

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

**PATRICIA MONICA RIBEIRO**

**“MESMO SENDO ADOLESCENTE, SOU MÃE E GOSTO DE  
SER ASSIM”: DO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA À  
CONSTRUÇÃO DO PROCESSO SAÚDE-RESILIÊNCIA.**

**São Paulo  
2009**

**PATRICIA MONICA RIBEIRO**

**“MESMO SENDO ADOLESCENTE, SOU MÃE E GOSTO DE  
SER ASSIM”: DO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA À  
CONSTRUÇÃO DO PROCESSO SAÚDE-RESILIÊNCIA.**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em  
Enfermagem da Escola de Enfermagem da  
Universidade de São Paulo, para obtenção do título de  
Doutor em Enfermagem.

Área de concentração:

Materno-Infantil

Orientadora:

Profa. Dra. Dulce Maria Rosa Gualda

**São Paulo  
2009**

Autorizo a reprodução total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Assinatura: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Catálogo na Publicação (CIP)  
Biblioteca "Wanda de Aguiar Horta"  
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo**

Ribeiro, Patricia Monica.

“Mesmo sendo adolescente, sou mãe e gosto de ser assim”: do processo saúde-doença à construção do processo saúde-resiliência. / Patrícia Mônica Ribeiro. – São Paulo, 2009.

161 p.

Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Dulce Maria Rosa Gualda.

1. Adollescência 2. Gestaçã3. Processo saúde-doença 4. Enfermagem

I. Título.

Patrícia Mônica Ribeiro

“Mesmo sendo adolescente, sou mãe e gosto de ser assim”: do processo saúde-doença à construção do processo saúde-resiliência.

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Doutor em Enfermagem.

Aprovado em: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Banca Examinadora

Prof<sup>a</sup> Dra Isabel Cristina Bonadio \_\_\_\_\_ Instituição: EEUSP  
Julgamento: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Prof<sup>a</sup> Dra Maria Alice Tsunechiro \_\_\_\_\_ Instituição: EEUSP  
Julgamento: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Prof<sup>a</sup> Dra Lucia Cristina Florentino P. Silva \_\_\_\_\_ Instituição: EACH-USP  
Julgamento: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Prof<sup>a</sup> Dra \_\_\_\_\_ Instituição: \_\_\_\_\_  
Julgamento: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

*Às adolescentes gestantes, que me  
permitiram compartilhar sua realidade.*

*Dedico este estudo.*

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus, pela Sua luz, que direciona e mostra o caminho.

À Dulce, pela sua disponibilidade, compreensão e incentivo durante o percurso do caminho.

À Roselena, pela sua grande ajuda ao término deste estudo.

À minha família, pelo apoio irrecompensável em todos os anos dessa minha caminhada.

## **MARIA, MARIA**

(Milton Nascimento e Fernando Brant)

*Maria, Maria*  
É um dom, uma certa magia  
Uma força que nos alerta  
Uma mulher que merece  
Viver e amar  
Como outra qualquer  
Do planeta

*Maria, Maria*  
É o som, é a cor, é o suor  
É a dose mais forte e lenta  
De uma gente que ri  
Quando deve chorar  
E não vive, apenas aguenta

*Mas é preciso ter força*  
É preciso ter raça  
É preciso ter gana sempre  
Quem traz no corpo a marca  
*Maria, Maria*  
Mistura a dor e a alegria

*Mas é preciso ter manha*  
É preciso ter graça  
É preciso ter sonho sempre  
Quem traz na pele essa marca  
Possui a estranha mania  
De ter fé na vida...

*Mas é preciso ter força*  
É preciso ter raça  
É preciso ter gana sempre  
Quem traz no corpo a marca  
*Maria, Maria*  
Mistura a dor e a alegria...

*Mas é preciso ter manha*  
É preciso ter graça  
É preciso ter sonho sempre  
Quem traz na pele essa marca  
Possui a estranha mania  
De ter fé na vida...

*Mas é preciso ter força*  
É preciso ter raça  
É preciso ter gana sempre  
Quem traz no corpo a marca  
*Maria, Maria*  
Mistura a dor e a alegria...

*Mas é preciso ter manha*  
É preciso ter graça  
É preciso ter sonho, sempre  
Quem traz na pele essa marca  
Possui a estranha mania  
De ter fé na vida.





Ribeiro PM. “Mesmo sendo adolescente, sou mãe e gosto de ser assim”: do processo saúde-doença à construção do processo saúde-resiliência [tese]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem. Universidade de São Paulo; 2009.

## RESUMO

Este estudo foi realizado no município de Itajubá, Minas Gerais, com gestantes adolescentes. Trata-se de um estudo etnográfico pelo qual optei por considerar este caminho o mais adequado para se descrever como as adolescentes vivenciam a gestação; e, para compreender como vivenciam o processo de nascimento. A convivência com o grupo de gestantes adolescentes durante dezoito meses levaram-me a estabelecer como guias de estudo as seguintes questões norteadoras no início do acompanhamento: Como é para você ser adolescente e estar grávida? Como você se vê nessa condição? Conte-me como você está vivenciando esta gravidez desde o momento que soube que esperava um filho. Após o nascimento, utilizei as seguintes questões norteadoras: Mudou alguma coisa em sua vida? O que? O que tem feito ante essas mudanças? O método utilizado para a coleta de dados foi entrevistas semi-estruturadas e observação participante. Na fase de coleta de dados foram realizadas notas de campo, agrupadas em: notas de observação, notas teóricas, notas metodológicas e notas pessoais. Estas notas são feitas não somente em relação aos períodos de observação participante, como também em relação às entrevistas. Estas últimas foram transcritas, transcriadas na forma de narrativas, identificados os seus tons vitais. A construção das narrativas resultou na organização das categorias empíricas a partir da leitura cuidadosa dos dados. A leitura e re-leitura cuidadosa dos dados das categorias empíricas resultou na elaboração dos temas: *Suporte social, Mudança e Mesmo eu sendo adolescente, sou mãe e gosto de ser assim*. A gestação na adolescência neste estudo trouxe mudanças positivas nas trajetórias de vida destas adolescentes. O processo saúde-resiliência ficou caracterizado neste estudo a partir do entrelaçamento dos temas revelados, ou seja, o suporte social oferecido à adolescente consegue favorecer as mudanças necessárias para o pleno desenvolvimento pessoal da gestante, a qual se torna mãe adolescente responsável, cuidadosa, livre para tomar decisões e consciente de seu papel na sociedade. O cuidado direcionado às adolescentes deve considerar o respeito aos estilos de vida diferentes; levar em conta as condições financeiras heterogêneas; acolher as crenças religiosas múltiplas; contemplar as diferenças raciais, de gênero, e os aspectos culturais das famílias e comunidades.

**PALAVRAS-CHAVE:** Adolescência; Gestação; Processo saúde-doença; Enfermagem

Ribeiro PM. "Even being an adolescent, I'm a mother and I like to be this way": from health-disease process to the construction of the health-resilience process. [thesis] São Paulo (SP): Nursing School. University of São Paulo; 2009.

### **ABSTRACT**

This study was conducted in the municipality of Itajubá, Minas Gerais, with pregnant adolescents. This is an ethnographic study in which I chose to consider this the most appropriate way to describe how the adolescent experience of pregnancy, and experience to understand how the process of birth. The coexistence with the group of pregnant adolescents during eighteen months led me to establish and study guides to the following guiding questions in the beginning of the monitoring: How to be teenagers and you be pregnant? How do you see in this condition? Tell me how you are experiencing this pregnancy from the moment that she expected a child. After the birth, I used the following guiding questions: Changed something in your life? What? What has made these changes before? The method used for data collection was semi-structured interviews and participant observation. At the stage of collecting data were field notes, divided into notes of observation, theoretical notes, methodological notes and personal notes. These notes are made not only for the periods of observation, but also on interviews. These were transcribed, translated in the form of narratives, identified its critical tone. The construction of the narratives resulted in the organization of empirical categories from the perusal of the data. The reading and re-perusal of the data of empirical categories resulted in the elaboration of themes: social support, change and even being an adolescent, I'm a mother and I like to be this way. The adolescent pregnancy in this study has brought positive changes in life histories of these adolescents. The resilience was the health-characterized in this study from the intertwining of the themes developed, the social support offered to the teenager to promote the necessary changes to the full personal development of the pregnant woman, which makes adolescent mother responsible, careful, free to take decisions and aware of their role in society. The attention directed at adolescents should consider the respect for different styles of life, taking into account the financial conditions heterogeneous; accommodate the religious beliefs many, include the racial differences, gender, and cultural aspects of families and communities.

### **KEYWORDS:**

Adolescence; Pregnancy; Health-disease process; Nursing



## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1. Trajetória da gravidez na adolescência.....	120
Figura 2. Expanded Model of Adolescent Parenting and Resilience. Fonte: Borkowski, Whitman, Farris, 2008, p.29.....	123
Figura 3. Modelo adaptado de Borkowski, Whitman, Farris. An Expanded Model of Adolescent Parenting and Resilience, 2008. ....	123

# SUMÁRIO

INTRODUÇÃO. Minha Trajetória Docente-Assistencial .....	10
CAPÍTULO 1. Referencial Teórico .....	21
CAPÍTULO 2. O Processo Metodológico .....	50
CAPÍTULO 3. Grupo Cultural: “As Sete Marias” .....	63
CAPÍTULO 4. As Narrativas .....	78
CAPÍTULO 5. Tratamento dos Dados.....	102
5.1 IDENTIDADE E SITUAÇÃO NA FAMÍLIA .....	104
5.2 PLANEJAMENTO DA GRAVIDEZ .....	105
5.2.1 Desejavam a Gravidez.....	105
5.2.2 Não desejavam, mas engravidaram.....	105
5.3 Descobrir-se grávida.....	106
5.3.1 Constatação da gestação .....	106
5.3.2 Comunicação da gravidez aos familiares.....	107
5.4 SUPORTE SOCIAL DURANTE O PROCESSO.....	109
5.4.1 Reconciliação após quebra de relacionamento com a família.....	109
5.4.2 Apoio dos pais e familiares .....	110
5.4.3 Apoio e participação do companheiro .....	110
5.4.4 Apoio material e financeiro.....	112
5.5 MUDANÇAS NO COMPORTAMENTO.....	114
5.6 VIVÊNCIA DO PAPEL MATERNO.....	115
5.7 PERSPECTIVAS PARA O FUTURO .....	117
5.7.1 Planos em relação à criação de filhos.....	117
5.7.2 Planos pessoais.....	118
CAPÍTULO 6. ANÁLISE DOS DADOS.....	121
CAPÍTULO 7. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	138
REFERÊNCIAS .....	145
APÊNDICE .....	158
ANEXO .....	160

## **Introdução**

---

# **MINHA TRAJETÓRIA DOCENTE- ASSISTENCIAL**

---

*Maria, Maria  
É um dom, uma certa magia  
Uma força que nos alerta  
Uma mulher que merece  
Viver e amar  
Como outra qualquer  
Do planeta*

---

Durante os anos de minha graduação em Enfermagem, na década de oitenta, o ensino era voltado para o desenvolvimento de habilidades técnicas. Entretanto, como fui aluna de uma escola católica, houve maior ênfase no aspecto humano do cuidado ao paciente, o que até os dias de hoje ainda permanece para mim.

Durante os anos em que atuei como enfermeira assistencial, na área de Saúde Pública, mantive ainda grande a preocupação com o desenvolvimento de habilidades técnicas e procurei aprofundar meus conhecimentos frequentando cursos de especialização na área. Porém, exercia o cuidado com uma postura humana, buscando ouvir o cliente, tentando entender suas razões para não aderir ao tratamento proposto. Sempre me deparava com situações de vida de extrema pobreza, que me faziam refletir sobre as condições reais de sobrevivência das crianças e das famílias.

Atuando na área de docência, continuei me deparando com a mesma realidade. Embora o tempo já tivesse passado e muitas promessas já tivessem sido realizadas, a população estava ainda mais carente. E,

enquanto docente, tinha de estimular meus alunos a enfrentar o desafio de cuidar daquelas pessoas tão pobres, tão sem estímulos para sobreviver. O ensino de Saúde Coletiva na Disciplina Estágio Supervisionado exige do docente uma experiência de vida, que foge às execuções de técnicas, pois é necessário fazer com que o aluno perceba e aprenda a realidade da comunidade, sua cultura, seus mitos e credences, suas formas e mecanismos no enfrentamento de uma doença ou de uma gestação não planejada. Para que a intervenção de enfermagem seja efetiva e de qualidade, é necessário partilhar, conhecer, respeitar e valorizar o conhecimento e as maneiras que cada pessoa utiliza para enfrentar seu processo saúde-doença.

Sempre busquei entender a gestação como uma maneira de continuidade da família, mas, como entender aquelas famílias numerosas com a maioria das crianças desnutridas, vivendo com um salário mínimo, e mais uma gestação? Quais as chances do bebê que nasce com baixo peso amamentado junto com seu irmão mais velho? Que, proximamente, será também amamentado com um novo bebê, e que mais tarde vai tomar leite de vaca com água e açúcar? Como discutir com uma mãe as dificuldades e desvantagens de gestações frequentes, quando para ela a gravidez representa ficar bonita, atraente, realizada?

Busquei, em 2002, alguns caminhos nesse sentido, cursando o Mestrado em Enfermagem, oferecido pela Escola de Enfermagem da Universidade de Minas Gerais (UFMG).

Movida pelas possibilidades oferecidas pelo transcurso do mestrado e encorajada pela descoberta, pela explicitação de conhecimentos



mais abrangentes, consistentes e que vinham ao encontro de minhas realizações enquanto enfermeira, realizei vários estudos que, a partir desta época, vêm norteando minha assistência e, conseqüentemente, minha docência.

A dissertação para obtenção do título de mestre fundamentou-se na pesquisa qualitativa: “Criança Desnutrida: Pequeno Espelho Quebrado na Relação Mãe e Filho” (Ribeiro, 2002), onde concluí que a relação mãe e filho é decorrente de várias condições da realidade da mãe e da criança: alcoolismo, falta de cuidado materno, falta de colo, ambiente familiar desestruturado, pai como cuidador, rejeição, solidão, conflitos; e com a quebra da sintonia (vínculo) entre ambos levando à desnutrição infantil. Assim, procurei priorizar uma maneira de acompanhar as gestantes, no intuito de prevenir uma possível desnutrição da criança.

A convivência com as mães e as crianças desnutridas, durante um ano e meio, em reuniões de grupo ou individualmente, me modificaram enquanto pessoa, mãe e enfermeira, porque a assistência de enfermagem deve ir além da relação causa e efeito, ou seja, o profissional deve assistir ao binômio mãe e filho numa postura humanizada, holística, sabendo ouvir, compartilhando as experiências de vida e, sobretudo, valorizando a realidade vivida e a cultura da clientela. Enquanto mãe, também me transformei, porque não é possível vivenciar uma realidade, fazer parte dela e não ter mudanças na sua maneira de conviver com os filhos, ainda mais quando o vínculo é fator preponderante na relação e todo amor incondicional que os filhos nos transmitem, nos tocam fundo como mães, como pessoas e como cuidadoras.

Toda essa vivência me fez buscar tentar intervir no complexo mundo da relação mãe e filho. Assim, passei a priorizar o cuidado e o acompanhamento das gestantes.

Santos e Silva (2000) enfatizam que, na visão de saúde moderna, é incompatível a técnica sem humanidade no atendimento da clientela adolescente grávida. Essa afirmação vem ao encontro de minhas expectativas com o grupo em questão, pois sabemos que, para realizar uma assistência humanizada à mulher em todo o seu ciclo vital, somente por meio de uma mudança de postura do profissional que a assiste é que será alcançada uma transformação da realidade da assistência à mulher no país.

Desde o ano de 2002, venho atuando com gestantes em reuniões em grupo ou em consultas individuais, porém venho percebendo um número cada vez maior de gestantes adolescentes, ou seja, meninas de dez até dezenove anos, com a primeira ou segunda gestação.

Em agosto de 2003, na instituição onde atuei como docente, fui convidada para planejar, implantar e desenvolver as atividades específicas de saúde coletiva em uma unidade de extensão à comunidade, como campo permanente para o Estágio Supervisionado aos acadêmicos do VII e VIII períodos da graduação.

À medida que iniciamos o atendimento em 2003, fui convidada pela Secretaria Estadual de Educação para realizar o treinamento do Programa de Educação Sexual para Adolescentes (PEAS) e, como solicitação desta Secretaria, iniciei o acompanhamento de uma Escola Estadual, ficando responsável pelas palestras durante todo o ano escolar. Esse contato com adolescentes me revelou uma realidade que me inquietou.

Partindo da premissa de que gostaria que eles me dissessem o que queriam saber, solicitei que cada professora colocasse em cada sala de aula, uma “caixinha de grilos”, onde qualquer adolescente pudesse colocar sua pergunta, sem necessidade de se identificar. Após algumas semanas, recebi as perguntas e fiquei bastante preocupada com o conteúdo. Eles perguntavam sobre sexualidade, doenças sexualmente transmissíveis, aborto, mas a maioria queria saber como desenvolver sua sexualidade, sem ter o risco de engravidar, ou, se após um aborto haveria risco de engravidar novamente. Percebi, portanto, que esses adolescentes necessitavam de um acompanhamento multiprofissional diferenciado, durante o qual tivessem a liberdade para falar suas dúvidas.

Apesar de no município já estar em funcionamento o “Projeto Sinhá Moça” (SEMSA, 2002) que preconizava o atendimento às gestantes com captação precoce até dezesseis semanas de gestação, exames laboratoriais e, no mínimo seis consultas de pré-natal, não havia nenhuma especificação para o atendimento da clientela de adolescentes. Dessa forma, busquei implantar uma assistência pré-natal em conformidade com recomendações do Manual Técnico-Assistência Pré-Natal (Brasil, 2000) na instituição onde atuava para o atendimento de adolescentes grávidas.

Assim, convidei um médico obstetra, uma psicóloga e uma assistente social para realizarmos esse atendimento. Desde então, as adolescentes gestantes das várias escolas estaduais foram encaminhadas para o acompanhamento de pré-natal pela nossa equipe. No início do atendimento, começamos a receber gestantes de todas as idades e todas participavam juntas das reuniões de pré-natal. Porém, percebia que a

presença de mulheres mais experientes em relação à gestação, parto, puerpério e aleitamento materno dificultava e inibia as adolescentes de expressarem suas dúvidas, inseguranças, curiosidades e, algumas deixavam de participar dos encontros. Esse fato me levou a reformular as estratégias para a assistência às gestantes adolescentes que passaram a ter encontros mensais e foram agrupadas de acordo com a idade gestacional.

Todo o planejamento que realizei teve como premissa a humanização da assistência, buscando acolher a gestante, ouvir suas dúvidas, seus medos, envolver sua família de origem, seu companheiro (quando a adolescente permitia) desde o início do acompanhamento e após o parto, durante o primeiro ano de desenvolvimento da criança, além de envolver também sua família.

Em julho de 2007, assumi outra disciplina na graduação e uma nova enfermeira deu continuidade às atividades de extensão na comunidade que implementei.

Minha vivência com gestantes adolescentes me revelou uma realidade que me inquietou. Dentre as atividades realizadas, havia a técnica de modelagem com massa na reunião grupal, e para algumas, parecia fácil se retratar, ressaltavam a gestação, faziam figuras femininas; para outras, entretanto, era bastante difícil, criavam figuras geométricas, ou sem forma alguma, assexuadas e incompletas. Mais ainda, durante as reuniões percebia grandes diferenças entre as adolescentes, ou seja, enquanto algumas expressavam alegria e aceitação com o bebê, outras demonstravam tristeza, querendo que o bebê ficasse sempre quieto, não aceitavam acompanhamento psicológico. Após o parto, a maioria das mães

adolescentes cuidava do bebê, amamentava, permanecia com o companheiro; enquanto outras não cuidavam, não queriam amamentar, abandonavam o companheiro. Enquanto algumas voltavam a estudar, outras abandonavam a escola e adiavam os estudos até o bebê crescer.

Minha experiência com gestantes adolescentes me faz refletir sobre alguns aspectos que venho observando no meu dia-a-dia com os vários grupos que já assisti. Para a maioria das gestantes adolescentes, há aderência da clientela ao acompanhamento oferecido, não faltam às atividades programadas durante o período pré-natal, frequentam a unidade durante o ano seguinte após o parto e, algumas mães adolescentes são doadoras de leite materno; porém, com outras, essa atitude não acontece.

Gostaria aqui de expor algumas questões que considero oportunas. Venho de uma família extensa, predominantemente feminina, do sul de Minas Gerais e, na qual, nas gerações passadas, os casamentos se realizavam durante a adolescência e as gestações eram recebidas e valorizadas como parte da vida natural de uma família. É claro que, com o passar das gerações, esse conceito cultural de casamentos entre adolescentes e das gestações sem planejamento, foram deixando de existir e deram lugar à busca de outros ideais de vida para mulheres e homens. Após a década de 1970, a posição da mulher na sociedade teve grande mudança, deixando de lado a questão da maternidade como prioridade e, ao mesmo tempo, levando à busca de realização profissional e de liberdade de escolha, entre o querer ou não-querer e o quando-querer ter um relacionamento e, a partir daí, a decisão em ter filhos.

Em contrapartida, na geração atual, observo que as adolescentes optam pelo relacionamento íntimo (na maioria dos casos), pela gestação e pela formação da família e, também, na maioria, pela manutenção desta nova família, ou seja, a realidade que venho vivenciando no acompanhamento de gestantes adolescentes vem se caracterizando como oposta às afirmações de que “filhos de mães adolescentes tendem a sofrer mais negligências ou abusos (OPAS, 1995)” e “correm maiores riscos de serem dados em adoção (Pinotti e Silva, 1987)”.

Existem lacunas na literatura quanto à gestação na adolescência, pois, apesar de toda a divulgação na mídia, da informação segura repassada pelas escolas municipais, estaduais e particulares, estamos vivenciando, cada vez mais, um aumento de gestações nas adolescentes, sendo que, atualmente, vem aumentando o número de gestações entre adolescentes de 10 a 14 anos, pois, a iniciação sexual é cada vez mais precoce e os namoros são breves e mais íntimos (Carelli, 2002). Os estudiosos do tema afirmam que a gestação na adolescência vem sendo apontada como um grave problema social de saúde pública (Madeira, Tsunehiro, 2003). Sabemos que a gestação na adolescência é um fenômeno mundial há tempos, mas era associada à falta de escolaridade, à falta de informação, porém, nas décadas de oitenta e noventa já convivíamos com adolescentes grávidas no ensino superior, o que se mantém até hoje. Portanto, mesmo com toda a informação e divulgação a respeito do tema, estamos cada vez mais presenciando famílias de baixa, média e alta renda, às voltas com a ocorrência da gestação na adolescência, e, isso vem nos mostrando que as

estratégias de prevenção atualmente utilizadas estão sendo ineficazes ou que ainda existem lacunas no conhecimento sobre a temática.

No meu dia-a-dia, venho percebendo que a gestação para algumas adolescentes que acompanho, é recebida com naturalidade; elas cuidam de seus filhos, querem amamentar, muitas têm partos normais e se preocupam com o planejamento familiar, visto que procuram o médico para a escolha da melhor maneira de prevenir uma nova gestação; porém, outras não se mostram da mesma maneira, ou seja, por que algumas se mostram capazes de cuidar do bebê e outras não? Por que algumas chegam a optar pelo parto normal e outras revelam muito medo e chegam a ter comportamentos alterados à época do parto? Por que, para algumas, a amamentação é valorizada enquanto que, para outras, há a decisão do desmame precoce? Por que algumas planejam futuras gestações, enquanto outras não se preocupam e acabam engravidando alguns meses após o parto? Toda essa realidade que vivencio me intriga e me faz questionar o que acontece com as adolescentes grávidas: por quê, para algumas adolescentes a gestação é vivenciada com naturalidade, enquanto, para outras, não? Por que há diferença de comportamentos? O que acontece durante esse processo?

Assim, diante desta realidade que vinha observando, neste estudo, aprofundi a temática da gestação na adolescência e, para o alcance desse aprofundamento essas questões que me inquietavam foram respondidas ao final do mesmo.

Para que fosse aprofundada e clarificada a questão da gestação na adolescência, propus como objetivos deste estudo:

- Descrever como as adolescentes vivenciam a gestação;
- Compreender como as adolescentes vivenciam o processo de nascimento.



## Capítulo 1

---

### REFERENCIAL TEÓRICO

---

*Maria, Maria  
É o som, é a cor, é o suor  
É a dose mais forte e lenta  
De uma gente que ri  
Quando deve chorar  
E não vive, apenas aguenta*

---

Este estudo foi ancorado na Antropologia Médica. As gestantes adolescentes vivenciaram uma experiência, um processo de saúde que teve significado em suas vidas. Para tentar entender o contexto na sua totalidade, recorri a este referencial como suporte para o estudo.

A Antropologia Médica tal qual a Antropologia tem como referência a cultura. A cultura representa o conhecimento compartilhado e aprendido de uma sociedade e serve de base para sua ação. A cultura de um grupo está sempre em movimento na medida em que ocorrem as mudanças na condição de vida desse grupo. Para se compreender e analisar saúde e doença, em qualquer sociedade, é preciso abranger os comportamentos individuais, as interações e a estrutura social no contexto cultural (Loustanau; Sobo, 1991).

Os estudos da Antropologia Médica têm como foco a subjetividade, a linguagem e os processos sociais da saúde e da doença. O ponto fundamental desta área são as questões biológicas e culturais, relacionadas ao sofrimento humano e aos esforços ritualizados no manejo

de desordens e riscos pessoais, com a investigação da experiência humana e das bases existenciais da cultura (Good, 1996).

Para o autor, há várias posições teóricas na área da Antropologia Médica, particularmente, após o final da década de 1970, que utilizam a rubrica “a representação da doença”. A que o autor refere utilizar é por ele classificada como representação da doença como realidade culturalmente construída que tem o significado como foco central, e que a doença não é uma entidade, mas sim um modelo exploratório. A doença pertence à cultura, em particular à cultura especializada da medicina, em que os fenômenos humanos complexos são estruturados como doença e se tornam objetos da prática médica; assim, a doença tem seus fundamentos ontológicos na ordem dos significados e da compreensão humana. Condicionam a experiência coletiva. Assim sendo, o significado e o conhecimento têm sempre como referência o mundo constituído na experiência humana, formulado e apreendido por meio de formas simbólicas e práticas interpretativas distintas.”O mundo empírico - que fornece a base para a experiência humana - sempre transcende o nosso conhecimento e tecnologia, as formações simbólicas e as práticas sociais abrem o mundo para as nossas experiências - e ao nosso conhecimento.” (Gualda, Bergamasco, 2004, p.31).

A doença é fundamentalmente biocultural, sempre biológica e sempre cultural, situada na interseção da biologia com a cultura (Morris, 1998). Neste sentido, Kleinman (1998) distingue três significados distintos para a palavra doença, ou seja, *Illness* que se refere à maneira que a pessoa doente e sua família ou rede social ampliada percebe, convive e

responde aos sintomas e deficiências; *Disease*, que é a doença na perspectiva do profissional, ou seja, a doença é reconfigurada somente como alteração de uma estrutura biológica ou funcional; *Sickness*, que é definido como um entendimento de um problema no seu senso genérico, dentro de uma população, em relação às forças macrossociais (econômica, política, institucional).

Para Frank (1995), a experiência da doença surge quando a pessoa acometida reconhece que tem muito mais envolvido com suas experiências que a história médica possa abarcar; afirma que quando a pessoa conta a história sobre sua doença é uma tentativa instigada pela doença física, para dar voz à experiência que a medicina não pode descrever. Define que a doença representa a perda “do destino e do mapa” que serve de guia na sua trajetória de vida, e, ao presenciar a experiência de reconstrução do mapa da vida da pessoa doente, aqueles que fazem parte do seu mundo também reelaboram o seu próprio mapa (Gualda, Bergamasco, 2004).

