Psychology**, New York, v. 52, p. 83-110, feb. 2001.

Recebido em: 28 de setembro de 2019.

Aprovado em: 29 de novembro de 2019.