Essa afirmação vem ao encontro da questão da gestação na adolescência, porque a gravidez acontece como uma perda do guia ou trajetória de vida para a adolescente, e a literatura médica mostra que os autores têm grande preocupação com as conseqüências de uma maternidade precoce para o binômio mãe e filho, numa “visão vertical, unificada e objetivada que reduz o caráter humano da maternidade ao caráter puramente biofisiológico” (Oliveira, 1998, p.60).

Assim, a questão da gestação na adolescência deve ser compreendida além do processo biofisiológico, pois apresenta

características peculiares que têm significado diferenciado para cada mulher; é vivenciada de maneira diferente em cada cultura, constituindo-se, portanto, em um processo de saúde que traz mudanças significativas em cada etapa do ciclo de vida.

Quando tratamos a gestação como processo, temos uma perspectiva mais compreensiva, reunindo e englobando as mulheres e suas famílias, na medida em que tomam contato, respondem e se adaptam a situações.

Portanto, como a finalidade deste estudo é buscar uma forma humanizada do cuidar no processo da gestação na adolescência, tive como referencial a Antropologia Médica, que fundamenta a abordagem compreensiva, o acesso às vivências, aos significados e às experiências vividas pelas adolescentes.

A seguir, passo a descrever algumas considerações sobre os aspectos que envolvem a adolescência e a gestação, os programas voltados para a prevenção da gestação na adolescência e a resiliência.

### **Adolescência e Gestação**

A Organização Mundial de Saúde define a adolescência como o período da vida a partir do qual surgem as características sexuais secundárias e se desenvolvem processos psicológicos e padrões de identificação que evoluem da fase infantil para a adulta, entre eles a transição de um estado de dependência para outro de relativa autonomia.

Considera adolescência como o período de 10 a 20 anos, distinguindo a adolescência inicial (10 a 14 anos) e adolescência final (15 a 20 anos).

Adolescência é a fase do desenvolvimento do ser humano que corresponde à segunda década da existência. É um período de transição entre a infância e a idade adulta, continuando um processo de evolução da vida, iniciado com o nascimento (Maakaroum, 1991).

Para a autora, o desenvolvimento do indivíduo se traduz numa sucessão de experiências psíquicas no sentido do desligamento, que consiste num processo de separação e individualização, culminando com a aquisição da consciência do sentimento de identidade. Na adolescência, vão emergindo as capacidades que permitirão ao indivíduo assumir as suas próprias características pessoais. Essa fase contém na sua expressão, a síntese das conquistas e vicissitudes da infância e na reformulação de caráter social, sexual, ideológico e vocacional, impostos por uma completa e radical transformação corporal, que impõe ao indivíduo um status de adulto.

Martins (2000) define a adolescência como um conceito que possui dois significados: por um lado, refere-se à puberdade corporal tardia e à pós-puberdade, mas, por outro lado, significa a superação psicológica do amadurecimento corporal e sexual, isto é, “adolescência representa a acomodação da personalidade infantil à puberdade, sendo assim uma expressão da interação psicossocial, e, por conseguinte um fenômeno sociocultural” (p.18).

O autor caracteriza a adolescência em três fases: primeira adolescência, adolescência média e adolescência tardia. Na primeira adolescência, o amadurecimento biológico é ocupado pela reação

psicológica a esse amadurecimento, quando as mudanças do corpo, a visão voltada para dentro das pessoas e o início do retraimento para o diálogo interior, provocam um “crescimento da fantasia”, que se concretiza com sonhos de vigília e vivas imaginações; na adolescência média ou adolescência propriamente dita, a crescente solidão pelo retraimento e o perigo de uma “perda do eu” dão vazão ao medo e ao pânico e dão lugar à construção do “ideal do eu”, revelando um exagerado autovalor lado-a-lado com uma “perda paixão”; já na fase tardia, ao final da adolescência, adquirem uma certa liberdade em relação à experiência e um acesso aos próprios sentimentos, o que representa uma fase de consolidação, acompanhada por um crescente voltar-se para o ambiente e para o mundo profissional. A configuração do corpo é acompanhada por uma reestruturação psíquica e espiritual.

Os adolescentes têm necessidades básicas gerais e reações emocionais típicas, como os adultos, porém, para compreender o adolescente, os motivos que o levam ao uso de drogas, à gestação “precoce”, ao risco iminente (esportes radicais, corridas de rua), entre outros, o autor ressalta que as necessidades fisiológicas, as de segurança, as de independência, as de pertença, as de rendimento e as de auto-realização e auto-desenvolvimento devem ser levadas em conta para o completo aprofundamento em relação ao tema.

Cada cultura e cada época resolvem à sua maneira a passagem da infância para a idade adulta, pois, em várias sociedades tribais, após um ritual de iniciação, que pode durar dias ou semanas, os jovens ou as jovens são admitidos no mundo adulto como seres completos, autônomos e

responsáveis. Na sociedade ocidental, a adolescência tem-se transformado em “longa moratória”, cheia de angústias e incertezas, sem rituais claros de passagem. Os jovens são deixados no limbo, são carentes de grupos de convivência e de pontos de referência para a construção do seu projeto de vida. Os jovens dos anos sessenta viveram muitas utopias: as revoluções armadas, o socialismo, a paz e o amor. Nos anos noventa, a sociedade globalizada uniformizou produtos, costumes, moda, ideais de vida e sonhos. Sem raízes, sem referências para construir a sua identidade, não tinham contra o quê se rebelar ou a quem hostilizar; estavam em outra, indiferentes ao mundo adulto (Baleeiro, Siqueira, Cavalcanti, Souza, 1999).

Hoje, parece haver uma mudança quanto à conscientização ecológica dos jovens, à importância das questões mundiais, mas, continuamos a vivenciar a influência da globalização, da mídia, da falta de limites e da mudança de valores na família e na sociedade. E é nesse contexto que a gestação na adolescência vem aumentando sua incidência, ou seja, nesse contexto de vulnerabilidade em que os adolescentes vivem.

Em nossa sociedade individualista e competitiva, os adolescentes ficam durante anos entregues a si mesmos, com poucas possibilidades de viver construtivamente a sensação de pertencer à humanidade, isso sem falar dos excluídos e marginalizados. “Não existem mais rituais de passagem para a vida adulta. A sexualidade que antes funcionava como signo de iniciação e de transgressão, perdeu esse significado” (Baleeiro, Siqueira, Cavalcanti, Souza, 1999, p. 269).

Buscando na literatura estudos com enfoque sobre a gestação na adolescência, encontrei uma maioria com o conceitual “crono-biomédico”



como marco teórico (Peres, Rosenberg, 1998, p.2). Muitos estudos associam a gravidez na adolescência à assistência pré-natal deficiente; maior incidência de patologias durante e após a gestação; maior risco de morbimortalidade para o conceito e maior risco psicossocial (Alegria, Schor, Siqueira, 1989; Monteiro, Cunha, Reis, 1994; Cunha, Monteiro, Reis, 1998).

A gestação inoportuna na adolescência ainda não tem uma abordagem integral, que junto com o proporcionar serviços de saúde sexual e reprodutiva para adolescentes, assegure a educação para a sexualidade cotidiana, a recreação e os projetos de vida factíveis. A maternidade não é relacionada como única fonte de toda valoração social para a mulher, especialmente nos estratos de pobreza urbana e rural. Vale a pena assinalar que a realidade nos mostra que falar que a gestação não é desejada em muitas das adolescentes, não é exato. O que elas não pensaram, não imaginaram, não desejaram foi a responsabilidade que advém da maternidade cotidiana que segue ao parto, e nesse sentido, não desejaram voluntariamente uma maternidade. Mas, unir a consciência mágica, a carência de amor e a falta de outras expectativas que são importantes barreiras na prevenção da gravidez (Matamala, 1995).

Corroborando esta afirmação, alguns estudos questionam se as conseqüências negativas associadas à gravidez e à maternidade na adolescência são devidas à idade da gestante e mãe ou ao contexto social desfavorável em que vive antes mesmo de ficar grávida (Heilborn, 1998; Costa, 1998). O tema da gestação na adolescência é bastante explorado e muitos estudos sugerem que esta geralmente não é desejada, não é planejada, é produto de falta de informação e de um contexto em

desvantagem socioeconômica (Monteiro, Cunha, Reis, 1994; Monteiro, Fagim, Cunha, 1998).

Oliveira (1998) ressalta que a gravidez na adolescência resulta de uma intrincada rede de fatores que confere um grau elevado de risco para a mãe e para a criança, especialmente para as de classes populares. A autora refere que uma ação educacional é uma forma de enfrentar esse problema, que abordá-lo educacionalmente significa abrir espaço dentro e fora das escolas para o debate sobre a identidade feminina num processo que abranja a totalidade do ser humano, ou seja, todas as dimensões devem ser consideradas, especialmente, a dimensão sociocultural onde encontramos fortes determinantes da gravidez indesejada.

Heilborn (1998) afirma que “a idade de 15 aos 19 anos durante muito tempo, em particular nos seus últimos subgrupos etários, foi tida como a etapa ideal para engravidar, mas, hoje, é considerada como sendo uma idade precoce para a mulher ter filhos” (p.2).

O último censo demográfico realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) no ano 2000 revela que, no período de 1991 e 2000, a quantidade de adolescentes que tiveram filhos nas idades entre 10 e 14 anos aumentou para 93, 7% e de 15 a 19 anos, 41, 5%. No ano 2000, 38, 6% de mulheres com 10 a 19 anos tiveram o primeiro filho, do total de 1, 3 milhões de mulheres.

Estima-se, no Brasil, que mulheres com idade de 10 a 19 anos respondam por cerca de 23 a 30% do total de gestações, mas a gestação na adolescência não é decorrente de apenas fatores biológicos e psico-

emocionais, mas “fundamentalmente da rede social de apoio encontrada” (Mandu, 2000, p.96).

Vários autores ainda referem que a gestação na adolescência representa um problema complexo no âmbito da saúde pública, que requer uma abordagem teórica segura e humanizada, em que a linguagem utilizada por profissionais prejudica o entendimento das orientações (Martins, 2000; Andraus et al., 2000; Cavalcanti, 2000).

Para Santos e Silva (2000),

“a adolescente/mulher/mãe necessita estar inteira para vivenciar seu papel de mãe e se permitir ter ou não novos relacionamentos, planejar a sua atividade sexual, repensar sua vida escolar e profissional, desenvolver sua auto-estima para poder, como é seu direito, viver plenamente” (p.181).

A região Norte é a que apresenta os maiores percentuais de mães adolescentes. Estas são, em geral, pobres, com baixa escolaridade e nem sempre podem contar com a ajuda do pai dos bebês na criação dos filhos. (Leal e Viacava, 2002).

Em seu estudo, Gomes, Fonseca e Veiga (2002) ressaltam que a gravidez na adolescência envolve questões relacionadas ao ser adolescente e aos aspectos ligados à sexualidade e afirmam que se deve tentar compreender como o processo de gravidez é vivido na adolescência, com suas múltiplas implicações, no sentido de se buscar medidas de prevenção frente à temática em questão.

No Estudo do Programa de Saúde do Adolescente do Estado de São Paulo, foi constatado que 28% dos casos de gravidez ocorrem nos três primeiros meses após o início da atividade sexual (SESP, 2003).

Estudos mais recentes vêm sendo realizados e apontam para uma mudança na interpretação da gestação na adolescência, pois, na saúde pública persiste o discurso normativo que considera o evento um fator de risco social (Coates, Sant'anna, 2001; Sant'anna, Coates, 2003). Nessa visão, a gravidez resulta da pobreza, da precariedade e da falta de acesso aos serviços de saúde, portanto, é considerada como um reforço à pobreza e à marginalidade. Porém, essa visão causal é uma visão reducionista, porque mesmo que a gravidez na adolescência se encontre frequentemente associada a um contexto de desvantagem social, é preciso considerar que sua ocorrência já se dá num âmbito pontuado por oportunidades restritas, poucas opções de vida e marcado por interrupções na trajetória escolar (Pantoja, 2003).

Para a autora, a gravidez na adolescência não implica, para as meninas, uma ruptura ou abandono de projetos de vida, mas, ao contrário, a gravidez e maternidade são valorizadas por traduzir tanto mudanças de status social para as mesmas, quanto a afirmação de projetos de mobilidade social no futuro (p.1).

Segundo Santos e Schor (2003, p.10), "A vivência da maternidade não é única nem homogênea. Para algumas adolescentes, ser mãe pode ser uma experiência gratificante".

Os motivos que levam à gravidez nos anos iniciais da vida reprodutiva podem ser

“acaso, ingenuidade, submissão, violência, dificuldade de obter algum método contraceptivo, dificuldade em negociar o uso do preservativo, forte desejo pela maternidade, expectativas de mudança de status social e obtenção de autonomia, desejo de estabelecer união estável, ou fatores de natureza objetiva ou subjetiva” (Dossiê Adolescentes Saúde Sexual e Reprodutiva, 2004, p.65).

A gravidez na adolescência nem sempre é percebida como um problema, o que reforça a importância da construção de estratégias que considerem a realidade local (Lima et al., 2004).

A experiência da gravidez e a vivência da maternidade rompem com a trajetória definida como ideal pelas famílias, ou seja, formação escolar, trabalho, autonomia financeira e, depois, constituição de família, e, por isso, “emergem como um problema social e risco a evitar-se” (Dossiê, 2004, p.65).

A gestação na adolescência pode representar um problema pessoal ou do âmbito da Saúde Pública, onde as transformações da sociedade trazem à tona as peculiaridades da adolescência, desde a antiguidade até os dias atuais. Daí o meu interesse em aprofundar o conhecimento sobre este tema, ou seja, a experiência da adolescente na gestação e no tornar-se mãe, e que recursos são utilizados na vivência desse processo.

Para compreender as ações em prol da saúde das adolescentes em questão, é necessário tecer um pano de fundo sobre o sistema de saúde disponível em nosso contexto.

### **Programas voltados para a prevenção e controle da gestação adolescente**

Sobre o tema, alguns importantes marcos nacionais e internacionais devem ser lembrados como a comemoração do Ano Internacional da Juventude em 1985; o Programa de Ação da ONU para a Juventude até o ano 2000, a formação do Comitê de Adolescência (atualmente Departamento) pela Sociedade Brasileira de Pediatria em 1978; a criação da Associação Brasileira de Adolescência (ASBRA) em 1989; o Projeto Acolher da Associação Brasileira de Enfermagem 1999 e 2000; os projetos “AdoleSer com Saúde” da Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia; “Adolescência Compromisso da Pediatria” da Sociedade Brasileira de Pediatria; o Programa “Saúde na Escola” lançado pelo Governo de Minas Gerais.

No Plano de Ação da Conferência Mundial de População e Desenvolvimento, realizada no Cairo em 1994, além da introdução do conceito de direitos sexuais e reprodutivos, foi dado o devido destaque aos adolescentes como indivíduos a serem priorizados pelas políticas públicas de saúde.

Em âmbito nacional, a Constituição Brasileira de 1988 e o Estatuto da Criança e do Adolescente de 1990 estabelecem uma base sólida

para o desenvolvimento de políticas para a juventude no Brasil. Em 21 de dezembro de 1989, por meio da portaria nº 980/GM, o Ministério da Saúde criou o Programa de Saúde do Adolescente - PROSAD, que se fundamentou numa política de promoção de saúde, identificação de grupos de risco, detecção precoce dos agravos com tratamento adequado e reabilitação, respeitando as diretrizes do SUS, garantidas pela Constituição Brasileira de 1988. O PROSAD foi substituído pela Área de Saúde do Adolescente e do Jovem (ASAJ).

A organização da atenção integral à saúde do adolescente tem sido um desafio para a saúde e para a sociedade, pois, nos dias atuais, a necessidade de implantação de políticas públicas para a adolescência tornou-se obrigatória, considerando-se 50 milhões de adolescentes e de jovens no Brasil (SESMG, 2007).

O aumento da taxa de fecundidade entre mulheres jovens é também um importante aspecto a ser considerado, pois, nas quatro últimas décadas, um decréscimo na taxa de fecundidade que em 1940 era de 6, 2 filhos; em 2000, passa a 2, 3 filhos; mas, entre adolescentes, o sentido é inverso, ou seja, desde os anos noventa a taxa de fecundidade entre adolescentes aumentou 26% (Brasil, 2006). Junta-se a este aumento a afirmação de que o olhar e a opinião dos jovens sobre este tema não são considerados, predominando a visão “adultocêntrica” e o projeto de vida do adulto para o jovem, emanado seja pela família, profissionais de saúde, educadores e ainda por outros importantes campos com forte influência simbólica sobre toda a sociedade, como a mídia. Portanto, “se o olhar da

jovem que engravida não é considerado, muito menos é a opinião, os sentimentos e as necessidades dos jovens pais” (Brasil, 2006, p.18).

Os índices de atendimentos do Sistema Único de Saúde (SUS) demonstram crescimento do número de internações para atendimento obstétrico nas faixas etárias de 10 a 14, 15, a 19 e 20 a 24 anos; as internações por gravidez, parto e puerpério correspondem a 37% das internações entre mulheres de 10 a 19 anos (Brasil, 2003).

Os números do Sistema de informação de Nascidos Vivos (Sinasc/Datasus) disponíveis desde 1994, nas faixas etárias de 10 a 14, 15 a 19 e 20 a 24 anos, mostra uma elevação do número de nascidos vivos em todas as faixas etárias até o ano 2000. A partir de 2000, há uma queda no número de nascidos vivos nas faixas etárias de 15 a 19 e de 20 a 24 anos. A partir de 2001, um decréscimo dos valores também na faixa etária de 10 a 14 anos (Brasil, 2006). Essa queda pode ser consequência de ações tais como amplas campanhas em nível nacional para prevenção de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e Aids, direcionadas para segmentos da população jovem; estratégias de políticas de saúde reprodutiva para adolescentes, incluindo contracepção de emergência; recomendação estatal para inclusão de educação sexual nas escolas; exposição massiva das consequências negativas da gravidez não planejada entre pessoas jovens (Berquó, Cavenaghi, 2005).

Nas regiões e estados em que há exploração sexual de adolescentes e jovens, os índices de gravidez entre adolescentes de 10 a 14 anos tende a ser maior (Cavasin, 2004).



Arilha (1998), Heilborn (2002) demonstraram que a gravidez pode ser uma opção para adolescentes nesta faixa etária, como também para aqueles entre 15 a 19 anos; pode estar incluída em projetos de vida de adolescentes, seja do sexo feminino, seja compartilhados por adolescentes e homens jovens; e, ainda, a maternidade e a paternidade podem se revelar como um elemento reorganizador da vida e não somente desestruturador.

Frente essa realidade, o Ministério da Saúde vem afirmar por meio do documento Marco Teórico e Referencial - Saúde Sexual e Reprodutiva de Adolescentes e Jovens (2006), que o reconhecimento do fato de que a gravidez pode expressar o desejo dos jovens não significa retirar a importância das políticas de contracepção para ambos, uma vez que se trata de assegurar que a escolha possa acontecer no momento desejado e planejado pelos adolescentes e jovens, ou seja, “garantir dos direitos reprodutivos a adolescentes e jovens, homens e mulheres nesse contexto, significa assegurar, em todos os casos, as condições de escolha por uma gravidez” (p.22).

Mesmo com a preocupação do Ministério da Saúde em garantir uma assistência de qualidade para o binômio mãe e filho, percebemos que existem ainda lacunas nesse atendimento, seja nas atividades relacionadas ao parto, seja nas estratégias de prevenção da gestação em adolescentes, pois, mesmo com toda informação, divulgação, estudos realizados, e organizações não governamentais, ainda não existem orientações técnicas específicas para a prevenção da gestação. Isso nos leva a assistir, como meros espectadores, cada vez mais adolescentes enfrentando os riscos que a atual sociedade lhes impõe. Cada dia mais vulneráveis, eles se esforçam

para conviver com os riscos que lhes são impostos, ou então, como muitos, apenas cedem.

Na realidade da assistência, quando recebemos a adolescente para atendimento, é para iniciar o pré-natal ou para a realização do exame preventivo. Esse fato é respaldado pela pesquisa da Unesco (Castro, 2004) que afirma que os serviços de saúde não aparecem como um lugar importante e prioritário para se encontrar informações confiáveis sobre sexualidade, do ponto de vista dos adolescentes brasileiros. A busca pelos serviços é distinta entre adolescentes do sexo feminino e masculino, refletindo, em geral, as construções sociais e culturais, e as desigualdades nas relações de gênero. Segundo dados do Ministério da Saúde (2005), as mulheres buscam mais os serviços a partir dos 14 anos de idade, o que demonstra relação direta com a idade reprodutiva; no início da adolescência, são os homens que buscam mais os serviços. As razões de busca ao serviço são diferentes entre homens e mulheres jovens, pois os homens buscam atendimento odontológico e as mulheres buscam serviço de atenção à gravidez, ao parto e ao puerpério.

Diante de todas essas questões, os serviços e as ações voltados para abordar a sexualidade e a reprodução entre adolescentes e jovens a serem implementadas na rede de atenção do SUS, em seus diversos níveis, definem-se de modo amplo como Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva do Adolescente e do Jovem e incluem os seguintes componentes: sexualidade, saúde sexual e reprodução; educação sexual; anticoncepção, planejamento familiar; prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer de colo uterino e de

mama; atendimento ginecológico; DST/AIDS; gravidez, parto e puerpério (Brasil, 2006).

Em 2006, a Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais elaborou a Linha-Guia de Atenção à Saúde do Adolescente com o objetivo de nortear as ações e estabelecer uma rede de atenção. Essas ações deverão ser implantadas e implementadas nos diversos municípios do estado, assegurando o acompanhamento contínuo do cidadão que entra no SUS pela Unidade Básica de Saúde ou pelo Programa de Saúde da Família.

As medidas de prevenção e de promoção à saúde englobam ações coordenadas e desenvolvidas por setores e organizações governamentais e não governamentais que objetivam a participação do adolescente e do jovem nas decisões da família e da comunidade; o atendimento às suas necessidades de educação, de saúde, de esporte, de lazer e de cultura; a criação de condições materiais, sociais e psicológicas favoráveis a ser desenvolvimento que incluam a geração de renda em suas famílias; e o cumprimento de legislações existentes como o código de trânsito e a proibição de venda de cigarro e de álcool para menores de 18 anos.

A prevenção e a promoção da saúde do adolescente extrapola a área da saúde, envolvendo a integração das ações desenvolvidas por diferentes secretarias e pela comunidade.

Dentre as ações que deverão ser implementadas destacam-se os Grupos de Educação em Saúde, que atuam realizando palestras e oficinas para adolescentes, pais e familiares; e o Programa Saúde na Escola, que é resultado de parceria entre as Secretarias de Saúde, Educação,

Desenvolvimento Social e Esporte, Gestão e Planejamento, com o objetivo de trabalhar a promoção da saúde e a prevenção de situações de risco.

A Atenção Integral à Saúde do Adolescente estabelece as Estratégias para Estabelecimento de Vínculo entre profissionais e adolescentes, por meio das seguintes ações: acolhimento; recepção com cadastro e triagem; assistência à saúde por intermédio de consultas médicas e de enfermagem; orientações para uma sexualidade segura e sobre saúde sexual e reprodutiva; vacinação; promoção de saúde bucal; realização de grupos educativos; notificação de situações de violência; realização de pré-natal e, se necessário, encaminhamento para serviços especializados ou de referência.

A proporção de mães adolescentes em Minas Gerais de 1994 a 2004 mostra um aumento significativo até o ano 2000 e, a partir de 2001, um decréscimo (Datasus, 2004), coincidindo com os índices do país. Em 1994:

- na faixa etária de 10 a 14 anos: 224 (0, 37%);
- na faixa etária de 15 a 19 anos: 9.068 (14, 83%);
- total geral de mães adolescentes: 61.128 (15, 20%).

No ano 2000, os números indicam um aumento significativo:

- na faixa etária de 10 a 14 anos: 1.745 (0, 58%);
- na faixa etária de 15 a 19 anos: 59.934 (20, 01%);
- total de mães adolescentes: 61.679 (20, 59%).

Observa-se que, a partir de 2001, houve um decréscimo, ou seja:

- na faixa etária de 10 a 14 anos: 1.299 (0, 57%);
- na faixa etária de 15 a 19 anos: 40.970 (18, 02%);
- total de mães adolescentes: 42.290 (18, 61%).

No município onde realizei este estudo, a gestação na adolescência vem se mostrando também significativa, pois os dois hospitais locais vêm registrando um aumento do número de partos em adolescentes nos últimos dez anos.

Segundo o Relatório de Gestão da Secretaria Municipal de Saúde, em 2002, a Taxa de Gravidez na Adolescência é de 18, 2% (SEMSA, 2002).

As causas para a ocorrência da gestação na adolescência são múltiplas e podem ser: diminuição da idade da menarca; iniciação sexual cada vez mais precoce; falta ou inadequação das informações quanto à sexualidade e aos métodos contraceptivos; baixo acesso aos serviços de saúde; não utilização de métodos por receio que seus pais descubram que está tendo relações sexuais; busca de confirmação da fertilidade; pensamento mágico (isto nunca vai acontecer comigo); presença de um desejo, consciente ou não, de engravidar; ocorrência da gestação na adolescência em familiares e em pessoas próximas como modelos sociais; histórico e presença de conflitos familiares; abuso de drogas; faltas regulares às aulas e reprovações escolares; expectativas e perspectivas educacionais e profissionais ausentes ou baixas; falta de comunicação aberta entre pais e filhos (SESMG, 2006).

A ocorrência da gravidez desejada na adolescência tem sido destacada, em alguns estudos, por representar um grupo significativo de adolescentes. Quando é planejada, tende a ser vivida de maneira mais positiva, trazendo menos impactos negativos para a vida da mãe e do bebê, ocorrendo, geralmente, como parte de um projeto reprodutivo do casal em uma relação de união formal ou consensual; mas, pode ser observada inclusive entre adolescentes que estão namorando (SESMG, 2006).

Minha experiência com gestantes adolescentes me intrigou e me levou a buscar outros conceitos que poderiam ajudar a clarificar o tema, pois, como desejava aprofundar a questão da gestação na adolescência, era preciso que se levasse em conta as adolescentes que já viveram uma gestação, estão na segunda ou terceira, não possuem apoio da família e do companheiro, ou apenas de um deles, porém, com todas as dificuldades e adversidades, conseguem seguir adiante com a gestação, desejavam engravidar, optam pelo relacionamento ou desistem, mas, acima de tudo, cuidam da criança e têm projetos de vida.

De que forma as adolescentes gestantes que vivenciam situações adversas conseguem sair fortalecidas, mesmo estando expostas a fatores de risco antes, durante e depois da gestação?

## Resiliência

Assim, frente às minhas inquietações, e ainda buscando respaldo na literatura, coloco o conceito de *resiliência*, que, segundo Muniste et al. (2003) é um chamado a centrar-se em cada indivíduo como alguém único, é enfatizar as potencialidades e os recursos pessoais que permitem enfrentar situações adversas e sair fortalecido, apesar de estar exposto a fatores de risco.

Para Munóz, Vélez e Vélez (2005), nos últimos anos, a resiliência passou a ser objeto de investigação de diversas profissões e disciplinas.

Os estudos sobre o tema mostram tendências que poderiam ser classificadas em três escolas: a anglosaxônica, a européia e a latino-americana, sendo que entre estas existem diferenças quanto à maneira de entender os conceitos de vulnerabilidade, risco e adversidade, os quais trazem como conseqüência diferenças no entendimento de como se produz a resiliência e quais são as recomendações para promovê-la.

As discussões sobre os dois primeiros conceitos-risco e adversidade datam da década de 1970, quando os estudos sobre o desenvolvimento humano deram lugar ao conceito da criança invulnerável. Esse termo faz referência às crianças constitucionalmente fortes, que não cediam frente às pressões do estresse e da adversidade.

Com o passar do tempo e com o avanço nas investigações sobre o estresse se chegou à conclusão de que o conceito de invulnerabilidade era insustentável nos seres humanos, já que, ao ser a suscetibilidade ao estresse um fenômeno gradual, o valor do agente estressor não é o mesmo

para todas as pessoas e, portanto, nada tem uma resistência absoluta a ele. Para Colmenares (2002), a forma de entender a vulnerabilidade, o risco e suas implicações sobre a saúde têm conseqüências políticas e socioculturais importantes que se manifestam na hora de planejar e programar estratégias de intervenção. Existem condições físicas reais de adversidade como as derivadas de catástrofes, ou de situações que se convertem em adversidades a partir das interpretações que se fazem delas.

Para Munóz, Vélez e Vélez (2005), há três enfoques sobre resiliência de acordo com as escolas, assim denominadas: o enfoque anglo-saxônico ou psicobiológico, o europeu e o latinoamericano.

No enfoque europeu, a resiliência é entendida como

“resposta para salvaguardar o sentido da própria vida, como princípio de sobrevivência em situações ou fatos que comprometem gravemente esta possibilidade de sobrevivência e que ocasionam danos severos à vida psíquica” (Colmenares, 2002, p.88-89).

A construção de respostas resilientes atribui um papel fundamental aos valores coletivos, aos fatores individuais e culturais que determinam a forma de ver o mundo e as experiências traumáticas (Cyrulnik, 2002).

Para os europeus, mais que modificar o ambiente enriquecendo-o com fatores de mecanismos protetores, é importante trabalhar tanto com a pessoa, principalmente a criança que se encontra em risco, como com os profissionais que a atendem, como a cultura na qual se acham imersos.



Na América Latina, os estudos sobre resiliência surgiram por volta de 1995, constituindo o enfoque latinoamericano. Para os estudiosos, a resiliência é comunitária e se pode obter como um produto da solidariedade social, que é evidente nos esforços coletivos de alguns povos na hora de enfrentar situações de emergência. Esse enfoque é enraizado na epidemiologia social que entende o processo saúde-enfermidade como uma situação coletiva causada pela estrutura da sociedade e pelos atributos do processo social.

Nessa perspectiva, considera-se que as comunidades resilientes têm contato com um escudo protetor surgido de suas próprias condições e valores, o que lhes permite metabolizar o evento negativo e construir sobre ele. Os pilares fundamentais desse enfoque são:

1. Auto-estima coletiva: referida à satisfação por pertencer à comunidade;
2. Identidade cultural: incorporação de costumes, valores e outros que se convertem em componentes inerentes do grupo;
3. Humor social: capacidade de alguns grupos ou coletividades para encontrar a comédia na própria tragédia. É a capacidade de expressar com elementos cômicos a situação estressante, trazendo um efeito tranquilizador;
4. Honestidade coletiva ou estatal: manejo decente e transparente dos assuntos públicos.

Neste estudo, utilizei o enfoque anglo-saxônico ou psicobiológico da resiliência que dá importância à interação pessoa-ambiente e às diferentes formas nas quais os indivíduos respondem ante as ameaças e aos desafios do meio. Situa a pessoa como referência de um sistema de interações favoráveis ou desfavoráveis à sua organização e desenvolvimento.

Werner (2003), em seu estudo, organizou as qualidades pessoais consideradas como resilientes, em um modelo composto por três níveis: atributos individuais, características familiares e condições sociais e ambientais. Outros estudos foram desenvolvidos e distinguem-se três orientações:

1. A ênfase na identificação dos mecanismos protetores mais que nos fatores protetores do risco (Rutter, 1987);
2. A resiliência é concebida como a interação entre os fatores de suporte social (eu tenho), habilidades pessoais (eu posso) e fortalezas pessoais (eu sou e eu estou) (Grotberg, 1996);
3. Consideram o desenvolvimento humano como uma consequência da interação entre os fatores individuais e os ambientes familiar, social e cultural (Lutthar, Cicchetti e Becker, 2000).

As possibilidades de prevenção surgem quando aumenta o conhecimento e a compreensão das razões pelas quais algumas pessoas não ficam prejudicadas pela privação. Nesta corrente psicobiológica, entende-se por mecanismo protetor a dinâmica que permite ao indivíduo sair

fortalecido da adversidade em cada situação específica, respeitando as características pessoais (Rutter, 1987).

Os mecanismos protetores são entendidos como os recursos ambientais que estão disponíveis para as pessoas e as forças que estas têm para adaptar-se a um contexto e que, segundo Werner (2003), operariam por meio de três mecanismos diferentes:

1. O modelo compensatório - os fatores estressantes e os atributos individuais se combinam e podem conduzir a uma redução do estresse;
2. O modelo do desafio - o estresse é tratado como um potencial estimulador de competência;
3. O modelo da imunidade - há uma relação condicional entre estressores e fatores protetores.

Nesta linha de estudos sobre resiliência, há ênfase na identificação de processos e mecanismos protetores nos diferentes ambientes em que ocorre o desenvolvimento humano.

Esses pilares devem ser complementados com a capacidade para gerar lideranças autênticas e participativas, assim como o exercício de uma democracia efetiva na tomada de decisões cotidianas e a inclusão para uma sociedade na qual não exista discriminação.

Neste estudo, busquei o respaldo teórico da Antropologia Médica, por intermédio do enfoque no significado das mudanças ocorridas na vida das adolescentes grávidas, ligando-o ao conceito da resiliência, que permitiu

compreender a vivência e os mecanismos que as colaboradoras verbalizaram no enfrentamento da gestação.

Essa escolha se deu a partir da minha experiência e da revisão de dados epidemiológicos e conceitos teóricos da literatura sobre o processo saúde doença.

O exame dos dados mostra que gravidez pode ter resultados negativos para as adolescentes e trazer problemas de desenvolvimento para seus filhos, mas, nem sempre é isso que acontece. Algumas adolescentes podem manifestar problemas psicossociais e no desempenho do papel materno, enquanto que outras não. Esse referencial pareceu ser útil para examinar e interpretar as diferenças individuais as experiências e seus resultados para as adolescentes expostas ao desafio da gestação precoce.

Portanto, três aspectos do conceito de resiliência são levados em conta neste estudo: a resiliência enquanto processo, a exposição às adversidades e a adaptação diante da adversidade.

Resiliência enquanto processo não uma característica pessoal. Em um dado momento, a adolescente, pela sua própria condição de desenvolvimento, pode ser resiliente em certo momento, enquanto que em outros não; em um certo aspecto de vida, ser resiliente e, em outros, não. Nesse sentido, importa a experiência pessoal diante da gestação e frente às circunstâncias.

No que se refere à exposição às adversidades, é preciso conhecer os riscos aos quais as pessoas estão expostas. O risco corresponde às circunstâncias ou fatores que aumentam a probabilidade de insucesso. Esses riscos pertencem ao contexto sócio-cultural no qual as

adolescentes estão inseridas. Geralmente, não se trata de apenas um risco, mas de uma gama de adversidades.

No que se refere à adaptação diante da adversidade, considera-se a natureza da adaptação. A pessoa exposta à adversidade pode, temporariamente, demonstrar falta de adaptação e, posteriormente, se adaptar. Ou ainda, pode conviver com a falta de adaptação e continuar levando sua vida, e, finalmente, pode se adaptar às adversidades e se sair fortalecida da experiência.

Todas essas características podem estar presentes na gestante adolescente, daí a escolha por este referencial.

## Capítulo 2

---

# O PROCESSO METODOLÓGICO

---

*Mas é preciso ter força  
É preciso ter raça  
É preciso ter gana sempre  
Quem traz no corpo a marca  
Maria, Maria  
Mistura a dor e a alegria*

---

Este estudo foi desenvolvido na linha de pesquisa qualitativa ancorada na Antropologia Médica. Respaldo-me na etnografia, porque pretendia uma descrição detalhada da experiência de pessoas, no caso, as adolescentes, pertencentes a um determinado contexto cultural.

Essa escolha fundamentou-se na característica de se constituir uma descrição detalhada da realidade de pessoas pertencentes a um determinado contexto cultural, Geertz (1989), Peirano (1995), Gualda; Hoga, (1997); pois tem como pressuposto que um grupo de indivíduos cria uma cultura que orienta a visão de seus membros e a forma pela qual eles estruturam suas experiências (Helman, 1994).

Recentemente, tem crescido a aplicação dos métodos etnográficos por sociólogos, antropólogos e outros, em campos aplicados como a educação, a saúde e a política social. Tem havido uma maior ênfase no desenvolvimento da pesquisa colaborativa como formas mais aplicadas do trabalho etnográfico. Isso demanda que a pesquisa contribua para a estruturação de políticas que visem os grupos oprimidos, não somente a

classe trabalhadora, mas também as mulheres, as minorias étnicas, os deficientes, entre outros (Baszanger; Dodier, 2004).

Para Atkinson e Hammersley (2005) a Etnografia refere-se às formas de pesquisa social que têm como principais características os seguintes pontos:

- Ênfase na exploração da natureza particular do fenômeno social, em vez de testar hipóteses sobre o mesmo;
- Tendência de trabalhar primeiramente com dados não-estruturados; investigação de um pequeno número de casos, talvez apenas um, em profundidade;
- Interpretações explícitas dos significados e funções das ações humanas na análise de dados. O produto tem a forma de descrições verbais ou explicações; os dados quantitativos e a análise estatística têm papel secundário.

A escolha desse método se justifica por ser coerente com o suporte teórico do estudo, ou seja, a influência da cultura no processo saúde-doença na perspectiva da Antropologia Médica, tendo em vista que as gestantes adolescentes constituem um coletivo. Ao utilizar esse método, o pesquisador não visa procurar respostas diretas às suas indagações mais profundas, mas colocar as respostas fornecidas pelas informantes à disposição do estudo (Geertz, 1989).

Corroborando essa afirmação, Lassiter (2005) afirma que:

“Nós temos que ouvir nossos colaboradores, respeitar e privilegiar suas interpretações, e não construirmos coisas sobre o que está lá (...) quando dizem “não diga nada, além disso”, têm profundas



implicações políticas e éticas porque quando as pessoas não sabem muito bem, elas acreditam no que nós dizemos ou escrevemos “(p.15).

Para o autor a Etnografia é, por definição, colaborativa, isto é, Etnografia Colaborativa, em que “colaborar” significa literalmente trabalhar junto, especialmente em um esforço intelectual. Enquanto a colaboração é o centro da prática da Etnografia, realizar mais deliberadamente e explicitamente Etnografia Colaborativa implica recolocar a prática colaborativa em todos os estágios do processo etnográfico. Assim, nas comunidades onde trabalhamos, estudamos ou praticamos, possivelmente não podemos cumprir nosso ofício sem nos envolvermos no contexto da sua realidade, na sua vida diária (p.14).

### **Crítérios de Inclusão na Amostra**

Para a realização deste estudo, foram adotados os seguintes critérios: ser adolescente entre 10 e 19 anos; iniciar acompanhamento pré-natal; estar em idade gestacional de 4 a 20 semanas, pois, o mesmo foi desenvolvido ao longo de todo o processo de gestação de cada colaboradora.

## Local do Estudo

O contexto cultural deste estudo foi o município de Itajubá, Sul de Minas Gerais. Itajubá situa-se no sul do Estado de Minas Gerais, numa altitude de 1746 metros, no seu ponto mais alto, e, de 830 metros, no ponto mais baixo, acima do nível do mar, sendo que a área urbana, sem considerar os morros, fica numa altitude média de 842 metros. O município tem uma área de 290, 45 Km<sup>2</sup> de extensão, com população de 90.812 habitantes, o equivalente a 312, 65 hab./km<sup>2</sup>, numa taxa anual de crescimento de 1, 26% habitantes por ano (IBGE, 2006). Há duas versões para a origem do nome. A versão mais aceita é a de que deriva da palavra *itajibá*, que em língua indígena significa "rio das Pedras que do alto caem" em alusão à cascata vizinha das minas de ouro exploradas por seus primeiros habitantes. A escolha do nome refere-se às diversas cachoeiras que encontramos no município. Itajubá foi fundada em 19 de março de 1819. É centro de referência em assistência a saúde para dezesseis municípios da chamada microrregião do Alto Sapucaí. A cidade conta com dois hospitais credenciados para o Sistema Único de Saúde (SUS), Santa Casa de Misericórdia de Itajubá e Hospital Escola da Faculdade de Medicina de Itajubá, com níveis de atendimento de atenção básica até de alta complexidade.

## **A Coleta de Dados**

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas semi-estruturadas e observação participante. A entrevista semi-estruturada foi utilizada porque “a entrevista é o mais comum e o mais poderoso caminho que nós usamos para tentar entender nossos semelhantes” (Fontana; Frey, 2005, p.361).

A fase de coleta de dados por intermédio de entrevistas iniciou-se em maio de 2006 e teve o término em novembro de 2007, num total de 18 meses. Foram realizadas várias entrevistas com todas as colaboradoras, porque pretendia acompanhar todo o processo gestacional, parto, puerpério e a nova vida da mãe adolescente. Todas as entrevistas foram realizadas nas residências de cada colaboradora em data e horário de sua preferência, conforme está descrito no capítulo 4. A partir de maio de 2006 até julho de 2007 foram realizados períodos de observação participante.

## **Entrevistas**

As entrevistas aconteceram em vários momentos durante o desenvolvimento desta pesquisa. No início deste processo, as entrevistas foram conduzidas com as seguintes questões norteadoras:

- Como é para você ser adolescente e estar grávida?
- Como você se vê nessa condição?
- Conte-me como você está vivenciando esta gravidez desde o momento que soube que esperava um filho.

Após o nascimento, utilizei as seguintes questões norteadoras:

- Mudou alguma coisa em sua vida? O que?
- O que tem feito ante essas mudanças?

### **Observação participante**

A técnica de observação participante (Carneiro, Corbishley, 2000; Emerson, Fretz, Shaw, 2001; Denzin, Lincoln, 2005) compreende o “recorte espacial que corresponde à abrangência, em termos empíricos, do recorte teórico correspondente ao objeto de investigação” (Minayo, 2000, p.105), pois permite que o pesquisador apreenda a perspectiva do grupo por meio de imersão na cultura (Gualda; Hoga, 1997).

Atkinson e Hammersley (2005) enfatizam que toda pesquisa social é uma forma de observação participante, porque não se pode estudar o mundo social sem fazer parte do mesmo. Por esse ponto de vista, a observação participante não é uma técnica particular de pesquisa, mas uma maneira de estar-no-mundo, que é uma das características de pesquisas sociais. Ambas, Etnografia e observação participante, têm sido exigidas para representar unicamente a aproximação humanística e interpretativa em oposição às supostamente “posições científica e positivista” (p.249).

Durante meu contato com as colaboradoras, fiz a observação participante, que, segundo os autores acima referidos, envolve não somente ganhos no acesso e na imersão em novos mundos sociais, mas também produz escritos e descrições que trazem visões desses mundos para outros.

Geertz (1989) insistia na centralização da descrição na etnografia, chamando atenção para o fato de que o etnógrafo descreve o discurso social. Richardson (1997) refere que, na pesquisa etnográfica, o pesquisador elicita e grava as narrativas como formas primárias de dados do campo, e então, as re-escreve e reconstrói como textos etnográficos. Por outro lado, o trabalho de coleta de dados deve incluir notas de campo que têm papel fundamental na representação etnográfica.

### **Notas de Campo**

Utilizando as Notas de Campo, conforme o sugerido por Olesen (1991), procurei manter o rigor metodológico necessário para a construção das narrativas durante meus contatos com as colaboradoras. Essas Notas foram agrupadas em:

- **NO:** *notas de observação*: referentes à descrição da apreensão imediata da situação observada;
- **NT:** *notas teóricas*: referentes às minhas reflexões pessoais acerca da situação observada, levando em conta o referencial teórico;
- **NM:** *notas metodológicas*: referentes às minhas reflexões acerca da situação observada, levando em conta o referencial metodológico;
- **NP:** *notas pessoais*: referentes aos meus sentimentos frente ao desenrolar da situação.

Logo após a observação das situações ou o término das entrevistas, fiz as notas de campo e as notas pessoais. As colaboradoras foram avisadas previamente de que isso seria realizado por mim. Assim, procurava me distanciar para que minhas impressões não fossem afetadas. As notas teóricas e metodológicas foram feitas depois, quando buscava o referencial teórico de análise e de metodologia de estudo, buscando continuamente a correlação do conteúdo das leituras com as situações vivenciadas. As notas de campo foram valiosas na etapa da construção das narrativas, conforme são apresentadas no capítulo 4.

Ressalto que foram múltiplos encontros, conversas, durante a gestação e, também, após o nascimento. Assim, para a construção deste estudo, utilizei o caderno de campo que me acompanhou durante todo o processo de elaboração do texto.

### **Tratamento dos dados**

As entrevistas foram transcritas, textualizadas e “transcriadas” (Meihsy, 1996, p.59) por mim para a construção das narrativas e identificação dos tons vitais. A narrativa tem como premissa estar integrada ao fenômeno e preservar a dimensão temporal e não abandonar o texto etnográfico. (Baszanger; Dodier, 2004). Os relatos narrativos são “relatos significativos que apontam o que é percebido, o que vale a pena conhecer e o que preocupou o que fala” (Benner 1994, p.101).

Para Meihy (1996, p.59) tom vital “corresponde à frase que serve de epígrafe para a leitura da entrevista”. Segundo Bosi (1998), é o tom que distingue *pathos* - sentimento passageiro, do *ethos* - onde reside a convicção permanente de quem narra, acerca de um determinado tema. O conceito de cultura não é abandonado, mas o etnógrafo não tenta tanto absorver o conhecimento de outra cultura, mas, sim, revela o diálogo estabelecido entre culturas diferentes durante o trabalho de campo (Dwyer, 1979) apud Baszanger; Dodier, (2004).

Buscando a melhor maneira para aprofundar meu contato e meus encontros, denominei as participantes como “colaboradoras”, pois, são “documentos vivos em essência, personagens de uma história do tempo presente” (Meihy, 2006, p.125). Para o autor, o pressuposto básico que dirige todo o processo visa uma transformação geral: de falas em escrita, de versões individuais em argumentos coletivos e, sobretudo, “de caso fadado à rotina do esquecimento de cotidianos fátuos a uma operação bem superior, a um exercício de transformação de todo o processo” (p.134).

No trabalho de campo, pretendia ir além das entrevistas semi-estruturadas realizadas em apenas dois momentos, ou seja, no início do acompanhamento pré-natal e após o parto. Almejava descrever toda a vivência das gestantes, seus mecanismos de enfrentamento da gestação, do parto, do puerpério, sua vida após todo esse processo; e, para que isso fosse possível, tive várias idas e vindas às residências das colaboradoras e suas famílias, esclarecendo alguns pontos obscuros nos relatos orais.

A coleta de dados por meio de entrevistas, a transcrição, a utilização das notas de campo, me lavaram ao estudo dos dados obtidos na

busca de semelhanças e diferenças entre os mesmos, classificando-os de modo que o significado do contexto fosse preservado.

A rigor, a análise dos dados iniciou-se no processo de introspecção que acompanhou todas as fases da coleta de dados, o que é respaldado por Carneiro (1999).

O processo de tratamento dos dados iniciou-se com a transcrição das entrevistas, sendo que, somente após a transcrição e análise da primeira entrevista, foi agendada a segunda e, assim, sucessivamente.

Este estudo não se esgotou em um ou poucos momentos de apreensão da história, pois, por meio do acompanhamento de cada colaboradora, desde o início da gestação até após o nascimento de cada bebê, foram múltiplos encontros, telefonemas, declarações espontâneas; enfim, foi um processo de construção consciente entre nós, no qual a cordialidade e o compromisso desta construção das conversas/entrevistas foram abertos para gerar a franqueza capaz de dar forma, ritmo e rumo ao tema.

O processo de transcrição e transcrição levaram à construção das narrativas e identificação dos tons vitais. A construção das narrativas resultou na organização das categorias empíricas a partir da leitura cuidadosa dos dados. A leitura e re-leitura cuidadosa dos dados das categorias empíricas resultaram na elaboração dos temas.

Para realizar este estudo, mantive contato com as colaboradoras por um longo período de tempo, que está definido no Capítulo 4. Desta forma, obtive a saturação dos dados em novembro de 2007.



## **Ética e Rigor da Pesquisa**

Após o cadastramento para acompanhamento de pré-natal, cada gestante foi convidada a participar da pesquisa. A cada colaboradora foi agendada a entrevista inicial no horário e local de sua preferência.

A ética da pesquisa foi preservada pela garantia de anonimato às colaboradoras, pela obtenção de seu consentimento para o emprego de suas informações com finalidade exclusivamente científica, conforme determina a Resolução nº 196, de 1996, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que trata das Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas em Seres Humanos (Brasil, 1996).

Na abordagem inicial das colaboradoras, foi facultada a possibilidade de não participarem do estudo e estas foram informadas previamente de que uma eventual negação não lhes acarretaria prejuízos. Foram esclarecidas da gravação e de que cada uma receberia um nome fictício para manter o anonimato, e ainda, que os dados contidos no estudo serão publicados e divulgados em periódicos e eventos nacionais. Ao final da abordagem, foi esclarecido que a colaboração delas é relevante para os profissionais de saúde envolvidos com a assistência em saúde e para a própria sociedade.

No relatório final do estudo, as colaboradoras foram identificadas nominalmente de modo fictício. O Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO 1) foi obtido com todas as colaboradoras que desejaram participar deste estudo; assim, antes da realização da entrevista, a gestante recebeu o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO 1) com as

explicações dos objetivos da pesquisa, em conformidade com a resolução 196/96.

O rigor na pesquisa qualitativa está relacionado à subjetividade do pesquisador (Ludke e André, 1986; Benner, 1994). Corroborando essa afirmação, Brêtas, Oliveira (2006) afirmam que:

“Agir com ética na análise dos dados significa não manipular as informações em hipótese alguma. Há necessidade de assegurar o rigor científico em todo o processo de pesquisa, fundamentalmente, nesse momento em que o(a) pesquisador(a) lida com a subjetividade dos dados (p.162)”.

Foi adotada como forma de validação a devolução dos dados para as próprias colaboradoras ao final do estudo. Também a validação da Banca Examinadora é considerada como forma de validação (Batista, 1994).

Este Projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

## Capítulo 3

---

**GRUPO CULTURAL: “AS SETE MARIAS”**

---

*Mas é preciso ter manha  
É preciso ter graça  
É preciso ter sonho sempre  
Quem traz na pele essa marca  
Possui a estranha mania  
De ter fé na vida...*

---

O Grupo Cultural foi formado por sete gestantes adolescentes, residentes em Itajubá, sendo duas moradoras da zona rural do município e as demais de bairros urbanos.

No início do acompanhamento de pré-natal de cada colaboradora, ao iniciarmos as entrevistas, fui perguntando qual o nome que cada uma gostaria de receber ao final da pesquisa. Tive como resposta unânime que gostariam de receber o nome igual ao da Boneca de Parto "Maria"<sup>1</sup>; pois, segundo as mesmas, este nome representa cada uma delas.

Assim, concordei com a escolha do grupo ressaltando que, desta forma, ficou preservado o anonimato das participantes, mas, ao mesmo tempo, foi proporcionada a devida especificidade do grupo. Justifico essa escolha porque, se usássemos uma denominação mais criteriosa, perderíamos a simplicidade, que foi a característica predominante de toda a pesquisa.

---

<sup>1</sup> Nome de escolha do grupo para a Boneca de Parto.

Para evitar a dificuldade no reconhecimento de cada colaboradora, decidi usar vários nomes derivados de "Maria". Assim, criei os seguintes nomes: Maria, Maria Ana, Maria Rita, Maria Isabel, Maria Alice, Maria Sílvia e Mariana.

O Grupo Cultural foi, então, denominado "As Sete Marias", sendo que cada uma tem a sua singularidade, sua história de vida, seu mecanismo de enfrentamento da gestação, do parto, do puerpério, e, sobretudo, sua vida como mãe adolescente.

Apresento as Notas do Caderno de Campo que foram transcritas para a elaboração do texto, que teve o começo nos termos enunciados no título: "A Gestação na Adolescência: Um Ritual de Passagem na Construção da Resiliência".

A seguir, passo a descrever as especificidades de cada uma, dentro da uniformidade do grupo. A ordem da organização seguiu a ordem das entrevistas.

---

#### **Maria**

*Quatorze anos, é a primeira filha do segundo casamento paterno, sendo o pai pastor evangélico, alcoolista recuperado (abandonou o vício há trinta anos). Seu companheiro tem trinta anos. Primigesta, branca, emagrecida, estatura alta, sem intercorrências na gestação. Cursava o primeiro ano do ensino médio, deixou a escola à época da gestação.*

---

#### *Notas do caderno de campo*

Decidi iniciar com esta gestante, porque quando tive meu primeiro contato percebi a sua fluência, sua desinibição para falar, sua preocupação com o decorrer da gestação. Ela estava acompanhada pelo companheiro, e

logo foi perguntando se ele poderia frequentar os encontros e as consultas de pré-natal. Minha primeira impressão foi de uma menina bastante agitada, muito nova, tinha quatorze anos, com um namorado de trinta anos. Procurei tranquilizá-la em todas as suas dúvidas, e assegurei a permanência do companheiro em todas as atividades que seriam realizadas. Após uma semana deste primeiro encontro, agendei por telefone uma visita, para explicar sobre a pesquisa que estava realizando. Marcamos a data, o horário, e o local seria na sua residência.

Na data e horário marcados, dirigi-me à residência que ela informou. Não era sua residência, ela estava em casa de uma tia, em outro bairro da cidade. Sua mãe e sua irmã caçula também estavam nesta casa. Ao chegar, fui muito bem recebida pela tia, pela mãe e também por ela. Desde o início, na leitura e explicação do Consentimento Livre e Esclarecido, a família estava presente e após os devidos esclarecimentos, sua mãe assinou. A sós, realizamos a primeira entrevista.

Estávamos em um quarto muito pequeno, com pouca iluminação, com vários ruídos da casa, e nos sentamos na cama de casal. Mesmo assim, ficamos conversando por aproximadamente uma hora. Durante algum tempo, Maria olhava para longe, pela única janela, evitava meu olhar; mas, quando se referia ao seu pai, me olhava fixamente, discorria sobre os problemas com ele sem chorar. Durante todo o tempo, ela falava com facilidade, sem pausas, sem demonstrar receio algum.

Após esta primeira entrevista percebi que precisaria de outros encontros, pois havia vários pontos que deveriam ser esclarecidos.

Após duas semanas, ela me ligou e disse que tinha voltado para a casa de seu pai, e me convidou para visitá-la. Aproveitei o convite, e agendamos mais um encontro.

Na residência de seus pais, fui recebida novamente com muita cordialidade. Sua casa é bastante espaçosa, arejada, bem mobiliada. Nesta casa moram os pais, sua avó materna bastante idosa, ela e sua irmã. Novamente conversamos a sós, por um longo tempo. Esclareci alguns pontos da entrevista anterior, e percebi que, a partir daí, seria necessário que eu a encontrasse mais vezes, pois ainda havia pontos a esclarecer neste processo.

Depois de três meses de acompanhamento, seu pai me procurou e pediu para conversar comigo. Ele queria me contar várias situações de sua vida pessoal, para que eu pudesse entender sua relação de pai com a colaboradora. Essa conversa não foi gravada, mas percebi a profundidade da relação que estava iniciando com aquela família. Senti que os pais precisavam de apoio, de compreensão, enfim precisavam compartilhar o que sentiam comigo. A partir disso, nossa relação passou de pesquisadora com colônia, para uma relação mais profunda, mais humana, sendo que pude também compreender a complexidade do tema deste estudo.

Assim, a história de vida de Maria provocou, no início, uma separação temporária dos pais. À medida que o processo da gestação foi transcorrendo, os pais reataram o casamento e se ajudaram mutuamente. O companheiro da gestante permaneceu a seu lado durante todo o processo. Percebi que seria necessário manter continuidade. Meu acompanhamento com esta colaboradora durou um ano e três meses.

Essa entrevista foi o "ponto zero" que é definida como "a entrevista de um depoente que conheça a história do grupo ou de quem se quer fazer a entrevista central", mas também,

"há casos em que o 'ponto zero' se transforma na primeira entrevista, mas, normalmente, isso ocorre porque esse encontro é mais informativo e não se comporta dentro dos padrões regulares do andamento de uma gravação, mas sim porque, muitas vezes, ele se converte em uma guia capaz de orientar o andamento das entrevistas" (Meihy, 2006, p.140).

Maria tornou-se o "ponto zero", porque exigiu uma postura democrática entre pesquisadora e entrevistados. A história de Maria se desvelava muito séria, com desdobramentos familiares, acusações, suspeitas, sendo que aprendi que deveria ter uma atitude profissional, que segundo o autor, é alguém que deve ouvir prudentemente, discernir os argumentos, sem, contudo, externar seus pontos de vista além do argumento apresentado; ou seja, exige "uma tomada de posição filosófica que mexe com a noção de neutralidade e distanciamento" (Meihy, 2006, p.141). Assim, vali-me do pressuposto do autor de que "a compreensão do problema narrado em cada entrevista e, depois, a construção dos liames explicativos do todo" neste processo de compreensão em profundidade da gestação na adolescência, tornou-se minha ferramenta do meu próprio enfrentamento das complexas relações familiares, pois fui muito mais ouvinte do que questionadora em todas as múltiplas entrevistas realizadas com as colaboradoras.



---

**Maria Ana**

*Quatorze anos, é a primeira filha de cinco irmãos. Reside com o companheiro, na casa da família dele. Seu companheiro tem vinte e dois anos. Primigesta, branca, loura, olhos verdes, estatura pequena, emagrecida, sem intercorrências na gestação. Cursava a oitava série do ensino fundamental. Abandonou o estudo à época da gestação.*

---

*Notas do caderno de campo*

Esta colaboradora mora na casa da família do companheiro. A casa é própria, espaçosa, bem mobiliada. As entrevistas foram realizadas em sua residência, após agendamento de data e horário de sua preferência; algumas foram realizadas na área externa da casa, e outras, na área interna. Fui recebida pela sogra da colaboradora e pela tia do seu companheiro, e também por ele.

No primeiro encontro, fui muito bem recebida pela sogra e pela tia. Maria Ana falava pausadamente e após a leitura do Consentimento Livre e Esclarecido com as devidas explicações, o companheiro assinou. Sempre conversamos a sós, sem interrupções pelos familiares. Falava pausadamente, calma, com um tom de voz baixo, manteve o olhar fixo em mim, em todos os encontros. Após as revelações iniciais, percebi que deveria manter continuidade também com esta colaboradora, devido às questões familiares que me foram reveladas. Confesso que fiquei bastante preocupada com esta colaboradora, que demonstrava inicialmente fragilidade, e revelava um afastamento de sua mãe, que, no início, pensei que fosse abandono.

Vários pontos precisavam ser esclarecidos, principalmente, para me assegurar de que não havia circunstâncias graves como agressões

físicas, abandono, negligência; várias situações de conflito foram reveladas, entre ela e seu companheiro e entre ela e sua mãe. Percebi que também nesta família havia necessidade de manter continuidade. Meu acompanhamento com esta colaboradora durou um ano e seis meses.

As entrevistas de Maria Ana me trouxeram profundas reflexões enquanto mãe, enfermeira, mulher. O que leva uma mãe simplesmente a consentir que a filha de treze anos vá morar na casa do namorado: problemas financeiros, rebeldia, negligência? Como a família do companheiro reage frente a esta situação? Enfim, nestas entrevistas, aprendi o sentido de prestar atenção ao "valor moral da experiência pessoal" (Meihy, 2006, p.147).

Nos vários encontros, percebi que assim como todos os cuidados necessários para uma boa entrevista, sem dúvida alguma, o local para realizá-las é fundamental. O autor afirma que "(...) sempre que possível, deve-se deixar o colaborador decidir sobre onde gostaria de gravar o depoimento"(p.153). Neste caso, isso foi fundamental, pois o tom de voz baixo e a gravidade das revelações desta gestante adolescente não teriam acontecido, se não tivéssemos a privacidade necessária.

**Maria Rita**

*Dezesseis anos, é a primeira filha, tem um irmão de quinze anos. Reside com o companheiro, na casa de seus pais. Seu companheiro tem vinte e oito anos. Primigesta, branca, cabelos e olhos castanhos, estatura média, eutrófica, sem intercorrências na gestação. Estudante, cursando o primeiro ano do ensino médio. Não abandonou o estudo à época da gestação.*

*Notas do caderno de campo*

Maria Rita mora na casa dos pais com seu companheiro. No início do acompanhamento, a primeira entrevista realizamos na casa de sua tia, por decisão da colaboradora. Nas demais, os encontros se realizaram em sua casa.

Tinha um tom de voz muito baixo, falava calmamente, mantinha sempre muita cordialidade, me recebia com muito carinho, mantinha também uma postura reservada. Não tive contato com seus pais ou com seu companheiro. No primeiro encontro, fui muito bem recebida pela cunhada da colaboradora. Após a leitura do Consentimento Livre e Esclarecido com as devidas explicações, sua cunhada assinou. Sempre conversamos a sós, e sempre sozinhas.

Vários pontos também necessitavam de esclarecimento devido às revelações da colaboradora. Mantive também continuidade de acompanhamento, e nossos encontros foram múltiplos. Assim, meu acompanhamento durou um ano.

Nos encontros que tive com Maria Rita, pude perceber a importância do termo "colaborador", pois define a importância da relação entre o entrevistador e o entrevistado. E isso foi preponderante nestas entrevistas, pois, sem o verdadeiro sentido de colaboração, não teria

conquistado a confiança necessária para as revelações pessoais e íntimas de uma adolescente tão reservada, bastante tímida, que ao longo dos encontros foi me descortinando seu mundo, seus anseios, seus planos de vida.

---

**Maria Isabel**

*Dezessete anos, é a primeira filha, tem duas irmãs. Reside na casa de seus pais. Seu companheiro tem vinte e dois anos..Primigesta, branca, cabelos e olhos castanhos, estatura média, eutrófica, sem intercorrências na gestação. Tem dificuldade de aprendizagem e cursou a primeira série do ensino fundamental. Não estuda.*

---

*Notas do caderno de campo*

No primeiro encontro, em sua residência, ela estava acompanhada pelo companheiro. A colaboradora decidiu o horário e o local para todos os encontros.

Após a leitura do Consentimento Livre e Esclarecido e as devidas explicações, o companheiro assinou. Ficamos a sós em todos os encontros.

Maria Isabel falava com boa fluência, sem constrangimento, sem dificuldades de expressão. As revelações de sua dificuldade de aprendizagem indicaram a necessidade de manter continuidade, por isso conversei com sua mãe para esclarecer alguns pontos importantes. O nível de escolaridade dos pais é de ensino fundamental incompleto, o que reforçou esta necessidade.

Durante os encontros, sempre fui recebida pela colaboradora e esses aconteceram no horário noturno. Somente após o nascimento, os

encontros se realizaram na zona rural, em horários diurnos, pois mãe e bebê estavam de férias no sítio dos pais.

As revelações de dificuldade de aprendizagem desta colaboradora indicaram-me que necessitava aprofundar meus conhecimentos sobre a importância do processo de transcrição. Assim, respaldada por Meihy (2006), a transcrição é um processo, ou seja:

- *Transcrição absoluta*: é a passagem completa, com todos os detalhes sonoros, da entrevista gravada para a escrita;
- *Transcrição literal*: é a passagem de todas as palavras de uma entrevista;
- *Textualização*: é a transcrição trabalhada, integrando as perguntas, estabelecendo a lista de palavras importantes e das expressões básicas das histórias. É nesta fase que é escolhido o tom vital.
- *Transcrição*: é a entrevista trabalhada já em sua fase de apresentação pública. As correções gramaticais, as frases completas, tudo deve estar estabelecido nesta etapa.

Atenta às questões éticas deste estudo, todas as vezes que devolvi para a colaboradora as entrevistas transcritas e, finalmente, transcriada, tive a preocupação de solicitar a presença do companheiro ou de um familiar para a leitura das mesmas.

**Maria Alice**

*Dezessete anos, é a caçula de duas irmãs. Reside na casa de seus pais, com seu companheiro atual de vinte e dois anos. Tem dois filhos de outro companheiro.*

*Tercigesta, branca, cabelos e olhos castanhos, estatura média, eutrófica, sem intercorrências na gestação. Estudava na sétima série do Ensino Fundamental.*

*Abandonou a escola à época da gestação.*

*Notas do caderno de campo*

Todos os nossos encontros foram em sua residência, em horários agendados previamente. Maria Alice sempre demonstrou interesse em falar de seus problemas, discorria livremente, sem interrupções. Mantinha os dois filhos em alguns encontros, porém, quando necessário, retirava as crianças do local, ou então, pedia à vizinha para buscá-los antes da minha chegada.

Como esta colaboradora estava na terceira gestação, senti a necessidade de conviver também com sua família, e assim, mantive contato com sua mãe por todo o tempo do acompanhamento. Nesta família, a gestação na adolescência já tinha ocorrido quatro vezes, sendo que a colaboradora é mais nova de todas as filhas, e foi a primeira gestante adolescente há quatro anos; e, novamente estava grávida. Assim, mantive a continuidade, pois vários pontos me intrigavam. Meu acompanhamento com esta colaboradora durou um ano e dois meses.

As idas e vindas com esta colaboradora e sua mãe, seus filhos, enfim, sua família me trouxe o significado claro de que "toda narrativa é sempre e inevitavelmente uma construção, elaboração, seleção de fatos e impressões".(Meihy, 2006, p153).

---

**Maria Silvia**

*Dezessete anos, é a segunda filha de quatro irmãos. Reside na casa de seus pais, com seu companheiro, na zona rural do município. Ela e seu companheiro estão construindo sua casa ao lado da casa de seus pais. Seu companheiro tem vinte e cinco anos. Primigesta, branca, cabelos e olhos castanhos, estatura média, eutrófica, sem intercorrências na gestação. Cursava o primeiro ano do ensino médio, decidiu abandonar os estudos à época da gestação.*

---

*Notas do caderno de campo*

Nossos encontros foram sempre no período da tarde, em sua residência. No início, fui recebida por ela e conversamos ao ar livre, longe da residência. Ao final deste encontro, ela me levou para conhecer sua família e sua residência. Estavam presentes sua cunhada, gestante adolescente também participante desta pesquisa, sua irmã mais nova e sua tia. Também nesta família, a gestação na adolescência já vem ocorrendo há tempos. Durante nossos encontros sempre procurávamos manter um ambiente favorável, pois também havia crianças pequenas na casa. Em todos os encontros, Maria Silvia estava à vontade, falava com tranquilidade, sem interrupções; mantinha o olhar fixo em mim, e procurava manter um tom de voz sempre alto. Mantive a continuidade também com esta colaboradora devido às suas revelações iniciais, e, pelo fato da repetição da gestação em adolescentes nesta família. Assim, a acompanhei durante um ano e dois meses

Durante todo este período de acompanhamento, percebi a importância da figura de sua mãe nesta família, pois, tanto para Maria Silvia como para Mariana sua cunhada, esta mãe é o ponto central de apoio, de carinho, de cuidado. Tive alguns contatos também com sua mãe, e percebi

que mesmo estando ausente durante o dia devido ao seu trabalho, sua presença reforça o vínculo entre a família e conduz a harmonia em casa. Essa mãe tem escolaridade fundamental incompleta.

Nesta família, aprendi o significado da saturação dos dados, ou seja, quando começam a se repetir os depoimentos, está na hora de parar. Mas, ainda havia, nesta mesma família, mais uma colaboradora, e assim, optei também por incluí-la.

---

#### **Mariana**

*Dezoito anos, é filha única. Reside na casa dos pais de seu companheiro de dezenove anos, na zona rural do município. Secundigesta, branca, cabelos e olhos castanhos, estatura alta, emagrecida, sem intercorrências na gestação. Cursava o primeiro ano do Ensino médio e abandonou os estudos à época da gestação.*

---

#### *Notas do caderno de campo*

Nossos encontros também aconteceram em sua residência. Devido às revelações dessa colaboradora, mantive continuidade de acompanhamento, encaminhei para acompanhamento psicológico quando foi necessário, portanto, nosso vínculo foi fortalecido. Varias revelações me tocaram fundo, assim como já mencionei anteriormente. Mariana é bastante emagrecida, pálida, demonstrava apatia e desânimo em todos os encontros. À medida que a gestação foi desenvolvendo, percebi que seus sintomas de tristeza aumentavam e as crises de choro tornaram-se freqüentes. A fragilidade desta colaboradora também me reforçou o significado de prestar atenção ao "valor moral da experiência pessoal" (Meihy, 2006, p.147). Minha preocupação com esta colaboradora foi sempre mais intensa, procurava



telefonar várias vezes durante as semanas, tive contato com a psicóloga que a atendeu e procurei estar sempre por perto. Acompanhei-a por um ano e dois meses.

## Capítulo 4

---

### AS NARRATIVAS

---

*Mas é preciso ter força  
É preciso ter raça  
É preciso ter gana sempre  
Quem traz no corpo a marca  
Maria, Maria  
Mistura a dor e a alegria...*

---

Neste capítulo, é apresentada a visão do grupo cultural por meio das sete narrativas de sete gestantes adolescentes; uma delas tem dois filhos e outra teve o terceiro filho. A fase de coleta de dados por intermédio de entrevistas, aqui apresentadas na forma de narrativas, iniciou-se em maio de 2006 e teve o término em novembro de 2007, num total de 18 meses. Nessa mesma época, foram realizados períodos de observação participante, que se estenderam até julho de 2007.

Como o acompanhamento de cada colaboradora foi extenso, foram vários encontros durante o período gestacional e após o parto. As notas do caderno de campo foram feitas ao longo de todo os encontros, o que ajudou na construção do tom vital de cada narrativa. Os períodos de pós-entrevista se estenderam durante a transcrição e transcrição do conteúdo obtido, pois, sempre que necessário, as colaboradoras foram contatadas, garantindo assim a continuidade do processo como foi referido no capítulo 4. Na transcrição, foram retiradas as expressões viciosas da linguagem local. As colaboradoras tiveram a oportunidade de retirar,

acrescentar e opinar na edição e textualização de seus relatos, sendo que isso ajudou até na confirmação ou não da tonalidade afetiva da narrativa.

As sete narrativas são apresentadas a seguir, precedidas da identificação das colaboradoras.

## MARIA

*Tem quatorze anos, é a primeira filha do segundo casamento paterno, sendo o pai pastor evangélico, alcoolista recuperado (abandonou o vício há trinta anos). Seu companheiro tem trinta anos. Primigesta, branca, emagrecida, estatura alta, sem intercorrências na gestação. Cursava o primeiro ano do ensino médio, deixou a escola à época da gestação.*

***“Hoje sou uma adolescente feliz, como filha, como mãe, como esposa, sou feliz!”***

*“Meu nome é Maria, tenho quatorze anos de idade e sou a filha mais velha do segundo casamento do meu pai. Nasci aqui mesmo, tive infância normal, nunca tive problema nenhum, brinquei bastante, brinquei de boneca, fiz bastante arte. Tenho uma irmãzinha de 11 anos. Fui criada por minha mãe e meu pai.*

*Eu fui à primeira filha que fez isso... Ele tinha muita esperança em mim. Ele me deixava namorar casa. O dia em que a gente contou que eu estava grávida, quer dizer, foi ele (companheiro) que contou, pediu perdão para o meu pai... Ele ficou louco xingou, xingou mais ele do que eu e disse que não queria mais ele aqui.*

*Na época da notícia da minha gravidez meu pai dizia que queria registrar a criança... Entrou até a justiça no meio. Meu pai falou que o meu namorado não ia cuidar da criança, que então ele iria registrar a criança. Eu olhei bem para ele e falei que ele estava ficando louco! Disse que em casa era a lei e a justiça.*

*Eu fui agüentando aquilo durante um mês... Fui na justiça e a moça da Defensoria da Mulher falou que o meu pai não poderia registrar a criança, porque era crime, ele podia ser*

*preso... Então falou que ia pegar a guarda da criança. A mesma moça disse que ele só poderia pegar a guarda se o pai ou a mãe da criança não quisesse cuidar. Mas, como tem pai e tem mãe querendo assumir, não poderia...*

*Um dia eu sentei com meu pai e disse: Eu quero ficar com ele, o senhor não quer que eu case, tudo bem, eu fico aqui em casa mesmo. Arrumo as coisas da criança no meu quarto... Ele sustenta, vem ver, mais para frente a gente casa ... A gente fez planos de casar depois que a criança nascesse... Mas meu pai começou a piorar... Conversar com ele não estava dando mais... Eu fui ficando nervosa, chorava e comecei a ficar muito deprimida...Ele não deixava eu sair de casa... Aquilo lá foi me apertando muito...Minha mãe conversava com ele, porque também não estava agüentando... Eu encontrava com meu namorado sem o meu pai saber, sabia, mas, fingia que não... Um dia, meu pai veio para cima de mim e me bateu, rasgando minha orelha. Eu não vi, só fui ver depois quando estava sangrando... Nossa! Aquilo acabou comigo!...Eu sou igualzinha a meu pai... Quando fico nervosa, não preciso bater para machucar...Com palavras eu machuco (silêncio)*

*Um dia minha mãe me convenceu, e eu conversei com meu pai... Ele chorou... Nunca tinha visto meu pai chorar...(silêncio).*

*Hoje, meu pai quer fazer de tudo para mim e para a criança...Tudo, tudo, tudo, que você possa imaginar...Tudo mudou...*

*Minha mãe que me deu pílula, desde que descobriu que eu já não era mais... Eu comecei a tomar, e depois parei, quando eu conheci o Flávio, e aconteceu... Eu não achei que seria assim, tem amiga minha que está dois anos tentando engravidar. Minha prima mesmo demorou cinco anos, fez tratamento. Comigo eu achei que muito foi rápido... O Flávio mesmo, não conformou, disse: não é possível! Foi por deslize mesmo...*

*Eu parei de tomar pílula porque me fazia muito mal, eu ia para a escola e não conseguia assistir aula, ficava o tempo todo com a cabeça abaixada na carteira, com aquela ânsia, tinha muito mal estar, meu organismo rejeitava mesmo. Minha mãe falava*

*para tomar depois do almoço, mas era pior ainda. Comecei a tomar só em caso de necessidade, tipo feriado, se fosse para vir, então eu tomava para não menstruar. Eu ajudava até minhas amigas, eu dava pílulas para elas, para não estragar um passeio, uma viagem...*

*Achei que não ia engravidar, porque que meu organismo tinha absorvido bastante. Só que nesse período eu descobri que eu estava grávida. Eu engravidei mesmo por descuido meu, porque eu tomava pílula...*

*No começo quando eu parei de tomar, a gente foi sem (camisinha), ele não sabia, foi quando eu engravidei... Quando eu falei pra que não estava tomando ele começou a usar a camisinha. Ia começar a tomar depois de descer a primeira menstruação. Ficamos esperando, só que nada de vir (risos)... Eu, pra mim, eu não estava grávida ... Quem achou que eu estava mesmo foi ele... Só que eu pensei: sempre tem a primeira vez... Vamos fazer o exame, e descobri que eu estava grávida. Eu que dei bobeira, não foi culpa dele (companheiro). Para ele, eu estava tomando.*

*Com aquele clima chato em casa eu fui embora para a casa da minha tia... Depois que conversamos eu e meu pai ficava implorando para a gente voltar, e a gente ficou com dó dele, era mais para dar um susto nele. Graças a Deus caiu a ficha dele e hoje, está normal, ele conversa comigo, meu pai está bem, tranqüilo, está tudo bem (silêncio).*

*Agora, as coisas vão ser bem diferentes, eu com 14 anos mãe... As coisas são bem diferentes. Ah! Sei lá, a responsabilidade é mais. Antes, eu não tinha responsabilidade de nada... Tinha a responsabilidade de estudar, ir à escola, que toda adolescente tem mesmo, mas agora eu tenho uma criança para eu cuidar, as coisas não vão ser da maneira que eu quero, criança não é uma boneca que você pega e joga ali, não quero brincar mais. Não é igual àquelas bonequinhas que você aperta um botãozinho, está chorando você se irritou com a boneca você joga a boneca ali e deixa a boneca chorando. Mudou muito, minha cabeça está diferente, entendeu? É uma coisa que vai ter necessidade. Se eu não fizer nada, ela vai ficar lá... Porque ela não sabe falar, não*

*sabe pedir, até ela crescer e se desenvolver como uma criança normal.*

*Eu era cheia de costume de ser muito divertida, muito alegre. Hoje não. Hoje eu já manerei mais, nas minhas atitudes e nas minhas liberdades. Antes, mesmo namorando eu não tava nem aí. Gosto dele, amo ele, mas, ia para a escola, brincava na escola, não tava nem aí com as coisas. Hoje não, hoje, agora, eu faço as coisas pensando no que está dentro de mim, não pode sofrer as conseqüências mais pra frente...*

*Minha mãe está do meu lado, minha família está do meu lado. Não a família do meu pai, porque a família do meu pai mora longe, mas eu mantenho contato por telefone. O que mais me fortalece mesmo é ele (noivo), minha mãe e minha tia. Porque tem umas pessoas gostam de meter o dedão porque não sabem da história, não sabem o que aconteceu, e mesmo assim, gostam de dar suas opiniões. Então, os que estão mais do meu lado mesmo, são: minha mãe, ele, a família dele, e minha família aqui.*

*Alguns tios criticaram... E, eu sabia que eu ia ter que escutar isso. Mas eu não ligo para que os outros falam. Eu ligo para o que eu estou pensando, o que eu quero para mim. Eu sou o tipo de pessoa que não deixo me abalar pelo que pessoas vão falar de mim; até hoje eu sempre dei a volta por cima de tudo, sempre fui uma boa amiga.*

*Mas, o que me fez chegar até aqui até agora, foi a minha mãe e o Flávio, foram os dois... E a minha tia. Eu e a irmã dele, não combinamos muito, ela estava grávida também, e, pelo fato de que eu sou muito mais nova do que o irmão dela, ela não aceitava. E ela é bem mais velha. Antes de descobrir minha idade, ela conversava comigo, depois parou. ela pergunta do neném, ela se preocupa, mas do jeito dela, mas a gente não conversa uma com a outra. Ela fez muito pouco caso de mim no começo da minha gravidez... O meu namorado, falou para ela que ia sair da casa e alugar outra para ele junto comigo... Agora ele está trabalhando e já alugou uma casa... Quem casa quer casa.*

*Eu vou morar lá na casa dele (companheiro), porque ele não tem pai nem mãe, eles morreram há pouco tempo. Nós*

*estamos na nossa casa, mas eu deixei tudo prontinho, porque eu não vou ficar aqui...porque cuidar de neném novinho e cuidar de móveis essas coisas, não dá...então, eu e ele deixamos tudo certinho, minhas coisas, as coisas do neném, as coisas dele.*

*Eu estou aqui na casa da minha mãe por 15 dias, porque o neném nasceu, e depois eu volto para lá, com tudo arrumadinho... Por enquanto, eu fico aqui e lá, mas depois eu fico lá definitivo.*

*Minha mãe não pode me ajudar muito, porque minha avó dá muito trabalho mesmo, então eu vou ficar lá na minha casa, mas também não quero ficar dependente da família dele, porque eles intrometem muito, e eu não gosto disso...Eles ficam intrometendo até no que eu como, na forma como eu vou criar a criança... Mesmo antes de o neném nascer eles estavam intrometendo. Eu estou vendo que se eu for morar perto deles eu não vou ter sossego, então, eu prefiro ficar bem longe deles, porque eu crio da minha maneira.*

*Na gravidez, ele só não freqüentou o médico comigo, porque ele trabalha o dia inteiro, tem dois empregos, um de dia e outro à noite... E eu fico aqui durante a semana e vou para minha casa no final de semana(silêncio).*

*Eu estudava, mas o Flávio detestava minha escola, dizia que não era ambiente para mim, e durante minha gravidez ele achava perigoso, podia acontecer alguma coisa. Ele disse que ano que vem eu volto a estudar, mas não naquela escola.*

*Eu parei de estudar mesmo por causa dele, por mim, eu estava lá, não para estudar, porque eu não gosto, mas por causa das minhas amigas, eu gostava das minhas amigas... Mas, ele falou se fosse para estudar, então não era para ir, e eu parei.*

*Eu estava de 36 semanas, eu fui à maternidade, mas o doutor que podia ir embora e voltar se tivesse qualquer coisinha... Quando estivesse dando a dor de parto. Pelo ultrassom o neném, estava com um peso bom. Quando eu estava de 37 semanas e meia, eu comecei a sentir dor. A noite inteira sentindo dor, mas, estava dando uma dor diferente da outra, e de manhã, ficou mais forte e eu voltei para lá. Era outro doutor que me atendeu. Ele fez toque, ligou para o outro médico que era responsável, e disse como eu*



*estava. Mas o chefe mandou dar um Lisador. Fizeram e eu fiquei lá esperando ele chegar. Ele chegou e disse que não ia colocar aquele remédio no soro e que era melhor esperar o neném amadurecer. Mandou tomar um remedinho por 7 sete dias e disse que quando terminasse ia sentir a dor de novo e aí era hora de voltar... Depois, eu não tive mais nada e o neném nasceu de 40 semanas. No domingo à noite, eu fui para o hospital. Eu cheguei lá às sete e meia da noite do domingo. Eu fiquei andando, eu ia ao banheiro para ver se a dor parava, mas não parava. Puseram o soro, eu ia ao banheiro para ver se parava, não parava nada! Quem cuidou de mim foi uma médica, que me ajudou. Ela me ajudou muito! Ela me ajudou quando a dilatação estava com quase dez dedos. Ela chegou no quarto e tinha um monte de alunos lá, então ela falou para eles saírem, porque tinha muita gente. Não tinha necessidade de estar todo mundo lá, estavam todos parados olhando para mim! Na minha sala de parto, para você ter uma idéia, tinha uns 10 ou 11 alunos. Estava uma aluna moreninha, que a doutora mandou ficar apertando minha barriga, mas ela não tinha força suficiente para me ajudar. Então, entrou um médico sem jaleco, sem nada, só de roupa branca! Perguntou se estava tudo bem. Olhei bem para a cara dele e fingi que nem ouvi! Ele falou assim: Ele perguntou como é que estava o parto. Responderam que estava nascendo. Então, ele tirou a aluna moreninha e disse: quer ver como vai nascer rapidinho? Ele subiu em cima de mim, fez a primeira força saiu a cabeça; fez a segunda força, ele nasceu. Esse médico saiu do nada! Pegou o neném com a mão! Passou ele por mim e já levaram o neném de mim... Eu nem vi meu filho! Então a médica mandou eu fazer força para sair a placenta. E o médico disse que não precisava. Ele subiu na minha barriga de novo, fez outra força e a placenta saiu. Fizeram a limpeza por dentro, deram os pontos e me levaram para o quarto. Eles queriam que eu deitasse sem tomar banho. Eu estava toda suja, e falei que ia tomar banho! Quase caí dentro do banheiro, mas tomei banho e depois fui deitar. Mas você não consegue dormir, porque dá muita cólica! Então, passava a anestesia dos pontos, dava cólica!*

*Então ela deu remédio, mas quando eu ia dormir, trouxeram o bebê, e eu não dormi nada! (silêncio) É uma dor muito ruim, não é uma dor suportável não, eu grudava na parede, eu gritei muito, eu xinguei todo mundo! É uma dor muito ruim! Eu não quero sentir de novo! Quando você vai para a sala de parto, vem a contração e você faz força e dói mais ainda! Eu não queria fazer força mais! (silêncio).*

*Ele nasceu dia 22 de outubro. Eu tenho bastante leite, estou amamentando, só não dou banho porque tenho medo de derrubar, mas faço tudo, troco, ele dorme perto de mim... Mas, eu quero ir para a minha casa, ficar com o Flávio e ele...Mas minha mãe não quer que eu vá agora, só depois de vinte dias. Mas, o Flávio quer que eu vá logo. Meu pai do jeito dele está gostando. Ele pega o neném, mas quando vê que eu estou vendo, ele põe no carrinho (risos).*

*Eu não quero ter outro filho, foi muito ruim! Eu fiquei perto das pessoas que queriam ficar perto de mim e isso foi muito importante, nesse período todo. Eu queria ficar perto das pessoas que estavam me dando apoio, e procurei evitar as pessoas que me criticaram. Fiquei ao lado das pessoas que me ajudaram, como, minha mãe, meu pai, meu namorado, a família dele...*

*Hoje sou muito diferente. Esse diferente é que antes eu saía, eu fazia o que eu queria... Agora não, eu não saio, tenho minha casa...Acho isso maravilhoso...Estou feliz, o pior já passou...Antes de engravidar eu não tinha esse plano, mas depois que engravidei, planejei tudo: minha casa, minha vida com meu namorado, tudo...Hoje sou uma adolescente feliz, como filha, como mãe, como esposa. Sou feliz! Não tenho queixa de ninguém, não! Por enquanto não vai dar para voltar a estudar, mas, depois de dois anos eu volto para a escola “..*

## MARIA ANA

---

*Tem quatorze anos, é a primeira filha de cinco irmãos. Reside com o companheiro, na casa da família dele. Seu companheiro tem vinte e dois anos. Primigesta, branca, loura, olhos verdes, estatura pequena, emagrecida, sem intercorrências na gestação. Cursava a oitava série do ensino fundamental. Abandonou o estudo à época da gestação.*

---

***“Minha vida agora está bem melhor, estou feliz”.***

*“Eu me chamo Maria Ana, tenho quatorze anos de idade e moro com meu companheiro desde os treze anos. Tem um ano e cinco meses que moramos juntos... e minha mãe sabe e deixou eu vir para cá, porque eu queria vir. Ele tem 22 anos... Minha mãe tem mais quatro filhos e eu me dou bem com todos eles. Agora, está melhor, está melhor do que era antes.*

*Antes de engravidar era um pouquinho diferente. Eu e meu marido não nos dávamos muito bem, quando eu engravidei, nós melhoramos, paramos de brigar, ficou tudo bem entre nós...*

*Eu queria esse neném, então ele está trazendo muita felicidade para mim e para o meu marido, está tudo de bom pra nós, e daqui pra frente vai ser melhor. Porque eu espero que seja tudo melhor entre nós. Daqui para frente eu espero que eu possa cuidar do meu filho melhor. Espero que eu possa dar uma coisa melhor para ele do que eu não tenho para mim e para meu marido...*

*Durante a gravidez, eu pensava que depois que eu ganhasse esse neném eu ia voltar a estudar de novo. Parei esse ano porque eu quis... É tudo novidade, a primeira gravidez é tudo novidade... Para mim foi tudo muito bom, é uma coisa que eu queria, meu marido queria muito, e agora nós temos uma filha. Daqui para frente tudo vai estar muito bem, cada dia que passa está melhor ainda.*

*Minha filha nasceu de parto normal, pesando 3 quilos e 70 gramas. Eu cheguei no hospital meia noite e ganhei a menina as 4 e meia da manhã... Eu achei o parto doloroso... Ela nasceu*

*roxinha e com um galo na cabeça, tirei até uma foto dela quando nasceu, mas agora já sumiu... Eu estava sentindo contração há dois dias, mas estava fraquinha e muito distante uma da outra. Depois eu senti contração de 15 em 15 minutos , e eu fui ao hospital, mas a médica me mandou voltar para casa, porque estava com um dedo e meio de dilatação... Mas, à noite, quando voltei estava bem dilatado, as contrações aumentaram e ela nasceu... Quando eu vi a carinha dela eu achei muito bom, é muito bom ser mãe, eu gostei demais, quando a gente olha pro rostinho, compensa passar a dor todinha...*

*Ela está mamando em mim, o que eu mais tenho é leite. No começo, rachou o bico porque eu não estava dando direito, mas depois que eu aprendi, não rachou mais.*

*Ela mama em um peito até esvaziar, só na outra mamada é que eu ponho no outro peito. Minha mãe ficou no hospital comigo até nascer a neném, ela me apoiou a gravidez inteira, me deu força mesmo não morando aqui. Ela ficou comigo até a hora em que eu tinha que ir para a sala de parto.*

*Minha vida agora está bem melhor, estou feliz, todos estão felizes, meu marido está rindo à toa... Ano que vem eu volto a estudar e continuo cuidando dela, porque eu cuido dela, dou banho, faço tudo, e estou feliz.”*

## MARIA RITA

---

*Tem dezesseis anos, é a primeira filha, tem um irmão de quinze anos. Reside com o companheiro, na casa de seus pais. Seu companheiro tem vinte e oito anos. Primigesta, branca, cabelos e olhos castanhos, estatura média, eutrófica, sem intercorrências na gestação. Estudante, cursando o primeiro ano do ensino médio. Não abandonou o estudo à época da gestação.*

---

***“Estou tranqüila, minha vida está sossegada... minha mãe me ajuda bastante... minha vida mudou muito, mas eu gostei demais... gostei demais”***

*“Meu nome é Maria Rita, tenho dezesseis anos. A minha mãe tem 47. Eu sou a filha mais velha. Depois de mim tem mais um, de 15 anos.*

*O que mudou na minha vida foi tudo, porque não só eu queria ter filho, como meu namorado também queria ter. E já vai fazer três anos que nós estamos juntos e ele perguntava por que, nesses três anos eu não havia ficado grávida. Ele queria o filho. Ele sempre quis ter um filho, dar mais um neto à mãe dele. Ele gostou quando soube que eu estava grávida. Ele tem 28 anos.*

*Quando eu fiquei sabendo que estava grávida, eu estava lá na casa da mãe dele, me deu tontura. No resto da gravidez eu passei muito bem. não sentia tontura nenhuma, não sentia falta de ar, não sentia nada, graças a Deus. Não tinha nada. Só deu tontura no dia em que descobri só.*

*Mudou tudo assim, entre eu e a minha família. Minha mãe ficou muito contente quando ficou sabendo. Mas eu até fiquei com medo de ela me xingar, mas graças a Deus tudo correu bem. Ela falou que eu não ia cuidar da criança, que sozinha eu não daria conta porque sou muito nova, adolescente, então, ela ia me ajudar, ia dar uma força pra eu criar o nenê.*

*Ela dizia que não era hora de ter um relacionamento, pois era muito nova e não estava preparada para ser mãe. Ela falava que eu não ia ter muita prática pra cuidar, que eu era uma criança cuidando de outra criança.*

*Mas, eu pensava: Ah, eu vou cuidar, não vou fazer igual a algumas mães que têm filhos, depois não quer, deixa na maternidade. Eu já vou ser ao contrário, não vou dar meu filho para ninguém porque, ele é do meu sangue e do sangue do meu namorado. Se eu quis e meu namorado quis, eu não posso dar para outra pessoa.*

*Eu já vou ser assim, justa e correta. Então, eu prefiro ter meu filho e dar uma boa educação, ensinar, dar a ele o que ele precisar. Eu aceitei, porque, mesmo se a minha família não me ajudasse, ia fazer por mim mesma.*

*Eu pensei pro lado positivo. Ter essa criança, cuidar dela, dar educação, e vou seguir minha vida em frente. Continuar o estudo, não parar de estudar... Tem minha mãe lá em casa eu deixo com ela e estudo, faço as coisas de escola e dou educação.*

*Eu estou estudando, estou fazendo a oitava série, não vou parar não. A minha mãe perguntou se eu ia parar e eu disse que não, porque não adiantava nada eu parar. Ela também achava que eu não devia parar porque, quando o meu filho tivesse maior, ia querer saber as coisas que eu estou aprendendo hoje e eu não ia poder explicar pra ele.*

*Minha filha nasceu dia 04 de julho, de parto normal... Para mim foi bom. Eu comecei a sentir dor à meia-noite, e às 3 horas da manhã meu namorado acordou, eu ia ao banheiro e só urinava... Senti uma dor tipo cólica e eu não sabia que era contração. Depois que eu vim embora é que a minha mãe falou que era contração.. Saí de casa era 3 e meia da manhã, cheguei lá e até arrumar o papel para eu subir, era 10 para 4 e na maternidade. Quando o médico me atendeu era 4h e 10min, e ela nasceu às 5 horas da manhã... Foi rapidinho...Eu estava com bastante dilatação ... meu parto foi bom, tranqüilo... A única coisa foi que eu chorei, porque eu sou nervosa, mas não gritei... Quando eu saí da sala de parto e vi minha tia, minha mãe, meu pai, eu chorei...Mas dois dias a neném ficou na incubadora, mas à noite ela saiu, ela ficou no soro e no oxigênio, depois de dois dias ela tirou o soro, o oxigênio e já estava de alta... E viemos para casa... Voltei ao médico para ele dar remédio para eu não engravidar...*

*Não consegui amamentar porque eu não tinha bico do peito, tentei com a bombinha, mas estava machucando, então parei e estou dando mamadeira com Nan.*

*Eu acho muito gostoso cuidar dela. Eu sempre gostei de criança, desde os sete anos de idade, porque minha mãe trabalhava em casa de família e olhava uma menininha. A partir daí eu comecei a gostar mais ainda de criança... Eu gosto muito de cuidar dela, quando eu saio, às vezes eu preciso sair para ir à escola, eu deixo a neném com minha mãe e depois eu venho e fico com ela.*

*Eu e meu namorado estamos morando aqui na casa da minha mãe. Ele ficou muito contente, ele a bajula a noite inteira... Aqui moramos eu, meu namorado, minha mãe, meu pai e meu irmão... Estou tranqüila, minha vida está sossegada... Minha mãe me ajuda bastante... Minha vida mudou muito, mas eu gostei demais... Minha mãe e meu pai saem para trabalhar, meu namorado sai para trabalhar e eu fico com ela, e antes, eu ficava sozinha em casa. Agora eu não fico mais sozinha, e agora eu a tenho para ficar comigo... Eu estou continuando a estudar, e não vou parar... Vou estudar até o cursinho.”*

## MARIA ISABEL

---

*Tem dezessete anos, é a primeira filha, tem duas irmãs. Reside na casa de seus pais. Seu companheiro tem vinte e dois anos. Primigesta, branca, cabelos e olhos castanhos, estatura média, eutrófica, sem intercorrências na gestação. Tem dificuldade de aprendizagem e cursou a primeira série do ensino fundamental. Não estuda.*

---

***“Minha vida mudou, mas eu estou gostando... antes eu olhava criança de outra casa, e agora, eu cuido do meu filho. Estou feliz assim!”***

*“Eu sou Maria Isabel, tenho dezessete anos, a filha mais velha da minha casa e tenho duas irmãs. Quando minha mãe estava grávida, ela ficou doente, e por isso eu tenho dificuldade para ler e escrever, mas, minha infância foi tudo normal. Nós morávamos em um sítio, eu brincava bastante... Eu já gostava de olhar criança, porque minhas irmãs são mais novas do que eu.*

*Quando fui para a escola, é que perceberam que eu não conseguia ler direito. Como minha mãe diz, ela pegou doença de pele na minha gravidez, e eu nasci de oito meses. Mas, eu sou boa em tudo, menos para escrever e para ler. Eu tenho problema de cabeça, fiz até a primeira série. Eles falam que eu sou boa em tudo porque eu cuido de criança bem, faço as coisas de casa, faço tudo direito. (silêncio)*

*Eu não planejava essa gravidez, mas, quando aconteceu, ficou tudo bem, porque eu fiquei contente e ele também. Ficou todo mundo contente. É o primeiro neto e da mãe e do meu pai. Eu não prevenia, e aí aconteceu... Estava noiva, e achamos melhor esperar o neném nascer para depois casar. Meu noivo tem vinte e dois anos.*

*Minha mãe me apóia bastante. Antes eu saía muito, ia a festa, agora eu parei. Minhas colegas me chamavam para sair, mas agora não vou, mas, tudo bem (silêncio).*

*Meu filho nasceu de parto normal, foi tranqüilo. Minha mãe ficou comigo o tempo todo, ela disse que era assim mesmo.*



*Amamentei meu filho no peito, e até hoje continuo amamentando, porque ele fez dois meses dia dezoito, está gordinho.*

*Quando ele nasceu, eu vim para a casa da minha mãe, porque ela me ajuda muito, me diz como fazer as coisas para o neném. Vou continuar aqui até eu me casar. Aqui no sítio é bem melhor para mim e para o neném. Eu estou muito feliz, estou bem como mãe. Eu consigo fazer tudo direitinho, cuido do meu filho, faço coisas de casa, estou feliz!*

*Meu namorado vem todo final de semana, porque ele trabalha na cidade, mas, depois do casamento, ele vem morar aqui, quer dizer, quando ele vem fica comigo aqui e com o neném, nosso quarto é aqui mesmo.*

*Minha mãe disse que a gente pode esperar para casar direitinho quando o neném estiver maior.*

*No ano que vem, eu vou voltar a estudar, porque minha mãe vai me ajudar.*

*Minha vida mudou, mas eu estou gostando... Antes eu olhava criança de outra casa. Na gravidez trabalhava de noite em casa de uma família tomando conta de uma criança de dois anos. Agora, eu cuido do meu filho. Estou feliz assim!”*

## MARIA ALICE

---

*Dezessete anos, é a caçula de duas irmãs. Reside na casa de seus pais, com seu companheiro atual de vinte e dois anos. Tem dois filhos de outro companheiro. Tercigesta, branca, cabelos e olhos castanhos, estatura média, eutrófica, sem intercorrências na gestação. Estudava na sétima série do Ensino Fundamental. Abandonou a escola à época da gestação.*

---

***“Estou feliz, era isso mesmo que eu queria. Eu queria isso tudo. Valeu a pena!”***

*“Eu sou Maria Alice, tenho dezessete anos de idade, tenho três filhos pequenos, o mais velho de 3 anos, minha filha de 2 anos e este bebê. Minha mãe vai fazer 40 anos e meu pai 53 anos. Minha infância foi boa, não tinha problema nenhum; tenho duas irmãs, sou a caçula. Minha irmã mais velha tem 20 anos, a do meio tem 19 e eu 17. A de 20 anos já tem filho também. Meu relacionamento com elas é bom, todos me ajudam.*

*Antes eu não ligava muito, era estúpida em casa. Depois que eu tive filho fui melhorando. Eu era meio perdida. Depois desse terceiro, eu e meu namorado fomos para a igreja e melhorou tudo. Não falo mais alto com a minha mãe, não falo mais nada. Ele mora aqui comigo e trabalha com meu pai.*

*Minha primeira gestação foi com treze para quatorze anos. Todo mundo assustou, e eu também, porque eu não estava planejando... Eu tomava injeção, mas inflamou o local e saía, e eu não sabia e engravidei; do segundo, eu tomava remédio, mas eu estava engordando, e eu ia mudar de remédio. Desse agora, eu não estava tomando remédio...(silêncio)*

*Com meu outro companheiro, eu terminei, porque ele não dava atenção para os meus filhos, nunca ajudou em nada. Mas esse de agora dá atenção para os meus filhos, nós fomos para a igreja agora, nós convertemos, está tudo bem, nós vamos casar no ano que vem. Estou esperando fazer nossa casa, eu moro com meus pais.*

*Esta gravidez foi bem, só tinha muita dor na coluna, até inchou minhas costas e vomitei bastante também, mas só isso... Só*

*de manhã, depois, não aconteceu mais nada. Foi tudo bem. Eu não planejava, mas também não desfaço de nada, normal... Eu amamenteei os outros até os três meses, porque eu não tinha leite suficiente, dei chuquinha, e aí, secou tudo.*

*Mas, desde que eu engravidei do meu primeiro filho, meu pai e minha mãe foram bons comigo. Meu pai aceitou. Minha primeira gravidez foi complicada e ele não podia falar nada, porque meu coração ficava acelerado. Depois que o neném nasceu, eles conversaram comigo para eu ir ao médico e não engravidar de novo.*

*Do meu primeiro filho para a segunda, demorou um ano e meio, e desse para a última foram dois anos. Parei de chorar, parei com o nervoso, fiquei bem.*

*O pai dos meus primeiros filhos não vem para vê-los, porque ele não quer. Meu pai não quis que eu pedisse pensão para ele. Meu pai sempre deu de tudo para eles. Esse meu namorado atual, pai deste bebê, gosta dos meus outros filhos... As crianças chamam de pai. Mas se o outro pai vier, eu deixo ver as crianças, mas ele quer que eu leve lá na casa dele, mas eu não levo. Se quiser, ele que venha aqui (silêncio).*

*Na gravidez eu já planejava ir ao médico depois do parto e tomar remédio certinho para não engravidar de novo. Meu parto foi dia 03 de novembro, foi parto normal, foi tudo bem. Ele nasceu bem, minha mãe ficou comigo até ele nascer. Eu já sei como é. Dói, mas foi tudo bem.*

*Os primeiros cuidados com ele fui eu e minha mãe que fizemos, curar umbigo, dar banho, tudo. Eu estava amamentando, mas agora, que ele tem dois meses, ele começou a engasgar e a ter ânsia na hora de mamar. Meu leite foi muito pouco, agora já secou tudo. Estou dando mamadeira.*

*Minha família está ajudando bastante, todos, meu pai, minha mãe, meu companheiro. Meus filhos estão bem, só a menina, que é menorzinha, está com ciúmes do irmãozinho. Mas, está tudo bem. Meu companheiro começou a trabalhar agora, de carteira assinada, e depois, nós vamos casar; por enquanto não.*

*Continuamos morando aqui mesmo, e estamos bem. Estou feliz, era isso mesmo que eu queria. Estou calma, acalmei bastante.*

*Fui ao médico para tomar remédio para não engravidar, e estou tomando direitinho, como o doutor disse; não sinto nada, estou muito bem. Minha mãe falou que eu tenho que tomar este remédio agora, para não engravidar outra vez, e, eu estou tomando direitinho. Foi a única coisa que ela falou.*

*Eu tinha pensado em voltar a estudar ano que vem, mas não vou porque não tem ninguém para ficar com o bebê. Mas estou feliz. Eu queria isso tudo. Valeu a pena!”*

## MARIA SÍLVIA

*Tem dezessete anos, é a segunda filha de quatro irmãos. Reside na casa de seus pais, com seu companheiro, na zona rural do município. Ela e seu companheiro estão construindo sua casa ao lado da casa de seus pais. Seu companheiro tem vinte e cinco anos. Primigesta, branca, cabelos e olhos castanhos, estatura média, eutrófica, sem intercorrências na gestação. Cursava o primeiro ano do ensino médio, decidiu abandonar à época da gestação.*

***“Um dia era isso que eu queria... veio antes, mas está do mesmo jeito que eu queria”.***

*“Eu me chamo Maria Sílvia, tenho dezessete anos. Tenho quatro irmãos, sou a segunda filha. Meu irmão mais velho foi pai com 18 anos, e minha irmã mais nova com 14 anos. Eu tenho 18 agora, mas fiquei grávida com 17 anos. Minha infância foi tranqüila, nunca tive problema com meu pai, minha mãe ou meus irmãos”.*

*Bom, a gravidez não estava totalmente nos meus planos. Primeiro eu estava noiva, mas não ia arrumar filho tão cedo... Mas ele queria e rolou... Eu achava que eu era muito nova para ter filho... Depois que eu casei, foi indo... Fui levando a vida...(silêncio)*

*Eu sempre morei aqui, moro com meus pais. Mais para frente vou construir aqui, mas por enquanto vou morar aqui, com meu pai e minha mãe (silêncio).*

*Para mim foi tudo normal, porque por enquanto estou junto com minha mãe, mas vamos ver depois que eu mudar para minha casa, separar da minha mãe, vamos ver como que vai ficar a situação... Vou separar só de casa. Minha mãe me ajuda muito, me ajuda em tudo (silêncio).*

*Meus pais aceitam bem a gravidez, porque eu já sou a terceira na família. Meu parto, graças a Deus, foi bem, foi rápido. Eu fui de manhã, porque já estava sentindo muita contração de manhã, mas estava com um dedo de dilatação e a médica falou para eu ir embora, caminhar bastante. Então, eu voltei à noite, e já estava com sete dedos, então colocou o soro e com menos de cinco minutos já nasceu. Foi parto normal. Mas o parto, Deus me livre! Nossa Senhora! Foi rápido, mas ao mesmo tempo, foi um pouco difícil, mas tudo passa... (silêncio)*

*No começo, eu não queria, mas agora, nossa, depois dele (risos) não quero outro tão cedo! É a melhor coisa que tem, não é? (silêncio). Ele nasceu com 3 kg 405 gramas... Estou amamentando e adoro fazer isso! Até agora não levei no pediatra. Eu agora faço tudo, dou banho, mas no começo, não dava banho porque eu tinha medo, sei lá... Era muito “molinho”, ainda é, mas é mais fácil. Minha cunhada dava banho para mim. (silêncio). Eu dou os dois peitos na hora de mamar, mas ele acorda bastante. Eles tinham me explicado lá na maternidade que eu devia dar uma mama até o final, mas eu esqueci. Meu marido está feliz, eu também. Ele nasceu dia 8 de outubro.*

*Agora eu estou bem, na gravidez passei bastante mal, tive muito enjôo, queimação, muito chato! No final tive bastante dor, muita cólica... duas semanas eu tive cólica e minha mãe achava que eu já ia ganhar neném (risos) acabou que eu não ganhei naquela época. Agora eu estou bem. Cuidar dele é legal, não é? Mas tem hora que a gente enche o saco por causa do choro, da dor de barriga, é meio chato.*

*Até os 3 meses eu achava que não estava certo, não era a hora certa, mas depois dos 3 meses eu já estava conformada, já tinha aceitado... No começo, por causa do meu organismo mesmo,*

*estava passando mal... Depois dos 3 meses foi normal... Agora eu estou bem. Valeu a pena! Estou bastante feliz!*

*Quanto aos estudos, agora nem tem como, nem no ano que vem. Quem sabe daqui a dois anos... Eu pretendo voltar a estudar... Eu adiantei as coisas, mas agora está tudo bem.*

*A dor do parto eu achei que parece que agente vai morrer, mas em um minuto acaba tudo. Minha vida mudou bastante, eu olho para ele e nem parece que saiu de mim... Nem parece que eu já casei, já engravidei, já nasceu... Nem acredito... A mudança é o lado bom da vida, ficou melhor ainda... Sei lá... Um dia era isso que eu queria... Veio antes, mas está do mesmo jeito que eu queria. Eu estudava o ano passado, parei, fiz até o primeiro colegial.*

*Eu fico pensando bastante nisso: o que eu fiz da vida? Eu tenho que aceitar, já foi, já aconteceu, já tenho ele, não é tão fácil de mudar as coisas. Agora estou tranqüila, eu não gostaria de mudar. Agora não! Está bom do jeito que está. O resultado de tudo está aqui e agora está bom.*

*Quem sabe mais para frente eu volto a estudar, quando o neném estiver maiorzinho, deixo o neném com minha mãe, mas também, não é coisa que está nos meus planos, mas sei lá...”*

## MARIANA

---

*Tem dezoito anos, é filha única. Reside na casa dos pais de seu companheiro de dezenove anos, na zona rural do município. Secundigesta, branca, cabelos e olhos castanhos, estatura alta, emagrecida, sem intercorrências na gestação. Cursava o primeiro ano do Ensino médio e abandonou à época da gestação.*

---

***“Mesmo eu sendo adolescente, sou mãe e gosto de ser assim”.***

*“Eu sou Mariana, tenho dezoito anos e tenho dois filhos. Meu pai e minha mãe são separados e cada um vive com outro companheiro. Eu sou a filha única dos dois. Eu morava com minha mãe, mas com 11 ou 12 anos, ela casou de novo e eu não me relacionei bem com o novo companheiro dela. Então fui morar*

*com meu pai, mas ele casou de novo. Mas com ele eu me dou melhor, ele vem sempre me ver; mas minha mãe não sou eu que vou lá. Ela mora longe daqui.*

*Quando eu engravidei da primeira vez eu tinha 15 anos. Mas, quando eu vim morar com meu pai, eu perdi o contato com minha mãe. Depois que eu comecei a namorar o Felipe, eu voltei a procurá-la, porque eu estava grávida e ela ficou na dela, nem sim, nem não. Mas meu pai, não aceitou e me pôs para fora de casa. Depois que o bebê nasceu é que voltamos a conversar, quer dizer, conversar com minha mãe e meu pai. Aqui eu tenho mais liberdade do que com minha própria família. (silêncio)*

*A primeira gravidez eu não tinha planejado, mas foi tudo bem. A segunda gestação foi normal, porque eu já estou com o Felipe, não sofri tanto, porque na primeira eu sofri um pouco com os meus pais. Na primeira gestação, no começo, foi muito difícil, eu acho que eu comecei a ter depressão, porque eu era muito apegada com meu pai, depois que ele me pôs para fora de casa, mas logo já saí da depressão, porque a senhora não conheceu minha sogra, mas ela é muito legal, então, o que meu pai ficou chateado comigo, ela me deu apoio, e eu sou grudada com ela até hoje, eu não me sinto tão bem na minha família, como me sinto aqui com ela.*

*Meu marido, quer dizer, eu moro com ele há três anos, e ele tem dezenove anos, e meus dois filhos, o primeiro e esse agora foram planejados, não foi sem querer não (risos).*

*Eu comecei a estudar de novo este ano, no primeiro ano colegial, eu tinha parado quando engravidei do primeiro filho, porque eu tinha muito enjôo, ficava passando mal, depois eu fiquei amamentando, e agora que ele saiu da amamentação, eu, esse ano, comecei a estudar, mas ele teve estomatite, vive com bronquite, nessas mudanças de tempo, começou a passar mal de novo, e eu parei de estudar de novo. É gostoso cuidar de neném, eu gosto! Eu falo, porque a Maria Silvia me pergunta: e o seu parto, como foi? E eu falo, ah! Dói, mas é gostoso, depois que a gente escuta o chorinho.*

*Essa gravidez foi tranqüila, está aproximando mais o meu filho de mim, ele está muito grudado comigo, ele tem um ano e nove meses.*

*A primeira gestação eu sofri um pouco com o meu pai, quer dizer, meu pai e minha mãe, porque eu era solteira... Eu não me dava muito bem com meu padrasto e fui morar com meu pai, eles são separados, meu pai me colocou para fora... Eu conheci o Felipe e começamos a namorar, mas meu pai não aceitava muito bem, quando eu engravidei, meu pai me pôs para fora. A minha sogra, que me acolheu aqui, nós moramos com ela por dois anos e meio, e agora, minha casa já está ficando pronta, então, nós estamos aqui e lá, porque minha casa já está ficando pronta.*

*Essa gravidez agora, também meu marido não queria. Ele me traiu, não fala comigo, nós brigamos, terminamos tudo, mas depois de dois dias, ele pediu desculpa e nós voltamos... (choro) Mas não estamos bem, não tenho apoio, porque aqui é a casa da família dele, não posso falar para minha sogra; meu pai também não ajuda, porque ele fica sabendo das coisas e vem contar para mim...(choro) Não falei para minha mãe, porque não quero ouvir: eu não falei que isso ia acontecer? (silêncio) Parece que ele (namorado) não quer saber mais de mim... Estou mais depressiva... Não tenho vontade de fazer nada, a não ser coisas de casa mesmo e cuidado do meu filho... (silêncio).*

*Meu filho nasceu de parto normal, foi rápido, e estou bem. Eu e meu namorado estamos em nossa casa, e nosso relacionamento melhorou, estamos conversando, e não pensamos mais em nos separar. Estou amamentando e meu filho já engordou bastante, porque ele nasceu pequeno, menor que o outro, pesou 2 kilos e 605 gramas, mas agora está tudo bem... Minha sogra está me ajudando bastante... Minhas cunhadas também... Minha mãe foi me ver só no hospital, aqui em casa ainda não, porque é longe da casa dela, sabe? Meu pai está aqui perto, e vem me ver de vez em quando... Minha sogra é que me ajuda mesmo, ela é meu apoio. Não estou chorando mais, passou aquela tristeza que eu sentia antes do parto... Vou voltar ao médico para tomar comprimido e não engravidar de novo.*



*Ano que vem vou estudar porque minha sogra vai me ajudar com os dois filhos. Estou bem, estou mais feliz e tudo vai melhorar ainda mais. A fase ruim já passou.*

*Agora na minha casa, estou fazendo tudo, me sinto bem assim, gosto de cuidar do neném e do meu outro filho mais velho, mas ele está com ciúme do irmãozinho, mas depois passa, porque eles vão crescer juntos, não é? Quando estou amamentando fico pensando em tudo, e vejo que no final, foi bom. Mesmo eu sendo adolescente, sou mãe e gosto de ser assim.”*

## Capítulo 5

---

# TRATAMENTO DOS DADOS

---

*Mas é preciso ter manha  
É preciso ter graça  
É preciso ter sonho sempre  
Quem traz na pele essa marca  
Possui a estranha mania  
De ter fé na vida...*

---

As narrativas transcriadas a partir das entrevistas estão categorizadas neste capítulo, num processo que requeriu sistematização dos dados. A leitura e as releituras das narrativas evidenciaram o movimento das falas que entrelaçavam os tons vitais, conceitos e atitudes das colaboradoras. Nessas falas, as adolescentes deixavam vir à tona o processo gestacional e as mudanças que aconteceram em suas vidas e como esse processo se realiza em cada família e no coletivo.

Nos vários encontros realizados com as adolescentes, pude perceber a unidade do grupo, pois apesar das dificuldades encontradas, tais como a disponibilidade de horário, o local, as várias idas e vindas para as múltiplas entrevistas, o grupo permaneceu homogêneo.

As narrativas revelaram a trajetória da gravidez na adolescência, que após várias leituras e releituras foi agrupada em categorias que passo a descrever.

## 5.1 IDENTIDADE E SITUAÇÃO NA FAMÍLIA

Essa categoria refere-se à identificação das adolescentes no contexto familiar, bem como revela sua posição na família, seu relacionamento com os irmãos, pais e sua infância.

Neste estudo, o grupo de colaboradoras revelou fazer parte de famílias estruturadas com a presença de pai, mãe e irmãos. Exceto Mariana e Maria Ana, que não viviam com suas famílias de origem, as outras adolescentes permaneceram na casa de seus pais.

Maria Ana recebeu desde os treze anos permissão da mãe para viver maritalmente com o namorado na casa da sogra. Mariana, já na primeira gravidez foi expulsa da casa paterna e recebeu apoio na família do namorado.

*“Meu nome é Maria, tenho quatorze anos e sou a filha mais velha do segundo casamento do meu pai(...) tive infância normal”*

*“Meu nome é Maria Rita, tenho dezesseis anos. Eu sou a filha mais velha. Depois de mim tem mais um de quinze anos”.*

*“Eu sou Maria Isabel, tenho dezessete anos, sou a filha mais velha da minha casa e tenho duas irmãs (...) minha infância foi tudo normal”.*

*“Eu sou Maria Alice, tenho dezessete anos (...) minha infância foi boa, não tinha problema nenhum; tenho duas irmãs, sou a caçula (...) meu relacionamento com elas é bom, todos me ajudam”.*

*“Eu me chamo Maria Silvia, tenho dezessete anos. Tenho quatro irmãos, sou a segunda filha(...) minha infância foi tranqüila, nunca tive problema com meu pai, minha mãe ou meus irmãos”.*

*“Eu me chamo Maria Ana, tenho quatorze anos de idade e moro com meu companheiro desde os treze anos (...) minha mãe tem mais quatro filhos e eu me dou bem com todos eles”.*

*“Eu sou Mariana, tenho dezoito anos e tenho dois filhos. Meu pai e minha mãe são separados e cada um vive com outro companheiro. Eu sou a filha única dos dois”.*

## 5.2 PLANEJAMENTO DA GRAVIDEZ

A ocorrência da gestação é resultante do desejo de ter ou não filhos. Nesse sentido, as subcategorias que explicam o planejamento da gravidez podem ser constatadas como se segue:

### 5.2.1 Desejavam a gravidez

Várias adolescentes revelaram que tanto elas quanto os companheiros desejavam ter filhos, como podemos observar nos depoimentos a seguir:

*“(...) eu queria esse neném, então ele está trazendo muita felicidade para mim e para meu marido”. Maria Ana*

*“(...) porque não só eu queria ter filho, como meu namorado também queria ter”. Maria Rita*

### 5.2.2 Não desejavam, mas engravidaram

Para algumas adolescentes, mesmo não desejando a gravidez, essa ocorreu pela dificuldade do uso de anticoncepcional devido aos efeitos colaterais manifestados e do desconhecimento do mecanismo de ação do medicamento.

*“(...) eu não planejava, mas também, não desfaço de nada, normal”. Maria Alice*

*“(...) eu tomava injeção, mas inflamou o local e saía, e eu não sabia e engravidei; do segundo, eu tomava remédio, mas eu estava engordando e eu ia mudar de remédio”. Maria Alice*

*“Eu tomei pílula um tempo, parei porque passava mal e achei que não ia engravidar, porque achei que meu organismo tinha absorvido bastante, então, não ia engravidar”. Maria*

*“Eu não planejava essa gravidez (...) eu não prevenia e aí aconteceu”. Maria Isabel*

*“Bom, a gravidez, assim, não estava totalmente nos meus planos. Primeiro eu estava noiva, mas não ia arrumar filho tão cedo... mas, ele queria e rolou”. Maria Silvia*

### 5.3 DESCOBRIR-SE GRÁVIDA

Na categoria descobrir-se grávida, a fala das adolescentes revela os significados distintos apreendidos, baseados em suas experiências. Essa categoria abrange as subcategorias que seguem:

#### 5.3.1 Constatação da gestação

Pela narrativa das adolescentes, apreendemos que a maneira de perceber a gestação, nesse cotidiano social e cultural, é peculiar a cada uma delas, como observado nas falas que seguem:

*“(...) eu, pra mim, eu não estava grávida... quem achou que eu estava mesmo foi ele... também pra mim nunca atrasou... regulava assim, sempre adiantava, vinha com 21 dias, 20, nunca atrasava. Só que eu pensei: sempre tem a primeira vez... vamos fazer o exame, e fiz o exame de sangue... descobri que eu estava grávida”. Maria*

*“Quando eu fiquei sabendo que estava grávida, eu estava lá na casa da mãe dele, deu tontura em mim só nesse dia, depois me deu mais. Eu passei muito bem na gravidez, não sentia tontura nenhuma, não sentia falta de ar, não sentia nada, graças a Deus. Não tinha nada. Só deu tontura no dia em que descobri”. Maria Rita*

### **5.3.2 Comunicação da gravidez aos familiares**

A partir da constatação da gravidez, as adolescentes revelam suas expectativas em relação à reação dos pais e da rede social frente ao ocorrido.

Algumas colaboradoras revelaram medo da reação ou desapontamento dos pais, enquanto outras não.

*“Eu fui a primeira filha que fez isso... só que ele tinha esperança em mim, entendeu?”. Maria*

*“Eu fiquei com medo quando eu soube, de ela (mãe) me xingar, mas graças a Deus tudo correu bem, ela não xingou”. Maria Rita*

As adolescentes revelaram o que aconteceu diante do impacto da notícia, considerando suas expectativas prévias em relação à reação dos pais diante do impacto da notícia. Algumas famílias receberam bem a notícia da gravidez.

*“Minha mãe ficou feliz com a notícia da minha gravidez”. Maria Ana*

*“Minha mãe ficou feliz, me apóia bastante”. Maria Isabel*

*“Meus pais aceitam bem a gravidez, porque eu já sou a terceira na família”. Maria Silvia*

*“Meus pais, não xingaram, não falaram nada”. Maria Alice*

Outras famílias não aceitaram, e as adolescentes revelaram o conflito criado entre pais e filhas.

*“(...) Foi ele (companheiro) que contou, pediu perdão para o meu pai... meu pai no dia ficou maior louco xingou, xingou mais ele do que eu”. Maria*

*“Ela (mãe) dizia que não era hora de eu estar tendo relacionamento, pois sou muito nova e não estou preparada para ser mãe, por causa de ter só dezesseis anos, não tenho prática ainda, não tenho prática para cuidar de uma criança porque eu sou uma criança ainda”. Maria Rita*

*“Quando eu engravidei da primeira vez eu tinha quinze anos (...) meu pai não aceitou e me pôs para fora de casa (...) a minha sogra que me acolheu aqui”. Mariana*

A reação dos pais diante do impacto da notícia revela que em algumas famílias a gestação é recebida com naturalidade, enquanto em outras, existe uma dificuldade de aceitação. Esse fato demonstra que a gestação quando já ocorreu anteriormente, ou quando há permissão para o relacionamento da adolescente, é recebida com felicidade. Em contrapartida, nas famílias onde acontece pela primeira vez, a notícia da gravidez revela uma reação de raiva como no caso de Maria e Mariana, ou de preocupação como no caso de Maria Rita.

*“Mas, desde que eu engravidei do meu primeiro filho, meu pai e minha mãe foram bons comigo. Meu pai aceitou”. Maria Alice*

*“Meus pais aceitam bem a gravidez, porque eu já sou a terceira na família”. Maria Silvia*

*“Eu não planejava essa gravidez, mas, quando aconteceu, ficou tudo bem, porque eu fiquei contente e ele também. Ficou todo mundo contente. É o primeiro neto e da mãe e do meu pai. Eu não prevenia, e aí aconteceu (...)”. Maria Isabel*



No caso de Maria Ana a permissão da mãe para a vida marital, pressupõe a aceitação da gravidez.

*“Tem um ano e cinco meses que moramos juntos... Minha mãe sabe e deixou eu vir para cá, porque eu queria vir”. Maria Ana*

## 5.4 SUPORTE SOCIAL DURANTE O PROCESSO

### 5.4.1 Reconciliação após quebra de relacionamento com a família

O comportamento dos pais diante do impacto da notícia da gravidez sofreu mudanças durante o desenvolvimento da gestação e ou após o nascimento da criança. As adolescentes que tiveram mais de uma gestação relataram que as experiências anteriores favoreceram a aceitação dos pais e dos familiares, mantendo um bom relacionamento entre eles.

*“(...) Depois que o bebê nasceu é que voltamos a conversar, quer dizer, conversar com minha mãe e meu pai (...) a segunda gestação foi normal, assim, porque eu já estou com o Felipe, não sofri tanto”. Mariana*

*“Um dia minha mãe me convenceu, e eu conversei com meu pai... Ele chorou... Nunca tinha visto meu pai chorar...(silêncio).Hoje, meu pai quer fazer de tudo para mim e para a criança...Tudo, tudo, tudo, que você possa imaginar...Tudo mudou...” Maria*

*“(...) Aí, graças a Deus, caiu a ficha dele (pai) e hoje está normal, ele conversa comigo, meu pai está bem, tranqüilo, está tudo bem”. Maria*

### 5.4.2 Apoio dos pais e familiares

Durante o período gestacional a mudança no comportamento dos pais foi traduzida pelo apoio recebido, principalmente, da mãe ou da sogra. As adolescentes valorizaram o apoio recebido e a aceitação da gestação pela família.

*“(...) Minha mãe está do meu lado, minha família está do meu lado”. Maria*

*“(...) Ela (mãe) me apoiou a gravidez inteira”. Maria Ana*

*“(...) Minha mãe me ajuda bastante”. Maria Rita*

*“(...) Minha mãe ficou feliz, me ajuda bastante”. Maria Isabel*

*“(...) Minha mãe me ajuda muito, me ajuda em tudo”. Maria Silvia*

*“(...) Minha família está me ajudando bastante, todos, meu pai, minha mãe, meu companheiro”. Maria Alice*

*“(...) Minha sogra está me ajudando bastante, minhas cunhadas também, minha mãe foi me ver só no hospital”. Mariana*

*“Mas, o que me fez chegar até aqui até agora, foi a minha mãe e o Flávio, foram os dois... E a minha tia”. Maria*

### 5.4.3 Apoio e participação do companheiro

Enquanto algumas adolescentes viviam maritalmente com os companheiros, outras permaneceram na casa dos pais.

As adolescentes optaram viver com o companheiro; algumas se casaram durante a gestação, outras casarão após o parto, e outras decidiram viver maritalmente com o companheiro e com o consentimento dos pais.

As adolescentes mantinham relacionamentos estáveis com o pai da criança à época da gestação e após o nascimento, à exceção de Mariana.

*“Na gravidez ele só não freqüentou o médico comigo porque ele tem dois empregos (...) eu fico aqui (casa dos pais) durante a semana e vou para minha casa no final de semana”. Maria*

*“Tem um ano e cinco meses que moramos juntos (...) ele tem 22 anos... Agora está melhor, está melhor do que era antes”. Maria Ana*

*“E já vai fazer três anos que nós estamos juntos. Eu perguntava para ele se era isso mesmo que ele queria, e ele falou que era, que ele sempre quis ter um filho na vida dele (...) ele gostou quando soube que eu estava grávida (...) ele em 28 anos”. Maria Rita*

*“Meu noivo tem vinte e dois anos. (...) Meu namorado vem todo final de semana, porque ele trabalha na cidade, mas, depois do casamento, ele vem morar aqui, quer dizer, quando ele vem fica comigo aqui e com o neném, nosso quarto é aqui mesmo. Minha mãe disse que a gente pode esperar para casar ‘direitinho’ quando o neném estiver maior”. Maria Isabel*

*“Com meu outro companheiro eu terminei com ele porque ele não me dava atenção (...) Esse meu namorado atual, pai deste bebê, gosta dos meus outros filhos, as crianças chamam de pai (...) esse agora dá atenção para os meus filhos (...) nós vamos casar no ano que vem”. Maria Alice*

*“No começo era ele que queria, eu até achava a idéia legal, mas, mais para frente, mas agora está normal, agora acostumei com a idéia (risos) de esperar o neném com saúde, esperar (silêncio) (...) agora de um mês para cá eu casei, vai indo, vou levando a vida”. Maria Silvia*

Durante a gestação de Mariana, as dificuldades de relacionamento do casal foram verbalizadas resultando em muita preocupação para a pesquisadora. Diante disso, a adolescente foi encaminhada para acompanhamento pela psicóloga. Com a ajuda profissional e de familiares, principalmente a sogra, o casal reatou o relacionamento. Após o nascimento do bebê, o casal mudou para casa própria, favorecendo a harmonia da família.

*“Essa gravidez agora, também meu marido não queria. Ele me traiu, não fala comigo, nós brigamos, terminamos tudo, mas, depois de dois dias, ele me pediu desculpa e nós voltamos”.*  
Mariana

*“Eu e meu namorado estamos em nossa casa, e nosso relacionamento melhorou, estamos conversando, e não pensamos mais em nos separar”.* Mariana

Foi observado que dentre os casais neste estudo, apenas este é formado por menores de 18 anos. No restante do grupo, os casais eram formados pela adolescente e seu companheiro maior de dezenove anos. Portanto, o apoio recebido também do companheiro, seu envolvimento durante o período gestacional, parto e puerpério também se mostrou significativo no comportamento das adolescentes.

#### **5.4.4 Apoio material e financeiro**

Nesse grupo percebe-se que não houve impedimento para o desenvolvimento gestacional devido à situação financeira, pois, todas moram em casa própria, algumas trabalhavam e todas estavam estudando no início da gravidez. No decorrer da pesquisa não foi observado

impedimento para o desenvolvimento da gestação e nascimento em decorrência de dificuldade financeira.

Nas visitas após o parto, constatou-se que todas as residências tinham mobiliário para os bebês, enxoval. Além disso, fui convidada para os batizados que seriam realizados nos próximos meses. Portanto, nesse grupo, mesmo com a diferença de escolaridade dos pais das adolescentes, todas tiveram condições financeiras para o desenvolvimento da gestação e cuidado do bebê após o nascimento.

*“(...) o meu namorado falou para ela (irmã) que ia sair da casa e alugar outra para ele comigo... agora ele está trabalhando e já alugou uma casa... quem casa quer casa, não é?”. Maria*

*“Eu vou morar lá na casa dele (companheiro), porque ele não tem pai nem mãe, eles morreram há pouco tempo. Nós estamos na nossa casa, mas eu deixei tudo prontinho, porque eu não vou ficar aqui... Porque cuidar de neném novinho e cuidar de móveis essas coisas, não dá... Então, eu e ele deixamos tudo certinho, minhas coisas, as coisas do neném, as coisas dele”. Maria*

Enquanto algumas decidiram ter sua própria casa, outras permaneceram na casa dos pais passando a viver com a família nuclear nesse mesmo ambiente.

*“Eu sempre morei aqui, moro com meus pais. Mais para frente vou construir aqui, mas por enquanto vou morar aqui, com meu pai e minha mãe”. Maria Silvia*

*“Eu e meu namorado estamos morando aqui na casa da minha mãe. Ele ficou muito contente, ele a bajula a noite inteira... Aqui moramos eu, meu namorado, minha mãe, meu pai e meu irmão...”  
Maria Rita*

## 5.5 MUDANÇAS NO COMPORTAMENTO

Para o grupo de adolescentes, a descoberta e o desenvolvimento da gestação traz mudanças significativas no comportamento das mesmas. Procuram ter maior responsabilidade com a gravidez e nas atividades que desempenham.

*“Agora, as coisas vão ser bem diferentes, eu 14 anos mãe (...) sei lá! A responsabilidade vai ser mais (...) minha cabeça está diferente agora (...) hoje eu faço as coisas pensando no que está dentro de mim, não pode sofrer as conseqüências mais para a frente”. Maria*

*“Eu era cheia de costume de ser muito divertida, muito alegre. Hoje não. Hoje eu já manerei mais, nas minhas atitudes e nas minhas liberdades. Antes, mesmo namorando eu não tava nem aí. Gosto dele, amo ele, mas, ia para a escola, brincava na escola, não tava nem aí com as coisas. Hoje não, hoje, agora, eu faço as coisas pensando no que está dentro de mim, não pode sofrer as conseqüências mais pra frente”. Maria*

*“Antes eu saía muito, ia a festa, agora eu parei porque não tem como, minhas colegas me chamavam para sair, mas, agora não vou, mas, tudo bem”. Maria Isabel*

*“Antes eu não ligava muito, era estúpida em casa (...) depois nesse terceiro, eu e meu namorado fomos para a igreja e melhorou tudo. Não falo mais alto com a minha mãe, não falo mais nada” Maria Alice*

*“Agora já está normal, já acostumei com a idéia (risos) de esperar o neném com saúde, esperar...”. Maria Silvia*

*“Eu fico pensando bastante nisso: o que eu fiz da vida? Eu tenho que aceitar, já foi, já aconteceu, já tenho ele, não é tão fácil de mudar as coisas. Agora estou tranqüila, eu não gostaria de mudar. Agora não! Está bom do jeito que está. O resultado de tudo está aqui e agora está bom”. Maria Silvia*

*“É gostoso cuidar de neném, eu gosto (...) essa gravidez está tranqüila, está aproximando mais o meu filho de mim, ele está grudado comigo”. Mariana*

## 5.6 VIVÊNCIA DO PAPEL MATERNO

Após o parto, as adolescentes revelaram seus sentimentos em relação à experiência do nascimento do filho. A presença da mãe durante o parto tranqüilizou e facilitou a aceitação da dor do parto.

*“É uma dor muito ruim, não é uma dor suportável não, eu grudava na parede, eu gritei muito, eu xinguei todo mundo!É uma dor muito ruim!Eu não quero sentir de novo”. Maria*

*“Para mim foi bom, foi rapidinho, eu estava com bastante dilatação, meu parto foi tranqüilo”. Maria Rita*

*“Meu parto, Graças à Deus, foi bem, foi rápido(...)Mas, o parto, Deus me livre! Nossa Senhora! Foi rápido, mas ao mesmo tempo, foi um pouco difícil, mas tudo passa(silêncio)A dor do parto eu achei que parece que a gente vai morrer, mas em um minuto acaba tudo”. Maria Silvia*

*“Meu filho nasceu de parto normal, foi tranqüilo. Minha mãe ficou comigo o tempo todo, ela disse que era assim mesmo”. Maria Isabel*

*“Foi parto normal, foi tudo bem. Ele nasceu bem, minha mãe ficou comigo até ele nascer. Eu já sei como é. Dói, mas foi tudo bem”. Maria Alice*

*“Dói, mas é gostoso, depois que a gente escuta o chorinho”. Mariana*

*“Eu achei o parto doloroso (...), mas, quando eu vi a carinha dela eu achei muito bom”. Maria Ana*

Nos relatos as adolescentes apontaram as práticas de cuidado ao filho. Para essas adolescentes o cuidado com os bebês e a amamentação foram verbalizados de forma positiva e prazerosa. As participantes do estudo revelaram também, a necessidade de ajuda no início dos cuidados, considerando a mãe a principal fonte de apoio.

*“Ele nasceu dia 22 de outubro... Eu tenho bastante leite, estou amamentando, só não dou banho porque tenho medo de derrubar, mas faço tudo, troco, ele dorme perto de mim”. Maria*

*“Ela está mamando em mim, o quê eu mais tenho é leite, no começo, rachou o bico porque eu não estava dando direito, mas depois que eu aprendi, eu estou dando e não rachou mais... ela mama em um peito até esvaziar, só na outra mamada é que eu ponho no outro peito”. Maria Ana*

*“Eu acho muito gostoso cuidar dela, eu sempre gostei de criança, desde os sete anos de idade (...) eu gosto muito de cuidar dela, quando eu saio, às vezes eu preciso sair para ir à escola, eu deixo a neném com minha mãe e depois eu venho e fico com ela”. Maria Rita*

*“Amamentei meu filho no peito, e até hoje continuo amamentando, porque ele fez dois meses dia dezoito, está gordinho. Quando ele nasceu eu vim para a casa da minha mãe, porque ela me ajuda muito, me diz como fazer as coisas para o neném, e eu vou continuar aqui até eu me casar. Aqui no sítio é bem melhor para mim e para o neném”. Maria Isabel*

*“Os primeiros cuidados com ele foi eu e minha mãe que fizemos, curar umbigo, dar banho, tudo. Eu estava amamentando, mas agora, que ele tem dois meses, ele começou a engasgar e a ter ânsia na hora de mamar”. Maria Alice*

*“Ele nasceu com 3 kg 405 gramas... estou amamentando e adoro fazer isso! Até agora não levei no pediatra. Eu agora faço tudo, dou banho, mas no começo, não dava banho porque eu tinha medo, sei lá... era muito “molinho”, ainda é, mas é mais fácil.*



*Minha cunhada dava banho para mim(silêncio). Eu dou os dois peitos na hora de mamar, mas ele acorda bastante”. Maria Silvia*

*“É gostoso cuidar de neném, eu gosto! Agora na minha casa, estou fazendo tudo, me sinto bem assim, gosto de cuidar do neném e do meu outro filho mais velho, mas ele está com ciúme do irmãozinho, mas depois passa, porque eles vão crescer juntos não é?” Mariana*

## 5.7 PERSPECTIVAS PARA O FUTURO

À medida que as adolescentes desempenham o papel materno, estabelecem suas perspectivas quanto à criação dos filhos e ao seu futuro.

As adolescentes valorizavam a experiência e tinham planos de uma vida melhor para si e para seus filhos.

### 5.7.1 Planos em relação à criação de filhos

*“Daqui para frente eu espero que eu possa cuidar do meu filho melhor. Espero que eu possa dar uma coisa melhor para ele do que eu não tenho para mim e para meu marido”. Maria Ana*

*“Mas, eu pensava: eu vou cuidar (...) não vou dar meu filho para ninguém (...) eu já vou ser justa, correta (...) eu prefiro ter meu filho e dar essa boa educação, ensinar a ele o que precisar, dar a ele o que ele precisar”. Maria Rita*

*“Eu já vou ser assim, justa e correta. Então, eu prefiro ter meu filho e dar uma boa educação, ensinar, dar a ele o que ele precisar. Eu aceitei, porque, mesmo se a minha família não me ajudasse, ia fazer por mim mesma”. Maria Rita*

### 5.7.2 Planos pessoais

Todas as colaboradoras revelaram seu projeto de vida. Algumas consideram a continuidade imediata do estudo, enquanto outras decidiram adiar até o crescimento do bebê. Todas se revelaram motivadas para o futuro como mães, com suas famílias formadas antes da gestação e mantidas durante e após o parto.

*“(...) antes de engravidar eu não tinha esse plano, mas depois que engravidei, planejei tudo: minha casa, minha vida com meu namorado, tudo (...) Por enquanto não vai dar para voltar a estudar, mas, depois de dois anos eu volto para a escola”. Maria*

*“(...) ano que vem eu volto a estudar e continuo cuidando dela, porque eu cuido dela, dou banho, faço tudo, e estou feliz”. Maria Ana*

*“(...) eu estou continuando a estudar, e não vou parar, ano que vem eu volto a estudar e continuo cuidando dela, porque eu cuido dela, dou banho, faço tudo, e estou feliz”. Maria Rita*

*“Eu estou muito feliz, estou bem como mãe. (...) No ano que vem, eu vou voltar a estudar, porque minha mãe vai me ajudar. Minha vida mudou, mas eu estou gostando... antes eu olhava criança de outra casa, e agora, eu cuido do meu filho. Estou feliz assim!”. Maria Isabel*

*“Meu companheiro começou a trabalhar agora, de carteira assinada, e depois, nós vamos casar; por enquanto não. (...)Eu tinha pensado em voltar a estudar ano que vem, mas, não vou porque não tem ninguém para ficar com o bebê. Mas estou feliz. Eu queria isso tudo. Valeu à pena!”. Maria Alice*

*“Eu já tinha parado de estudar o ano retrasado, voltei ano passado, mas não consegui passar em nada, então desisti mesmo, quem sabe mais para a frente eu volto a estudar, quando o neném estiver maiorzinho, eu volto a estudar, deixo o neném com minha*

*mãe, mas também, não é coisa que está nos meus planos, mas sei lá(...)*". *Maria Silvia*

*"Eu comecei a estudar de novo este ano, no primeiro ano colegial, eu tinha parado quando engravidei do primeiro filho(...) esse ano, comecei, mas ele teve estomatite, vive com bronquite, nessas mudanças de tempo, começou a passar mal de novo, e eu parei de estudar de novo (...) ano que vem vou estudar porque minha sogra vai me ajudar com os dois filhos"*. *Mariana*

Os dados apresentados acima são esquematizados na representação gráfica que se segue:

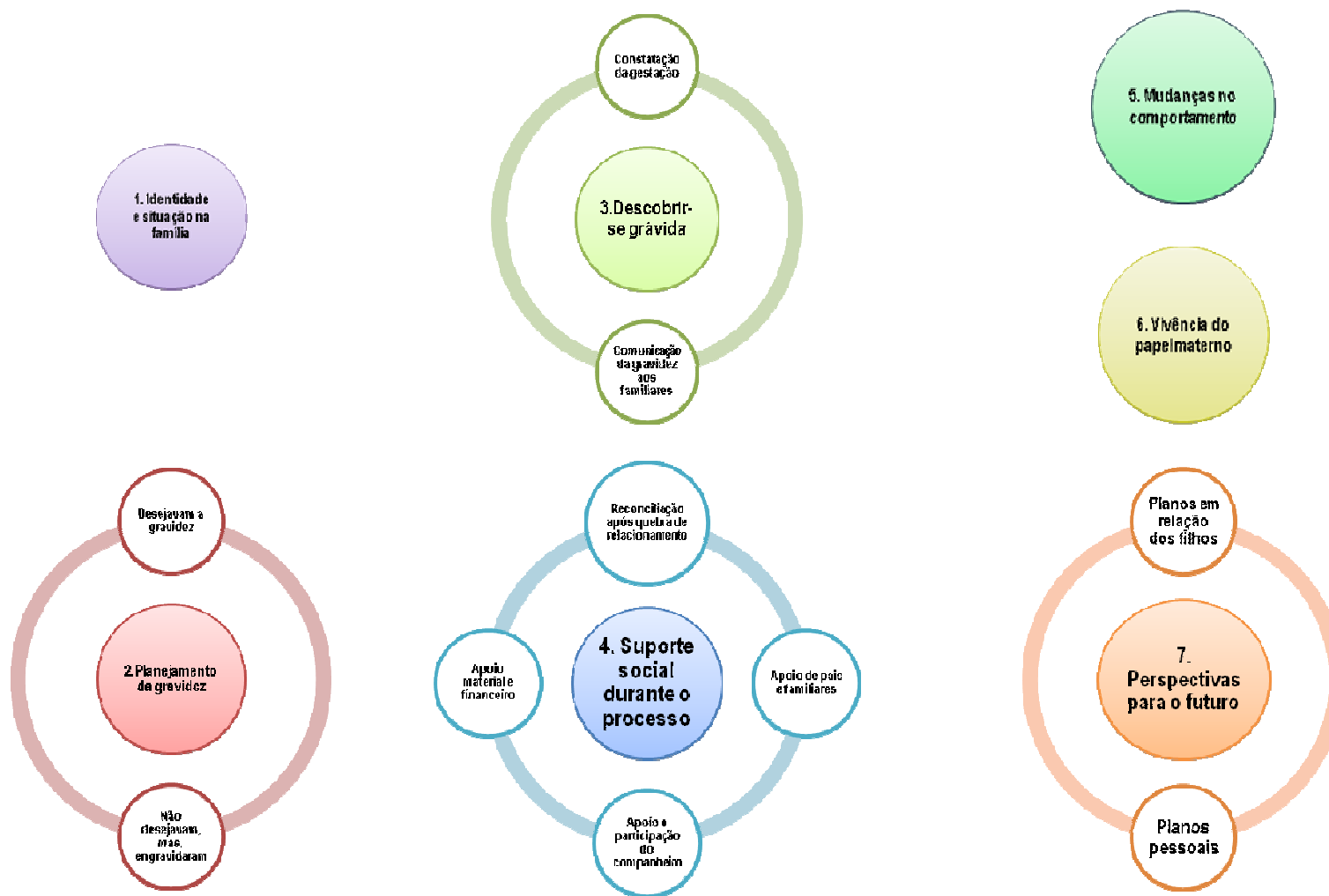


Figura 1. Trajetória da gravidez na adolescência.

## Capítulo 6

---

# ANÁLISE DOS DADOS

---

*Mas é preciso ter força  
É preciso ter raça  
É preciso ter gana sempre  
Quem traz no corpo a marca  
Maria, Maria  
Mistura a dor e a alegria...*

---

A compreensão do enfrentamento do processo gestacional na adolescência e a construção da resiliência exigiram um aprofundamento teórico constante e árduo.

No estudo de Borkowski, Whitman, Farris (2008) o modelo denominado Expanded Model of Adolescent Parenting and Resilience foi utilizado para explicar que os fatores protetores durante a infância e a adolescência têm papel importante na determinação da resiliência ou vulnerabilidade durante o início da adolescência para mãe e criança.

Neste estudo, respaldo-me neste modelo para compreender e descrever a gestação na adolescência.

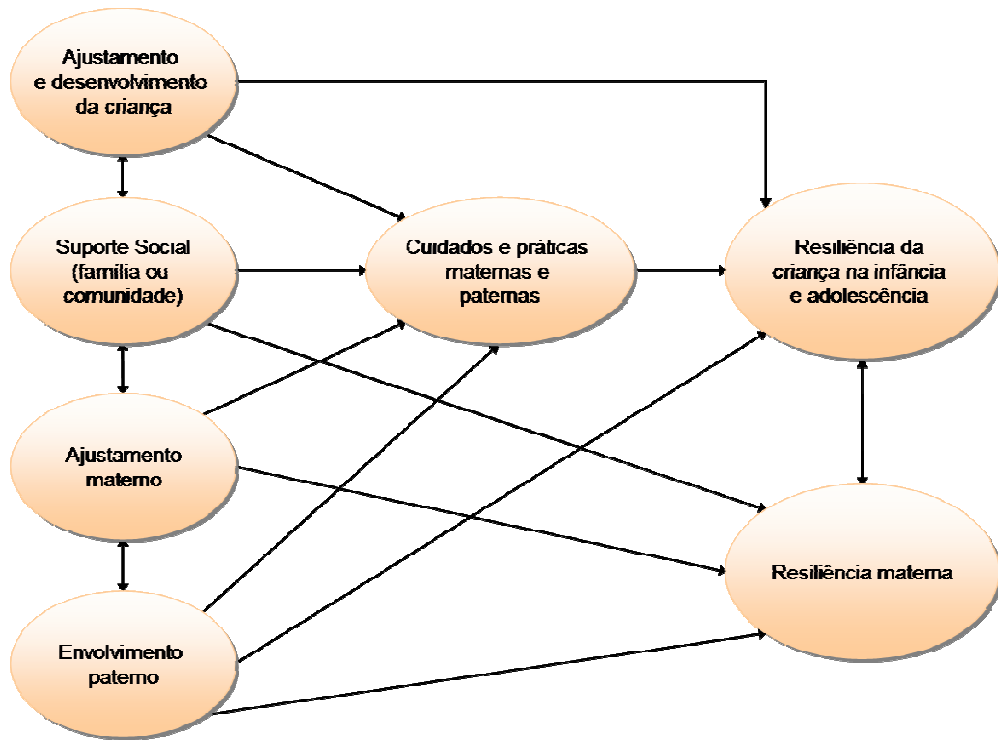


Figura 2. Expanded Model of Adolescent Parenting and Resilience. Fonte: Borkowski, Whitman, Farris, 2008, p.29.

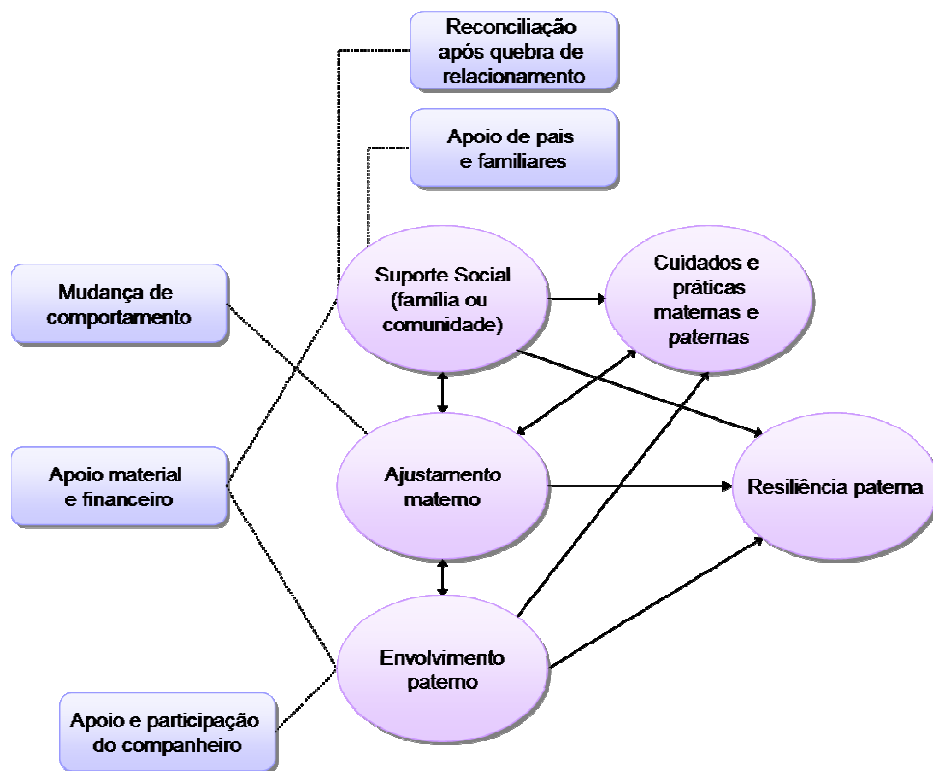


Figura 3. Modelo adaptado de Borkowski, Whitman, Farris. An Expanded Model of Adolescent Parenting and Resilience, 2008.

Buscando aproximar o modelo acima às categorias deste estudo, passo a descrever a interrelação entre ambos.

No início deste estudo, as adolescentes se identificaram nominalmente, revelando sua história pessoal e familiar. A partir dessa identificação, cada adolescente revelou como ocorreu a gestação.

Nesse sentido, houve a verbalização de que, enquanto algumas decidiram engravidar, outras não o desejavam e não faziam uso de método contraceptivo. Percebe-se que entre as adolescentes que não desejavam engravidar o que Sant'Anna e Coates (2003) chamam de “pensamento mágico: isto não vai acontecer comigo” como observado na narrativa de Maria. E, mesmo quando há o desejo de engravidar, existe uma demora para a confirmação da gravidez pela adolescente, como relatado por Maria Rita.

Para as adolescentes que revelaram ter planejado a gestação, houve a decisão do casal, ou da própria adolescente, o que é respaldado pela afirmação de que “a gravidez desejada ocorre geralmente como parte de um projeto reprodutivo do casal em uma relação de união formal ou consensual” (SESMG,2007,p.122).

Assim, a gravidez acontece em meio a diferentes contextos, ou seja, há falta de preocupação com a prevenção, há o planejamento, e há a surpresa de ficar grávida, mesclada com a imaginação de que isso não iria ocorrer.

Para algumas adolescentes que engravidaram, mesmo não desejando que este fato ocorresse, os motivos apontados por elas referem-se à não utilização contínua da medicação contraceptiva por



desconhecimento da ação da droga e pelos efeitos colaterais manifestados. Além disso, as adolescentes não manifestaram a necessidade de buscar informações com profissionais de saúde para o uso e manejo adequado dos métodos contraceptivos.

Segundo o Ministério da Saúde (Brasil, 2006, p.25), o afastamento entre serviços de saúde e juventude se expressa na própria nomenclatura dos serviços, nos quais por exemplo, a oferta de métodos contraceptivos em geral situa-se na rede pública no campo do planejamento familiar, ou seja, a própria definição atrelada à idéia de constituição ou não de família já coloca barreiras a pessoas que não tenham essa expectativa, mas que tenham planejamento de sua vida reprodutiva. “Daí a importância de elaboração de nomes, materiais de divulgação, nomenclaturas e ambiência para os serviços que sejam atrativos e correspondam às expectativas diversas de adolescentes e jovens, mulheres e homens, ressalte-se.”

Dessa forma, o que acontece atualmente é que nos deparamos, nos serviços de saúde, com o atendimento da adolescente já grávida, isto é, há uma invisibilidade do serviço de saúde frente às questões de promoção e prevenção. Isso vem mostrar que “a própria noção de família que orienta muitas práticas profissionais não inclui famílias constituídas por adolescentes, o que já coloca uma outra ordem de problemas, quando a demanda é a constituição da família”. (Brasil, 2006, p.29)

Nesse sentido, frente à realidade que vivenciamos, há necessidade de criarmos, juntamente com a colaboração de adolescentes, mulheres e homens, outras estratégias e metodologias que possam tornar

os serviços de saúde atrativos e passíveis de reconhecimento por parte dos adolescentes e jovens.

Após a descoberta da gravidez, as adolescentes revelaram a expectativa da reação dos pais frente ao evento, mesclando medo, insegurança, confiança e tranquilidade. Em algumas famílias, a gestação na adolescência já havia acontecido com ela ou com algum familiar, fato esse que pressupõe uma melhor aceitação da situação. Quando a adolescente já mantém um relacionamento estável com o pai da criança, a permissão da mãe para a união do casal favorece também a aceitação da gestação. Portanto, a expectativa da reação dos pais depende do contexto familiar da adolescente, da ocorrência de gestações anteriores e do relacionamento entre pais e filhas.

Na continuidade do processo gestacional, a reação dos pais passou por etapas, a saber, a reação frente ao impacto da notícia e a mudança de comportamento dos pais no decorrer da gestação. Novamente, nas famílias onde a gestação já havia ocorrido, é assegurado apoio material e emocional. Em contrapartida, nas famílias onde esse evento acontece pela primeira vez, existe uma reação desfavorável, criando conflitos de grande seriedade. Mesmo nesse contexto desfavorável, a continuidade do processo gestacional favoreceu mudanças significativas no comportamento dos pais, que procuraram melhorar suas atitudes, assegurando apoio às adolescentes e à nova família formada.

O desenvolvimento da gestação trouxe mudanças significativas no comportamento das famílias, em que a figura materna foi ressaltada como fonte de apoio e manutenção da estrutura familiar. A mãe foi

identificada pela adolescente grávida como sendo a figura principal do núcleo familiar capaz de oferecer-lhe apoio (Sciarra, Panterotto, 1998). A mãe representa a figura central de apoio e ajuda, fato que é corroborado pela afirmação de que a figura da mãe é vista como a mais importante na vida da criança, e considerada fonte de carinho, de capacidade de sacrificar-se pelos filhos (Trindade, Menandro, 2002).

O apoio recebido da família de origem é preponderante para o desenvolvimento da gestação, pois, segundo Assis; Avanci (2004), esse tipo de suporte é classificado em três tipos: apoio emocional, afetivo e de informação.

Nesse sentido, as adolescentes que participaram do estudo revelaram receber apoio emocional, afetivo e de informação durante todo o processo gestacional. Assim sendo, o apoio recebido da família ou da família do companheiro foi considerado fator decisivo para o ajustamento da adolescente à gestação.

No momento do nascimento do filho, as adolescentes vivenciaram o parto normal e ressaltaram a “dor do parto” como integrante da cultura do grupo. Essa “dor do parto” é revelada como uma experiência negativa, mas, ao mesmo tempo, aceita com resignação. Saito, Gualda (2005, p.236) afirmam que a dor do parto é caracterizada como uma “vivência que é superada e avaliada de forma positiva em função do sentimento de alegria pelo nascimento de seu filho”.

No vivenciar do papel materno, o cuidado com os bebês foi valorizado. As colaboradoras apontaram a experiência de amamentar como cuidado importante no desenvolvimento do papel materno. Pelas narrativas,

pudemos verificar que há falta de orientação eficiente, pois cabe à adolescente vivenciar a amamentação dentro da cultura familiar. Se há incentivo da família, a amamentação ocorre; caso contrário, há o desmame precoce que é “vinculado a mitos e tabus, como ‘não tenho bico de peito’, ‘leite fraco’, ‘pouco leite’” (Melo, 2006).

Machado (2001), Aguirre, Maddaleno, Gómez, Burrows (1995) afirmam que a capacidade das adolescentes em adotar uma atitude positiva frente ao aleitamento materno está relacionada diretamente ao conhecimento que possuem a respeito da lactação.

Mesmo já tendo sido mencionada anteriormente a importância da reformulação das orientações da maternidade, neste estudo, esse fato foi de grande relevância, pois, em um grupo de sete adolescentes, algumas entretanto, não procuraram orientação profissional.

Dessa maneira, as dificuldades em relação à amamentação não foram sanadas e as adolescentes ficaram desprotegidas perante as dificuldades vivenciadas.

Após o nascimento dos bebês, as adolescentes revelaram as perspectivas em relação aos filhos e em relação ao futuro. Assim, o projeto de vida dessas mães adolescentes revela autonomia e motivação para o futuro, isto é, todas revelam perspectivas positivas de vida, algumas desejavam manter ou retomar a continuidade dos estudos, contando para isso com o apoio da família. Esse fato corrobora a afirmação de Costa, Bigras (2001, p. 67) de que “o papel central dos adultos que fazem parte do meio ambiente familiar (...) cabe assegurar o pleno desenvolvimento de

crianças e adolescentes que são agentes ativos do próprio desenvolvimento”.

Neste estudo, observa-se que a trajetória da gestação na adolescência levou à construção da resiliência.

A resiliência emergiu, enquanto fenômeno, dos estudos de risco amplamente difundidos nos programas de saúde na década de oitenta do século XX (Munist, Santos, Kotliarenco et al,1998). A partir da década de noventa, os estudos enfocaram a abordagem ecossistêmica, considerando que o processo de adaptação é o resultado da dinâmica entre o ser humano e seu meio ambiente. Nesse contexto ecossistêmico, a resiliência é uma combinação de atributos pessoal, familiar, social, cultural que, através do tempo, permite ao indivíduo uma vida saudável diante de situações adversas; porém, nenhum indivíduo é completamente resiliente. Diferentes circunstâncias, atuando num determinado momento, em um período de tempo e contexto sociocultural influenciam, a resiliência (Walter, 2001).

A resiliência consiste numa combinação de fatores pessoais e sociais, considerando a combinação de atributos pessoal, familiar, social, cultural que, através do tempo, permite ao indivíduo uma vida saudável diante de situações adversas (Rutter, 1987; Walter, 2001).

Nesse sentido, as adolescentes vivenciaram situações adversas, como expulsão da casa paterna, brigas, desentendimentos familiares, mas foram capazes de desenvolver atributos pessoais (“eu tenho”, “eu sou”, “eu estou”, “eu posso”) que representam competências pessoais no enfrentamento da gestação (Grotberg, 2005).

Os fatores resilientes organizados em quatro categorias por Grotberg (2005) ficaram evidenciados neste estudo, como se segue:

***1º Eu tenho: pessoas do entorno em quem confio e que me querem incondicionalmente***

Para as adolescentes, essas pessoas se revelaram nas mães, sogra, companheiro como apoio incondicional, o que é também respaldado por Zamberlan (2002), Ainsworth (1969), ao afirmar "o conhecimento atual sobre o papel central dos adultos, como o pai, e, principalmente, a mãe, aplica-se, sobretudo, para compreender o desenvolvimento normal da criança".

***2º Eu sou: uma pessoa pela qual os outros sentem apreço e carinho***

Todas revelaram um bom convívio familiar com pais e irmãos, o que reforça essa segunda categoria. Mesmo no caso de Mariana, que não convive com seus pais, a família do companheiro foi evidenciada como fonte importante de apoio e carinho.

***3º Eu estou: disposto a me responsabilizar por meus atos***

Todas evidenciaram responsabilidade pela gestação e pela criação da nova família como um evento positivo que faz parte da vida de cada uma delas.

**4º *Eu posso: falar sobre coisas que me assustam ou inquietam; procurar a maneira de resolver os problemas; procurar o momento certo para falar com alguém; encontrar alguém que me ajude quando necessário***

Todas as colaboradoras vivenciaram essa categoria desde a aceitação em participar desta pesquisa, pois foi uma maneira de partilhar seus medos, angústias, dúvidas, em relação à família e, mesmo em relação à pesquisadora. Partilharam também entre elas a convivência e a troca de experiências pessoais e familiares.

Todas desenvolveram esses atributos pessoais no decorrer da experiência da gestação e após o parto. De acordo com Grotberg (2005,p.108), “as situações de adversidade não são estáticas, mudam e requerem mudanças nas condutas resilientes “, fato esse que ficou evidenciado durante todo o desenvolvimento da gestação, pois o processo gestacional não é estático, muda e exige mudanças no comportamento resiliente.

Isso pode explicar a superação de conflitos, medos, e insegurança que a própria gestação impõe sobre a adolescente, mas, ao mesmo tempo, demonstra a preparação e o aprendizado das adolescentes na construção do seu projeto de vida. Entende-se aqui que esta “superação” é também um processo, pois permite que se saia fortalecida, transformada e vencedora de situações adversas.

O grupo de colaboradoras construiu habilidades que revelaram a resiliência como enfrentamento do processo gestacional, apesar das várias adversidades encontradas como violência familiar no caso de Maria,

negligência materna, no de Maria Ana, abandono no de Mariana, omissão nos de Maria Rita, Maria Isabel, Maria Alice e Maria Silvia.

Portanto, enquanto processo, tem como objetivo ajudar os indivíduos e grupos a enfrentarem as adversidades, e se beneficiarem das experiências. Assim, mesmo com as dificuldades vivenciadas, as situações de adversidade a vulnerabilidade aos riscos obstétricos de uma gestação na adolescência, a assistência desumanizada recebida durante o parto, as colaboradoras tornaram-se mães adolescentes resilientes que têm planos para o futuro.

A análise das narrativas e a elaboração das categorias levaram à revelação de três temas: ***Suporte social, Mudança e Mesmo eu sendo adolescente, sou mãe e gosto de ser assim.***

### ***Suporte Social***

O suporte social é o apoio recebido pela adolescente. Esse apoio é centralizado na figura materna e no companheiro. A partir do apoio recebido, as adolescentes conseguem desenvolver habilidades resilientes e vivenciam a gestação com capacidade para criar expectativas em relação aos filhos e ao futuro.

A percepção do suporte da rede social pelas adolescentes se revela como um fator decisivo, já que além do apoio recebido da família de origem, há o apoio dos companheiros que é bastante valorizado por elas. Os sentimentos em relação à gestação trazem à tona as modificações de comportamento no sentido de buscar maior responsabilidade nos cuidados durante a gravidez e em relação ao futuro. Assim, há a verbalização de



sentimentos que envolvem a aceitação e o planejamento da nova vida em família.

Durante o processo gestacional, os recursos econômicos do grupo também foram sendo planejados, no sentido de fornecer à gestante e ao bebê o conforto necessário.

As adolescentes mantiveram os relacionamentos estáveis durante a gestação e após o parto e, a partir daí, a família nuclear recebeu novamente o apoio da família de origem. Ressalta-se neste estudo a aceitação por parte dos pais das adolescentes durante a gravidez e após o nascimento dos bebês, o acolhimento da nova família nuclear. Esse fato vem mostrar a mudança de comportamento dos pais frente à gestação na adolescência, pois, em todas as sete famílias estudadas, houve aceitação, apoio, ajuda e acolhimento das novas famílias. Não houve diferença de comportamento entre os pais, mesmo no caso de Maria, cujo pai no início se revoltou, após o afastamento da adolescente, sua mãe e irmã, ele aceitou e acolheu a gestante, o bebê e o companheiro. No caso de Mariana, o apoio recebido da sogra superou a negligência dos pais. Maria Ana já tinha permissão de sua mãe para manter um relacionamento antes da gestação e, durante a gravidez, parto e puerpério, o apoio de sua mãe foi mantido. Nas demais famílias, o mesmo comportamento dos pais foi evidenciado, sendo a primeira, segunda ou terceira gestação em adolescentes. Assim, o comportamento dos pais frente à ocorrência da gestação na adolescência é revelado como aceitação, apoio e acolhimento.

Portanto, o suporte social é extremamente importante para a adolescente, pois nenhuma das colaboradoras ficou desamparada durante

todo o desenvolvimento da gestação, parto, puerpério e na nova vida com sua família nuclear.

### ***Mudança***

As adolescentes revelam a gestação como um acontecimento natural em suas vidas. Ao longo do desenvolvimento da gestação, foram recebendo apoio dos familiares e dos companheiros. As mudanças vão ocorrendo no processo gestacional e também na vida dessas adolescentes.

A mudança na trajetória de vida ocorrida pela gestação na adolescência é revelada como um acontecimento bom que traz satisfação e felicidade, apesar das adversidades.

A vivência da gestação na adolescência trouxe mudanças significativas para as adolescentes, seus companheiros e famílias. As adolescentes se revelam mães satisfeitas, felizes, com planos para o futuro, para manutenção das famílias nucleares e se posicionam com domínio da situação vivida. São livres para decidir se desejam retornar aos estudos ou não, ou continuar.

Essa mudança que a gestação traz à adolescente mostra a autonomia que ela adquire quando se desenvolve como uma pessoa resiliente. Como mãe adolescente resiliente, se declara independente, responsável, segura e confiante no futuro.

***Mesmo sendo adolescente, sou mãe e gosto de ser assim***

O papel materno revelado mostra a adaptação das adolescentes aos cuidados com os bebês, e o ser mãe-adolescente é valorizado pelo grupo e é verbalizado de forma positiva. Todas se revelam como cuidadoras responsáveis e se sentem felizes como tal.

Em todas as falas, a gestação possibilitou o amadurecimento e o domínio da situação por parte da adolescente. Revelam-se mães adolescentes conscientes de seu papel na família nuclear, na criação dos filhos, nos planos para o futuro.

**Sou mãe adolescente e gosto de ser assim** revela a decisão da adolescente pela maternidade, mesmo não sendo planejada a gestação em alguns casos; revela o livre arbítrio da adolescente na manutenção da gestação e o quanto valoriza o apoio da mãe e do companheiro durante o processo da gestação e da construção da resiliência.

O enfoque da resiliência denota uma necessidade de mudança de paradigma que inclui a passagem do modelo médico tradicional, centrado na fraqueza e na doença, para outra perspectiva, que inclui a capacidade de enfrentamento, o estímulo às potencialidades, a consideração da esperança, como componentes indispensáveis no desenvolvimento das pessoas (Melillo, Estamatti, Cuestas, 2005).

Nesse sentido, o *processo saúde-doença* da gestação na adolescência como é visto pela maioria dos trabalhos na área, neste estudo, revelou uma mudança do *processo saúde-doença* para o *processo saúde-resiliência*, pois a gestação não foi verbalizada como um acontecimento negativo que prejudicasse ou impossibilitasse a trajetória de vida das

adolescentes. A gestação trouxe mudanças de comportamento, amadurecimento, mudanças familiares e desenvolvimento dos fatores resilientes que foram preponderantes na construção da resiliência.

Assim, devemos levar em consideração as competências desenvolvidas por crianças e adolescentes, que, segundo Costa, Bigras (2007), podem configurar-se como preditores da resiliência. Essas competências podem ser implementadas por meio de programas voltados à proteção e promoção da qualidade de vida, e se constituem na capacidade de resolver problemas, capacidade para comunicar-se, demonstrando empatia e resposta positiva ao contato, e, no desenvolvimento do projeto de vida ou proposta de futuro em que o sentido de autonomia e motivação para o futuro são extremamente importantes.

As adolescentes gestantes vivenciaram o desenvolvimento do processo gestacional, elaboraram os fatores da resiliência, foram capazes de superar as adversidades e se tornaram mães adolescentes conscientes do seu papel e responsáveis. Superaram as expectativas de serem vistas como “problemas” que a sociedade lhes impõe. Superaram a distância que existe entre os serviços de saúde e o acolhimento dessa clientela. Mostraram-se mulheres, mães adolescentes, fortes, conscientes, decididas, enfim, mulheres resilientes.

A gestação na adolescência neste estudo trouxe mudanças positivas nas trajetórias de vida das adolescentes. Tornaram-se mães adolescentes, sentem-se felizes como tal, acreditam no futuro como pessoas responsáveis, livres, que vivenciaram adversidades e foram capazes de superá-las.

Os três temas revelados neste estudo se interrelacionam, se completam e se apresentam num processo contínuo. Dessa forma, o suporte social possibilita a mudança na vida da adolescente que se retrata de maneira positiva: ***Mesmo sendo adolescente, sou mãe e gosto de ser assim.***

O processo saúde-resiliência ficou caracterizado neste estudo a partir do entrelaçamento dos temas revelados, ou seja, o suporte social oferecido à adolescente consegue favorecer as mudanças necessárias para o pleno desenvolvimento pessoal da gestante, a qual se torna mãe adolescente responsável, cuidadosa, livre para tomar decisões e consciente de seu papel na sociedade. Assim, o processo saúde-resiliência favorece o amadurecimento da adolescente, tornando-a cidadã responsável como adolescente, mãe, esposa e filha.

Nesse sentido, as adolescentes gestantes devem ser vistas como pessoas capazes de se desenvolver fisiologicamente e emocionalmente; pessoas capazes de superar conflitos familiares e sociais; pessoas conscientes de seu papel no mundo, seja talvez esse papel diferente daquele que a sociedade lhe impõe. Enfim, que a gestante adolescente seja respeitada pelo ser humano vulnerável que é, mas que seja considerada uma pessoa que consegue se desenvolver livremente com autonomia e com capacidade para se tornar feliz ao final de todo o processo.

Neste estudo, as adolescentes gestantes, Sete Marias, tornaram-se mulheres resilientes, felizes e livres.

## Capítulo 7

---

### CONSIDERAÇÕES FINAIS

---

*Mas é preciso ter manha  
É preciso ter graça  
É preciso ter sonho, sempre  
Quem traz na pele essa marca  
Possui a estranha mania  
De ter fé na vida*

---

Ao iniciar esta pesquisa, o próprio tema se configurava bastante explorado, pois a gestação na adolescência já vem sendo estudada há vários anos. Mas, ao iniciar o estudo sobre resiliência, percebi a grande lacuna existente em relação à gestação na adolescência. Desse modo, procurei aproximar os dois grandes temas, e a partir daí, iniciei minhas primeiras anotações.

Durante todo o desenvolvimento deste estudo, procurei aprofundar a questão da gestação na adolescência sem deixar de aprofundar na questão da resiliência, pois, como minha área de atuação é Saúde Coletiva, sempre me deparei com vários tipos de grupos de pessoas. Aquelas que não conseguem superar os conflitos que a vida lhes impõe, mas também aquelas que conseguem superar e aprender com as experiências, mesmo estas sendo de extrema dificuldade. Assim, já me deparava com o próprio conceito de resiliência, mas não havia me especializado neste tema. Agora, ao término desta pesquisa, apresento algumas considerações a respeito.

A atuação em Saúde Coletiva me proporcionou durante estes anos um estudo da situação de saúde estadual e nacional. Como me é familiar, as questões relacionadas à saúde pública sempre denotam grandes desafios na assistência. A mudança de modelos de atenção em saúde já vem acontecendo há duas décadas, mas ainda não estamos conseguindo atenuar os problemas de saúde da população. Neste contexto, a gestação na adolescência continua sendo encarada como um problema de saúde pública.

O apoio oferecido pelos pais às gestantes e às novas famílias após o nascimento dos bebês reflete uma mudança de comportamento bastante significativa, pois, além de apoiar e ajudar as filhas adolescentes nos cuidados durante e após a gravidez, as famílias se comprometem com a ajuda e apoio ao casal e bebê. As famílias se ajustam às necessidades e buscam conviver em harmonia. Esse fato foi importante na construção da resiliência das adolescentes desta pesquisa.

A saúde coletiva enfrenta um grande desafio, ou seja, executar uma mudança de paradigma, buscando ajudar a desenvolver as potencialidades de cada pessoa, grupo, comunidade. Não é tarefa fácil.

Para que se promova a resiliência voltada à infância e adolescência, deve-se alcançar diferentes e múltiplas áreas, como políticas sociais, assistência social, saúde, educação, trabalho, justiça, entre outras, podendo atuar em nível individual, familiar e comunitário. Pode ser voltada às distintas etnias e culturas, por meio da aplicação de programas e ações que possam reforçar as fortalezas, competências pessoais e coletivas, frente aos vários fatores de vulnerabilidade e agravos.



Os programas de prevenção de riscos e promoção da resiliência com adolescentes poderão ser desenvolvidos, levando-se em conta as especificidades de cada grupo, sua cultura, seus anseios, suas competências pessoais e grupais, e, principalmente, seus projetos de vida.

Os programas e ações, cujas abordagens estão centradas na resiliência, encontram-se fundamentados no conhecimento dos fatores de risco e de proteção existentes em determinado indivíduo, contexto e momento. Nesta abordagem, a estratégia básica deve ser centrada no indivíduo e no grupo social, os quais estão expostos ao agravo, e deve ajudar a reforçar, viabilizar, desenvolver habilidades e competências individuais e coletivas que permitam enfrentar e superar o evento, conseqüentemente, a qualidade de vida e de inserção no convívio social.

Nessa perspectiva, o trabalho em rede configura-se como uma dimensão integradora de múltiplos setores, tanto nos aspectos macroestruturais (políticas), como na articulação interna para mobilização das intervenções. Ou seja, o trabalho voltado à proteção e promoção da qualidade de vida para a infância e adolescência envolve uma multiplicidade de mecanismos que interferem de forma positiva ou negativa para o adequado crescimento, desenvolvimento e integração social, pois esta população está exposta a múltiplos fatores de risco nos macro (sistema social e econômico) e microambientes (família, escola, amigos, comunidade).

Portanto, o modelo atual de assistência à gestante adolescente deve ser reformulado e reestruturado, buscando estratégias de ação voltadas às adolescentes e a seus grupos de convivência. Cabe ao

profissional a compreensão de todos os fatores de risco a que os referidos grupos estão sujeitos, principalmente, os fatores relacionados à família, à escola e à comunidade. Ressalta-se aqui a necessidade de um acompanhamento, se possível, multiprofissional, pois os diferentes saberes propiciam a almejada assistência integral à adolescente e a sua família de origem.

A assistência de enfermagem também deverá ser reestruturada, desde a formação e capacitação nos cursos de graduação. O profissional enfermeiro poderá implementar ações de intervenção de qualidade nos grupos de adolescentes, a partir da busca constante da compreensão da cultura do grupo, seus mecanismos de enfrentamento do processo saúde-doença, os fatores de risco a que estão expostos, para, então, formular estratégias eficientes e de resolutividade. Ressalto que para alcançar esta eficiência é necessário que haja, antes de tudo, a imersão do profissional na cultura do grupo, pois somente fazendo parte do cenário é possível intervir.

Assim, na assistência às gestantes adolescentes, é preciso voltar os olhos para além da questão da gravidez como “problema de saúde pública”, ou seja, é um acontecimento que exige ajuda para o desenvolvimento de habilidades e competências individuais, que, por sua vez, levarão ao desenvolvimento de habilidades e competências familiares.

Como profissionais não nos cabe julgar a gestação na adolescência como um evento saudável ou não. É necessário sermos capazes de assistir as adolescentes de maneira responsável e ética. É necessário humanizar esta assistência, tornando-a significativa para a

clientela. É necessário reformular paradigmas de assistência, buscando a compreensão de cada adolescente, de cada família. É necessário, sobretudo, sermos capazes de, junto com as adolescentes, construirmos a resiliência.

Enfim, é necessário abraçarmos a essência da profissão, o cuidado, com mudança de postura profissional, capacidade de ouvir, capacidade de se colocar no lugar do outro, se permitir ser modificada, e ser capaz de aprender com a vivência do grupo.

A partir da adoção de práticas que visem ao desenvolvimento das competências pessoais de adolescentes, no sentido de promover a conscientização e mobilização para uma melhor qualidade de vida, teremos as oportunidades para trabalhar com suas famílias, suas lideranças comunitárias e seus amigos, com o intuito de realizarmos intervenções eficientes no enfrentamento dos problemas sociais e de saúde desse grupo.

Assistir aos adolescentes requer mudança de postura profissional, habilidade e disponibilidade para ouvir, isenção de qualquer juízo de valor, sensibilidade para acolher e, acima de tudo, discernimento. Cabe ao profissional, portanto, reformular sua prática.

A estratégia Saúde da Família com profissionais capacitados poderá oferecer à população adolescente o devido acolhimento e acompanhamento no enfrentamento das questões do processo saúde-doença e de convívio desse grupo.

A Saúde da Família poderá, portanto, intervir com eficiência, qualidade e resolutividade na assistência às gestantes adolescentes, a partir do momento em que produza uma mudança do modelo centrado no

indivíduo para um modelo que inclua a sua inserção em seu contexto social. Portanto, é preciso que haja um trabalho com a comunidade, por meio do qual as pessoas, os cidadãos participem de maneira comprometida com o cuidado e a proteção de seus membros.

É necessário que todos os profissionais sejam capazes de perceber as mudanças que estão ocorrendo nas famílias de origem, em que há aceitação e a incorporação das famílias nucleares.

O cuidado direcionado às adolescentes deve considerar o respeito aos estilos de vida diferentes; levar em conta as condições financeiras heterogêneas; acolher as crenças religiosas múltiplas; contemplar as diferenças raciais, de gênero, e os aspectos culturais das famílias e comunidades.

## **REFERÊNCIAS**

---

Aguirre CML, Maddaleno MH, Gómez AMC, Burrows JO. Fomento y vigilancia de lactancia materna em hijos de madres adolescentes. Rev. Chi. Pediatr 1995; 66(5):270-5.

Ainsworth MD. Object relations, dependency, and attachment:a theoretical review of the infant-mother relationship. Child development 1969;40(4):969-1025.

Alegria FLV, Schor N, Siqueira AAF. Gravidez na adolescência: estudo comparativo. Rev Saúde Pública 1989;23(6):473-7.

Andraus LMS, Minamisava R, Guimarães MF, Tavares VH. Gravidez e parto de adolescentes em maternidade pública. In: Ramos FRS, Monticelli M, Nitschke RG, organizadoras. Projeto acolher: um encontro da enfermagem com o adolescente brasileiro. Brasília: ABEn; 2000. p.105-10

Arilha M, Calazans G. Sexualidade na adolescência: o que há de novo? In: Berquó E(Org). Jovens acontecendo na trilha das políticas públicas. Brasília:CNPQ, 1998, v 2.

Assis SG, Avanci JQ. Labirinto de Espelhos: formação da auto-estima na Infância e na adolescência. Rio de Janeiro:Editora Fiocruz.2004.

Atkinson P, Hammersley M. Ethnography and participant observation. In: Denzin KN, Lincoln YS. The SAGE handbook of qualitative research. 3<sup>rd</sup> ed. London: Thousand Oaks; 2005.

Baleeiro MC, Siqueira MJ, Cavalcanti RC, Souza V. Sexualidade do adolescente: fundamentos para uma ação educativa. Belo Horizonte: Secretaria de Estado da Educação/Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais; 1999.

Baszanger I, Dodier N. Ethnography-relating the part to the hole. In: Silverman D. Qualitative research: theory, method, and practice. London: Thousand Oaks; 2004.

Batista NAT. Práticas Naturais de Saúde no Ensino da Enfermagem; o que são e o que poderão ser: um estudo de representações de docentes.[Dissertação]. Rio de Janeiro: Centro de Educação e Humanidade, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, 1994.

Benner P, editor. Interpretative phenomenology: embodiment, caring and ethics health and illness. California: Sage. 1994.

Berquó E, Carenaghi S. increasing adolescent and youth fertility. In: Brazil: a new trend or a one-time event?. Brasil. Ministério da Saúde. Marco Teórico e referencial:saúde sexual e reprodutiva de adolescentes e jovens. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006, 56p.

Borkowski JG, Whitman T, Farris IR. Adolescent Mothers and their Children: Risks, Resilience, and Development. In: Borkowski JG. Risk and Resilience: adolescent mothers and their children grow up. Mahaw: Lawrence Erlbaum Associates, 2007.

Bosi A. Céu, inferno: ensaios de crítica literária e ideológica. São Paulo: Ática;1998.

Brasil. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos: Resolução 196/96. Rio de Janeiro: Fiocruz, s.d., 44p.

Brasil. Ministério da Saúde. Assistência Pré-Natal: Manual Técnico.Brasília; 2000.

Brasil. Ministério da Saúde. Direitos Sexuais e Reprodutivos: uma prioridade do governo. Brasília, 2005.

Brasil. Ministério da Saúde. Marco Teórico e Referencial: saúde sexual e reprodutiva de adolescentes e jovens. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006, 56p.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Informação e Informática do SUS. Indicadores e dados básicos-Brasil-2003:IDB2003.Brasília, 2003.Disponívelem:[http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb\\_2003/matriz.htm](http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb_2003/matriz.htm)

Brêtas ACP, Oliveira EM. Algumas Reflexões Sobre A Ética Na Pesquisa Qualitativa. In: Matheus MCC, Fustinoni SM. Pesquisa Qualitativa Em Enfermagem. São Paulo: Livraria Médica Paulista Editora, 2006.

Carelli G. O sexo começa cedo e com ousadia. Rev. Veja 2002;35:80-3.

Carneiro ABA, Matos CMAS. Gravidez aos 11 anos de idade. Rev Med Minas Gerais., 1999, 9:119-21.

Carneiro MLM, Corbishley ACM. The use of participant observation in qualitative nursing research: the bridge between theory and practice. In: 6<sup>th</sup> International Qualitative Health Research Conference; 2000; Banff. Banff; 2000. p.264-6.

Carneiro MLM. A bioenergia como caminho do processo saúde doença ao processo saúde enfermidade [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo; 1999.

Castro COM, Abramovay M, Silva LB. Juventudes e sexualidade. Brasília: Unesco, 2004.



Cavalcanti APLS, Zeni AP, Pinheiro EB, Pessoa FPLS, Barbosa EMS. Aspectos psicossociais de adolescentes gestantes atendidas em um serviço público na cidade do Recife. In: Ramos FRS, Monticelli M, Nitschke RG, organizadoras. Projeto acolher: um encontro da enfermagem com o adolescente brasileiro. Brasília: ABEn; 2000. p. 112-8.

Cavasin S(Org). Gravidez entre adolescentes de 10 a 14 anos:estudo exploratório em cinco capitais brasileiras e vulnerabilidade social:relatório de pesquisa. Rio de Janeiro:ECOS, 2004.

Coates V, Sant'anna MJC. Gravidez na adolescência. In: Françoso LA, Gejer D, Reato LFN. Sexualidade e Saúde reprodutiva na Adolescência. São Paulo: Atheneu, 2001.

Colmenares ME. La ética como fundamento psicológico de la resiliencia. In: Delgado RACP. La resiliencia: desvictimizar la víctima. Calli: Rafue; 2002. p. 90-4.

Costa COM, Bigras M. Mecanismos pessoais e coletivos de proteção e promoção da qualidade de vida para a infância e adolescência.Rev.Ciência e Saúde Coletiva[periódico na Internet].2007.12.[cerca de 16 p.].Disponível em:[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttextepid=S1413-8123007000500002e1ng=ptenrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttextepid=S1413-8123007000500002e1ng=ptenrm=iso)

Costa MCO et al. Estudo dos partos e nascidos vivos de mães adolescentes e adultas jovens no Município de Feira de Santana, Bahia, Brasil, 1998.Cad. Saúde Pública 2002;18(3):715-722.

Cunha AA, Monteiro DLM, Reis AAF. Fatores de risco da gravidez na adolescência. In: Monteiro DLM, Cunha AA, Bastos AC, editores. Gravidez na adolescência. Rio de Janeiro: Revinter; 1998. p. 43-56

Cyrulnik B, Tomkiewicz S, Guenard T, Vanistendael S, Manciaux M, Balegno L, et al. El realismo de la esperanza: testimonios de experiencias profesionales en torno a la resiliencia. Barcelona: Gedisa. 2004.

Cyrulnik B. La resiliencia en el curso de las interacciones precoces: la adquisición de recursos internos. In: Delgado RACP. La resiliencia: desvictimizar la víctima. Calli: Rafue; 2002. p. 43

Denzin KN, Lincoln YS. The SAGE handbook of qualitative research. 3<sup>rd</sup> ed. London: Thousand Oaks; 2005.

Emerson RM, Fretz RI, Shaw LL. Participant observation and fieldnotes. In: Atkinson P, Coffey A, Delamont S, Lofland J, Lofland L. Handbook of ethnography. London: Thousand Oaks; 2001. p. 352-68.

Fontana A, Frey JH. Interviewing: the art of science. In: Denzin KN, Lincoln YS. The SAGE handbook of qualitative research. 3<sup>rd</sup> ed. London: Thousand Oaks; 2005.

Frank A W. The wounded storyteller: body, illness, and ethics. Chicago, University of Chicago presss, 1995, cap.1, pp.1-25:When bodies need voices.

Geertz C. A interpretação das culturas. Rio de Janeiro: LTC; 1989.

Gomes R, Fonseca EMGO, Veiga AJM. A visão da pediatria acerca da gravidez na adolescência: um estudo bibliográfico. Rev Lat Am Enferm. 2002;10(3):408-14.

Good BJ. Medicine, rationality and experience: an anthropological perspective. Cambridge: Cambridge University Press, 1996.

Grotberg E H. Novas Tendências Em Resiliência. In: Melillo A, Ojeda E N S. Resiliência descobrindo as próprias fortalezas. Porto Alegre: Artmed. 2005.

Gualda DMR, Bergamasco RB. Enfermagem, cultura e o processo saúde-doença. São Paulo: Ícone; 2004.

Gualda DMR, Hoga LAK. Pesquisa qualitativa em enfermagem. Rev Esc Enferm USP. 1997;31(3):410-22.

Heilborn ML (Coord). Gravidez na adolescência: estudo multicêntrico sobre jovens, sexualidade e reprodução no Brasil (Pesquisa Gravada). [S.l.:s.n.], 2002.

Heilborn ML. Gravidez na adolescência: considerações preliminares sobre as dimensões culturais de um problema social. In: Vieira EM, Fernandes ME, Bailey P, McKay A, organizadores. Anais do Seminário Gravidez na Adolescência; 1998; Rio de Janeiro, RJ. Rio de Janeiro: Associação Saúde da família; 1998. p. 23-32.

Helman CG. Cultura, saúde e doença. 2ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1994.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censos Demográficos e Contagem Populacional-MS/SE/Datasus, 2006. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi.exe/ibge/cnv/poppr.def>

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censos Demográficos e Contagem Populacional-MS/SE/Datasus, 2004. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi.exe/ibge/cnv/poppr.def>.

Kleinman A. The illness narratives: suffering, healing, and the human condition. Cambridge: Basic Books; 1998. The meaning of symptoms and disorders; p. 3-30.

Lassiter EL. The Chicago guide to collaborative ethnography. Chicago: Chicago Press; 2005.

Leal MC, Viacava F. Maternidades do Brasil. *Radis Comum Saúde*. 2002;(2):8-26.

Lima CTB, Feliciano KVO, Carvalho MFS, Souza AP, Pereira MJBC, Ramos LS, et al. Percepções e práticas de adolescentes grávidas e de familiares em relação à gestação. *Rev Bras Saúde Mater Infant*. [periódico na Internet]. 2004 [citado 2005 mar. 3];4(1):[cerca de 13 p.]. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttextepid=S1519-38292004000100007eIngl=ptenrm=isoetIngl=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttextepid=S1519-38292004000100007eIngl=ptenrm=isoetIngl=pt)

Loustanau MO, Sobo EJ. The cultural context of health, illness, and medicine. Westport: Bergin e Garvey, 1991.

Ludke M, André MED. A pesquisa em educação: abordagens qualitativas. São Paulo: EPU; 1986.

Luthar SS, Cichetti D, Becker B. The structure of resilience: a critic evaluation and guideline for future reports. *Child Dev*. 2000;71(3):543-62.

Maakaroum MF. Considerações gerais sobre adolescência. In: Maakaroum MF, Souza RP, Cruz AR, coordenadores. *Tratado de adolescência: um estudo multidisciplinar*. Rio de Janeiro: Cultura Médica; 1991. p. 1-54.

Machado NO. Caracterização nutricional de uma população de mães adolescentes [dissertação] São Paulo (SP): Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2001.

Madeira AM, Tsucheniro MA. Crescer com o filho: A singularidade do adolecer mãe. In: Merighi MAB, Praça NS. Abordagens Teórico- Metodológicas qualitativas: a vivência da mulher no período reprodutivo. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2003. p.59-80.

Mandu ENT. Gravidez na adolescência: um problema? In: Ramos FRS, Monticelli M, Nitschke RG, organizadoras. Projeto acolher: um encontro da enfermagem com o adolescente brasileiro. Brasília: ABEn; 2000. p. 94-7.

Martins AL, Silva ABF, Zagonel IPS, Soares VMN. Mortalidade materna X gravidez na adolescência: um desafio para a enfermagem. In: Ramos FRS, Monticelli M, Nitschke RG, organizadoras. Projeto acolher: um encontro da enfermagem com o adolescente brasileiro. Brasília: ABEn; 2000. p. 98-104.

Matamala MI. Derechos sexuales y reproductivos, estado y sociedad. In: Bilac ED, Rocha MIB. Saúde reprodutiva na América Latina e no Caribe: temas e problemas. São Paulo: Editora 34; 1998.

Meihy JCSB. Manual de história oral. São Paulo: Loyola; 1996.

Meihy JCSB. Augusto e Lea: um caso de (des)amor em tempos modernos. São Paulo: Contexto; 2006.

Melillo A, Estamatti M, Cuestas A. Alguns Fundamentos Psicológicos do Conceito de Resiliência. In: Melillo A, Ojeda ENS. Resiliência: descobrindo as próprias fortalezas. Porto Alegre: Artmed; 2005.

Melo SD. Amamentação: Contínuo Aprendizado. Belo Horizonte: Coopmed, 2005.

Minas Gerais. Secretaria de Estado da Saúde. Atenção à Saúde do Adolescente. 2ª ed. Belo Horizonte: SAS/MG, 2007, 157p.

Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 7ª ed. São Paulo: Hucitec. 2000.

Monteiro DLM, Cunha AA, Reis AFF. Risk factors in teenagers pregnancy. It J Obstet Gineco. 1994; 46 Suppl 1:88

Monteiro DLM, Fagim IG, Paiva AS, Cunha AA. Modelo de assistência multidisciplinar à gravidez na adolescência. In: Monteiro DLM, Cunha AA, Bastos AC, editores. Rio de Janeiro: Revinter; 1998. p.148-69.

Morris D G. Illness and culture in the postmodern age. Los Angeles: University California Press.1998, cap 2, pp.50-57: What is the postmodern illness?

Munist M, Santos H, Kotliarenco MA, Ojeda ENS, Infante F, Grotberg EH. Manual de identificación y promoción de la resiliencia en niños y adolescentes [texto na Internet]. Washington, DC: OPAS/OMS; 1998. [citado 2005 maio 27]. Disponible en:

<http://www.paho.org/Spanish/HPP/HPF/ADOL/Resilman.PDF>

Munóz DEO, Véléz DEJ, Véléz TMU. La resiliencia en la promoción de la salud de las mujeres. Invest Educ Enferm. 2005;23(1);78-89.

Olesen V. Fields notes: some suggestions, some examples. San Francisco.1991. mimeografado.

Oliveira MW. Gravidez na adolescência: dimensões do problema. Cad CEDES. 1998;19(45):48-70

Organización Panamericana de la Salud (OPAS). La salud de los adolescentes y los jóvenes en las Américas: escribiendo el futuro. Washington, DC; 1995.

Pantoja ALN. "Ser alguém na vida": uma análise sócio-antropológica da gravidez/maternidade na adolescência, em Belém do Pará, Brasil. Cad Saúde Pública [periódico na Internet]. 2003 [citado 2005 mar. 8];19 Supl 2: [cerca de 8 p.]. Disponível em:  
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttextpid=S0102-311X2003000800015&lng=pt&res=iso&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttextpid=S0102-311X2003000800015&lng=pt&res=iso&lng=pt)

Peirano MA. A favor da etnografia. Rio de Janeiro: Relume Dumará; 1995.

Peres F, Rosenburg CP. Desvelando a concepção de adolescência/adolescente presente no discurso da saúde pública. Saúde SOC. 1998;7(1):53-86.

Pinotti JA, Silva JLCP. A saúde reprodutiva da adolescente. Femina. 1987;15(6):487-91.

Rede Feminista de Saúde. Adolescentes: Saúde Sexual e Reprodutiva: dossiê. Belo Horizonte; 2004.

Ribeiro PM. Criança desnutrida: "pequenino" espelho quebrado na relação mãe e filho [dissertação]. Belo Horizonte: Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais; 2002.

Richardson L. Fields of play: Constructing na academic life. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press;1997.

Rutter M. Psychosocial resilience and protective mechanisms. *AM J Orthopsychiatry*. 1987; 57(3):316-31.

Saito E, Gualda DMR. A espera e a vivência da dor de parto sob um enfoque Cultural. In: Gualda DMR, Bergamasco RB. *Enfermagem, Cultura e o Processo Saúde-Doença*. São Paulo: Ícone. 2005.

Sant'anna MJC, Coates V. Gravidez na adolescência: visão do hebiatra. In: *Medicina do Adolescente*. Coates V, Beznos GW, Françoso LA. 2ª ed. São Paulo: Savier, 2003.

Santos IM, Silva LR. Estou grávida, sou adolescente e agora? : relato de experiência na consulta de enfermagem. In: Ramos FRS, Monticelli M, Nitschke RG, organizadoras. *Projeto acolher: um encontro da enfermagem com o adolescente brasileiro*. Brasília: ABEn; 2000. p. 176-82.

Santos SR, Schor N. Vivências da maternidade na adolescência precoce. *Rev Saúde Pública*. 2003;37(1):1-12.

Sciarra DT, Panterotto JG. Adolescent motherhood among low-income urban Hispanics: familial considerations of mother-daughter dyads. *Qual Health Res*, 1998;8 (6):715-63.

Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. *Programa Saúde do Adolescente*. São Paulo, 2003.

Secretaria Municipal de Saúde de Itajubá. *Projeto Sinhá Moça*. Itajubá, MG: SEMSA; 2002.

Trindade ZA, Menandro MCS. Pais adolescentes: vivências e significação. *Estud.psicol.(Natal)*, 2002;7(1):15-23.



Walter MA. Resilience in ecosystemic context: evolution of the concept. American Journal of Orthopsychiatry 2001, 71(3):290-297.

Werner E. Protective factors and individual resilience [text on the Internet]. New York: Cambridge University Press; 1993. [cited 2005 27]. Available from: <http://www.resiliencia.cl/inutig>

Zamberlan MAT. Interação mãe-criança: enfoques teóricos e implicações decorrentes de estudos empíricos. Estudos de psicologia (Natal), 2002;7(2).p.399-406.

## APÊNDICE

---

## Apêndice 1 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezado (a) Sr(a) \_\_\_\_\_,  
responsável pela Gestante Adolescente \_\_\_\_\_

Sou professora da Escola de Enfermagem Wenceslau Braz (EEWB), doutoranda da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP) e, como requisito para obter o título de doutora em enfermagem, preciso desenvolver uma pesquisa (Tese) com o título: *Um ritual de passagem: a gestação na adolescência*. As participantes deste estudo são as adolescentes gestantes que freqüentam o pré-natal na Unidade I da EEWB. Gostaria de deixar claro que as informações obtidas neste estudo serão mantidas em sigilo e as adolescentes gestantes não serão identificadas pelo nome. Todas as informações são de responsabilidade da pesquisadora e serão utilizadas com finalidade exclusivamente científica, conforme determina a Resolução nº 196 de 1996, do Conselho Nacional de Saúde. A participação das adolescentes gestantes é estritamente voluntária e, a qualquer momento poderão desistir de participar.

Solicito autorização para entrevistar, fotografar e gravar a entrevista, pois serão realizadas análises dos relatos coletados.

Agradeço desde já sua colaboração e coloco-me à disposição para qualquer outro esclarecimento necessário.

Atenciosamente,

\_\_\_\_\_  
**Profa. Patrícia Mônica Ribeiro**  
**COREN MG 28425**

---

### TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Após ler as informações acima eu, \_\_\_\_\_,  
responsável pela adolescente gestante \_\_\_\_\_, autorizo a  
realização da pesquisa: *Um ritual de passagem: a gestação na adolescência*. Autorizo a  
entrevista, assim como a sua gravação e a realização de fotografias pela pesquisadora,  
para que os dados sejam analisados.

\_\_\_\_\_  
Responsável

\_\_\_\_\_  
Adolescente Gestante

Nome da Pesquisadora: Profa. Patricia Mônica Ribeiro  
Telefone residencial: (35) 3622-6624 Telefone Comercial: (35) 3622-0930  
Telefone da EEUSP: (11) 30617533 Fax: (11) 3061-7541

## **ANEXO**

---

## Anexo 1 - Aprovação do Comitê de Ensino e Pesquisa



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
ESCOLA DE ENFERMAGEM  
Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 - CEP 05403-000  
Fone: 3061-7548 - Fax: 3061-7548  
C.P. 41633 - CEP 05422-970 - e-mail: edipesq@usp.br

São Paulo, 25 de maio de 2007.

Ilm.<sup>a</sup> Sr.<sup>a</sup>  
Patricia Mônica Ribeiro

Ref.: Processo nº 646/2007/CEP-EEUSP

Prezada Senhora:

Em atenção à solicitação referente à análise do projeto “**Um ritual de passagem: a gestação na adolescência**”, informamos que o mesmo foi considerado aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (CEP/EEUSP).

Analisado sob o aspecto ético-legal, atende às exigências da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Esclarecemos que após o término da pesquisa, os resultados obtidos deverão ser encaminhados ao CEP/EEUSP, para serem anexados ao processo.

Atenciosamente,

Assinatura manuscrita em tinta preta.

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Dulce Maria Rosa Gualda  
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa da  
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo