



UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PERNAMBUCO
CURSO DE MESTRADO EM HEBIATRIA

ALEXSANDRA XAVIER DO NASCIMENTO

**REPRESENTAÇÃO SOCIAL DA MATERNIDADE PARA MÃES
ADOLESCENTES E PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE.**

Camaragibe, 2006

ALEXSANDRA XAVIER DO NASCIMENTO

**REPRESENTAÇÃO SOCIAL DA MATERNIDADE PARA MÃES
ADOLESCENTES E PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE.**

Dissertação apresentada à banca examinadora do Programa de Hebiatria em nível de Mestrado da Faculdade de Odontologia de Pernambuco da Universidade de Pernambuco, como exigência parcial para obtenção do Título de Mestre, sob Orientação da Profa. Dra. Maria Rejane Ferreira da Silva.

Camaragibe, 2006

Dados internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)
Biblioteca Prof. Guilherme Simões Gomes
Faculdade de Odontologia de Pernambuco – FOP/UPE

N244r Nascimento, Alexsandra Xavier do
Representação social da maternidade para mães adolescentes e para
profissionais da saúde/Alexsandra Xavier do Nascimento; orientadora:
Maria Rejane Ferreira da Silva. - Camaragibe, 2006.

133f. –

*Dissertação (mestrado) – Universidade de Pernambuco, Faculdade de
Odontologia de Pernambuco, Camaragibe, 2006.*

1 ADOLESCENTE 2 GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA/psicologia 3 SAÚDE
DA MULHER 4 PSICOLOGIA SOCIAL 5 PRÁTICAS DE SAÚDE PÚBLICA I Silva,
Maria Rejane Ferreira da (orient.) II Título

Banca Examinadora

Profa. Dra. Fátima Santos _____

Julgamento: _____

Assinatura: _____

Prof. Dr. Maria Cecile Soriano _____

Julgamento: _____

Assinatura: _____

Profa. Dra. Viviane Colares _____

Julgamento: _____

Assinatura: _____

Data da Defesa: 16 / 03 / 2007

Dedico este trabalho a Deus em primeiro lugar pelo dom da vida e da inteligência. Por me amparar nas minhas dificuldades, me animar nos momentos de desânimo, me levantar nas quedas, por estar constantemente em minha vida. Seu amor me pôs de pé.

Aos meus pais, Aguinaldo e Ana Maria, por seus exemplos de vida, de dignidade e fé. Por seu amor incondicional que me encoraja e me anima nessa caminhada.

As minhas irmãs Araceli, Adriana e minhas sobrinhas, por estarem presentes em minha vida, pelo seu amor, carinho, incentivo, por compartilharem e valorizarem tudo que faço.

Amo vocês

Meus Agradecimentos

A José Filho pelo apoio e carinho que me dispensou neste meu empreendimento pessoal.

Às pessoas iluminadas que Deus pôs em meu caminho: Évio Eduardo e sua família me dando força e apoio em todos os momentos da minha vida.

Aos meus amigos (as) que torceram e me encorajaram. Que compartilharam comigo as tristezas e alegrias vividas.

A minha orientadora Profa. Maria Rejane Ferreira da Silva pelo carinho e pela paciência com que me acompanhou durante o mestrado.

Aos docentes pela atenção e zelo com o qual nos conduziram durante esses dois anos, especialmente, Profa. Juliana Sampaio por sua valorosa contribuição nesta pesquisa.

Aos colegas do trabalho que torceram por mim e contribuíram para o meu êxito. Especialmente a Norma, Rosa, Avani, que com dedicação me auxiliou na construção deste trabalho.

A residente Roberta, Evânia e Sabrina por sua valorosa contribuição nos trabalhos.

As adolescentes e suas famílias que com tanta humildade e simpatia acolheram-me em suas casas.

As profissionais que se dispuseram de forma generosa a participar das entrevistas.

A todos que colaboraram na construção deste trabalho, seja na elaboração das idéias ou dedicando sua amizade, meu muito obrigado!

RESUMO

Este estudo teve como objetivo analisar o significado da maternidade na adolescência para mães adolescentes e para profissionais de saúde. Trata-se de uma pesquisa qualitativa de natureza exploratória e de corte fenomenológico. Os dados foram obtidos por meio de entrevistas semi-estruturadas, realizadas com 12 profissionais de saúde e 10 mães adolescentes no 3º ou 4º mês de puerpério. Procurou-se identificar unidades temáticas pela análise de conteúdo e, para construção do processo de análise, nos apropriamos de referenciais das representações sociais. Os resultados mostraram que o significado da maternidade na adolescência para as mães adolescentes e para as profissionais de saúde revelou pontos coincidentes e pontos divergentes para os dois grupos. A maternidade para as adolescentes foi predominantemente descrita como fonte de crescimento, amadurecimento e satisfação pessoal, enquanto para as profissionais de saúde o significado da maternidade na adolescência foi descrito como um problema, algo prejudicial para a jovem mãe e para a sua criança. Os diferentes significados atribuídos pelos dois grupos à maternidade devem ser considerados como ponto de suma importância para garantir uma comunicação satisfatória entre as adolescentes e os profissionais de saúde e para promoção da saúde de forma a atender as necessidades das adolescentes considerando o seu contexto histórico e social. A inclusão nas práticas de saúde do adolescente, seus significados atribuídos à maternidade e a outros temas sociais poderão fortalecer a construção da identidade cidadã para os jovens, fazendo deles sujeitos ativos na construção da sua história. A busca pelo adolescente de sua própria identidade torna o encontro com os profissionais de saúde um momento oportuno para ajudá-lo a assumir as responsabilidades de sua própria vida.

Palavras-Chave: adolescente, gravidez na adolescência, saúde da mulher.

The objective of this study is to analyze the meaning of maternity during adolescence for adolescent mothers and health professionals. This study is a qualitative research of exploratory nature and phenomenological approach. Data was collected through semi-structured interviews, conducted with 12 health professionals and 10 adolescent mothers in their third or fourth month post labor. Thematic units were identified through the analysis of content. As for the structuring of the analysis process, social representation parameters were used. The results showed that the meaning of maternity in the adolescence for adolescent mothers and for health professionals revealed coincidental points as well as divergent points for both groups. The maternity for the adolescents was predominantly described as a source of growth, maturing and personal satisfaction, whereas for health professionals the meaning of the maternity in adolescence was described as a problem, somewhat harmful for the young mother and for her infant. The different meanings provided by the two groups concerning maternity should be considered of utmost importance to ensure a satisfactory communication between the adolescents and the health professionals as well as the improvement of health in order to assist adolescents' needs, considering their social and historical background. The inclusion in adolescents' health practices, their meanings towards maternity as well as other social issues will be able to strengthen the citizen's identity for the youths, allowing them to play an active role in the making of their own history. The adolescents' quest for their own identities turns appointments with health professionals into a fitting opportunity to help them take over their own life's responsibilities

Key Words: adolescent, pregnancy in adolescence, woman's health.

RESUMO	
ABSTRACT	
CAPÍTULO 1	
INTRODUÇÃO.....	10
CAPÍTULO 2	
REVISÃO DA LITERATURA.....	16
2.1 Adolescência um tema polêmico.....	16
2.2 Maternidade na adolescência.....	19
2.3 Considerações sobre a maternidade.....	22
2.4 Algumas reflexões sobre gênero.....	23
2.5 Discurso biomédico.....	25
2.6 Políticas de atenção à saúde do adolescente	29
2.7 Representação social	32
CAPÍTULO 3	
OBJETIVOS DO ESTUDO	36
3.1 Objetivo Geral.....	36
3.2 Objetivos Específicos.....	36
CAPÍTULO 4	
PERSPECTIVAS METODOLÓGICAS E MÉTODOS.....	37
4.1 Desenho do estudo.....	37
4.2 Área do estudo.....	37
4.3 Sujeitos do estudo.....	38
4.4 Técnica de coleta de dados.....	40
4.5 Análise dos dados.....	41
Considerações éticas.....	42
CAPÍTULO 5	
RESULTADOS.....	44
5.1 Caracterização dos sujeitos da pesquisa.....	44
5.2 O significado da maternidade para as adolescentes	45
5.3 O significado da maternidade para as profissionais de saúde	52
CAPÍTULO 6	
DISCUSSÃO	63
6.1 O Perfil das adolescentes estudadas e a participação da família e do companheiro.....	63

6.2 O significado da maternidade na adolescência.....	68
6.3 O significado da maternidade para as mães adolescentes.....	69
6.4 O significado da maternidade para as profissionais de saúde.....	76
CAPÍTULO 7	
CONSIDERAÇÕES GERAIS.....	90
REFERÊNCIAS.....	96
APÊNDICE.....	103

INTRODUÇÃO

A maternidade na adolescência vem sendo estudada amplamente e discutida devido ao seu crescimento e magnitude. Dados da literatura demonstram que há maior ocorrência do fenômeno no mundo inteiro. Várias organizações internacionais vêm trabalhando para melhor compreender e planejar ações eficazes para o assunto em questão (ONU, 1995; TRINDADE; MENANDRO, 2002).

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) no Brasil, a fecundidade vem diminuindo em todas as faixas etárias, menos entre os adolescentes e principalmente entre as adolescentes de 10 a 14 anos (IBGE, 2005).

Muitos estudiosos relacionam à maternidade na adolescência a noção de problema, fator responsável por prejuízos na vida da jovem mãe e sua criança. Eles mencionam as repercussões na saúde e desenvolvimento das jovens adolescentes através de evidências como, por exemplo, maiores índices de prematuridade, mortalidade materna e neonatal, baixo peso ao nascer, grande número de aborto em condições precárias, o abandono à escola e a perpetuação da pobreza entre outros (MANDU, 2000; BRASIL, 2004).

Segundo o IBGE, a frequência de gravidez precoce está inversamente associada à escolarização da adolescente. Entretanto, discute-se tal resultado ora como causa, ora como efeito do fenômeno (IBGE, 2005).

O impacto social relacionado à maternidade na adolescência vem sendo dimensionado evidenciando os diversos obstáculos para o desenvolvimento das adolescentes no âmbito social e econômico (ONU, 1995).

Entretanto, essas repercussões parecem atingir as adolescentes de forma diferenciada de acordo com a sua classe social. Quando a adolescente pertence a uma classe social mais favorecida a incidência de gravidez na adolescência parece diminuir e se ocorre seus resultados adversos não são tão observados (GUIMARÃES, 2001).

A dimensão do problema, portanto, não é explicada apenas do ponto de vista biológico. O fato de ser adolescente, pertencer a uma faixa etária por si só aparentemente não é fator conclusivo quando se fala em saúde do adolescente.

Vários autores relativizam o ser mãe adolescente como um problema e apontam o contexto social e econômico em que as mesmas estão inseridas, como fator que contribui para instalação dos problemas advindos na maternidade inoportuna (MENEZES, 2002; BOCARDI, 2004; TRINDADE 2005).

Os prejuízos advindos da experiência da maternidade vivida pelas adolescentes pobres vêm colocar em discussão as injustiças sociais a que elas estão expostas.

Apesar de tantos debates sobre a maternidade na adolescência, as necessidades das jovens adolescentes não têm sido historicamente vislumbradas através da formulação de políticas públicas suficientemente abrangentes. O modelo atual de atenção à saúde não contempla uma rede de apoio suficientemente

abrangente para minimizar as desigualdades sociais, garantindo a adolescente mãe pobre uma maternidade segura e saudável (BRASIL, 2004).

Assim a exploração dos fatores sociais, econômicos e bem como o modelo de atenção à saúde torna-se imprescindíveis para compreender a maternidade na adolescência como uma construção social e histórica e reorientar as práticas de saúde (OLIVEIRA, 1998).

Nesta perspectiva, a maternidade foi vista como um processo complexo que se constrói no cotidiano dos indivíduos, das comunidades, dos profissionais de saúde e das autoridades sanitárias (PÉREZ; NAVARRETE, 2006).

Almejando resultados mais satisfatórios para a saúde materno infantil, as ciências da saúde vem se apropriando dos referenciais das ciências sociais para a análise desses fatores. Essa nova abordagem da saúde permitiu uma nova aproximação e explicação da maternidade na adolescência (MANDU, 2000).

O interesse pelo tema maternidade na adolescência se iniciou a partir da experiência profissional no atendimento a mulheres em uma maternidade escola da Universidade de Pernambuco. Assistindo as adolescentes foi observado que muitas dessas vivenciavam o momento do nascimento de suas crianças com muita alegria e com satisfação e se propunham a cuidar com zelo dos seus bebês. Os profissionais de saúde temerosos com a imaturidade das jovens mães faziam firmes ressalvas aos cuidados e controles de saúde como planejamento familiar e o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento do bebê. O atendimento as adolescentes favoreceu uma aproximação empática e o reconhecimento que aquelas jovens mães mereciam uma atenção diferenciada. A familiarização com os

desafios enfrentados pelas adolescentes no exercício da maternidade e dos profissionais em prestar um atendimento adequado para estas jovens me levou a querer aprofundar a compreensão sobre a maternidade na adolescência.

Os dois anos de trabalho, com mães adolescentes oportunizaram várias observações, e a vivência de diversas situações no âmbito da instituição de saúde e nas visitas domiciliares.

Deste estudo participaram adolescentes mães de crianças nascidas entre os meses de junho e julho na Maternidade Monteiro de Moraes da Universidade de Pernambuco e os profissionais que assistem as adolescentes no pós-parto, no alojamento conjunto. O trabalho enfocou a maternidade na adolescência: sua repercussão na vida das jovens mães, na visão das adolescentes e dos profissionais bem como uma reflexão sobre a assistência oferecida pelas unidades de saúde.

Esse trabalho de pesquisa desenvolvido no mestrado poderá servir como uma etapa para o desenho de uma futura investigação em nível de doutorado, pois forneceu condições de contextualizar melhor alguns aspectos do universo de vivências deste grupo, e a partir daí a possibilidade de novas situações a serem exploradas.

Assim sendo, esta dissertação é uma contribuição aos estudos qualitativos na linha da representação social, na medida em que a maternidade na adolescência inclui situações que estão além da condição biológica e da oferta de serviços de saúde reprodutiva para adolescentes.

Buscou-se, através das indagações feitas, analisar a representação social da maternidade na adolescência. A pesquisa foi realizada com dois grupos distintos: um

foi constituído por mães adolescentes no terceiro ou quarto mês pós-parto e outro por profissionais vinculados a Maternidade Professor Monteiro de Moraes que prestaram assistência a essas adolescentes.

O trabalho contém 07 capítulos: a Introdução, a revisão de literatura, os objetivos, a metodologia, os resultados, a discussão e considerações finais.

O capítulo 1 trata da introdução, onde foi feita uma contextualização do tema estudado. Apresentou-se ainda de forma sucinta a justificativa, os objetivos, os métodos, os resultados e as discussões do estudo.

O capítulo 2, a revisão de literatura, trás um recorte acerca da adolescência, algumas considerações a respeito da maternidade, gênero, discurso biomédico, a maternidade na adolescência, políticas de saúde do adolescente e sobre a teoria das representações sociais.

No capítulo 3 foram expostos os objetivos gerais do estudo, bem como os objetivos específicos.

No capítulo 4 apresentou-se a trajetória metodológica relacionada com o objeto de estudo. Nesse capítulo, foi descrita a perspectiva metodológica, fundamentada nos postulados teóricos de uma investigação qualitativa. Foram descritos o desenho, a área e os sujeitos do estudo. Foi descrita também a técnica de coleta de dados, bem como a técnica utilizada para a análise dos dados. Ainda foram apresentadas nesse capítulo as considerações éticas e limitações metodológicas.

No capítulo 5 foram apresentados os resultados do estudo, as categorias de análise que emergiram a partir do relato dos sujeitos entrevistados.

No capítulo 6 foi realizada a discussão dos temas que surgiram no tratamento das entrevistas. Procedeu-se as inferências e interpretações sobre as categorias de análise descritas nos resultados do estudo com a finalidade de compreender e analisar o significado da maternidade na adolescência para as jovens mães e para os profissionais de saúde.

Finalmente no capítulo 7 apresentou-se as considerações gerais do estudo. Nesse capítulo procurou-se fazer uma reflexão sobre a prática dos profissionais de saúde, em face de maternidade na adolescência, apontando algumas sugestões para ampliar as práticas de saúde a fim de ultrapassar o enfoque biológico da maternidade.

REVISÃO DA LITERATURA

Ao estudar a maternidade na adolescência deve-se considerar a idéia de adolescência socialmente elaborada bem como sobre a maternidade, seus atores sociais e sua construção histórica. Realizou-se ainda uma sucinta descrição acerca da teoria das representações sociais e sua contribuição para a compreensão do tema. Esta revisão utilizou os descritores: adolescente, gravidez na adolescência, saúde da mulher.

2.1 Adolescência um tema polêmico

O conceito de adolescência é relativamente novo na história. A adolescência como etapa singular do desenvolvimento humano, configura-se tema recente de estudo das ciências médicas e sociais (CORREIA, 2000).

Conforme Ariès (1981), a produção científica sobre a adolescência em termos quantitativos ou de identidade objetal que permitisse sua socialização ampliada, no meio científico, só se torna relevante depois da segunda metade do século XX.

Hoje ainda não há consenso quando se trata de definir a adolescência, qualquer tentativa de fixar idades para esta fase parece ser improcedente. Os diferentes pontos de vista suscitam diversas opiniões. Alguns estudiosos utilizam o referencial biológico caracterizado pelo desenvolvimento das características sexuais secundárias, outros, pelo estabelecimento de um repertório humano ou maduro das relações interpessoais (CAMPOS, 2002).

Adolescência é uma palavra derivada do latim *adolescere*, significando crescer ou crescer até a maioridade. É um termo utilizado para situar o período de vida entre a infância e a idade adulta e tem limites imprecisos, pois há discussão acerca desse período. Portanto, a adolescência, como as demais fases da vida, é uma fase do crescimento e desenvolvimento do ser humano, construída historicamente, a partir da socialização do meio em que está inserido (BOCARDI, 2004).

Segundo a Organização Mundial de Saúde, a adolescência é uma fase do desenvolvimento humano caracterizada por diversas transformações físicas e psicológicas. A adolescência compreende o período dos 10 aos 20 anos incompletos e é considerada uma fase especial de formação da identidade e autonomia. Entretanto, a adolescência varia enormemente entre uma cultura e outra quanto ao ganho da independência que caracteriza a idade adulta. Esta transição reúne as seguintes características: desenvolvimento biológico desde o começo da puberdade até a completa maturidade sexual e reprodutiva; desenvolvimento psicológico desde os padrões cognitivos e emocionais da infância até os padrões cognitivos da idade adulta; trânsito desde estado total de dependência socioeconômica da infância a uma independência relativa (OMS, 1986).

Embora se fale que a adolescência inicia a partir da puberdade, por volta dos 10 anos de vida, tanto o desenvolvimento biológico, quanto o psicológico e social vão depender do contexto sócio cultural no qual se insere a família desse adolescente (BURAK, 2001).

Os aspectos biológicos, sociais ou culturais são indissociáveis no estudo da adolescência, visto que formam características que integram o fenômeno. Desta forma, a adolescência não pode ser considerada meramente uma transição da

infância para a fase adulta, pois é nessa fase que culmina toda a maturação biopsicossocial do indivíduo (BRASIL, 1993).

Neste sentido, tem-se observado uma preocupação de setores importantes da sociedade quanto ao presente e ao futuro de jovens e adolescentes. A atenção para a juventude tem crescido nos últimos anos no Brasil, tanto por parte da opinião pública (notadamente os meios de comunicação de massa) como por parte da academia, assim como por parte dos atores, políticos e de instituições, governamentais e não governamentais (TRINDADE; MENANDRO, 2002).

A tematização da juventude pela ótica do problema social é histórica e já foi assinalada por muitos autores. Entre os meios de comunicação de massa, nos noticiários, em matérias analíticas e editoriais os temas comumente veiculados estão relacionados aos problemas sociais como violência, crime, drogadição exploração sexual, gravidez precoce ou as medidas para dirimir ou combater tais problemas. Na academia as investigações sobre a juventude privilegiam situações de risco em que estes estão envolvidos. É nesse sentido que na maior parte das vezes a problematização da juventude é acompanhada do desencadeamento de uma espécie de pânico moral que condensa os medos e angústias relativas à manutenção da ordem social (ABRAMO, 1997).

Nessa visão relaciona-se a adolescência a problemas de ordem social, econômica e psicológica. Entre os problemas relacionados ao adolescente de ordem social e econômica encontramos os exemplos: jovens fora da escola, analfabetismo, inadequação ao mercado de trabalho, desemprego, mortes por causas externas, falta de acesso às atividades de esporte, lazer e cultura, violação dos direitos humanos e pouco engajamento social. Quando se trata das questões psicológicas a

adolescência é constantemente relacionada à imaturidade, irresponsabilidade, infantilidade (BRASIL, 2004; ASSIS, 2003).

A concepção de adolescência depende de variáveis sócio-demográficas, classe social, gênero e contexto histórico cultural. Além desses fatores, destaca-se a diversidade, o pluralismo cultural dos últimos anos, que chega através da mídia a todos os contextos sociais. Essas informações oferecem um panorama variado e mutante que compreende comportamentos, linguagens e forma de socializações diversas, que inviabilizam uma concepção unívoca da adolescência. Por esta razão deve-se falar em adolescências, suas diferentes vivências, observando a caracterização de cada uma em particular (TRAVERSO-YÉPEZ, 2002).

2.2 Maternidade na adolescência

Nas últimas décadas a saúde reprodutiva, a gravidez precoce e suas repercussões na vida da criança e da adolescente, vêm sendo amplamente discutidas. Tanto no cenário internacional como no Brasil estes temas assumem o status de problema de saúde e social para o qual os poderes públicos dedicam atenção junto aos organismos internacionais e a sociedade civil organizada (HEIBORN, 2002).

No Brasil estima-se, que mulheres com idade entre 10 e 19 anos respondam por cerca de 23 a 30% do total das gestações. Em 1996, dos partos assistidos na rede do sistema único de saúde, 25,7% foram relativos a jovens nesta faixa etária. No ano seguinte, esse percentual subiu para 26,5%, correspondendo a quase 3 milhões de partos anuais. Somente entre adolescentes com idade entre 10 e 14

anos, de 1993 a 1998, o aumento no número de partos foi de cerca de 31% (BRASIL, 1999).

Este fato pode ser explicado devido ao decréscimo da fecundidade geral em todas as faixas etárias, exceto na adolescência e tornou-se ainda mais evidente em termos relativos e absolutos, o aumento expressivo nos grupos de mães em idades precoce e jovem. Dentre as mães de 10 e 14 anos de idade, o incremento relativo analisado foi de 80,7%. Para as que já se encontravam com idades entre 15 e 19 anos, o percentual de aumento foi de 38,6%. Isto corresponde saltar de um patamar de 470.570 para 657.440 mulheres entre 10 a 19 anos, que deram à luz, respectivamente, em 1991 e 2000. Vale registrar que ao longo da década de 90, em grande parte das Unidades da Federação, os respectivos percentuais de aumento do número de mães entre 10 e 14 anos de idades são superiores a 100% (IBGE, 2005).

Apesar da grande relevância do assunto, a gravidez na adolescência não é um fenômeno recente no Brasil. A gravidez na adolescência não era considerada um problema há algum tempo atrás. Ao contrário era considerada a fase ideal para ter filhos. Historicamente as mulheres têm engravidado nessa fase da vida. Os estudos antropológicos sugerem outras possibilidades de interpretação do fenômeno e apontam que a utilização apenas da idade contribui para uma visão reducionista do fenômeno (AQUINO *et al.*, 2003).

Embora a gravidez na adolescência encontre-se relacionada a uma frequência de desvantagens sociais das garotas é preciso considerar que sua ocorrência já se dá num ambiente pontuado por desigualdades sociais e de oportunidades restritas. Ao privilegiar o fator idade como elemento fundamental de análise, esses estudos

desconsideram as diferenças sociais que marcam de forma distintas as etapas da vida humana e as múltiplas e variadas implicações que o evento produz sobre as trajetórias de vidas dessas jovens. Deve-se considerar que além dos discursos atuais sobre a maternidade na adolescência, as novas concepções sobre o papel social da mulher, da emancipação feminina, das questões de gênero difundem novos horizontes à mulher mais além da maternidade. Então a gravidez na adolescência vem como uma frustração a essas expectativas, diante das novas expectativas depositadas nos jovens atuais, as novas possibilidades de estudo, a inserção profissional, o exercício da sexualidade desvinculada da reprodução, a tendência em postergar a idade de ter filhos. A maternidade na adolescência parece perpetuar o papel imposto à mulher por tantos anos, contrariando os ideais de emancipação feminina desperdiçando assim as oportunidades hoje oferecidas a custas de muitas lutas (MENEZES, 2002; AQUINO *et al.*, 2003).

Para a compreensão da maternidade na adolescência e sua construção social é necessário empreender sua relativização. Necessita-se transcender as idéias propostas pelo paradigma analítico dominante e proceder à investigação em uma perspectiva sociológica. Em tese, tratar o fenômeno da gravidez na adolescência inserindo-o em um campo analítico mais amplo: o da sexualidade, gênero e juventude, especificados a luz das distinções de classe (AQUINO *et al.*, 2003).

2.3 Considerações sobre a maternidade

A mulher marginalizada durante séculos em nome dos discursos econômicos e filosóficos teve sua imagem enaltecida no exercício do papel materno a partir do século XVIII. Foi Rousseau, com a publicação do *Émile*, em 1762 que cristalizou tais idéias e impulsionou a formação da família fundada no amor materno. As mulheres

foram socialmente reconhecidas como responsáveis pela nação. A sua importância estava relacionada à garantia de crianças saudáveis e, portanto futuros cidadãos capazes de trabalhar e defender a soberania do seu povo. Junto a esse reconhecimento social da maternidade também foram agregados e enfatizados nesses discursos ameaças a mãe que não cumpriam seu papel materno. Tantos foram os discursos acerca das responsabilidades das mães que acabaram por desenvolver nas mulheres o sentimento de culpa relacionado aos insucessos nos cuidados maternos e na educação dos filhos. Desenha-se uma nova imagem de mãe que a todo custo deveriam estar enquadradas no papel de boa mãe. O modelo de boa mãe difundido pelos intelectuais e filósofos descreve o sacrifício, a abnegação como valores louváveis a mulher. Em nome da criança as mães devem estar dispostas a uma gama de sacrifícios como a restrição ao ambiente domiciliar, a supressão dos seus interesses e até a doação da própria vida. Assumir as atividades maternas com boa vontade e entusiasmo. No século XX além das responsabilidades pela saúde física dos filhos, pela educação é agora também responsável pelo inconsciente e os desejos do filho. Com base na psicanálise, a mãe foi promovida a grande responsável pela felicidade do seu rebento. Enclausurada no papel de mãe, não mais poderá evitá-lo sob pena de condenação moral. As mães que não atendiam a esse modelo ideal poderiam ser acusadas de egoísmo, maldade e até desequilíbrio (BANDITER, 1993).

A maternidade ainda é hoje um tema sagrado, um dos estados humanos mais naturais, e um dos mais policiados, uma responsabilidade única da mulher, não apenas um dever, mas uma vocação altamente idealizada, cercada de emoção por todos os lados. Essas idéias foram reforçadas no século XX, quando a ciência, a

psicologia, a política e a polêmica em torno dos gêneros levaram o mito da maternidade além dos limites (FORNA, 1999; TRINDADE, 2005).

Ainda difundem-se diversas idéias sobre o papel da mulher, o amor materno e a participação do homem nos cuidados com o filho. Permanecem no senso comum idéias amplamente difundidas nos séculos anteriores sobre a existência do instinto materno. Essas idéias também são compartilhadas pelas adolescentes e influenciarão seu exercício e discurso sobre a maternidade.

2.4 Algumas reflexões sobre gênero

O conceito de gênero refere-se ao conjunto de expectativas sociais sobre os comportamentos adequados e claramente distintos que a pessoa deve manifestar, conforme o sexo a que pertence. Os gêneros masculino e feminino sempre foram pautados em relações de desigualdade e segmentação das relações entre os mesmos. Desta forma, o homem ainda é visto idealmente no contexto real como viril, corajoso, forte, provedor e protetor da família; e a mulher idealizada como mãe, esposa, meiga e dócil, sentimental, leal, complemento do homem. Essa atribuição ocorre no nascimento a partir dos atributos físicos do bebê que o classifica em menino ou menina (MENEZES, 2002).

Ao longo da história se identifica uma quantidade de discursos, teorias, visões acerca da mulher, essencialmente associados à sua capacidade de reprodução. O foco destas idéias foram tentativas de compreensão e descrição da “natureza” feminina. Acreditava-se que a mulher não é dotada de razão ou tem uma razão inferior. Apesar dos grandes avanços impulsionados pelos movimentos feministas, ainda prevalece idéia de inferioridade sexual e intelectual da mulher, do seu papel

natural na reprodução da espécie e no cuidado dos filhos decorre naturalmente uma definição de função e de papel, a mulher é essencialmente esposa e mãe. Na medida em que homens e mulheres não estão proporcionalmente representados em papéis sociais específicos, acabam por adquirir diferentes competências e crenças que, por sua vez, afetam o seu comportamento social. Portanto, homens e mulheres estão sujeitos a diferentes expectativas quanto ao comportamento socialmente tipificado e a divisão do trabalho entre os sexos (NOGUEIRA, 2001).

É importante ter presente que os debates acerca do gênero e da diferença sexual não são meros exercícios acadêmicos: eles têm conseqüências evidentes e importantes. O que “fizemos” do gênero e a forma como se define homem e mulher tem influência no modo como as pessoas se percebem a si próprias e ao mundo (ARRUDA, 2002).

Os processos relacionados com o gênero influenciam o comportamento, os pensamentos e os sentimentos dos indivíduos, afetam as interações sociais e ajudam a determinar a estrutura das instituições sociais. Como o gênero é uma ideologia dentro da qual as diferentes narrativas são criadas, as distinções de gênero ocorrem disseminadamente na sociedade. O discurso do gênero envolve a construção da masculinidade e da feminilidade como pólos opostos e a essencialização das diferentes resultantes (ARRUDA, 2002).

No entanto, há um esforço de grupos que trabalham com a perspectiva feminista no sentido de encontrar elementos que provoquem mudanças no conteúdo dos papéis de gênero, na tipificação das competências e crenças e, posteriormente, na extensão das diferenças sexuais.

Além do que os estudos em geral são freqüentemente restritos as mulheres, reforçando a invisibilidade social do parceiro seja ele adolescente ou não (LYRA, 1998; AQUINO *et al.*, 2003).

O pai adolescente é pouco citado nos estudos sobre a maternidade na adolescência. Ao falar de maternidade necessitamos refletir um pouco sobre as questões de gênero, que envolvem o exercício dos papéis masculino e feminino na sociedade.

2.5 Discurso biomédico

As concepções atuais sobre a maternidade na adolescência estão baseadas pelo discurso biomédico, que enfatiza os riscos da gravidez precoce para a saúde materno infantil e o discurso psicossocial com ênfase na imaturidade psicológica dos adolescentes. Esses discursos se agregam e reforçam a idéia de que o adolescente tem incapacidade fisiológica para gestar e psicológica para criar. (HEILBORN, 2002)

O discurso médico acaba por confirmar superstições mesmo perante fatos científicos contraditórios e por isso se parte da descrição do corpo feminino como uma cópia defeituosa do corpo do homem, para a crença de uma natureza frágil sujeita às desordens provenientes dos seus órgãos reprodutivos. Desde os textos medievais, passando pelo renascimento, até ao discurso na época da revolução, o discurso médico é sempre utilizado para permitir justificar a colocação da mulher na esfera familiar, conferindo-lhe um estatuto particular na sociedade. O discurso científico legitima o lugar dado à mulher, a maternidade. “Em nome de um determinismo natural, o pensamento médico confina então a feminilidade ideal na

esfera estreita que a ordem social lhe destina: a mulher, sã e feliz, é a mãe de família, guardiã das virtudes e dos valores eternos” (UCHOA; VIDAL, 1994).

Do ponto de vista biomédico a maternidade na adolescência é uma condição de risco para saúde da mãe e da criança. Diversos estudos nessa linha relacionam as repercussões advindas da gravidez e maternidade nessa fase da vida. Relatam que todos os anos, no mundo, pelo menos 60 mil adolescentes morrem em decorrência da gravidez e do parto. Além disso, destacam que os bebês nascidos de mães jovens têm maior probabilidade de apresentar baixo peso e a morrer de infecção e problemas infecciosos no primeiro ano de vida. Referem que entre as adolescentes, a maternidade aumenta as chances de adoecer, sintomas de depressão no primeiro ano pós-parto, complicação relacionada à prática do aborto em precárias condições. Resumem que tais fatores vêm contribuindo para maior mortalidade materna (AKERLIND *et al.*, 1996; BRASIL, 1999; HANNA, 2001).

Se por um lado, existem na literatura científica, muitos trabalhos associando a idade materna ao risco para resultados perinatais ruins, por outro lado, há questionamentos se estes prejuízos estão de fato relacionados à faixa etária das jovens (CLEMENS, 2003).

Primeiramente para avaliar os riscos inerentes a gravidez na adolescência, deve-se não apenas considerar a idade cronológica da gestante, mas também a sua idade ginecológica, ou seja, tempo decorrido entre a menarca e a prenhez. Essa distância trás diferentes resultados perinatais (CORREIA, 1991).

Para Carvalho *et al.* (1996) o risco na gravidez somente acontece se a jovem tiver menos de 15 anos, devido à diminuição do fluxo placentário e um útero pequeno para desenvolver a gravidez. Para as adolescentes acima de 15 anos os

riscos biológicos são semelhantes aos da mulher adulta. Para esse autor os riscos são mais sociais do que proveniente da idade.

A Anemia na gestante é atualmente melhor explicada pela pobreza e maus hábitos alimentares do que pela idade materna (GUIMARÃES, 2001).

Do ponto de vista psicossocial a maternidade prematura segue sendo um obstáculo para o progresso educacional, econômico e social da mulher em todo o mundo e que o casamento e a maternidade prematuros podem reduzir drasticamente as oportunidades de educação, emprego para as jovens e provavelmente, prejudicar em longo prazo a sua qualidade de vida e a dos seus filhos (ONU, 1995).

Outros estudos também corroboram que a maternidade na adolescência interfere no projeto de vida das mães. Observaram-se nas jovens mães prejuízos financeiros, cognitivos, mentais e educacionais a curto e longo prazo. Destaca-se também que as mães adolescentes muitas vezes abandonam a escola para cuidar do filho. Aquelas que puderam retornar as aulas posteriormente contaram com o suporte familiar (KONIAK-GRIFFIN *et al*, 1999 e 2003; O'SULLIVAN; SCHWARZI, 2000; ALMEIDA *et al*, 2003; IBGE, 2005).

No que se refere às crianças, um grupo de pesquisadores destaca que filhos de mães adolescentes estão mais expostos ao risco para adoecer, risco aumentado para maus tratos, maior incidência de acidentes e hospitalizações durante os cinco primeiros anos de vida. Estas crianças ainda apresentaram menor realização educacional, mais problemas emocionais e comportamentais quando relacionadas a crianças filhas de mulheres adultas (MANDU, 2000; DYTZ; ROCHA, 2000; KONIAK-GRIFFIN, 2001; IBGE, 2005).

No entanto, estes autores não discutem outros elementos como o contexto social, na qual as adolescentes estão inseridas.

É dentro desse paradigma que os profissionais de saúde estão inseridos desde a sua formação. Eles compartilham as idéias difundidas no meio acadêmico e as reproduzem durante o seu exercício profissional, nas suas práticas assistenciais. Entre os profissionais de saúde uma das premissas que mobilizam as ações em saúde é a idéia de risco.

Nesta perspectiva evidencia-se nas propostas de atenção à saúde o caráter prevencionista, no qual os indivíduos, devidamente informados sobre os agravos e riscos, tornar-se-iam os gerenciadores de seus comportamentos em busca de uma saúde plena, pela qual seriam integralmente responsáveis. Portanto, caberia a cada um, individualmente, o mérito ou a pena por suas condições de sobrevivência. Desta forma, desvia-se o foco para o indivíduo negligenciando-se a complexidade da situação (TRAVERSO-YÉPEZ, 2002).

Medrado e Lyra (1999), refletiu sobre os enfoques tradicionalmente dados a questão da gravidez na adolescência. Para esses autores esses enfoques partem de valores e pressupostos, os quais tendem a construir uma série de implicações no desenvolvimento das pesquisas e na atuação junto ao adolescente. Essas implicações podem se traduzir em ações repressivas exercidas pelos profissionais de saúde sobre os adolescentes durante as práticas de saúde.

2.6 Políticas de atenção à saúde do adolescente

Embora exista uma tendência em falar de saúde integral, de modelo biopsicossocial e de prevenção e promoção, na prática continua-se com um

atendimento centrado na doença e, portanto, na proposta curativa (TRAVERSO-YÉPEZ, 2001). Mais que em qualquer outra faixa etária, no caso *das adolescências*, fica evidente a fraqueza do sistema de saúde vigente, que, ao partir de uma visão unidimensional de saúde, desconsidera a diversidade de patologias “não orgânicas” que ameaçam a vida de crianças e adolescentes. Observa-se que em decorrência especialmente das vacinas e das melhores condições de vida, a morbidade e mortalidade infantis têm diminuído significativamente nos últimos anos. Mas a existência da saúde não é apenas uma questão orgânica, dependendo da interação permanente das dimensões biológicas, psicológicas e sócio-ambientais numa dinâmica de extrema complexidade.

Garantindo apenas a sobrevivência, não se atende às múltiplas dimensões humanas e o grande problema é que crianças e adolescentes ficam órfãos do atendimento abrangente de que precisam, estando expostos a outro tipo de mazelas. Assim, a vida na rua, acidentes, homicídios, suicídios, DSTs, alcoolismo, dependência química, delinquência, constituem patologias que, na atualidade, afetam e até matam milhares de adolescentes e jovens todos os dias. É significativo que estudos da UNESCO apontem que nas principais capitais do Brasil, em 1998, cerca de 60% das mortes entre 15 e 25 anos ocorreu por violência conjunta (homicídios, suicídios e acidentes de transporte) enquanto na população em geral só 8,7% dos óbitos deve-se a essas causas (ABRAMOVAY *et al.*, 2002).

Acrescenta-se a isso, a falta de oportunidades de educação, trabalho, lazer e cultura, decorrente das grandes desigualdades estruturais vigentes, está se falando de situações de vulnerabilidade extrema, definida como “o resultado negativo da relação entre a disponibilidade dos recursos materiais ou simbólicos dos atores, sejam eles indivíduos ou grupos, e o acesso à estrutura de oportunidades sociais,

econômicas, culturais que provêm do Estado, do mercado e da sociedade” (ABRAMOVAY *et al.* 2002). Segundo esses autores, este fato traduz-se em profundas desvantagens para os atores sociais envolvidos e vai se expressar “no plano estrutural, por uma elevada propensão à mobilidade descendente e, no plano mais subjetivo, pelo desenvolvimento dos sentimentos de incerteza e insegurança entre eles” (p.30).

Questiona-se, pois, a limitação das ações que objetivam apenas garantir a sobrevivência das crianças, sem a preocupação de garantir-lhes possibilidades de uma vida digna. Nas etapas iniciais da vida, talvez mais que em qualquer outra, faz-se evidente a necessidade de se considerar a saúde integral e não apenas os aspectos orgânicos. No caso da adolescência, os programas de intervenção destinados a essa faixa etária tendem a focalizar sua atenção apenas para a saúde reprodutiva, negligenciando a preocupação com o caráter multifacetado da saúde humana (TRAVERSO-YÈPEZ, 2002).

Essa forma de abordagem desconsidera, de fato, o cerne da reforma sanitária firmada nos princípios norteadores do SUS, de integralidade, intersetorialidade e participação comunitária, que levam autores como Traverso-Yepez (2002); Campos (2002) a identificar o SUS muito mais como um desafio ou possibilidade, considerando a falta de sintonia entre os preceitos legais e a efetividade e qualidade do atendimento à saúde nas práticas cotidianas.

As propostas políticas de trabalho devem considerar que a maternidade na adolescência é um tema complexo e não pode apenas ser abordado estritamente pelos aspectos biológicos. A crescente interseção entre as ciências da saúde, as

ciências humanas e as ciências sociais vem contribuindo para uma melhor compreensão do tema (TRINDADE; MENANDRO, 2002).

2.7 Representação social

As representações sociais são elaborações acerca da realidade, uma forma dos sujeitos, em interação social, explicarem, reconhecerem e se posicionarem no real. Elas formam um conhecimento espontâneo, o chamado conhecimento do senso comum, que se estrutura a partir das experiências, informações e modelos de pensamento que são transmitidos por meio da tradição, da educação e da comunicação social, podendo ser compreendido enquanto um pensamento socialmente elaborado e compartilhado (MOSCOVICI, 2003). É o equivalente em nossa sociedade aos mitos e sistemas de crenças das sociedades tradicionais.

Esse saber social compartilhado difere do conhecimento científico na medida em que nasce do consenso coletivo, ao contrário da lógica científica. Entretanto o conceito retificado (científico) e consensual (senso comum) não estão completamente desarticulados. Os sujeitos sociais se utilizam do conhecimento científico como fonte de novas informações para a construção da realidade social e os produtos do saber científico, o se constituírem de teorias e formalizarem descobertas, não se desvencilham completamente do saber consensual, pois não deixam de ser sujeitos sociais, com crenças, valores e visões do mundo socialmente compartilhado (JODELET, 2001).

Elas não visam apenas elaborar compreensões acerca da realidade, mas, sobretudo, possibilitam que os sujeitos se posicionem frente a ela, caracterizando-se como um conhecimento prático que se estrutura a partir das práticas sociais e, ao mesmo tempo, as reelabora. Funcionam como reguladores das comunicações e dos comportamentos do sujeito, como justificadora de condutas (SAMPAIO, 2001).

Compreende-se, assim, que nas interações sociais são estruturadas as representações de si e do outro, conferindo a identidade social do grupo e de seus membros, ou seja, a forma como cada um coloca-se, reconhece-se e é reconhecido na dinâmica social. Por isso, as representações sociais ilustram o *modus operandi* de um determinado grupo social. Moscovici (2003) salientou que as representações sociais funcionam como reguladoras das comunicações e dos comportamentos dos sujeitos.

As representações sociais podem muitas vezes justificar e manter relações de competição, hostilidade e mesmo de exclusão social entre os grupos. A partir das teorias socialmente construídas e ratificadas, justificam-se as diferenças e a forma dos sujeitos lidarem com elas, o que pode chegar a legitimar a extinção de um determinado grupo social que se apresente demasiadamente incômodo ou ameaçador.

O caráter social das representações apresenta-se na medida em que elas são elaboradas em um contexto sócio político cultural concreto, onde se situam os sujeitos e os grupos, a partir da comunicação que se estabelece entre eles e são atreladas as diferentes posições e pertencças sociais. Não há separação do entre o sujeito e o objeto social, uma vez que as representações são sempre de um sujeito social sobre um objeto social, neste sentido as representações dizem tanto dos sujeitos como dos objetos (FRANCO, 2004).

Dois processos contribuem para a formação das representações sociais: a objetivação e a ancoragem. A objetificação faz com que se torne real um esquema conceptual, transformando o que era abstrato num elemento concreto. É o processo que dá materialidade às idéias, tornando concretas palpáveis. Desta forma a objetificação fornece elementos para a ancoragem. A ancoragem é o processo que

permite compreender a forma como os elementos contribuem para exprimir e constituir as relações sociais, ou seja, a ancoragem contribui para dar sentido aos acontecimentos, pessoas grupos e fatos sociais a partir da rede de significados oferecidos pelas representações sociais (MOSCOVICI, 2003).

As representações sociais como base teórica permite olhar o fenômeno na perspectiva do sujeito que o vivencia e daquele que o assiste (MINAYO, 2004).

A maternidade na adolescência é um objeto social que tem significados polissêmicos, portanto, urge conhecer e compreender a rede de significados a ela atribuídos socialmente (FOLLE, 2004)

A maioria dos estudos revistos na literatura médica enfoca a maternidade na adolescência desde uma perspectiva biológica. No entanto, sob esta dimensão tanto há lacunas no conhecimento como há uma necessidade de abordar o tema como um fenômeno socialmente construído. Do mesmo modo, procurar compreender como estes influenciam o comportamento sexual e reprodutivo do adolescente (TRINDADE; MENANDRO, 2002; FOLLE, 2004).

Neste sentido, procurou-se desenvolver esse estudo que teve como objeto a maternidade na adolescência desde a ótica da psicologia social, na perspectiva de responder as seguintes indagações:

- Qual o significado da maternidade para mães adolescentes e para profissionais de saúde?
- A maternidade na adolescência é vivenciada de que forma pelas adolescentes?

- Como o profissional de saúde, a partir de sua experiência do cuidado, percebe a realidade dessas jovens?
- As representações sociais sobre a maternidade na adolescência das adolescentes e dos profissionais podem influenciar nas ações de saúde?

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Descrever e analisar o significado da maternidade para mães adolescentes e para profissionais de saúde.

3.2 Objetivos específicos

1. Analisar as representações sociais de mães adolescentes quanto a maternidade;
2. Analisar as representações sociais de profissionais de saúde quanto a maternidade na adolescência.

4. PERSPECTIVAS METODOLÓGICAS E MÉTODOS

4.1 Desenho do estudo

Foi realizado um estudo descritivo, interpretativo-explicativo, de natureza qualitativa e de corte fenomenológico. A Fenomenologia, nascida na Segunda metade do século passado, a partir das análises de Brentano sobre a intencionalidade da consciência humana, trata de descrever, compreender e interpretar os fenômenos que se apresentam à percepção. No sentido geral, é o estudo descritivo de um conjunto de fenômenos tais como se manifestam no tempo ou no espaço, em oposição às leis abstratas e fixas desses. Para nos apropriarmos do significado da maternidade na adolescência utilizamos neste estudo a teoria das representações sociais como enfoque metodológico com a finalidade analisar a maternidade na adolescência, objeto social a partir dos sujeitos sociais, as adolescentes mães e os profissionais de saúde.

4.2 Área do estudo

A investigação foi realizada no Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros - CISAM, hospital de ensino da Universidade de Pernambuco, e no domicílio de mães adolescentes que tiveram sua criança nesta instituição. O CISAM é referência no estado de Pernambuco para atenção integral a saúde da mulher e está localizado na I Gerencia Regional de Saúde do Estado de Pernambuco.

4.3 Sujeitos do estudo

Para compor os sujeitos do estudo foram selecionadas mães adolescentes e profissionais de saúde do CISAM.

As adolescentes foram identificadas através do relatório de ocorrências obstétricas. Foram identificadas noventa e oito (98) mães adolescentes que tiveram seus bebês no período de junho e julho de 2006. Estas adolescentes enquadravam-se nos seguintes critérios de inclusão:

a) Adolescentes mães:

- Ter entre 15 e 19 anos para evitar o extremo da maternidade nas idades mais precoces onde as complicações biológicas da gravidez e parto são mais freqüentes;
- Ser primípara e ter entre 03 e 04 meses de puerpério no momento da entrevista, para evitar o parto recente e as variações de adaptação ao novo estado de vida;
- Ter recém-nascido a termo ou prematuro limítrofe que não tenha passado por internamento na UTI ou berçários por mais de uma semana. Esse evento poderia criar uma situação diferenciada no cuidado com o recém-nascido tornando a amostra heterogênea em relação à situação atual das demais adolescentes.

Posteriormente foram consultados os prontuários de cada uma delas para a obtenção do endereço e do número de telefone para contato. Excluíram-se aquelas que no prontuário não constava o número de telefone ou que constavam números

incorretos e as que moravam fora da Região Metropolitana do Recife. Além disto, foram excluídas aquelas em que houve fracasso através de contatos telefônicos. Restaram aproximadamente 56 adolescentes elegíveis a participar do estudo.

Para seleção dos profissionais de saúde utilizaram-se as escalas de serviço onde se identificaram os sujeitos a ser entrevistados. Foram utilizados os seguintes critérios para inclusão na pesquisa:

b) Profissionais de saúde:

- Médicos Obstetras, Pediatras, Enfermeiros e Técnicos de enfermagem que prestam assistência à mãe adolescente.
- Ter pelo menos cinco anos de experiência profissional e dois anos de lotação no alojamento conjunto (setor que recebe mães e recém-nascidos após o parto).

As entrevistas foram agendadas paulatinamente com os sujeitos no período entre outubro e novembro de 2006. A amostragem relativa ao número de participantes foi definida por saturação. Na medida em que as entrevistas iam sendo realizadas, transcritas e examinadas observou-se o momento em que as idéias dos sujeitos se repetiam, ou seja, a amostra tornou-se representativa dos grupos de adolescentes mães e de profissionais de saúde. Desta forma a amostra representativa dos grupos constou de 10 adolescentes e 12 profissionais de saúde.

A saturação é um critério para definir o tamanho da amostra. Nesse critério importa que as idéias do grupo a ser estudado estejam representadas pelas falas dos sujeitos já entrevistados. Ao passo que novas entrevistas são realizadas e as idéias dos sujeitos se repetem, ou seja, não há nenhuma informação inédita, conclui-

se que o universo de idéias construído por esse grupo está representado. “Quando as informações começarem a ser repetitiva, pode-se imaginar que o imaginário do coletivo está representado” (MINAYO, 2004).

Esse critério valoriza a qualidade e não a quantidade de informação. O tamanho da amostra se define em função da qualidade de informação recebida (PÉREZ; NAVARRETE, 2006).

4.4 Técnica de coleta de dados:

Os dados foram coletados no mês de outubro a novembro de 2006 através de entrevistas semi-estruturadas orientadas por um roteiro temático previamente elaborado. As entrevistas foram realizadas com as adolescentes em seu domicílio e com os profissionais de saúde no CISAM.

Segundo Minayo (2004), na entrevista o pesquisador colhe informações contidas nas narrativas dos atores selecionados. A entrevista não significa um conversa sem objetivos, uma vez que se insere como meio de uma coleta dados.

De acordo com Pérez e Navarrete (2006), as entrevistas são utilizadas, entre outras finalidades, para obtenção de informações em profundidades sobre atitudes, valores e opiniões relativas aos problemas de investigação.

A entrevista semi-estruturada no uso de um roteiro de entrevista, que consta uma lista de perguntas ou temas que necessitam ser abordados durante a mesma. A ordem das perguntas pode variar para cada entrevistado. Este roteiro de entrevista orienta o pesquisador e o permite conduzir a atividade com clareza dos seus objetivos, mas também é flexível para permitir a liberdade ao pesquisador e ao informante para encontrar e/ou seguir novas pistas (TOBAR; YALOUR, 2001).

Para Triviños (1987), a entrevista semi-estruturada, ao mesmo tempo em que valoriza a presença do investigador, oferece todas as perspectivas possíveis para que o informante alcance a liberdade e a espontaneidade necessária, enriquecendo a investigação.

Utilizou-se ainda o registro das observações através de um diário de campo a fim de enriquecer os dados coletados.

O diário de campo tem por finalidade completar os dados acerca do contexto em que estão inseridos os sujeitos da pesquisa como também se propõe captar a linguagem corporal emitida por eles.

4.5 Análise dos dados:

As entrevistas gravadas foram, posteriormente, transcritas, lidas e organizadas, de acordo com a técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin (2004). Foram conservadas as informações para-lingüísticas. Após, repetidas leituras de cada entrevista, as informações foram submetidas à análise narrativa de conteúdo.

Segundo Bardin (2004), a análise de conteúdo é um conjunto de instrumentos metodológicos, em constante aperfeiçoamento, que se aplica aos discursos diversificados. Ainda na visão do autor, enquanto esforço de interpretação, a análise de conteúdo oscila entre os pólos do rigor da objetividade e da fecundidade da subjetividade. Para este autor a “análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens”. Podendo, o processo de uso desta técnica, ser dividido em etapas: a pré-análise, a exploração dos dados, o tratamento dos resultados.

Na pré-análise foi realizada a organização das informações e a exploração das entrevistas. Os dados foram segmentados de acordo com o ator social, adolescente ou profissional de saúde, de forma a facilitar, sob a ótica de cada um deles, a interpretação da realidade e envolvimento com o fenômeno estudado.

Na exploração do material procedeu-se a leitura flutuante para identificação dos temas, bem como de categorias emergentes em função dos objetivos do estudo e do referencial teórico.

A exploração dos dados foi realizada observando-se a regra de exaustividade, ou seja, procurou-se evitar toda forma de não seletividade, como por exemplo, não se deixou de fora nenhum sujeito em função da dificuldade de acesso, impressão de desinteresse do entrevistado, que não pudessem ser justificados no plano do rigor.

Os temas foram organizados através de recorte do texto em unidades comparáveis de categorização para análise temática.

O tratamento dos resultados foi realizado a partir das categorias teóricas ou empíricas emergentes que possibilitaram a inferência e a interpretação dos dados à luz do referencial teórico da pesquisa.

4.6 Considerações éticas

A pesquisa foi autorizada pela diretoria do CISAM/UPE, e o projeto foi aprovado pelo comitê de ética em pesquisa.

Após terem sido identificados as adolescentes e os profissionais de saúde, estes foram abordados pela pesquisadora, que se apresentou, expôs os objetivos do estudo e solicitou autorização para cada um deles e no caso das adolescentes também seus responsáveis legais. Antes da realização da entrevista os termos de consentimento foram lidos, explicados e posteriormente solicitado à assinatura dos

mesmos. O anonimato e o sigilo das respostas foram assegurados aos entrevistados. Para isto, cada entrevistado foi identificado com número da seqüência das entrevistas e uma letra do alfabeto.

5. RESULTADOS

5.1 Caracterização dos sujeitos da pesquisa

5.1.1 As adolescentes

A amostra foi composta por dez (10) adolescentes, primíparas, com idade entre 15 e 19 anos de idade. Todas moravam em companhia do pai da criança, exceto uma. Além disto, quatro residiam com a mãe, três com a sogra e três sozinhas com os maridos. A renda familiar de todas era abaixo de 05 salários mínimos sendo que predominava a renda menor que um salário. Todas as adolescentes viviam em casas de alvenaria que dispunham de saneamento básico. A coleta do lixo passava regularmente na maioria das casas. Porém, em algumas, a coleta passava nas proximidades por ser inacessível ao caminhão.

No que se refere à escolaridade, seis adolescentes não estudavam e quatro adolescentes continuavam estudando regularmente, no momento da entrevista. Das que não estudavam havia duas que já não freqüentavam a escola mesmo antes da gravidez e quatro delas pararam os estudos quando engravidaram. Independentemente da permanência ou não na escola, detectou-se que quatro das entrevistadas concluíram ou estava no curso do ensino fundamental e as demais estavam no curso do ensino médio.

Em relação à ocupação, observou-se que nenhuma das entrevistadas nunca havia trabalhado. Quando foi solicitada a autodeterminação da cor, sete se consideraram pardas, duas afirmaram ser brancas e uma considerou-se negra.

5.1.2 Os profissionais de saúde

A amostra relativa aos profissionais de saúde foi composta por 12 profissionais de saúde. A maioria era técnico de enfermagem. Os outros dois eram: um enfermeiro e um médico. Apenas um enfermeiro foi entrevistado, porque no momento das entrevistas era o único que satisfazia o critério de seleção. Da mesma forma, apenas um médico foi entrevistado, porque havia dois na escala de serviço e um deles estava de férias. Todos os sujeitos eram do sexo feminino.

Quanto ao estado civil, três eram casadas, seis solteiras, três divorciadas. A média de idade era de 50 anos com um intervalo de idade entre 34 a 60 anos.

Na apresentação dos resultados deste estudo as narrativas dos profissionais de saúde serão identificadas com a letra P e a das adolescentes pela letra A, acrescidas pelo número correspondente a seqüência das entrevistas.

5.2 O significado da maternidade para as adolescentes

Durante as entrevistas a maioria das adolescentes demonstrou dificuldade para expressar suas idéias, sentimentos e percepções. Ao responder as perguntas utilizaram linguagem própria com expressões informais e gírias. Muitas vezes, seus relatos foram prejudicados pela utilização de muitas palavras ao invés de frases completas. A compreensão das informações prestadas foi, algumas vezes, ajudada pelas entonações e expressões corporais que foram registradas no diário de campo.

Na análise dos relatos emergiram temas que possibilitaram uma aproximação da representação social da maternidade das entrevistadas. No conjunto das informações obtidas das adolescentes o significado da maternidade pôde ser apreendido nos seguintes temas: a maternidade como uma nova experiência; a

maternidade como fonte de responsabilidades; a maternidade e perspectivas de futuro e a maternidade como fonte de prazer e satisfação.

5.2.1 A maternidade como uma nova experiência

Nesta categoria de análise as adolescentes descreveram a maternidade como uma situação ambivalente e que trás conflitos. Nas narrativas foram observados que a grande maioria delas, ora a descrevem como uma vivência positiva, ora como negativa. Somente uma das entrevistadas caracterizou a maternidade como uma experiência apenas negativa.

O significado da maternidade compreendido pelas adolescentes foi expresso, sobretudo na dimensão de ser mãe como uma nova experiência. Nesta nova experiência, as adolescentes incluem cuidado materno e o aleitamento materno, as que se considerou como subcategorias.

5.2.1.1 Cuidado materno

Um dos importantes temas que emergiu das entrevistas relacionado com o significado da maternidade foi o cuidado materno. Para as adolescentes o ser mãe vincula-se, sobretudo, a capacidade e experiência no cuidado com a criança. A grande maioria das adolescentes descreveu o cuidado materno evidenciando tanto as atividades relacionadas aos cuidados físicos (higiene, zelo pela saúde da criança, sono e repouso), como também atividades de cunho emocional e psicológico das crianças, por exemplo: atenção, carinho, amor. Entre as atividades relacionadas ao cuidado com a criança sobressaiu-se nos relatos das adolescentes o aleitamento materno como um dos principais cuidados. As adolescentes também mencionaram sentimentos advindos da experiência do cuidado. Foram relatados sentimentos

positivos como a elevação da sua auto-estima e felicidade por exercer um papel socialmente reconhecido e valorizado na sociedade e pela presença do bebê, sua beleza e fragilidade. Por outro lado, as adolescentes se consideravam inexperiente e relataram também momentos de nervosismo e impaciência relacionados às necessidades do bebê. Ainda foi descrito pelas entrevistadas através da linguagem verbal e não verbal, como por exemplo, a postura e entonações que demonstravam cansaço e desânimo frente ao esforço desgastante para exercer o cuidado rotineiro com o bebê.

A1 Bem, o primeiro (cuidado) é o leite materno... amor, carinho, cuidar dela na higiene ta ligada? Educação que acima de tudo... (sentimento) Eu me sinto uma super mãe (sorrisos)...

A2 Todos os cuidados, todos. É cuidar bem dele... Dar banho... como é? Levar ele pro médico, dar as vacinas dele... (sentimento) Eu me sinto bem, me sinto bem em cuidar dele. É bom cuidar a gente aprende mais um pouquinho.

A3 Eu nunca tive experiência com filho... Ela chora a gente não sabe o que ela tem então a pessoa fica até nervosa né?

A4 É eu amamento ele... No início foi horrível quando eu dava banho nele. Tem que ter paciência com ele. É que às vezes incomoda tanto porque a gente não tem paciência com isso, se torna tão chato. .. Tem que brincar com ele, dar atenção é, ele necessita que a pessoa converse, conte história, coloque ele pra escutar música, ver um monte de coisas coloridas entendeu? Eu me sinto bem feliz. Fico feliz por ter ele. Eu gosto de ver ele assim junto comigo... é, eu amo meu filho.

5.2.1.2 Aleitamento materno

As adolescentes deram ênfase ao aleitamento materno como um dos principais cuidados com a criança. Nos relatos foi possível também identificar que a maioria estava consciente da sua importância e repetiam as orientações das profissionais de saúde. No entanto, essa consciência não foi o suficiente para garantir o aleitamento materno exclusivo e nem o aleitamento misto em alguns casos. Ao serem perguntadas como havia sido as suas experiências com a amamentação, apenas três responderam que estavam amamentando exclusivamente, quatro mantêm o aleitamento misto e três não amamentavam mais. Algumas referiram que o aleitamento materno as enfraquecia e outras responderam que o leite era insuficiente.

A1 Os cuidados com o bebê? Bem o primeiro é o leite materno, mas, agora eu não to podendo dar não (sorrisos de desculpas) porque ela parou aos três meses de mamar...Eu garanto que foi por uma boa causa porque... Sei lá eu tava me sentindo muito fraca entendesse? Eu tava tirando leite da onde não tinha... não dava. ...os cuidados assim... Eu acho que é amor carinho cuidar dela na higiene ta ligada? Educação é que acima de tudo.

A4 Ah no começo quando eu vi que ele pegou o peito. Eu achei tão bom porque na maternidade ele não queria. Eu fiquei feliz porque eu acho lindo uma mãe amamentar... Eu acho que se a pessoa tiver leite é melhor ela dar, previne a criança de muita coisa.

A7 Ela não toma leite mais não... Minha sogra comprou leite Nan. Dizem que é bom para os primeiros meses e até os seis meses, porque ela não mamava né, e ficava com fome, aí ela não mamava... o leite foi secando, secando, secou de vez.

A8 To, to não, não vou dar de mamar porque ela tem que tomar leite (artificial), ta me secando ela.

Outro achado importante encontrado nos relatos das entrevistadas se refere ao papel das profissionais e aos eventos realizados sobre a amamentação. Uma das adolescentes registrou que havia recebido orientações e apoio para amamentar durante sua permanência no alojamento conjunto. Além disto, lhe chamou a atenção “a semana da amamentação”, período no qual foram realizadas orientações e distribuídos materiais educativos sobre o tema.

A4 Como eu fui aconselhada na maternidade quando eu tava lá, tinha tido a semana da amamentação. Eu recebi folhetos, eu li e a gente vê que é muito bom porque a gente evita doença, evita muita coisa na criança quando eu tinha leite e outra, evita gasto de dinheiro comprando outro leite... Ele não pegou meu peito na maternidade. Eu fiquei muito preocupada com isso lá, que foi preciso que a psicóloga lá do CISAM teve que conversar... Quando eu cheguei em casa foi que ele pegou (o peito). Eu fiquei feliz, tão feliz.

5.2.2 A maternidade como fonte de responsabilidades

As adolescentes relataram que ser mãe trouxe além do prazer muitas responsabilidades. Estas responsabilidades são enfrentadas pelas adolescentes de diversas maneiras. A maioria delas relatou desconhecer as implicações da maternidade enquanto ainda estava grávida. Parte delas se surpreendeu com as limitações decorrentes da maternidade. Algumas limitações descritas pelas adolescentes revelaram-se como obstáculos para o desenvolvimento de algumas das jovens entre eles o abandono da escola e a impossibilidade para trabalhar. Além dessas limitações, destacou-se como uma insatisfação a restrição aos limites do domicílio. Elas queixaram-se da dificuldade em sair de casa e participar de atividades de lazer. Segundo as adolescentes falta tempo até para o cuidado

pessoal. Entretanto, outras adolescentes descreveram as responsabilidades advindas do papel materno como uma oportunidade de amadurecimento.

A4 Muita responsabilidade, não é bom como eu imaginava. As pessoas falam para gente, como nossos pais falam pra gente, só que a gente nunca acredita. ...É difícil porque eu sou muito jovem. Eu quero sair não posso, quero ficar com minhas amigas não posso. Eu quero ficar um tempo mais na escola não posso, tenho que fazer tudo correndo então é ruim e a gente só descobre depois.

A5 Tem que voltar a estudar tem que trabalhar, mas agora, agora eu não posso...

5.2.3 A maternidade e perspectivas de futuro

Outro tema emergente da análise das entrevistas com as adolescentes e as profissionais de saúde foi às perspectivas de futuro frente à maternidade. Quando entrevistadas, as jovens mães relataram suas expectativas quanto ao futuro. Em seus discursos a maioria das adolescentes demonstrava o desejo de continuar os estudos, trabalhar para auxiliar sua família e oferecer uma vida melhor ao seu filho.

A1 Agora mais do que nunca terminar meus estudos. Fazer minha faculdade, me formar e ter um bom emprego porque mais na frente eu quero ajudar ela do mesmo jeito que minha mãe ta me ajudando. Mais ainda melhor porque eu vou ter emprego e minha mãe não tem emprego. Eu quero trabalhar pra dar o melhor a minha filha.

Porém, no relato de outras adolescentes evidenciou-se o desejo de desempenhar e realizar-se como mãe e esposa. Um outro fator importante que merece destaque no relato das adolescentes é que as mesmas demonstraram suas

incertezas quanto ao futuro e procuraram na religiosidade colocar suas expectativas de uma vida feliz.

A2 Agora importante só é cuidar do meu filho!..(futuro) Meu futuro só quem sabe é Deus!

A3 Só me dedicar a ela mesmo, a coisa mais importante... o futuro pra mim é ela. O futuro é dar um bom futuro a ela né.

A7 Eu espero ver minha filha ainda muito velha, ver minha filha com filho, namorado, ta no meu canto com meu marido é isso que eu espero, porque da vida só posso esperar isso.

5.2.4 A maternidade como fonte de prazer e satisfação

A maternidade como fonte de prazer e satisfação foi mencionada pela maioria das adolescentes. Foram descritos sentimentos de prazer e satisfação em ser mãe, se sentir útil, importante, indispensável na atenção ao bebê. As entrevistadas destacaram a importância do filho como um presente divino. Descreveram sentimentos de amor e carinho pelo filho com entusiasmo e eloquência. Segundo as entrevistadas a maternidade oferece uma oportunidade de aprendizado e amadurecimento.

A1 Ta sendo ótimo porque a minha filha é uma alegria na minha casa. Ela que anima tudo... parece que ela foi um presente de Deus... Eu me sinto uma super mãe (sorrisos) eu fico alegre porque sei que sei lá uma coisa tão bonitinha pequenino, tão inocente precisa de mim, ta ligada! Eu me sinto útil assim... Eu ainda estou aprimorando, eu não tenho ainda essa experiência toda. Eu amadureci um pouco mais.

5.3 O significado da maternidade para as profissionais de saúde

As profissionais de saúde demonstraram segurança nas respostas, apresentando informações sustentadas nas suas experiências do cotidiano de trabalho.

Na análise dos relatos emergiram temas que possibilitou uma aproximação da representação social da maternidade na adolescência das entrevistadas. No conjunto das informações obtidas das profissionais de saúde o significado da maternidade pode ser apreendido em quatro temas. Algumas categorias foram semelhantes às encontradas nas narrativas das adolescentes e outras exclusivas desse grupo entrevistado: a maternidade como uma experiência problemática; a maternidade como fonte de responsabilidades; a maternidade e perspectivas de futuro e maternidade segura.

5.3.1 A maternidade como uma experiência problemática

Para as profissionais de saúde, de uma maneira geral, a experiência da maternidade em adolescentes é percebida como um problema, fruto da inexperiência das adolescentes. As profissionais de saúde consideraram que as adolescentes não possuem preparo suficiente para o enfrentamento desta nova experiência. Relataram que para as jovens a maternidade é uma experiência difícil, um erro, um descontrole. Apontam em seus relatos que a causa da maternidade “precoce” é resultado da falta de informação sobre educação sexual, educação precária, falta de diálogo, apoio familiar e de uma assistência à saúde ineficaz. As profissionais relataram ainda que a mídia exerce um papel indutor do sexo precoce e inseqüente.

P3 Eu vejo assim falta de preparo... A mãe adolescente ela ainda não se deu conta das responsabilidades da vida... É falta de diálogo entre pais e filhos sobre orientação sexual e educacional...

P7 Olha, eu acho que na minha opinião é que a escolaridade influi muito. O ambiente que ela é criada, isso pra mim é fundamental... Mas elas chegam aqui totalmente despreparadas chora a mãe chora a filha... A televisão mostrando adolescente praticando sexo... Querendo ou não querendo isso desperta no adolescente.

O cuidado materno e o aleitamento materno emergiram dos relatos das profissionais de saúde como subcategorias da maternidade como uma experiência problemática.

5.3.1.1 Cuidado materno

As profissionais de saúde descreveram o cuidado materno como deficiente atribuindo este fato ao despreparo e a inexperiência das jovens para cuidar do bebê. Da forma como relataram observou-se que elas atuam no sentido de corrigir tais deficiências ordenando o cuidado segundo as pautas e prescrições. No entanto, alguns profissionais relativizam essa concepção. Algumas delas reconhecem que uma parte destas adolescentes, ainda que sejam em minoria, são cuidadosas e zelosas com o filho, comportando-se de uma forma mais atenciosa que muitas multíparas.

P2 Eu falo pra ela senta aqui! Converse, ta com fome, vamos dar de mamar, tem dificuldade, diz que dói não sabe colocar o peito, Eu encaminho para o banco de leite... Acontece muito isso então agora todos esses adolescentes deveria ter um acompanhamento pós-parto, por, por psiquiatra... Não, como é que se diz? Um psicólogo que fosse obrigatoriamente como é obrigatório dar vacina no bebê a BCG, né?

P7 Tem adolescentes que são mais responsáveis que mulher velha parindo. O cuidado, o zelo, o carinho coisas que muita gente que tem 3, 4, 5 não tem, mas é a minoria.

5.3.1.2 Aleitamento materno

O aleitamento materno foi descrito pelas profissionais de saúde como uma atividade que necessitava de maior atenção e orientação por causa da sua inexperiência. Afirmaram também que algumas adolescentes não queriam amamentar.

P1 Tem mãe que não quer amamentar aí o filho sente toda rejeição... É... um trabalho de conscientização no pré-natal iria ajudar bastante, principalmente essa parte da amamentação, porque tem mãe que não está preparada de jeito nenhum para amamentar. Não aceitam isso, aí dizem que é o bebê que não quer mamar, mas são elas que não querem amamentar.

Algumas profissionais supõem a partir de casos pessoais que as crianças das jovens mães não serão amamentadas e que serão abandonados no momento das dificuldades como, por exemplo, a doença. Como consequência da rejeição e do abandono materno o filho da mãe adolescente será um jovem revoltado e também irá rejeitar sua mãe.

P1 O futuro é muito arrependimento, né. Quando elas caem em si às vezes até tenta desistir dos filhos, exatamente pela falta de amor... Eu tenho vivência bem pertinho de mim... A mãe não amou, a mãe não amamentou, a mãe não foi para o IMIP, para hospitais da vida, das emergências da vida com ele... Até hoje ele é revoltado... Até hoje ele não aceita a mãe porque a mãe rejeitou...

5.3.2 A maternidade como fonte de responsabilidades

Nos relatos das profissionais de saúde as adolescentes foram descritas como crianças, logo, incapazes de assumir as responsabilidades com outra criança. Segundo as profissionais algumas mães adolescentes eram negligentes com seu filho por causa da sua imaturidade. Porém, outras opinam diferente da maioria e relatam que algumas adolescentes são responsáveis com o cuidado das suas crianças.

P2 Eu fico tem vezes até três horas sem fechar os olhos. Aí quando eu vejo a máquina está fora então eu acordo a mãe e digo olha a máquina está fora e você está dormindo, aí ela se vira pra outro lado... O menino chorava e era a irmã que pegava o menino pra botar no peito dela e ela ficava brava.

P3 Ela vai ter que aceitar essa criança e agora ela vai ser mãe de verdade e não uma mãe de brinquedo... De repente essa criança vai ser mãe vai tomar conta de outra criança... Porque de repente é como se brincasse de boneca... Quando ela se tornar mãe é diferente porque essa boneca se transforma numa boneca viva agora.

5.3.3 A maternidade e perspectivas de futuro

Na visão das profissionais de saúde, as perspectivas trás em todo momento uma conotação negativa com sérias conseqüências para a mãe e a criança. As profissionais relatam que as jovens mães irão arrepende-se da sua maternidade. Muitas mães adolescentes segundo alguns profissionais de saúde rejeitarão seu filho, não serão capazes de dedicar-lhe amor e carinho.

Para as profissionais o futuro das adolescentes e do seu filho também estará relacionado à classe social na qual a adolescente está inserida. Segundo as entrevistadas quando a maternidade acontece na classe média e rica, essa vivência não significa uma parada nos seus estudos e que o suporte dado pela família propicia para a mãe e a criança um desenvolvimento saudável e um futuro mais promissor. Ao contrário das adolescentes de classe pobre ou miserável onde a avó trabalha fora e muitas vezes é a única provedora da casa. Não há outra pessoa que cuide da criança limitando muitas vezes as possibilidades da adolescente continuar estudando.

P2 Dependendo da, da classe social, porque se tem uns pais que tem condições de manter elas, o bebê e mesmo o adolescente... E tem aquele conjunto de família pra dar apoio pra ela continuar os estudos, pra ela continuar a vida dela pra frente... Mas, se for numa classe social de pobreza e miséria o futuro é triste...

Outras profissionais referiram ainda, que a maternidade precoce nas classes menos favorecidas resultará em mais privações para a família. Elas descrevem que as crianças de mães adolescentes em situação de miséria, segundo as suas experiências, se tornarão pedintes e roubarão ou irão se envolver com tráfico de drogas.

P2 aí tá, fica tudo dentro de uma favela morrendo de fome. Bota os pequeninos pra pedir esmola e (quando) andar vai roubar...

5.3.4 Maternidade Segura

Nos relatos dos profissionais de saúde observou-se ainda uma série de prescrições, orientações e pareceres com a finalidade de promover à adolescente e sua criança uma maternidade segura. As profissionais de saúde mencionaram em seus relatos diversas condições importantes para o desenvolvimento da criança e da jovem mãe. Entre as condições mais citadas para uma maternidade segura para a adolescente encontramos a educação, a atenção à saúde, a integração social e uma rede de apoio a jovem mãe. Para a saúde da criança as profissionais destacaram como condição à promoção da saúde: o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento do infantil.

Dentre os fatores para o desenvolvimento das adolescentes e dos seus filhos, a educação foi um ponto destacado pelas profissionais de saúde. A educação para as adolescentes segundo as profissionais consistia não apenas na educação formal, mas também na educação para a sexualidade e o desempenho dos cuidados maternos.

P10 Formando grupos de adolescentes mães que tragam seus bebês, que assistam palestras dentro de um ambulatório de egresso, pra assistir sobre a nutrição da criança, ela sabe (aprende) as alimentações alternativas.

P11 Educação né, estudo... Ta faltando isso.

Outro ponto destacado pelas profissionais entrevistadas, para a promoção de uma maternidade segura, foi à atenção à saúde. Algumas profissionais mencionaram em suas narrativas a atenção à saúde como um fator importante para as adolescentes e suas crianças. Algumas ações de saúde foram descritas pelas entrevistadas. Estas reforçam a importância da assistência domiciliar, a promoção da saúde mental e o planejamento familiar para a adolescente.

Segundo as profissionais a visita domiciliar é uma oportunidade ímpar para promover a saúde das adolescentes antes da gravidez e no exercício da maternidade. Pontuaram a importância das atividades propostas no programa de saúde da família, porém também declararam que nem todos os profissionais envolvidos no programa realizam um trabalho sério e responsável.

P10 Outro grande fator que a gente tem é essa assistência que a gente tá dando de PSF, assistência domiciliar dos agentes de saúde, do profissional de saúde, da enfermeira, do médico e agente... E que esse PSF, essa pronta dos profissionais que já tão atendendo nos domicílios, eles consigam chegar lá e melhorar isso pra esses adolescentes tá.

P09 porque eu vejo que essas profissionais que vão em casa, elas não vão, não faz um serviço bonito... Assim... Pula as casa... Não é completo.

Outros profissionais relataram a importância do cuidado com a saúde mental das adolescentes. Para estas, a saúde mental das jovens é considerada um ponto vulnerável. Segundo as profissionais as adolescentes estão despreparadas psicologicamente para a maternidade e esta condição poderá acarretar transtornos a jovem como depressão e outras patologias.

P3 Eu acho que a saúde mental... Porque se minha mente não estiver preparada até mesmo para ter um filho para amamentar eu não vou dar leite,

P4 Insegurança, depressão, medo, e isso vai gerar doença, vai gerar doença pra patologias futuras, mas, se ela for enfrentar, nesse caso, uma gestação saudável mentalmente, o físico também vai caminhando bem, né?

P7 Eu achava que um acompanhamento da psicologia.

P2 Todos esses adolescentes deveria ter um acompanhamento pós-parto, por, por psiquiatra não, como é que se diz um psicólogo que fosse obrigatoriamente.

Alguns profissionais ainda referiram-se ao planejamento familiar como fator importante para o desenvolvimento da adolescente. Elas em suas narrativas demonstraram preocupar-se não apenas com a contracepção, mas também com a prevenção das doenças sexualmente transmissíveis. Entretanto a maioria das profissionais que discorreu sobre o planejamento familiar defendeu a laqueadura tubária para as adolescentes. Estas profissionais acreditam que a situação de miséria e/ou um número elevado de filhos justificaria a prática. Estas condições citadas pelas profissionais poderiam subjugar os critérios estabelecidos pelo ministério da saúde para realização da contracepção cirúrgica.

P2 Mais instrução que tenha para usar a camisinha, anticoncepcional, colocar o DIU, aí a situação é essa, tem que ter um controle mais rigoroso no planejamento familiar. Recebem preservativos, recebem orientação da camisinha, a mesma coisa do comprimido.

P2 Outra coisa também que eu acho muito importante e que devia levar mais a sério é esse controle de planejamento, porque como é que depois de 25 anos tiver cinco a seis filhos e não fazer laqueadura? Não existe, não existe de jeito nenhum!... Então enquanto não tiver um controle de planejamento rigoroso não vai acabar a miséria no mundo.

P7 Por que o governo não impõe uma lei e não autoriza ligar as trompas? Pra não ter tanta criança passando fome no mundo pra não ter tanto cheira cola no mundo? ...Depois faz a reversão porque hoje em dia existe essa possibilidade.

A integração das adolescentes em atividades sociais foi mencionada por apenas um profissional. Este em suas narrativas destacou a importância de integrar a adolescente em atividades comunitárias, esportivas. O engajamento da adolescente em tais atividades levaria à sua valorização na comunidade melhorando a auto-estima das adolescentes.

P10 A questão do desenvolvimento físico, a participação nos esportes, o estímulo ao esporte, à participação numa sociedade, numa comunidade, certo? Ela se sentir valorizada dentro da comunidade dela. Fazer algum trabalho e esse trabalho não precisa ganhar financeiramente, mas assim, é um trabalho que ela participe e se desenvolva com atividade física com educação, certo? Ela se sinta participante, acho que para o adolescente o fator primordial é se sentir participante.

Uma rede de apoio também foi destacada como condição importante para a garantia de uma maternidade segura. Esse apoio segundo as entrevistadas poderia ser realizado não só pela família, pela comunidade. Desta forma uma ação conjunta entre o serviço de saúde e a assistência social poderia promover o desenvolvimento da mãe adolescente e sua criança de forma integral. Estas atividades teriam como foco a adolescente mãe e suas necessidades quanto ao estudo, trabalho e saúde ajudando-as a superar as lacunas na sua formação como pessoa humana.

P7 Uma creche, mas dar um trabalho pra ela. Dar condições de ir pra uma escola.

P9 Pronto, essa é a única porque eu vejo que essas profissionais que vão em casa... Não faz um serviço bonito... Pula as casa... Não é completo.

P10 Mesmo que ele não tenha estrutura familiar de amor... Então essa adolescente também precisa se sentir amada que participe de uma comunidade, educação... acho que escola é fundamental, família é básico ta, mas família não precisa ser obrigatoriamente ser a mãe biológica ta e o pai biológico, certo!? Para a saúde da criança, eu acho que o importante é o aleitamento materno, que a gente tem que trabalhar com essas adolescentes o estímulo do aleitamento materno... Então a gente tira aquele monte de possibilidade de infecção, de doenças.

P11 Essa criança mais nova tem que ter apoio familiar, né, porque um uma adolescente de 13, como aqui uma de 14 anos, ela não vai saber lidar sozinha. Então ela vai ter apoio de quem? Apoio de parentes, de amigos, da sociedade em geral e principalmente da família.

A família foi citada em diversos momentos como uma fonte importantíssima de apoio as adolescentes, porém podemos evidenciar em apenas um relato a participação paterna como um fator importante para a maternidade segura.

P12 Se tiver um companheiro, se ele for consciente e puder ta com ela em todo momento, isso vai ajudar muito a viver uma vida melhor.

Os fatores importantes destacados pelas profissionais para garantir uma maternidade segura em se tratando da criança, foram à garantia do aleitamento e cuidados como vacinas, a educação da mãe e uma boa assistência a saúde.

P6 Mas eu acho que o bebê tem condições excelentes de sobreviver se a mãe tiver educação.

P5 Uma boa assistência ao bebê. Cuidar dele direitinho, organizada uma boa assistência mesmo.

P9 Ela vai precisar de posto de saúde tem os processo teste do pezinho e vacinação.

6. DISCUSSÃO

6.1 O perfil das adolescentes estudadas e a participação da família e do companheiro

As mães adolescentes estudadas foram egressas de uma maternidade pública. A maioria não estudava (seis) no momento da pesquisa. Todas as adolescentes eram provenientes de comunidades de baixa renda e não trabalhavam contribuindo para o agravamento da pobreza na família. Observaram-se claramente no grupo estudado os sinais das desigualdades sociais em que essas adolescentes estão inseridas. Esses fatores merecem reflexão e são mencionados em diversos estudos como elementos condicionantes dos prejuízos advindos da maternidade neste grupo.

Em seus estudos Mandu (2000) relatou implicações sociais decorrentes da maternidade na adolescência para jovens de baixa renda. Entre elas o abandono da escola, maior dificuldade de inserção no mercado de trabalho, diminuição do padrão de vida, desestruturação familiar e conseqüente perpetuação da pobreza.

No Brasil a disparidade social e econômica impõe limitações consideráveis a juventude e as adolescentes mães. Entretanto não se sabe em que medida e de que forma essa condição influencia a gravidez na adolescência (HEILBORN, 2002).

A trajetória escolar das adolescentes também demonstra a defasagem educacional deste grupo. Porém ao discutir esses resultados podemos observar que a evasão escolar das adolescentes circunda a gravidez na adolescência podendo ocorrer antes ou após o nascimento do filho. Fatores sociais e econômicos estariam contribuindo para essa situação, visto que as adolescentes não têm com quem deixar suas crianças e já que não trabalham, não provem o sustento da família, serão responsáveis integralmente pelos cuidados do bebê.

Para Heilborn (2002), fatores relacionados à classe social da adolescente têm nítido impacto no modo como se estruturam as trajetórias escolares e de trabalho das jovens adolescentes. Em contraste com a continuidade e o alongamento dos estudos dos jovens de classes médias altas, os percursos escolares das classes populares são muitas vezes breves e marcados por várias repetências e interrupções. Entre as classes economicamente mais favorecidas, observa-se a valorização da formação acadêmica e profissional, devendo a maternidade e/ou a constituição de uma família ser adiados de forma a não comprometer a futura inserção no mercado de trabalho e a conseqüente aquisição da autonomia financeira e quando esta ocorre a família oferece o suporte econômico para manter as jovens na escola. Já entre as classes populares, submetidas a um ensino de pouca qualidade desde as séries iniciais e, sem maiores perspectivas frente ao mercado de trabalho, as fontes de gratificação e reconhecimento permanecem, para a mulher, ligadas ao desempenho dos papéis de esposa e mãe.

Dytz e Rocha (2000), em seus estudos acrescentaram que mais da metade (54,4%) das jovens com baixo nível de instrução, já havia ficado grávida, sobretudo entre as que vivem na zona rural. Essa mesma pesquisa refere que apenas 6,4% das meninas com mais de nove anos de estudo encontrava-se nesta situação.

Vários autores destacam também que as mães adolescentes pobres muitas vezes abandonam a escola para cuidar do filho. Aquelas que puderam retornar as aulas posteriormente contaram com o suporte familiar (BRASIL, 1999; DALLAS; CHENV, 1999; CLEMENS, 2001 e 2003; LESSER *et al.*, 2004).

A maternidade na adolescência termina promovendo maior exclusão social, visto que as jovens, na maioria das vezes das classes desfavorecidas, já se encontram desprovidas de condições básicas de vida. A baixa escolarização termina por excluí-la do processo de trabalho levando as poucas opções ou a informalidade do emprego (MENEZES, 2002).

A maioria das adolescentes morava com a família de origem ou a família do pai da criança. Essa realidade denota a dependência financeira da adolescente mãe.

Esse resultado também foi encontrado por outros autores como Silva (2003) e Heilborn (2002), os quais detectaram que a maioria das adolescentes de classes populares também permanecia coabitando com familiares de origem. As precárias condições de existência, agravadas pelas reduzidas oportunidades no mercado de trabalho, retêm os jovens das classes populares no seio das famílias de origem. Nessas circunstâncias, além de coabitarem com seus pais e/ou parentes, os jovens permanecem economicamente dependentes deles.

Vários estudos ressaltam a importância do suporte familiar para a maternidade na adolescência e manutenção da escolaridade das mães adolescentes. A família oferece uma estrutura essencial para o cuidado da criança e para o desenvolvimento da mãe adolescente, ao oportunizar apoio às mães adolescentes, estas superam as expectativas da família ao conquistar rapidamente autonomia no cuidado as crianças (BRASIL, 1999; KONIAK-GRIFFIN *et al.*, 1999).

Interessante resultado encontrado no perfil das adolescentes é o fato de que apenas uma adolescente não morava com o pai da criança, embora como era de se esperar as adolescentes não demonstram em suas narrativas expectativas quanto a participação paterna nos cuidados com a criança. Apenas uma relatou esta participação e as demais quando mencionaram a presença do pai se referiam ao papel de provedor da família ou de esposo a ser servido pela adolescente. Essa questão denota como as concepções de gênero influenciam na divisão de papéis entre homens e mulheres.

Segundo Trindade (2005), a maioria dos estudos acerca da gravidez na adolescência tem foco centrado nas mulheres fato que reforça a pouca visibilidade social do parceiro.

Em um estudo realizado por Koniak-Griffin (2001), o autor relatou o depoimento das adolescentes em relação à participação paterna. Segundo ele, as adolescentes relatam que quando há participação paterna nas atividades familiares, esta influencia positivamente a saúde da criança. Por esta razão as jovens sugerem que os profissionais de saúde estimulem o envolvimento dos pais.

As relações de gênero masculino e feminino sempre foram pautadas em relações de desigualdade e segmentação entre os mesmos. A maternidade é historicamente compreendida pela sociedade como uma atividade feminina, ao pai cabe o papel de provedor da família. As adolescentes embora relatem o trabalho desgastante com a criança parecem excluir o homem desta atividade.

Desta forma o homem ainda é visto idealmente no contexto real como viril, corajoso, forte, provedor e protetor da família; e a mulher idealizada como mãe, esposa, meiga e dócil, sentimental, leal, complemento do homem (BANDITER, 1993).

Sabe-se que culturalmente tem-se atribuído à mulher a responsabilidade pela continuidade da espécie humana através da reprodução, do cuidado dos filhos, família e idosos (JAVORSK, 1997).

Os homens precisam ser reeducados de forma a compartilhar igualmente situações afetivas e familiares ou como suporte constante de outro adulto, diminuindo o stress prejudicial para muitas mulheres adolescente (NOGUEIRA, 2001).

Neste sentido, o exercício da maternidade requer reajustes importantes da mulher, que decorrem tanto das alterações do corpo como das conseqüentes mudanças de papéis desempenhados no meio sócio-familiar. O discurso higiênico dos cientistas e intelectuais atribuiu à mulher a responsabilidade do futuro dos filhos e com isso nasceu também, a culpa da mãe por todos os insucessos da família (SILVA, 2003).

Durante séculos foi imputada a mulher a responsabilidade pela criação dos filhos e a noção de culpa associada ao fracasso na proteção física e moral do filho como na educação dos mesmos. A mulher cabia a abnegação e a redenção do pecado original mediante o exercício da maternidade sagrada (BANDITER, 1993).

O comportamento social de homens e mulheres são diferentes devido às diferentes representações dos seus papéis sujeitos a diferentes expectativas. Nestas circunstâncias eles se conformam e desenvolvem diferentes competências, assim como atitudes e crenças.

As repercussões dessas questões para a maternidade na adolescência precisam ser consideradas a fim de não reforçar as desigualdades de gênero no atendimento e na relação com usuários de ambos os sexos (LUZÍ; BERNIL, 2000).

Os profissionais de saúde precisam ser capacitados “no conhecimento das teorias sobre gênero e suas implicações na prática profissional e no cotidiano dos sujeitos com quem se vai interagir” (GROSSI, 1996).

6.2 O significado da maternidade na adolescência

As dificuldades para expressar idéias, sentimentos e percepções apresentadas pelas adolescentes neste estudo foram também observadas por Dias (2003), que nos seus estudos revela que as adolescentes tiveram dificuldade de falar de si mesmas como mães.

Os significados da maternidade para as mães adolescentes foram ambivalentes. Nos relatos das jovens podem-se observar pontos positivos e pontos negativos relativos ao exercício da maternidade, enquanto que para as profissionais de saúde foram enfatizados os aspectos negativos e os prejuízos para mãe e para a criança.

As narrativas das entrevistadas revelaram temas coincidentes e temas divergentes entre os dois grupos. No entanto, alguns dos enfoques foram exclusivos para as jovens e outros para as profissionais de saúde. Entre os temas coincidentes que apareceram, nos dois grupos, estão os relatos sobre a maternidade como fontes de responsabilidades, e as perspectivas de futuro. Entre os temas divergentes, que só apareceram num grupo ou no outro, estão as narrativas sobre: a nova experiência da maternidade, a maternidade como fonte de prazer e satisfação, a maternidade como uma experiência problemática, condições para uma maternidade segura.

6.3 O significado da maternidade para as mães adolescentes

Nas narrativas das adolescentes observou-se que a vivência da maternidade foi descrita como algo positivo, construtivo e outras vezes como algo negativo, limitador.

Essas ambivalências também foram descritas por outros pesquisadores. O cenário psíquico da adolescente apresenta momentos de regressão e a crise de identidade. Inclui também atitudes passivas e ativas, espírito gregário e isolamento, altruísmo e egoísmo, otimismo e desesperança, aceitação e rejeição. A regressão é marcada por conflitos, pois exige a renúncia dos papéis infantis e a aquisição de novos papéis até então desconhecidos (WAJMANN, 1998; GODINHO, 2000; BOCARDI, 2004).

Maldonado (1997) também afirma que a ambivalência integra o processo de amadurecimento e que este ocorre também com a mulher adulta frente à maternidade.

Como se pôde observar nos resultados deste estudo, emergiu da análise quatro principais categorias: a nova experiência da maternidade, a maternidade como fonte de responsabilidades, as perspectivas de futuro e uma categoria encontrada apenas nos relatos das adolescentes, a maternidade como fonte de prazer.

Ao abordar o primeiro tema, a maternidade como uma nova experiência, pudemos observar nos relatos das adolescentes mães, que estas descreveram esta nova etapa da vida como conflituosa, principalmente pela falta de experiência no cuidado materno.

Segundo Hanna em 2001, a imaturidade e a inexperiência da adolescente quanto ao cuidado materno torna-o um exercício conflituoso.

Neste estudo a inexperiência é vista pelas adolescentes como um fator que resulta em momentos de desgaste físico e emocional no cuidado do bebê.

Entretanto, observou-se também a descrição de sentimentos positivos, de valorização pelo exercício da maternidade como também da satisfação pela presença do bebê. As jovens também enxergam este momento como uma oportunidade de aprendizado e amadurecimento

Se por um lado a maternidade representa a insegurança, a falta da preparação e a imaturidade, que afetam o cuidado ao recém-nascido, por outro lado salienta o status de ser mãe, uma pessoa responsável (HANNA, 2001; CLEMENS, 2003; FOLLE, 2004).

Neste sentido, este autor considera a gravidez e a maternidade como valiosas pelo alcance que elas produzem no status social da adolescente em termos de afirmação e mobilização social.

Corroborando com estes resultados, Menezes (2002) ressaltou que muitas adolescentes mães descreveram a experiência da maternidade como um empoderamento das suas vidas.

As adolescentes de uma forma geral percebem a maternidade como uma experiência positiva e expressam diferentes formas e padrões de vivenciá-la. Os autores observaram que para o grupo estudado, a vivência da maternidade não é única nem homogênea para todas as adolescentes e que para algumas, ser mãe passa a ser uma experiência gratificante (SANTOS; SCHOR, 2003; PANTOJA, 2003)

Ao descrever o cuidado materno as adolescentes importaram em objetivar os cuidados físicos da criança como também com a saúde psicológica das mesmas. Dentre as atividades relacionadas ao cuidado materno as adolescentes destacaram a importância do aleitamento materno para a saúde das suas crianças.

O aleitamento materno para as adolescentes constituiu-se um dos principais cuidados com a criança. Algumas adolescentes apesar de não amamentarem seu filho, justificaram que os motivos para tal não dependiam da sua vontade. Entre os motivos citados estavam a insuficiência na produção do leite materno que não supria as necessidades do bebê. Algumas adolescentes referiram que essa prática era desgastante e prejudicial a sua própria saúde.

Há cerca de duas décadas, a ciência médica vem difundindo o conhecimento científico sobre a alimentação infantil, em especial sobre o aleitamento materno. Este saber foi, e continua sendo divulgado pelas campanhas do Ministério da Saúde em cartazes, folders, vídeos e treinamentos para o pessoal de saúde e leigos. A mídia falada, escrita e televisiva, também revela papel importante na divulgação das vantagens sobre a amamentação.

Os significados atribuídos ao aleitamento materno trazem conteúdos reelaborados das teorias sobre alimentação infantil que circulam no cotidiano da vida das mulheres adolescentes, por meio do contato com os serviços, práticas assistenciais e conteúdo simbólico veiculados em vários canais de informação. Embora suas expressões denotem que houve assimilação do discurso técnico sobre a amamentação materna, isso, por si só não garante a prática do aleitamento (JAVORSKI, 1997).

A prática da amamentação não é vivenciada da mesma forma pelas adolescentes. A amamentação pode ser percebida por algumas nutrizes como uma prática que proporciona prazer e gratificação, porém, outras poderão senti-las como uma prática conflituosa que evoca sensações desconfortáveis como medo, insegurança, dor entre outros sentimentos. Não raro, a mesma nutriz alternar momentos agradáveis e momentos de desconforto em relação a amamentação. O

aleitamento deve necessariamente obter sucesso e quando isso não ocorre a adolescente atribui-se sentimento de culpa e de mãe negligente (BANDITER, 1993).

Frente às idéias amplamente difundidas sobre o aleitamento materno devemos considerar as possibilidades de que as adolescentes possam repetir o discurso politicamente correto nas suas narrativas para preservar a imagem de boa mãe.

O discurso das mulheres sobre os aspectos negativos da amamentação é quase sempre camuflado, consciente ou inconscientemente. Ou seja, as mulheres, muitas vezes, não têm coragem de admitir nem para si próprias o ato de amamentar com uma prática conflituosa e desagradável. Assim sendo costumam delegar os problema da amamentação ao leite (pouco ou fraco) e para o filho (não suga, não gosta). Havendo pouco espaço para que a mulher exponha claramente sua incapacidade emocional para amamentar ou seu desejo de não fazê-lo, resta-lhe o discurso encoberto ou camuflado que oferece justificativas socialmente aceitas para o desmame ou para as dificuldades vivenciadas. Essa atitude das adolescentes em não amamentar suas crianças mesmo reconhecendo a importância do leite materno pode estar revelando pensamentos ou sentimentos não expressos por elas. Essas adolescentes justificavam sua atitude de não amamentar a fatores externos a sua vontade (ARAÚJO, 1991; JAVORSKI, 1997).

A ênfase ao aleitamento materno denota a incorporação do discurso técnico difundido através de campanhas veiculadas pela mídia e de práticas assistenciais, especialmente aquelas dirigidas a grupos de risco social (JAVORSKI, 1997).

O conhecimento expresso pelas adolescentes sobre o aleitamento materno lembra as frases difundidas na mídia, no entanto, mesmo as adolescentes que não amamentam demonstram conhecer as propriedades do leite materno e sua importância no crescimento e desenvolvimento da criança.

No entanto, as informações sobre o aleitamento materno parecem que estão sendo insuficiente para a mudança de comportamento, o que pode sugerir a necessidade de novos estudos sobre o tema.

O segundo tema, as responsabilidades da maternidade, foi descrito pelas adolescentes como algo inesperado. Quando estavam grávidas não tinham a noção das limitações impostas pela maternidade. Em seus relatos as adolescentes mães descreveram várias limitações como: obstáculo para a continuidade do estudo, para o trabalho e a restrição ao ambiente doméstico.

Clemens (2003) e Folle (2004), também encontraram resultados semelhantes. Em seus estudos, algumas adolescentes sentiam a maternidade como algo que não lhe era própria, isto é, algo estranho. Aceitar a maternidade na realidade era ainda um processo a ser concluído.

Esta nova realidade da maternidade constitui-se um dilema, pois a adolescente vive em dois mundos o da adolescência e o da maternidade (CLEMENS, 2003; FOLLE, 2004).

Outras dificuldades relatadas pelas adolescentes no exercício da maternidade estão relacionadas a dificuldades para estudar e trabalhar, privação da liberdade principalmente o lazer, prejuízos no sono, repouso e até nos cuidados pessoais.

Dias (2003), em seu estudo, também encontrou resultados semelhantes. As jovens mães expressavam a necessidade de uma preservação do espaço pessoal diferenciado do papel materno. Para a autora estar fora do universo do estudo e do trabalho acaba por reforçar sintomas de isolamento e solidão para as jovens mães. Esse quadro justifica os lamentos das adolescentes quando se referem à reclusão ao ambiente domiciliar por causa das exigências dos cuidados maternos.

As responsabilidades da maternidade dificultam o acesso à escola pelas adolescentes de classes desfavorecidas. Um dos motivos parece estar ligado à situação de pobreza na qual estão inseridas. Em alguns casos elas não têm com quem deixar a sua criança, em outros casos, a falta de perspectiva de desenvolvimento termina por desestimular a adolescente.

Para Heilborn, 2002 a vivência da maternidade para adolescentes de classes menos favorecidas é marcada por um nítido impacto nas trajetórias escolar e de trabalho. O percurso escolar dessas jovens tem várias repetências e interrupções. A tarefa de cuidar da casa do filho dos irmãos menores contribui para a evasão escolar.

Entretanto, algumas adolescentes conscientes de sua responsabilidade com a educação e sustento do seu filho encontram na maternidade uma motivação para crescer e assumir integralmente sua criança.

O terceiro tema as perspectivas de futuro narradas pelas adolescentes demonstravam que a maioria delas desejava continuar estudando para garantir um futuro melhor.

A maior parte das adolescentes acredita que devem continuar estudando a fim de superar as dificuldades impostas pela situação (NASCIMENTO, 2007).

Porém, para algumas adolescentes não havia perspectiva de mudança, apenas a manutenção do estado atual. Para estas o futuro seria desempenhar o papel de mãe e esposa. Outras ainda apelaram para a fé e delegavam a Deus seu futuro e suas esperanças.

A associação natural da mulher com as crianças e com a família é difundida pelo mundo. Em classes sociais populares, a falta de perspectiva em relação à vida,

ao estudo, ao trabalho torna a maternidade quase um único projeto de vida (MENEZES, 2002; TRINDADE 2005).

Assim, ser mãe na adolescência aparece como uma possibilidade de mudança de status no interior da família de origem (HEIBORN, 2002).

Clapis (1996) acreditava que a mulher, através da construção social da identidade feminina, sempre em situação de desvantagem com prejuízo para a sua auto-estima, acaba por se submeter a uma maneira de viver determinada pelo seu contexto social, sem perspectivas ou condições sociais de buscarem formas de se realizarem que não seja através do matrimônio e da maternidade.

Pitangy (2003) afirmou que ao se traçarem programas de saúde reprodutiva, deve-se levar em consideração que a gravidez na adolescência é também tida como um valor, principalmente pelas mulheres, de grupos sociais, que não tem acesso a outras formas de realização pessoal.

Para esse autor, entre mulheres adolescentes de uma comunidade pobre, a maternidade pode ser a principal forma de ser reconhecida socialmente, pois nesse grupo as oportunidades são menores devido as dificuldades sociais de se manterem na escola ou de encontrarem um trabalho que lhes dêem satisfação individual e recursos financeiros suficientes para a sua manutenção.

O quarto tema, a maternidade como fonte de prazer, emergiu como categoria apenas nas narrativas das adolescentes. Apesar dos contratemplos gerados pela exigência do papel materno as adolescentes descreveram estar satisfeitas com a maternidade. Elas percebem a maternidade como fonte de amadurecimento e valorização do seu papel social. Observou-se nas suas narrativas e entonações a alegria de ter um filho, alguém a quem amar. O filho as torna insubstituíveis e

indispensáveis e permitem a possibilidade de construir sua identidade a partir desse referencial.

Este achado também foi observado por outros autores. Segundo Folle (2004) a gravidez e a maternidade são valiosas pelo alcance que elas produzem no status social em termos de afirmação e mobilização social.

Para Arilha (1999) as concepções acerca da maternidade estão se transformando lentamente e gestar e criar filhos são dimensões humanas, ainda importantes e ao mesmo tempo representa a constituição de seu lugar social.

6.4 O significado da maternidade para as profissionais de saúde

Dos relatos dos profissionais de saúde emergiram três categorias similares as encontradas nas narrativas das adolescentes que indicam o significado da maternidade: a maternidade como uma experiência problemática, a maternidade como fonte de responsabilidades, as perspectivas de futuro. No entanto, observou-se diferença nos enfoques, sobretudo na primeira categoria.

Na análise também identificou-se como categoria que compõe o significado da maternidade na adolescência, as condições que contribuem para uma maternidade segura.

Entre as profissionais de saúde a maternidade na adolescência foi descrita como algo prejudicial à saúde e desenvolvimento da adolescente e da sua criança. Além de expressarem as suas concepções, as entrevistadas buscaram fazer suas prescrições e orientações a respeito da temática.

Essa postura, ao que parece, revela um padrão de conduta adotado pelos profissionais de saúde, de natureza normatizadora própria do discurso biomédico.

Bocardi (2004), em seus estudos também referiu que a literatura médica clássica ao se preocupar com as conseqüências de uma maternidade precoce, tanto para a mãe quanto para a criança, o faz vendo o fenômeno “externamente, com o olhar clínico, normatizador”. É uma visão vertical unificada e objetivada, que reduz o caráter humano da maternidade ao caráter puramente biofisiológico.

Em linhas gerais a sexualidade e a maternidade na adolescência, para os profissionais de saúde tem relação com a “desordem social”. Inúmeros estudos partem do pressuposto que a maternidade é algo negativo. Esse pressuposto se faz presente em diferentes ângulos seja o efeito da saúde mãe e filho/ ou a gravidez de risco (perspectiva biomédica); a reprodução do ciclo da pobreza, a imaturidade psíquica dos/as jovens (BARRETO, 1999).

De acordo com a OMS (1989) os riscos inerentes a uma gestação na adolescência, estão relacionados a maiores incidências de anemia, retardo de crescimento fetal, parto prematuro, complicações obstétricas entre outras.

Guimarães (2001), em seus estudos discorda que esses resultados devam ser atribuídos exclusivamente ao fato de ser adolescente. Nos últimos anos esses fatores foram mais profundamente estudados, a partir de análises mais complexas e chegou-se a conclusões diferentes das já estabelecidas. A exemplo a doença hipertensiva, que está mais relacionada à paridade que a idade materna.

Polaneezky (1999) chama a atenção quanto à anemia apresentada por estas jovens no período gestacional, que hoje é mais bem explicada pelas condições socioeconômicas, pelos maus hábitos alimentares, e pelo pré-natal tardio do que pelos efeitos da idade materna.

Ao abordar o primeiro tema a maternidade como uma experiência problemática, as profissionais procuraram descrever suas causas e conseqüências. Este tipo de

raciocínio parece bastante habitual nos profissionais de saúde, visto que durante sua formação e exercício profissional é treinado para identificar problemas (diagnosticar), descobrir suas causas (etiopatogenia) e buscar soluções (prescrições e orientações).

Para as profissionais de saúde a maternidade na adolescência é percebida com um problema de saúde pública, neste ponto de vista as profissionais de saúde buscaram expressar-se falando sobre os fatores que estariam influenciando o aumento e a perpetuação do fenômeno, as suas causas, e sobre as soluções possíveis. As profissionais relataram a maternidade na adolescência como uma experiência difícil para as jovens por causa da sua inexperiência e imaturidade para desempenhar o cuidado materno, idéias ancoradas na representação social do adolescente. Entre as causas do fenômeno as profissionais destacaram a falta de preparo da adolescente. Este despreparo é decorrente da insuficiente educação formal e educação sexual, a falta de diálogo familiar, como também as dificuldades de acesso e atenção às necessidades das adolescentes e suas famílias. Elas mencionaram ainda os meios de comunicação como um fator indutor do sexo inconseqüente.

Barreto em 1999, também encontrou nas narrativas dos profissionais de saúde afirmações de que a gravidez na adolescência é prejudicial para as mães adolescentes por causa da sua imaturidade, despreparo, falta de diálogo familiar, irresponsabilidade e nível baixo econômico.

A maioria da literatura que versa sobre a maternidade adolescente apresenta uma retórica de cunho problemático, principalmente nas vertentes sociais, econômicas, familiares e psicológicas. Os discursos tendem, freqüentemente, a indicar que a jovem é solteira e não planejou a gravidez. (SILVA, 2003)

Podemos evidenciar nos estudos de Oliveira, 1998, a vinculação feita pela mídia do corpo feminino como um modelo erótico-estético. A mídia reforça, em vários aspectos, o pensamento mágico ainda presente na adolescente, ao mostrar casos de gravidez na adolescência que são resolvidos de forma quase "mágica" como quedas de escadas ou finais felizes espetaculares. Raramente demonstram-se nas histórias de vida as dificuldades relacionadas a ter um filho nessa fase da vida. Outro aspecto da contribuição da mídia é o grande reforço que dá aos papéis de esposa-mãe da mulher e a glorificação de algumas mulheres que optaram pela gravidez como Madona, Claudia Raia, Demi Moore etc. A adolescente em busca de modelo tem na tela da TV a oportunidade de encontrá-lo.

O cuidado prestado pelas adolescentes emergiu como uma subcategoria narrado pelas profissionais que as classificavam como despreparadas e até negligentes por sua inexperiência.

Esse relato, também encontrado em outros estudos, parece estar ancorado na idéia de adolescente como imaturo e irresponsável (ASSIS, 2003; AQUINO *et al.*, 2003; CASTRO; ABRAMOVAY, 2004).

As profissionais de saúde descreveram entre as conseqüências deste despreparo à suposta falta de continuidade dos cuidados com a criança colocando em risco a vida dos bebês. Portanto necessitava ser conduzida a seguir uma série de orientações conforme o protocolo de assistência à criança.

A associação de problemas apresentados pelos recém-nascidos de mães adolescentes, como o baixo peso e a prematuridade foi encontrada por Arilha e Calazans, (1998). Estes autores referem em seus estudos que o baixo peso e a prematuridade, estão mais relacionados com fatores sócios demográficos e riscos

associados, como por exemplo, doenças sexualmente transmissíveis e a ausência de pré-natal adequado do que propriamente a idade.

Porém essa visão sobre o cuidado prestado pela mãe adolescente não foi unânime, algumas profissionais relataram que embora seja minoria, algumas adolescentes eram muito atenciosas no cuidado com seu filho.

Entre as atividades relacionadas ao cuidado materno pode-se observar nos relatos das profissionais a ênfase dada ao aleitamento materno como um dos principais cuidados para a garantia da saúde e sobrevivência do bebê. Segundo as profissionais algumas jovens mães rejeitam seus filhos e por isso não querem amamentar.

A maternidade só estaria completa com o aleitamento materno conforme os novos saberes da ciência, não só nos aspectos nutricionais como também em relação ao desenvolvimento emocional da criança. Para alguns autores esse discurso aparece como um novo e mais avançado instrumento de controle social exercido pela religião e a ciência médica (BANDITER, 1993; JAVORSKI, 1997).

O aleitamento materno constitui um dos instrumentos utilizados pelos puericultores para reforçar o papel materno através do discurso moral e higiênico. Essa ênfase vem permeando o imaginário social desde as campanhas empreendidas em favor da amamentação a partir do século XVIII, na Europa, e metade do séc. XIX, no Brasil (ARAÚJO, 1991).

As campanhas atuais repassam essa responsabilidade à mulher e encobrem os determinantes sócios econômicos envolvidos na maternidade infantil, no nascimento de crianças prematuras e de baixo peso e até o fracasso do aleitamento materno.

A idéia de “mãe negligente” como sendo mulher que se recusa a dar o peito acrescido da idéia do “ser imaturo” como a adolescente mãe faz parte do conteúdo

imaginário coletivo e tal percepção é de certa forma incentivada pelo discurso científico os profissionais da área de saúde (BANDITER, 1993).

Sucedem, porém, que nem todas as mulheres vivenciam a amamentação como uma prática que lhes é gratificante e, é possível que quando a amamentação é percebida pela mãe como um fardo, essa proximidade que favoreceria a relação de apego pode ser comprometida. No entanto, isso pode não significar a ausência do amor materno.

Provavelmente o discurso técnico que representamos, em especial, dos profissionais de enfermagem, tem reforçado mesmo que sutilmente, a amamentação como sinal do amor materno. Essa postura as coloca, muitas vezes, diante de situações delicadas frente às mães adolescentes que por dificuldades ou por decisão não estão amamentando.

Estes aspectos do ato de amamentar foram discutidos por Javorsk (1997). Essa autora afirmou que as representações sócio-culturais da amamentação estão atreladas também ao significado que a sociedade atribui à maternidade. Ao longo da história, a maternidade foi vivida como uma imposição, um sacrifício, destino inevitável da maioria das mulheres. Em face desse significado, a amamentação corresponderia a um fardo.

Na medida em que a maternidade passe a ser desejada, estimulada, vivida com prazer de satisfação, o dever de amamentar transforma-se no direito de fazê-lo, o que pode aliviar o possível fardo da maternidade, recriando a oportunidade e a emergência do desejo. Entretanto ser mãe pode ser visto também como uma imposição social. Quando a mulher revela que não deseja ter filhos sofre discriminações, e é tida como anormal.

De uma forma geral, as profissionais de saúde relataram que as adolescentes necessitariam de maior atenção à saúde quanto aos cuidados ao recém-nascido e aleitamento materno. As entrevistadas descreveram ainda atividades de conscientização das adolescentes desde o pré-natal para o sucesso do aleitamento materno.

Segundo o Ministério da Saúde a equipe de saúde deve oferecer educação em saúde para todas as gestantes adolescentes (BRASIL, 2000).

Belfort (1998) descreveu como objetivos da assistência pré-natal, a orientação de hábitos de saúde, entre eles atividades de puericultura como o aleitamento materno.

Nas narrativas das profissionais podemos evidenciar um discurso paternalista e fiscalizador dos cuidados maternos. Elas acreditam desta forma proteger o filho da mãe adolescente e garantir a continuidade da assistência prescrita para a criança.

Bocardi (2004), também encontrou resultados semelhantes em sua pesquisa onde o profissional de saúde exerce seu poder fiscalizador sobre a adolescente. A compreensão para o uso deste poder pode estar fundada nas relações e associações que estes fazem sobre o mundo do trabalho assistencial e com o adolescente e com o discurso científico a que estão submetidos continuamente.

A apropriação do discurso oficial e fazer cumprir suas normas são a tônica que move o processo de trabalho da atenção à saúde. A fiscalização parece ser o sentido que os profissionais de saúde dão ao seu papel na assistência ao adolescente (BOURDIEU, 2001)

No segundo tema, a maternidade como fonte de responsabilidade, as profissionais de saúde descreveram as adolescentes como incapazes para atender as exigências do papel materno. Em suas narrativas as entrevistadas descreveram

as adolescentes como crianças, portanto não estariam prontas para assumir as responsabilidades consigo mesma, muito menos com seus filhos. Em consequência do exposto, segundo as profissionais de saúde, as crianças eram vítimas da negligência de suas mães.

Silva (2003) também descreve em suas pesquisas que a adolescente é percebida como imatura e que é impaciente para com seu bebê.

Segundo a OMS (1996) as adolescentes acabaram de sair da sua própria infância, portanto não tem experiência necessária para criar uma criança física e mentalmente saudável.

Algumas profissionais, porém, percebiam diferente da maioria. Estas acreditavam que não podia generalizar estes resultados a todas as adolescentes e que algumas jovens mães tinham atitudes responsáveis para com a sua criança.

Não obstante, há pesquisadores como Medrado e Lyra (1999), que apontaram a existência de casais adolescentes com um bom desempenho na vida familiar, escolar e nos cuidados com a criança, demonstrando que o exercício da maternidade e da paternidade pode propiciar benefícios em suas vidas.

Quando se tratou das perspectivas de futuro, o terceiro tema que emergiu das falas das profissionais de saúde, observaram-se relatos de prejuízos futuros para as adolescentes e para as crianças. As entrevistadas mencionaram uma sorte de malefícios para as jovens como: o arrependimento e a perpetuação da miséria pela diminuição das oportunidades de estudar e trabalhar.

A conferência de Beijing (1995) constatou que a maternidade prematura segue sendo um obstáculo para o progresso educacional, econômico e social da mulher em todo o mundo e que o casamento e a maternidade prematuros podem reduzir drasticamente as oportunidades de educação, emprego para as jovens e

provavelmente prejudicar em longo prazo a sua qualidade de vida e a dos seus filhos (ONU, 1995).

O abandono escolar pelas adolescentes e sua decorrente inserção precária no mercado de trabalho são referidos como fatores causais ou agravantes da marginalização social e econômica em que estas jovens estão inseridas (HEILBORN, 2002).

Para as crianças, os resultados futuros, serão segundo a narrativa das profissionais de rejeição por parte das mães, o abandono podendo essas crianças em situação de miséria se tornar pedintes, ladrões e até envolver-se no tráfico de drogas.

Argumenta-se que as famílias monoparentais, chefiadas por mulheres, implica no agravamento da pobreza redundando no aumento da delinquência e da criminalidade dos filhos (HEILBORN, 2002).

No entanto, as profissionais descreveram que nas classes mais favorecidas esses resultados provavelmente não serão observados. As adolescentes das classes média e rica poderão continuar estudando e o suporte da família poderá garantir um futuro mais promissor para as jovens e suas crianças.

As adolescentes de classe média experimentam o prolongamento da juventude. Elas permanecem por mais tempo na casa dos pais dependendo deles financeiramente, investindo nos estudos e sua profissão (HEILBORN, 2002).

Para Oliveira (1998), as jovens de classe mais favorecidas podem vislumbrar a possibilidade de completar seus estudos e retomar o seu projeto de vida.

O quarto tema identificado, fatores para uma maternidade segura, foi descrito apenas pelas profissionais de saúde. Nesta categoria os profissionais descreveram suas recomendações para promover a saúde das adolescentes. As prescrições dos

profissionais de saúde consistiram em promover a educação, a atenção à saúde, a integração social e uma rede de apoio ao adolescente e seu filho.

Podemos evidenciar nos relatos das profissionais de saúde a ênfase na educação no conhecimento adquirido no ensino formal ou na educação para a saúde com a finalidade de prevenir a gravidez e minimizar as dificuldades da mãe adolescente.

Quando mencionaram a atenção à saúde as profissionais destacaram algumas ações para promoção de uma maternidade segura como a visita domiciliar, a promoção da saúde mental e o planejamento familiar.

Elas reconheceram a importância da visita domiciliar e da atuação dos profissionais de saúde da família, embora exista alguns relatos onde considerem falhas existentes no programa.

Bocardi (2004), em seus relatos os profissionais de saúde também descrevem a importância da assistência domiciliar. Essas recomendações são extensiva a toda mulher no período gravídico puerperal. Conhecendo, portanto, os problemas familiares sociais e econômicos que a adolescente encontra a visita domiciliar poderá ter um papel fundamental na garantia da saúde da adolescente e sua criança.

Segundo o Ministério da Saúde, as visitas domiciliares têm como finalidade atender a gestante, a mãe adolescente em seu contexto social (BRASIL, 2004).

Com relação à saúde mental, as profissionais acreditam que a saúde mental das adolescentes é vulnerável e pode ser abalada pelos conflitos vivenciados na maternidade por isso sugerem o acompanhamento das adolescentes por um psicólogo ou psiquiatra.

Neste aspecto Tedesco *et al.*, (1997) aponta que durante a gestação e maternidade a adolescente vivencia alterações e modificações emocionais, que são apresentadas como estados de tensão, medo e insegurança. Essa etapa necessita de suporte psicológico.

Ainda discorrendo sobre a atenção à saúde alguns profissionais ainda descreveram o planejamento familiar como uma solução capaz de reduzir os riscos para uma DST/HIV, como também para a contracepção.

A lei nº. 9263, de 12 de janeiro de 1996 que regula o parágrafo 7 do artigo 226 da constituição federal trata do planejamento familiar como parte integrante do conjunto de ações de atenção à mulher, ao homem dentro de uma visão de atendimento integral a saúde a que todas as instâncias do SUS devem garantir, em toda a sua rede de serviços, programas de atenção integral a saúde, em todos os seus ciclos vitais, que incluam atividades básicas, entre outras, a assistência, a concepção e contracepção. Essa lei também estabelece ações preventivas e educativas e pelo acesso igualitário a informações e métodos para regulação da fecundidade (BRASIL, 2005).

Entretanto na maioria das narrativas das profissionais de saúde que se referiam ao planejamento familiar, a laqueadura foi citada como a solução para minimizar a miséria do mundo. Nos seus relatos as profissionais criticavam o processo atual para a realização da laqueadura tubária. Para estas profissionais a pobreza extrema e um número elevado de filhos deveria justificar a contracepção cirúrgica independente da idade.

Este parecer das profissionais de saúde quanto ao controle de natalidade como solução para a pobreza encontra sua ancoragem na Teoria malthusiana. Segundo essa teoria o crescimento populacional excedia a capacidade da terra de produzir

alimentos. Enquanto o crescimento populacional tenderia a seguir um ritmo de progressão geométrica, a produção de alimentos cresceria segundo uma progressão aritmética. Assim, a população tenderia a crescer além dos limites de sua sobrevivência, e disso resultariam a fome e a miséria. Diante dessa constatação e para evitar uma “catástrofe”, Malthus propôs uma “restrição moral” aos nascimentos, o que significaria: proibir o casamento entre pessoas muito jovens; limitar o número de filhos entre as populações mais pobres; elevar o preço das mercadorias e reduzir os salários, a fim de pressionar os mais humildes a ter uma prole menos numerosa. Para evitar o risco propunha a adoção de políticas de controle de natalidade, que se popularizaram com a denominação de “planejamento familiar” (ALVES, 2002).

Ao lançar suas idéias, Malthus desconsiderou as possibilidades de aumento da produção agrícola com o avanço tecnológico. Outra teoria como a de Condorcet discorda do pensamento de Malthus. Segundo a teoria de Condorcet, o homem através da sua inteligência e investimento na educação poderá produzir os bens necessários para o crescimento da nação. Além do mais, o avanço tecnológico, o desenvolvimento é a melhor forma de controle demográfico num país. Os teóricos que pensam influenciados pela teoria de Condorcet acreditam que a educação e as oportunidades de crescimento e desenvolvimento social podem espaçar o número de filhos. A polêmica entre Malthus e Condorcet permanece atual na medida em que aborda a luta pela sobrevivência da espécie humana e discute as possibilidades de construção de uma sociedade mais justa, próspera e solidária (ALVES, 2002).

Apenas uma profissional de saúde referiu-se a integração social, para garantir uma maternidade segura. Este profissional destacou que o engajamento social pode elevar a auto-estima das jovens e motiva-las para o crescimento pessoal. A

participação das adolescentes em atividades comunitárias pode ajudá-las a exercitar a cidadania e a descobrir que é ela que constrói a sua própria história.

Um fator para a saúde da mãe adolescente e sua criança citada também por apenas uma profissional de saúde foi à existência de uma rede de apoio as adolescentes. Esta estrutura de apoio as jovens mães seria composta pela família, serviço de saúde, serviço social, enfim um esforço coletivo capaz de oferecer a adolescente e seu filho uma estrutura que viabilize a saúde e o desenvolvimento integral deste binômio.

Para Parenti (2002), a maternidade na adolescência emerge socialmente como uma questão que merece o olhar dos diversos seguimentos sociais (saúde, educação, família, comunidade, gestão política e governamental). Ao olhar o fenômeno como um problema, uma epidemia, uma catástrofe e um risco para a adolescente nos deparamos com uma visão fragmentada e equivocada sobre a questão. Refere ainda que o apoio a adolescente grávida, deve começar na instituição familiar, onde o acolhimento, o diálogo, o respeito se faz necessários para que a gravidez seja vivenciada de maneira positiva.

As famílias devem proporcionar apoio para que esta se sinta menos estigmatizada ou menos importante em sua família. Estas jovens quando apoiadas sentem-se mais seguras e com mais estímulo e equilíbrio para superar as dificuldades impostas pela nova situação de vida.

A família é um agente não só de apoio como também de socialização nesta etapa da adolescência. Segundo Barros (1991), a família como instituição social desempenha um papel fundamental junto ao adolescente, em razão de refletir e condensar a interação completa entre ele e o seu meio social mais amplo.

Para Menezes (2002), é importante pensar e repensar a adolescência em seu contexto sócio cultural, possibilitando uma nova leitura da mesma, não prevalecendo às concepções técnicas dos adultos e sim o contexto de vida onde estão inseridas as adolescentes, para que possam vislumbrar uma vida mais justa, humana, solidária, afetiva e social. As jovens devem poder entender o que é verdadeira cidadania, com apoio da família, sociedade e escola.

CONSIDERAÇÕES GERAIS

As representações sociais das adolescentes e dos profissionais de saúde sobre a maternidade na adolescência, merecem algumas reflexões, sobretudo por suas possíveis implicações nas ações de saúde.

As representações sociais das adolescentes embora ambivalentes apresentam uma predominância de aspectos positivos em relação a sua vivência da maternidade. Elas relatam sua satisfação em aprender, amadurecer, sentirem-se importantes e a possibilidade de construir sua identidade em relação aos filhos. As limitações da maternidade são consideradas por elas, mas, de uma forma geral relatam sua satisfação em poder viver uma relação de carinho e amor com seu filho.

Enquanto que para os profissionais os significados da maternidade na adolescência estão envoltas a idéias de risco. A maternidade na adolescência na concepção da maioria das profissionais de saúde é um mal a ser enfrentado porque o adolescente é imaturo, despreparado e irresponsável.

Esses resultados apontam para diferentes realidades interpretadas pelos sujeitos sociais envolvidos. Essas discrepâncias levam a expectativas e atitudes diferentes frente às práticas de saúde para adolescentes mães. Vale ressaltar que as idéias a respeito da adolescência, gênero e maternidade também contribuíram para construção dessas representações.

Ao cuidar do adolescente imaturo, incapaz, pouco responsável e outros desmerecimentos exige do profissional de saúde uma postura vigilante autoritária e paternalista. Essa posição desconsidera a autonomia do adolescente na medida em que o profissional é quem decide por ele e lhe diz o que é melhor.

Segundo Trindade (2005) a prática corrente na assistência a saúde mostra que os mesmos profissionais que respeitam as decisões de consentimento ou recusa dos adultos, entendem os adolescentes como incapazes de decidir. Optam por uma conduta ética paternalista aceitando que outros possam decidir pelo jovem (LANTOS; MILES, 1989).

Outros pesquisadores também relataram os prejuízos na comunicação das adolescentes com os profissionais de saúde. Quando há obstáculos na comunicação entre os sujeitos envolvidos nessas práticas, tornam-se difíceis a sensibilização e incorporação do conjunto de informações fornecidas. Portanto, a qualidade das ações educativas para uma vida sexual satisfatória e segura acaba sendo prejudicada. Ainda é necessário considerar que as questões da maternidade direcionam para o adolescente do sexo feminino com argumentos predominantemente voltados para o julgamento/ culpabilização da mulher adolescente ou de sua mãe. Argumentos baseados em pressupostos morais certamente bloqueiam a comunicação entre o sujeito que julga e o sujeito/ objeto do julgamento, na medida em que não abre mão em dividir o mundo entre os bons e os maus, subestimando com isso a possibilidade de contradição e de mobilidade e transformação dos valores (BARRETO, 1999).

Observou-se durante o estudo, um discurso paternalista e autoritário fato que afasta as adolescentes dos centros de saúde.

Um estudo mencionou o desconforto das adolescentes relacionado à reprovação oriunda não apenas da sociedade em geral, como também dos profissionais de saúde durante suas visitas aos centros de saúde. Neste estudo observou-se que as adolescentes se queixaram a respeito do tratamento recebido pelos profissionais de saúde (HANNA, 2001).

Neste sentido, há um total desacerto e desencontro entre as lógicas dos profissionais de saúde que consideraram “tem que ficar em cima mesmo” e das adolescentes que reagem “constrange, é chato”. Logo a postura dos profissionais, não tem acrescido e favorecido a qualidade de assistência. É necessário acolher a mulher, dedicar-se a escuta transmitindo apoio e confiança necessários para que ela se fortaleça e possa conduzir sua saúde com mais autonomia (BRASIL, 2000).

Segundo Ferrari (2006) antes mesmo de desenvolver atividades com grupos de adolescentes, os médicos e enfermeiros referem à necessidade da equipe participar de cursos de formação/capacitação sobre essa fase da vida, visto que alguns dos discursos apontam pouco conhecimento e dificuldade para lidar com esse grupo.

Ressalta também que as representações a respeito da adolescência propriamente dita, gênero e maternidade também contribuíram para a construção das representações a respeito da maternidade em virtude de que essas representações têm sujeitos e objetos sociais comuns.

Há, portanto, de se considerar diante dos diferentes significados da maternidade entre os grupos que também poderemos encontrar objetivos diferentes que nortearão as atitudes e as decisões frente à maternidade na adolescência.

Insistir em manter as adolescentes na condição de criança enquanto que as jovens anseiam por sua independência e sua valorização no recém admitido mundo dos adultos, ao invés de apoiá-las nessa nova experiência contribui para aumentar a insegurança das jovens e o distanciamento dos serviços de saúde.

A preocupação das profissionais de saúde com ações importantes para promover a saúde das crianças e das jovens mães também traz uma reflexão. Elas reconhecem a importância da visita domiciliar no sentido de diminuir as distâncias entre o profissional e as adolescentes. Entretanto, não somente no sentido de

perceber as necessidades da adolescente e sua família, mas também no sentido de vigiar a adoção das medidas de saúde propostas para essa população.

Quando mencionam ações de planejamento familiar, especificamente a contracepção cirúrgica em adolescentes, algumas profissionais de saúde penalizam mais uma vez as jovens, fortalecem a exclusão social sofrida pelas mesmas desconsiderando que a solução da pobreza perpassa por um complexo emaranhado de fatores políticos sociais e econômicos.

Enfim, ao reduzir o adolescente a sujeito passivo na construção de sua história é perder um grande parceiro, o mais interessado nessa nova vida mais digna e com mais saúde. É necessário ainda compreender que além do adolescente e do profissional de saúde, urge envolver também a família a sociedade e mobilizar a sociedade a fim de viabilizar melhores condições de vida a esse grupo social.

As diferentes representações da maternidade na adolescência devem ser vistas como construções sociais históricas e culturais, como tais estão sujeitos a construção de novos entendimentos pelos atores sociais envolvidos.

Enquanto idéias negativas sobre a adolescência ocuparem o imaginário coletivo dos profissionais de saúde estas irão se interpor na comunicação entre os dois grupos refletirão na qualidade dos serviços de saúde para as jovens.

A maternidade na adolescência precisa ser repensada considerando todo seu contexto sócio cultural. Essa nova percepção certamente implicará numa mudança de atitude frente o adolescente.

A exclusão social parece influenciar na ocorrência da maternidade na adolescência e esta tende a agravar a situação desfavorável na qual a adolescente já vive com sua família. Entretanto, outro tipo de exclusão é a exclusão simbólica, a exclusão dos valores deste grupo social. Ao definir metas e programas para

promoção de saúde dos adolescentes, as instâncias que deliberam políticas e organizam as práticas de saúde ignoram as representações desse grupo, suas crenças, valores, afetos, fatores que orientam suas atitudes e hábitos de saúde.

A inclusão nas práticas de saúde do adolescente, seus significados atribuídos à maternidade e a outros temas sociais poderão fortalecer a construção da identidade cidadã para os jovens, fazendo deles sujeitos ativos na construção da sua história.

Uma vez garantido o espaço social para o adolescente este poderá participar da agenda de ações de saúde desde a sua concepção, implementação e avaliação das práticas de saúde voltadas para seu grupo social.

A busca pelo adolescente de sua própria identidade torna o encontro com os profissionais de saúde um momento oportuno para ajudá-lo a assumir as responsabilidades de sua própria vida.

Observando estas considerações acerca da maternidade na adolescência venho sugerir algumas iniciativas a fim de incluir o adolescente na construção das práticas de saúde, bem como a sensibilização dos profissionais para uma nova postura diante destes.

Os serviços de atenção à saúde da mulher têm sua clientela cerca de 30% de adolescentes. No entanto, estes não têm assento nos espaços formais de participação social como por exemplo o conselho gestor.

Uma articulação entre o governo, educação e saúde poderia promover a criação de creches para os filhos das adolescentes de forma a permitir o acesso à escola e ao serviço de saúde.

Aos profissionais poderia ser ministrada oficinas de sensibilização e preparo para o cuidado com o adolescente.

As universidades poderiam propiciar uma maior aproximação dos alunos com os usuários adolescentes, possibilitando olhar à saúde na perspectiva do assistido. Inclusive estimulando o desenvolvimento de trabalhos sociais com a participação na comunidade. Estes trabalhos poderiam ser também recompensados com melhores pontuações curriculares.

REFERÊNCIAS¹

1. ABRAMO, Helena. W. Considerações sobre a tematização social da juventude no Brasil. **Revista Brasileira de Educação**. São Paulo: ANPED, número especial n. 5-6, p.25-36, 1997.
2. ABRAMOVAY, M., CASTRO, M. J., PINHEIRO, L. C., LIMA, F. S. e MATINELLI, C. C. *Juventude, violência e vulnerabilidade social na América Latina: desafios para políticas públicas*. Brasília: UNESCO, BID, 2002. Disponível em: <<http://unesdoc.unesco.org/images>> Acesso em: 02 de dezembro de 2006.
3. AKERLIND, I *et al.* Sex differences in sickness absence in relation to parental status. **Scand J Soc Med**, v. 24, n. 1, p. 27-35,1996.
4. ALMEIDA, A. M.; TRINDADE, R.F.;GOMES, F.A.; NIELSEN, L. Maternidade na Adolescência um desafio a ser enfrentado. **Rev. Bras Enfermagem**, v. 56, n. 5, p.519-22, 2003.
5. ALVES J.E.D. **A POLÊMICA MALTHUS VERSUS CONDORCET REAVALIADA À LUZ DA TRANSIÇÃO DEMOGRÁFICA**. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Rio de Janeiro. 2002.
6. AQUINO EML *et al.* Adolescência e reprodução no Brasil: a heterogeneidade dos perfis sociais. **Cad Saúde Pública**, 19 Suppl 2: S377-88. 2003.
7. ARAÚJO, L.D.S. **Querer/poder amamentar: Uma questão de representação?**. 1991. 141f. Dissertação (Mestrado) Universidade Federal de Santa Catarina.
8. ARIÈS,P. **História social da criança e da família**. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1981.
9. ARILHA, M. Homens, saúde reprodutiva e gênero: o desafio da inclusão. In: COSTA, G.S.H. (Org). **Questões de saúde reprodutiva**. Rio de Janeiro, Fiocruz, 1999.
10. ARILHA, M.; CALAZANS,G. Sexualidade na adolescência: o que há de novo? In: Comissão nacional de população e desenvolvimento. *Jovens acontecendo na trilha das políticas públicas*. Brasília, 1998. p. 687-705.
11. ARRUDA, A. Social representation theories and gender theory. **Cad. Pesqui.**, n.117, p.127-147. 2002.
12. ASSIS S.G. A representação social do ser adolescente: um passo decisivo na promoção da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, n. 3, p.669-80, 2003.

¹As referencias foram realizadas de acordo com a NBR 6023/2002 da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT).

13. BANDITER, E. **Um amor conquistado**: O mito do amor materno. Traducción Monserat casals. Madrid alianza, 1993.
14. BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. ed., Rio de Janeiro, Edições 70, 2004.
15. BARRETO, E.S. **Sexualidade e gravidez entre adolescentes**: busca ou desordem? 1999. 132f. Dissertação (Mestrado) Universidade Federal de Pernambuco.
16. BARROS, R. O adolescente e a família. In: MAAKAROUN, M. F.; SOUZA, R.P.; CRUZ, A.R. **Tratado de adolescência**: um estudo multidisciplinar, Rio de Janeiro: cultura médica, 1991. p55-9.
17. BELFORT, P. assistência pré-natal. In: REZENDE, J. **Obstetrícia**. 8ed. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 1998. p. 260-76.
18. BOCARDI, M.I.B. **Assistência pré-natal na adolescência**: concepções das adolescentes e dos profissionais de saúde, 2004. 163p. Tese (Doutorado) Universidade de São Paulo.
19. BOURDIEU, O. O poder simbólico. Tradução Fernando Tomaz 4.ed. Rio de Janeiro. Bertrand, 2001.
20. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Assistência e Promoção a Saúde. Coordenação Materno Infantil. Serviço de Assistência à Saúde do Adolescente. **Norma de atenção a saúde integral do adolescente**. Brasília, 1993 v. 1
21. BRASIL. Construindo uma agenda para a juventude, 1999.
22. BRASIL. **Assistência pré-natal**: manual técnico. 3 ed. Brasília, 2000. p. 51-2.
23. BRASIL. Ministério da Saúde. Grupo Interministerial da Juventude. **Subsídios para a Construção de uma Política de Juventude**. Brasília (DF): Ministério, 2004.
24. BRASIL. Constituição (1988) Constituição da República Federativa do Brasil. 24 ed. São Paulo Atlas, 2005.
25. BURAK, S.D. Marco epidemiológico conceptual de la salud y el desarrollo humano de los adolescentes. In: BURAK, S.D. (Comp). **Adolescencia y juventude en América Latina**. Cartago, Costa Rica: LUR Libro Universal Regional, 2001. p.
26. CAMPOS, D. M.S. **Psicologia da adolescência**: normalidade e psicopatologia. 19ª. ed., Petrópolis. Editora Vozes, 2002.

27. CARVALHO, A.L.; SANTOS, M.I.A.; DANZIATO, O.C. Sexualidade e adolescência discurso e prática nas instituições de saúde. Fortaleza 1996.
28. CASTRO, M.G. ABRAMOVAY, M. Juventude no Brasil: Vulnerabilidades positivas e negativas. In: I Congresso da Associação Latino Americana de População, ALAP, Caxambu – MG. 2004.
29. CLAPIS, M.J. **Qualidade de vida de mulheres com câncer de mama** – uma perspectiva de gênero. 1996 253p. Tese (Doutorado) Universidade de São Paulo.
30. CLEMENS, D. The relationship between social support and adolescent mothers' interactions with their infants: a meta-analysis. **J Obstet Gynecol Neonatal Nurs** v. 30, n. 4, 2001.
31. CLEMENS, D. Adolescent motherhood: metha-sintese of qualitatives studies. **MCN AM Journ Matern Child Nurs**, v. 28, n. 2, p. 93-109. 2003.
32. CORREIA, A.C.P. A enfermagem brasileira e a saúde do adolescente. **Um encontro de Enfermagem com o Adolescente Brasileiro**, Brasília 2000, p.63-67.
33. CORREIA, M.D. Riscos obstétricos. In: MAAKAROUN *et al.* **Tratado de adolescência**: um estudo multidisciplinar. Rio de Janeiro: Cultura M, 1991 p.380 - 89.
34. DALLAS, C. M.; CHEN, S. P. Perspectives of women whose sons become adolescent fathers. **MCN Am J Matern Child Nurs**, v.24, n. 5, p. 247-251,1999.
35. DIAS, A.C.G. Representações de maternidade de mães jovens e suas mães. **Psicologia em Estudo**, v. 8, p. 63-73, 2003.
36. DYTZ, J.L.G; ROCHA, S.M.M. A Vida Reprodutiva e seu Impacto na Vida da Adolescente de Baixa Renda. **Um encontro de Enfermagem com o Adolescente Brasileiro**, Brasília 2000, p.79-83.
37. FERRARI, R.A.P. Atenção a saúde do adolescente: percepção dos médicos e enfermeiros das equipes de saúde da família. **Cad. Saúde Pública** v.22 n.11. 2006.
38. FOLLE, E. G; Lorena, T. C. Representações sociais das primíparas adolescentes sobre o cuidado materno ao recém-nascido. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.12, n. 2, p.183-190, 2004.
39. FORNA, A. **Mãe de todos os mitos**: como a sociedade modela e reprime as mães, Rio de Janeiro: Ediouro, 1999.
40. FRANCO, Maria Laura Puglisi Barbosa. Social representation, ideology and consciousness development. **Cad. Pesqui.**, v.34, n.121, p.169-186. 2004,

41. GODINHO, R.A.; SCHELP, J.R.B.; PARADA, C.M.G.L.; BERTONCELLO, N.M.F. Adolescentes e grávidas: onde buscam apoio?. **Rev.latino-am.enfermagem**, v. 8, n. 2, p. 25-32, 2000.
42. GROSSI, P. K. Violência contra a Mulher: implicações para os profissionais da saúde. In: LOPES, Marta Júlia M. (Org.). **Gênero e Saúde**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996. p. 133-49.
43. GUIMARÃES, E.M.B. Gravidez na adolescência: uma visão multidisciplinar. **Pediatria Moderna**, São Paulo. v. 37, p. 29-32, 2001.
44. HANNA, B. Negotiating motherhood: the struggles of teenage mothers. **J Adv Nurs, May**, v. 34, n. 4, p. 456-64. 2001.
45. HEILBORN, ML *et al.* Aproximações sócio-antropológicas sobre a gravidez na adolescência. **Horizontes Antropológicos**, v. 17, p. 13-45. 2002.
46. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Perfil Sócio Econômico da Maternidade nos Extremos do Período Reprodutivo**. Rio de Janeiro, mai. 2005. Disponível em: <[http:// www.ibge.gov.br](http://www.ibge.gov.br)>. Acesso em: 14 nov. 2006.
47. JAVORSKI, M. **Os significados do aleitamento materno para mães de prematuros em unidade de cuidados cangurú**. 1997. 174f. Dissertação (Mestrado) Universidade de São Paulo.
48. JODELET, D. **As representações sociais**. Rio de Janeiro: Eduerj, 2001.
49. KONIAK-GRIFFIN, D *et al.* I An early intervention program for adolescent mothers: a nursing demonstration project. **J Obstet Gynecol Neonatal Nurs**, v. 28, n. 1, p. 51-59. 1999
50. KONIAK-GRIFFIN, D. Health risks and psychosocial outcomes of early childbearing: a review of the literature. **Journal Perinat. Neonatal Nurs**, v. 15, n. 2, p. 1-17. 2001.
51. KONIAK-GRIFFIN D. *et al.* Nurse visitation adolescent mothers: two-year infant health and material outcomes. **Nurs Res**, v. 52, n. 2, p. 127-236. 2003.
52. LANTOS, J.D.: MILLES, S.H. Autonomy in adolescence medicine. **J. Adolec. Health care**, v.10 p. 460-6, 1989.
53. LESSER, J; OAKES, R; KONIAK-GRIFFIN, D. Vulnerable adolescent mother's perceptions of maternal role and HIV risk. **Health Care Women Int.**, v. 24, n. 6, p. 513-528. 2004.
54. LUZÍ, A.M.H; BERNIL, N.I.O. Masculino e feminino: repercussões na saúde dos adolescentes. **Um encontro de Enfermagem com o Adolescente Brasileiro**, Brasília 2000, p.37-45.

55. LYRA, J., 1998. *A Construção Social da Invisibilidade da Paternidade Adolescente nos Dados Demográficos*. XII Encontro Nacional de Estudos Populacionais. <<http://www.abep.org.br>>. Acesso em 30 nov. 2006.
56. MALDONADO, M.T. **Psicologia da gravidez: parto e puerpério**. 14ed. São Paulo: Saraiva, 1997.
57. MANDU, E.N.T. Gravidez na adolescência: Um problema? **Um encontro de Enfermagem com o Adolescente Brasileiro**, Brasília 2000, p.94-97.
58. MEDRADO, B.; LYRA, J. A adolescência "desprevenida" e a paternidade na adolescência: uma abordagem geracional e de gênero. In: Schor, N.; Mota, M.; Castelo Branco, V. (Org.). **Cadernos juventude, saúde e desenvolvimento**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas da Saúde, 1999. v.1, p. 230 – 48.
59. MENEZES, W.N. A barriga cresceu ... adeus meninas!!! Exclusão social: o real e o simbólico na gravidez adolescente. João Pessoa. 2002 198f. Dissertação (Mestrado) Universidade Federal de Pernambuco.
60. MINAYO, M. C. **O desafio do conhecimento**. ed., São Paulo (SP), Rio de Janeiro (RJ): Hucitec-Abrasco, 2004.
61. MOSCOVICI, S. **Representações sociais: investigações em psicologia social**. ed., Petrópolis, Editora Vozes, 2003.
62. NASCIMENTO, A.X. Maternidade na adolescência uma revisão de literatura. **Revista materno infantil** (aprovado - não publicado). 2007.
63. NOGUEIRA, C. Feminismo e Discurso do Gênero na psicologia Social. **Psicologia & Sociedade** : Revista da Associação Brasileira de Psicologia. v. 13, n. 1 p. 107-128. 2001.
64. OLIVEIRA, M.W. Gravidez na adolescência dimensões de um problema. **Cad. CEDES**, v.19, n.45. 1998.
65. ORGANIZAÇÕES DAS NAÇÕES UNIDAS. Informe sobre a quarta conferencia mundial sobre la mujer. Nova York, 1995. Disponível em: <<http://www.onu.org/documentos/conferencias/1995/beijiing/20rt.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2006.
66. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, **La salud de los jovenes um desafio para la sociedad**; informe de grupos de estudios de la OMS acerca de los jovenes y la "Salud para Todos em el año 2000". Genebra: 1986 (Séries informes Técnicos: 731).
67. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE / FNUAP/ UNICEF. **Saúde reprodutiva de adolescentes: Uma estratégia para ação**. Organização Mundial de Saúde, Genebra, 1989.

68. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Programa de Saúde da família e população. **Divisão de Promoção e Proteção a saúde**, 1996.
69. O'SULLIVAN, A.L.; SCHWARZ, D.F. Preventing injuries to infants of adolescent mothers. **Nurse Pract Forum**. v.11, nº 2, p.124-31. Jun 2000.
70. PANTOJA, A.L.N. "Ser alguém na vida": uma análise sócio-antropológica da gravidez/maternidade na adolescência, em Belém do Pará, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 19, n. 2, p. 335-43, 2003.
71. PARENTI, P.W. **Gravidez na adolescência: análise do conhecimento construído pela enfermagem**. 2002. 111f Dissertação (Mestrado) Universidade de São Paulo.
72. PÉREZ, A.S.M.; NAVARRETE, M.L.V. Técnicas cualitativas aplicadas em salud. In: NAVARRETE, M.L.V. *et al* (Coord.) **Introducción a las técnicas cualitativas de investigación aplicadas em salud**: cursos graal 5 consorci hospitalari de Catalunya. Bellaterra: Universitat Autònoma de Barcelona, Servei de Publicacions. 2006. p
73. PITANGY, J. (Org). **A questão de gênero no Brasil**. Brasília/ Rio de Janeiro: Banco Mundial / CEPIA, 2003.
74. POLANEEZKY, M. O' Connor K. Gravidez na adolescência. Triagem diagnóstica e assistência social. **Clínicas Pediátricas da América do Norte**. v. 46, n. 4, p 653 -74, 1999.
75. SAMPAIO, J. **Aids morte, criança vida**: A representação Social da Aids e suas implicações nas intervenções com crianças. 2001.124f. Dissertação (Mestrado) Universidade Federal de Pernambuco.
76. SANTOS, S.R.; SCHOR, N. Vivências da maternidade na adolescência precoce. **Rev. Saúde Pública**, v. 37, nº1, p.15-23. 2003.
77. SILVA, D.V. A maternidade na perspectiva de mães adolescentes e avós maternas dos bebês. **Estudos de Psicologia**, v. 8, n. 1, p.135-45 Natal. 2003
78. TEDESCO. J.J.A.; ZUGAIDE, M.; QUAYLE, J. **Obstetrícia psicossomática**. São Paulo, Atheneu, 1997.
79. TOBAR, F.; YALOUR, M.R. **Como fazer teses em saúde pública**: conselhos e idéias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisa. Rio de Janeiro. Editora Fiocruz, 2001.
80. TRAVERSO-YÉPEZ, M. A Interface Psicologia Social e Saúde: Perspectivas e desafios. **Psicologia em Estudo, Maringá**, v.6,n.2, p.49-56, 2001.
81. TRAVERSO-YEPEZ, M.T., V.S. "Adolescência, saúde e contexto social: esclarecendo práticas" na adolescência. Rio Grande do Norte. **Psicologia & Sociedade**, v.14, n. 2, p. 133 -47, 2002.

82. TRINDADE, Z. A.; MENANDRO, M.C.S. Pais adolescentes vivencia e significação. **Estudos de Psicologia**, v. 7, n. 1, p.15-23. 2002.
83. TRINDADE, R. F. C. **Entre o Sonho e a realidade**: a maternidade na adolescência sob a ótica de um grupo de mulheres da periferia da cidade de maceió-alagoas. 2005. 212 f. Tese (Doutorado) Universidade de São Paulo.
84. TRIVIÑOS, A.N.S. Coleta de dados na pesquisa qualitativa. In: Autor **Introdução a pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987. p.137-170.
85. UCHOA, E.; VIDAL, J.M. Medical Anthropology: Conceptual and Methodological Elements for an Approach to Health and Disease. **Cad.Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, v.10, n.4, p.497-504, 1994.
86. WAJMANN, M.S.R. Gravidez na adolescência aspectos psicossociais, In: Autor **Coletânea sobre saúde reprodutiva do jovem brasileiro**. 5ed. Brasília. EDITORA 1998. p. 89 -99.

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Adolescentes)

Título da Pesquisa: Representações Sociais da Maternidade para Mães Adolescentes e Profissionais de Saúde.

Eu,....., abaixo assinado, dou o meu consentimento livre e esclarecido para participar como voluntário da pesquisa supracitada, sob a responsabilidade da pesquisadora Alexandra Xavier do Nascimento, mestranda da Faculdade de Odontologia de Pernambuco.

Assinado este Termo de Consentimento estou ciente que:

- O objetivo da pesquisa é analisar o significado da maternidade para mães adolescentes e profissionais de saúde;
- Durante o estudo responderei a entrevista que será gravada;
- Obtive todas as informações necessárias para poder decidir conscientemente sobre minha participação na referida pesquisa;

Fica assegurado o meu direito, como o do (s) meu (s) responsável (eis) de pedir outros esclarecimentos sobre esta pesquisa, agora ou mais tarde, podendo se recusar a participar ou interromper sua participação na pesquisa a qualquer momento, sem que isso traga qualquer prejuízo ao seu atendimento.

A autora da pesquisa se compromete a preservar minha privacidade e me assegura o sigilo dos seus dados pessoais e informações coletadas, garantindo que os resultados obtidos através da pesquisa serão utilizados apenas para alcançar o

objetivo do trabalho, exposto acima, incluídos sua publicação na literatura científica especializada e apresentação em eventos científicos.

Em caso de dúvidas ou outras informações posteriores poderei entrar em contato com os membros da equipe da pesquisa através dos telefones (81) 92673657/ (81), e com o Comitê de Ética do Centro de Saúde Amaury de Medeiros – CISAM, para apresentar recursos ou reclamações em relato à pesquisa através do telefone (81) 34273700, o qual tomará as medidas cabíveis.

Recife,dede 2006.

Participante: _____

Responsável: _____

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Título da Pesquisa: Representações Sociais da Maternidade para Mães Adolescentes e Profissionais de Saúde.

Eu,....., abaixo assinado, dou o meu consentimento livre e esclarecido para participar como voluntário da pesquisa supracitada, sob a responsabilidade da pesquisadora Alexandra Xavier do Nascimento, mestranda da Faculdade de Odontologia de Pernambuco.

Assinado este Termo de Consentimento estou ciente que:

- O objetivo da pesquisa é analisar o significado da maternidade para mães adolescentes e profissionais de saúde;
- Durante o estudo responderei a entrevista que será gravada;
- Obtive todas as informações necessárias para poder decidir conscientemente sobre minha participação na referida pesquisa;

Fica assegurado o meu direito de pedir outros esclarecimentos sobre esta pesquisa, agora ou mais tarde, podendo se recusar a participar ou interromper sua participação na pesquisa a qualquer momento.

A autora da pesquisa se compromete a preservar minha privacidade e me assegura o sigilo dos meus dados pessoais e informações coletadas, garantindo que os resultados obtidos através da pesquisa serão utilizados apenas para alcançar o objetivo do trabalho, exposto acima, incluídos sua publicação na literatura científica especializada e apresentação em eventos científicos.

Em caso de dúvidas ou outras informações posteriores poderei entrar em contato com os membros da equipe da pesquisa através dos telefones (81) 92673657/(81), e com o Comitê de Ética do Centro de Saúde Amaury de Medeiros – CISAM, para apresentar recursos ou reclamações em relato à pesquisa o qual tomará as medidas cabíveis.

Participante: _____

Recife,dede 2006.

Roteiro de Entrevista

I. Dados de Identificação da adolescente:

- Número:
- Idade:
- Moradia:
- Mora com:
- Estado civil:
- Renda familiar:
- Escolaridade:
- Trabalha:
- Menarca:
- Cor autodenominação

II. Dados de Identificação do profissional

- Número:
- Categoria/especialização
- Sexo
- Estado civil
- Idade
- Tempo de atuação

III. Perguntas Conductoras

Adolescente:

- Na sua opinião como é ser mãe na adolescência?
- O que muda a partir de agora?
- O que considera importante para a sua saúde e do seu bebê?
- O que espera do serviço de saúde e dos profissionais?
- O que pensa sobre o seu futuro e do seu bebê?

Profissional de Saúde:

- Como vê a maternidade na adolescência?
- O que muda para a adolescente depois da maternidade?
- Que fator considera importante para promover a saúde da mãe adolescente e da sua criança?
- De que forma o profissional de saúde pode contribuir para a saúde da adolescente e sua criança?
- Como visualiza o futuro da mãe adolescente e da sua criança.

Perfil das Adolescentes

Descrevemos aqui sucintamente características sócio-demográficas das adolescentes bem como as impressões do entrevistador sobre as adolescentes no momento da entrevista.

A1: tem 16 anos, auto determinou-se de cor parda. Ela não trabalha, mora com o marido e a filha em casa de alvenaria conjugada a casa da mãe. A renda da

família é menor que um salário mínimo. No momento da entrevista, estava cursando a 1ª série do Ensino Médio . Demonstrou-se bastante motivada e segura ao ser entrevistada. O pai da criança estava presente e a adolescente falava com satisfação da participação do pai nos cuidados com o bebê.

A2: tem 17 anos, auto determinou-se de cor parda. Ela não trabalha, mora com marido, mãe, filho, irmã e sobrinha em casa de alvenaria. A renda familiar é menor que um salário mínimo. Ela estava cursando a 1ª série do Ensino Médio, e quando engravidou parou os estudos. Sua higiene pessoal era algo precária. Aparentou timidez e desconfiança e respondeu as perguntas com respostas curtas.

A3: tem 18 anos e se considerou de cor branca. Também não trabalha, mora com marido e filha. Possui renda familiar menor que um salário mínimo. Continua estudando e encontra-se cursando a 2ª série do Ensino Médio. Apresentou-se bastante cooperativa durante a entrevista e interessada em falar da sua experiência.

A4: tem 18 anos, considerou-se de cor parda. Ela não trabalha, mora com mãe, irmã, pai, sobrinhas e avó materna. Sua renda familiar é menor que cinco salários mínimos. Continua estudando e está cursando a 3ª série do Ensino Médio. A adolescente pareceu muito segura nas suas respostas, falou bastante sobre a sua experiência e fez até recomendações às adolescentes de uma forma geral. Demonstrou bastante carinho no cuidado com a criança.

A5: tem 17 anos, considerou-se de cor parda. Ela não trabalha, mora com marido e filho. Sua renda familiar é menor que um salário mínimo. Ela estava cursando a 2ª série do Ensino Médio, e quando engravidou parou os estudos. A adolescente demonstrou-se descontraída e cooperativa durante a entrevista.

A6: tem 19 anos, considerou-se de cor branca. Ela não trabalha, mora com sogra, marido e filho, cunhados e sobrinha do cunhado. Sua renda familiar é menor que cinco salários mínimos. Ela estava estudando a 8ª série, e quando engravidou parou os estudos. A jovem foi bastante cooperativa e demonstrou, durante a entrevista, preocupação em não engravidar novamente.

A7: tem 16 anos, considerou-se de cor parda. Ela não trabalha, mora com marido, sogro e sogra. Sua renda familiar é menor que um salário mínimo. Ela não estudava quando engravidou. Adolescente apresentou-se bastante disposta a colaborar com a entrevista.

A8: tem 17 anos, considerou-se de cor parda. Ela não trabalha, mora com pai, mãe, irmão, sobrinho, filho e o pai da criança. Sua renda familiar é menor que um salário mínimo. Ela não estava estudando quando engravidou. A Adolescente apresentou-se apática em relação a entrevista e pouco cooperativa. Demonstrou atitude corporal de rejeição do bebê evidenciado também na entonação das respostas relacionadas ao cuidado materno e aleitamento.

A9: tem 15 anos, considerou-se de cor parda. Ela não trabalha, mora com pais, marido e irmãos. Sua renda familiar é menor que um salário mínimo. Ela está cursando a 6ª série. Demonstrou-se interessada em participar da entrevista. Porém, respondeu a entrevista com um tom de cansaço expresso em sua postura e na entonação da voz.

A10: tem 19 anos, considerou-se de cor negra. Ela não trabalha, mora com marido, sogra, sogro, cunhados, concunhados, filho e sobrinhos. Sua renda familiar menor que dois salários mínimos. Ela estava cursando 1ª série do Ensino Médio, e quando engravidou parou os estudos. Ela demonstrou-se cooperativa durante a entrevista. Ao responder as perguntas demonstrou um certo tom de conformação com a situação atual que está vivendo.

TRANSCRIÇÃO DE ALGUMAS ENTREVISTAS COM ADOLESCENTES

- ⇒ Nome: **CIBELE**
- ⇒ Número: 04
- ⇒ Data: 16-12-06
- ⇒ Local: Domicílio
- ⇒ Tempo da entrevista: 14:22
- ⇒ Idade: 18 anos
- ⇒ Mora com: mãe, irmã, pai, sobrinhas, avó materna.
- ⇒ Renda familiar: Menos de cinco salários
- ⇒ Escolaridade: 3º ano, ainda estuda
- ⇒ Trabalha: não
- ⇒ Menarca: 12 anos
- ⇒ Cor: parda

Alexsandra: Você poderia falar sobre a sua experiência de ser mãe? Como foi e está sendo?

É Muito difícil, ser mãe dá muito trabalho.

Alexsandra: Na sua opinião como é ser mãe? Como se sente como mãe?

Muita responsabilidade Não é bom como eu imaginava. As pessoas falam para gente como nossos pais falam pra gente só que a gente nunca acredita. A gente só acredita quando a gente passa eu to passando por isso eu sei que é difícil porque eu sou muito jovem eu quero sair não posso quero ficar com minhas amigas não posso eu quero ficar um tempo mais na escola não posso tenho que fazer tudo correndo então é ruim e a gente só descobre depois que a gente tem os jovens de hoje em dia como eu só quebrando a cara como eu quebrei a cara primeiro eu não sabia que eu tava grávida no começo eu não sabia eu tinha até me separado do pai do bebê eu tava morando com a minha mãe e com meu pai sendo que depois que eu descobri a gente voltou ficou junto de novo sendo que não é bom não é tão bom assim não por uma parte boa e não é e uma parte boa que por um lado eu vou ter

uma companhia do meu lado pro resto da minha vida né apesar de que eu vou me preocupar também com ela o resto da minha vida sendo que não é bom porque eu perdi a minha juventude como fiz 18 anos agora eu perdi não posso sair tem que sair sempre com ele ou então eu tenho que deixar Com a minha mãe sendo que a minha mãe já fez a obrigação dela que ter me criado e agora eu tenho que criar meu filho então eu acho que isso não foi bom não foi bom como eu imaginei não

Alexsandra: O que mudou na sua vida? A partir de agora?

Assim mudou porque as minhas amigas conversam comigo, mas sei lá num sei se minha mente mudou se meu jeito mudou porque tem coisas que elas conversam comigo que pra mim não é mais como era antes assim as conversas que a gente tinha agora eu tenho que conversar com elas, mas eu converso outras coisas problema de criança agora porque durante o dia eu tenho que acordar e é tudo uma correria eu acordo e aí toma uma mainha arruma ele aí eu dou de mamar pra ele coloco ele pra dormir e já vou correr lavar a roupa dele ajudar minha mãe com alguma coisa aqui de casa tenho que também resolver os problemas do pai do bebê aí mudou porque eu não tenho tempo mais pra conversar com minhas amigas quando vou almoçar tenho que almoçar com ele, tomar café tenho que tomar café com ele as vezes eu janto com ele no braço assim eu não tenho tempo mais pra mim tempo pra eu fazer uma sobrancelha arrumar um cabelo fazer uma unha não tenho tempo pra isso não tenho tempo pra ir na casa de uma amiga e conversar não tenho tempo pra nada mesmo tem que ter 24 horas com ele eu sei que lógico algum dia isso vai mudar que ele não vai ser sempre assim pequenininho sendo que é uma coisa incomoda que eu não costume a isso eu tinha costume a que sair com minhas amigas no domingo me divertia agora eu tenho que levar ele comigo então sei lá é tipo aquela bolsa que sempre que você for sair você tem que carregar é ele

Alexsandra: Que coisas você acha importante fazer?

O que eu acho importante acabar meus estudos que é o que eu tenho que fazer e trabalhar pra dar um futuro bom pra ele comprar as coisas que ele precisa que eu não quero que ele seja sustentado pelo meu pai e pela minha mãe porque o pai dele não trabalha aí foi um erro que eu tinha que ter visto antes ter pensado antes ter a minha vida a minha casa pra ter tido filho visto os meus estudos quando acabasse meus estudos ter um emprego, mas não então o que tenho que fazer agora é acabar

esse ano o meus estudos que eu estou no terceiro ano científico tem que acabar pra no próximo ano ver se consigo algum emprego né? Pra poder ir trabalhar

Alexsandra: Na sua opinião quais são os cuidados com o bebê?

É amamentação ele tenho que ter cuidado com ele no início foi horrível quando eu dava banho nele sendo que agora dou banho nele sozinha ter cuidado pra ele não se entalar com leite e às vezes também quando ele passa a noite com ventilador ele fica com catarro tem que ter cuidado com isso com cólica pra ter paciência com ele e que às vezes incomoda tanto porque a gente não tem paciência com isso se torna tão chato pena que as pessoas não querem às vezes eu penso que não tenho filho então quando eu entro no quarto e vejo ele eu caio na real é que eu imaginava que eu não tivesse ele que eu tinha minha vida normal como era antes tenho que me conformar que eu tenho ele mesmo assim eu tenho que deixar de cuidar de mim deixar de fazer as coisas que eu fazia comigo pra fazer agora com ele brincar com ele dar atenção é ele necessita que a pessoa converse conte história coloque ele pra escutar música ver um monte de coisas coloridas entendeu? Tem que fazer isso aí agora tem que cuidar dele como minha mãe cuidou de mim...O que mais a pessoa tem que ter mesmo é paciência porque quando ele começa a chorar assim que não quer parar minha paciência vai no fim mesmo minha (como está a paciência?) ta (conformação) porque eu sei que ele só tem a mim ele não sabe falar se ele soubesse falar pra dizer o que ele ta sentindo o que ele quer seria bom, mas ele não fala então a gente tem que ta ali pra ver se fez xixi porque ele ta com calor porque ele quer carinho quer que eu converse é tudo isso.

Alexsandra: Como se sente quando está cuidando do seu bebê?

Eu me sinto bem feliz fico feliz por ter ele eu gosto de ver ele assim junto comigo é eu amo meu filho

Alexsandra: O que esperado serviço de saúde?

Que melhorasse mais porque ele só vem uma vez por mês pra cuidar da gente (o agente comunitário de saúde) ele só vem uma vez por mês aqui eu acharia melhor que não só pra mim, mas também pra todo mundo não só a gente que tem bebê novinho, mas pra qualquer pessoa idosos que eles viessem mais na casa da gente sabe assim o serviço de marcação que a pessoa precisa madrugar no posto pra

marcar uma coisa tem que chegar cedo tem que eu acho que tudo isso tem que vir mais na casa da pessoa que ele não vem igual à menina marcou com eu não sabia ela marcou uma marcou eu acharia melhor que ela viesse que não precisasse também assim eu ir lá pra pegar medicamento que agora porque quando você está amamentando tem que tomar anticoncepcional tava comentando sobre isso com minha mãe hoje que eu tenho que ir lá buscar é chato eu acho eu acharia melhor muito melhor que elas viesse mais vezes por aqui saber mais que conversasse com a gente entendeu? Como pessoas mais íntimas que viesse mais seria muito melhor que elas viessem mais a casa da gente saber o que a gente estava precisando só uma vez no mês é tão chato que a marcação

Alexsandra: O que espera dos profissionais de saúde?

Pudesse ser feito aqui pra mostrar um exame que a pessoa tem que enfrentar tanta burocracia pra mostra um exame tem que marcar e ter tudo né? Aqui no posto daqui é tratado eu mesmo fui toda a minha gestação fui atendida por enfermeiro não foi com médico eu não sei se tem lugar tem gente que diz que não era pra ser assim tinha que ser atendido pelo médico porque aqui é enfermeiro tanto que quem também olha meu bebê é o enfermeiro não é o pediatra

Alexsandra: O aleitamento como foi?

Ah no começo quando eu vi que ele pegou o peito eu achei tão bom porque na maternidade ele não queria quando eu vi que ele pegou meu peito eu fiquei feliz porque eu acho lindo uma mãe amamentar apesar de que eu tenho vergonha de mostrar meu seio na rua sabe, mas sendo que eu acho que se a pessoa tiver leite é melhor ela dar previne a criança de muita coisa como eu fui aconselhada na maternidade quando eu tava lá tinha tido a semana da amamentação foi eu recebi folhetos eu li e a gente vê que é muito bom porque a gente evita doença evita muita coisa na criança quando eu tinha e outra evita gasto de dinheiro comprando outro leite e você tendo leite eu acho que a mãe que ela tendo leite porque eu amamento em um e fica vazando o outro porque quando ele começou a mamar eu fiquei muito feliz assim ele não pegou meu peito na maternidade eu fiquei muito preocupada com isso lá que foi preciso que a psicóloga lá do CISAM teve que conversar comigo porque eu via todas as outras meninas jovens. Como. Eu amamentando menos eu ele não pegava meu peito aí eu comecei a chorar. E no corredor segurei a minha

barriga porque o meu parto foi cesárea e comecei a chorar, aí tiveram que chamar o psicólogo pra ele vir conversar comigo e me acalmar mais um pouco, aí quando eu cheguei em casa que ele pegou eu fiquei feliz tão feliz

Alexsandra: Como será o futuro?O que planeja?

Eu quero ser feliz com meu filho e não vejo a hora dele estar grande pra eu poder sair com ele pra passear pra ele ir pro parque eu já levei ele pro parque ele tava com dois meses e eu levei ele pro parque não vejo a hora de ver ele correndo brincando na casa deu poder sair com ele ah tudo isso eu queria que ele crescesse rápido pra poder passear junto ir pro zoológico como teve o dia das crianças eu imaginei como se ele fosse grande porque criança grande entende, mas ele ainda não entende não entende nada porque ele ainda vai fazer três meses, mas pro futuro eu vejo isso trabalhar, terminar meu estudo que o que eu vejo mais é trabalhar pra poder dar tudo pra ele tudo de bom como eu tive ainda melhor do que eu tive pra ele.

Alexsandra: Gostaria de falar algo mais sobre a sua experiência de ser mãe?

Eu queria dizer eu queria falar que pra jovens que como eu que meninas mais jovens que eu que não se iludissem com os namorados ou com noivos ou algo assim pra ter filhos porque não é bom você pensa que é bom, mas não é como o pessoal fala tem criança é bom dos outros que você brinca depois vai embora e tem a nossa vida nosso cotidiano normal então é bom a gente ter um filho quando a gente tem uma vida estável tem acabado os estudos que a gente trabalha tem a nossa casa tudo conforme que eu não tinha casa não tinha nada isso não é bom porque eu me prejudiquei no então não foi bom pra mim então o que eu aconselho é isso que pessoas como eu não tivesse filhos só a gente sentindo na pele é que a gente ia saber me prejudiquei muito porque agora é como eu disse eu queria sair com minhas amigas ter a vida que eu tinha antes

Impressões do entrevistador: adolescente bastante cooperativa preocupada também em transmitir para as colegas sua experiência da maternidade.

-
- ⇒ Nome: **VIVIANE**
 - ⇒ Número: 07
 - ⇒ Data: 27-10-06
 - ⇒ Local: Domicílio
 - ⇒ Tempo da entrevista: 09:04
 - ⇒ Idade: anos: 16 anos
 - ⇒ Mora com: sogro e sogra
 - ⇒ Renda familiar: Menos de cinco salários
 - ⇒ Escolaridade: Não estudava quando engravidou
 - ⇒ Trabalha: não
 - ⇒ Menarca: 14 anos
 - ⇒ Cor: Amarela

Alexsandra; Você poderia falar sobre a sua experiência de ser mãe? Como foi e está sendo?

Difícil (hum), muito difícil, (risos) e também impossível né ser mãe dá muito trabalho, não me arrependo de ter minha filha, mais é o trabalho que a criança dá. Pra fazer as coisas tem que levar se não fosse minha sogra e a esposa do meu cunhado eu não fazia nada porque ela passa o dia todo chorando e não dorme só no quarto da minha sogra por isso que eu digo que é uma experiência muito ruim (risos)

Alexsandra: Na sua opinião como é ser mãe?

Olha eu vou dizer que é uma experiência né como se diz mesmo, é uma responsabilidade ser mãe, muita responsabilidade até porque criança daquele que dizem que sai da barriga dá nenhum trabalho, dá sim não é na questão de lavar roupa e comida não, dá trabalho quando vai se acordar de madrugada e eu que sou novinha não me acostumei nunca ainda vou me acostumar. Dá um trabalho é em questão disso em questão de chorar muito, porque assim gosto do choro de criança e que se a criança chorar demais já fico agoniada, aí já não gosto do choro de criança, ela já ta aí de prova, quando ela começa a chorar já paro o que tou fazendo

e vou pegar ela, até ela dormir e quando ela não dorme mesmo aí eu perco a paciência aí deixo ela no berço chorando.

Alexsandra: Como você se sente como mãe?

Me sinto insegura né, me sinto insegura não, sinto um pouco de medo, porque na verdade eu não tenho idade pra ser mãe, mas já que eu tive vou fazer o que né'.

Alexsandra; O que mudou na sua vida? A partir de agora? (escola, relacionamento com o pai da criança, com a família, as amizades, a vizinhança).

Tudo (risos) mudou tudo, tudo, tudo o que eu fazia antes hoje em dia não faço mais. Saia. Apesar que eu saio, mais agora só saio de ano em ano, porque com a criança eu não vou sair nunca né, é o quero ir na casa das minhas colegas conversar, dormir tranquilamente, hoje não faço mais, fazer minhas coisas tranqüila sem ninguém aperreando já não faço mais.

Alexsandra: Que coisas você acha importante fazer?

Só cuidar da minha filha, cuidar da minha filha e do meu marido, somente (risos) dar todo o amor da minha vida, o amor que eu não tive dar pra minha filha.

Alexsandra; Na sua opinião quais são os cuidados com o bebê?

Eu não sei o que é cuidado com o bebê, já derrubei essa menina, cuidado eu acho que tem que dar, além de tudo é, prestar muita atenção porque o bebê pequeno, ou seja, grande, é muito danado, dar todo o carinho do mundo com certeza também é suficiente e até porque cuidado não é só isso não, não é só dar amor, olhar não, é ta ali naquelas horas precisas, precisas, àquelas horas precisas, ver ela crescendo, é o caso dela ela já quando ela faz um é sair logo de perto (risos) aí pego ela eu não saio nem de perto.

Alexsandra: Como sente quando está cuidando do seu bebê?

Muito esquisita, porque eu imaginava assim que nunca ia ter filho, quando dei fé fiquei grávida e foi uma surpresa, tanto pra mim como pra família né, toda pra minha sogra e pro meu marido, aí quando troco a fraudada dela meu Deus não acredito que tenho uma filha não, ainda fico pensando será que tenho uma filha mesmo ou é

impressão e eu to dormindo, aí meu marido fala tem sim se eu não tivesse não estaria ouvindo o choro dela.

Alexsandra; O que espera do serviço de saúde?

Mais atenção é melhorar, vou começar pelo banheiro, o banheiro é podre parece uma carniça, lá mesmo na primeira sala eu fiquei na primeira sala, só tinha uma enfermeira pra olhar a pessoa lá tinha uma mulher lá que eu não sei o nome delas e nem a profissão delas que escreve os negócios quando vai dar a comida é que elas vão lá, mais a sala que eu tava ficava de estante em estante uma pra limpar, quando eu fui lá pra baixo a pessoa fazer uma, porque eu fui lá pra baixo a pessoa fazer uma porque sai e tava todo sujo, parecia mais um shopping a maternidade, o banheiro é podre é papel higiênico, papel daquilo a comida vem pouquinho porque a mãe que tive um filho tem que comer muito né, não na hora do parto, mais depois do parto tem que comer muito a comida é comida de rato, sabe comida de rato aquela catitinha assim, é aquele pedacinho de comida e pronto aí quando a pessoa reclama não pra cama não ta forrada agora na sala de parto o tratamento é ótimo, ótimo mesmo fica lá sempre um dando toque já na sala de parto a pessoa procura um e não tem ninguém lá embaixo só fica as mães lá mesmo.

Alexsandra: Como espera dos profissionais de saúde?

Atenção e colaboração também com as mães né, porque tanto eles trabalho como a gente trabalha né a gente tem que ver que a gente também é mãe não pode ta se levantando, tudo bem a gente pode está se levantando mais a gente não pode está indo atrás de enfermeira e médico pra saber o que está acontecendo com a minha filha, não eles tem que está ali, porque eles são pagos então tem que está ali trabalhando. Como foi o caso dessa menina que caiu lá na maternidade eu tive que ir lá em baixo procurar uma mulher pra assinar a minha alta a dela tava assinada mais a minha não tava procurei ela mais de três horas, e eu também tava procurando a mulher dá alta eu tive que pegar, porque esperar mais eu não ia esperar não a boa vontade dela vir.

Alexsandra: O aleitamento como vai? O bebê mama?

Ela não toma leite mais não. Desde vinte dias ela não puxou mais aí a pediatra veio aqui, não a pediatra aí minha sogra comprou leite Nan, dizem que é bom para os

primeiros meses e até os seis meses, porque ela não mamava né e ficava com fome, aí ela não mamava aí comecei a dar comecei a dar o leite foi secando, secando secou de vez aí eu dei a ela ao quando ela completou e mês e pouco dias mudei para o nestogeno mudei para arrozina.

Alexsandra: Como será o futuro ? O que planeja ?

Futuro na verdade eu não sei, só chegando o dia e a hora pra saber, o futuro eu não tenho como prever ainda não (ironia e risos) ,eu espero ver minha filha ainda muito velha, ver minha filha com filho, namorado, ta no meu canto com meu marido é isso que eu espero, porque da vida só posso esperar isso.

Impressões do entrevistador: (adolescente disposta a colaborar com a entrevista irônica por vezes sarcástica em outros momentos).

TRANSCRIÇÃO DE ALGUMAS ENTREVISTAS COM PROFISSIONAL DE SAÚDE

- ⇒ Nome: Angelita
- ⇒ Número: 02
- ⇒ Data: 18-11-06
- ⇒ Local: CISAM
- ⇒ Tempo da entrevista: 25:48
- ⇒ Estado civil: solteira
- ⇒ Idade: 55 anos
- ⇒ Categoria /especialização: Técnica de enfermagem
- ⇒ Sexo: feminino
- ⇒ Tempo de atuação: Muitos anos (34 anos de profissão)

Alexsandra: Como você vê a maternidade na adolescência ?

Eu acho muito difícil pra elas. Principalmente quando não tem um apoio familiar. Muita gente inclusive colega minha que não suporta acompanhar, eu sou o contrário. Eu gostaria muito se eu tivesse uma filha menor e eu tivesse junto dela vendo e assistindo tudo. Então eu tenho pena dessa coitada (referindo-se a uma adolescente da enfermaria que trabalha) ta desprezada, faz oito dias que a família não aparece. Eu acho assim e uma parte que se não fosse o acompanhante era mais difícil pra elas porque são pessoas inexperientes, são pessoas que não tem instrução, a maior parte não tem instrução nenhuma, ta entendendo, muitas nem terminou o primeiro grau, entendeu, muitas não sabe ler, muitas tem um nível de pobreza miserável mesmo, e quando chega aqui se você não tiver paciência é capaz de criar problema sério, eu já interrompi vários problemas com colegas minhas na hora de receber o plantão com colegas antigas também , dizer tem uma aí assim que ninguém tem culpa porque ela assim aquilo outro. Aí olho assim e fico calada, eu não vou discutir mas depois eu falo pra ela senta aqui, converse, ta com fome, vamos dar de mama, tem dificuldade, diz que dói não sabe colocar o peito, eu encaminho para o banco de leite porque não tenho tempo, muitas vezes as meninas aí são ótimas todas elas.. Essa que ta hoje (no banco de leite) Nadir, aquela, uma preta gorda que trabalha no Ana Néri são ótimas de paciência. Hoje a menina está sozinha, mas ela vai vem... Eu observo muito se elas estão amamentando, porque a maior parte dessas

menores o bebê nasce tudo prematuro e além de nascer prematuro eles precisam de que amamentar porque se não o peso, a glicose, tem um aí bem xoxinho, que tem que pesar às 06 horas. A menina disse que ele não estava pegando direito por causa do colostro certo. Aí eu dei graças a Deus passou uma pediatra, chamei a pediatra pra passar o complemento que ele precisa e fico incentivando ela a amamentar muitos tem até interesse apesar de novinha outra não tem. Tinha uma aí da uma semana oito dias já vai embora que quem dava maior assistência era a irmã dela. Eu assim pelo meu conhecimento eu notava que ela estava com algum distúrbio não sei se foi pós-parto ou se ela já tinha, certo. E inclusive ela se atracou com a irmã não foi no meu plantão não. Que ela não ligava a criança jogava a criança pra lá e ia dormir, o menino chorava e era a irmã que pegava o menino pra botar no peito dela e ela ficava brava. Acontece muito isso então agora todos esses adolescentes deveria ter um acompanhamento pós-parto, por, por psiquiatra não, como é que se diz um psicólogo que fosse obrigatoriamente como é obrigatório dar vacina no bebê a BCG né? Deveria ser acompanhado a orientar mais, porque também tem vezes que a enfermeira não tem tempo é só ela pra muitos então a psicóloga dá aquela conversa, entendeu? Se fosse até uma conversa rápida, pelo menos ela observasse alguma anormalidade e ela entrasse e aquela que ela visse que não tinha problema, entendesse, porque fica difícil pra gente esse problema, tem que ter um psicólogo, entendesse eu fico em cima aí pergunto você quer que seu bebê passe mal, a glicose vai cair, ele vai sair de você e tomar soro. Fico fazendo até... pra incentivar e tem vezes que não tem leite. Às vezes os peitos ainda estão nascendo, são meninas de 13, 14, 15. Aí eu fico incentivando isso porque a gente trabalha aqui no alojamento conjunto, trabalha com dois tipos de paciente, a gente trabalha com paciente adulto e com a criança que é um paciente, mãe bota o bebê na foto quando é adolescente que eu não olho então quando vejo eu fico tem vezes dá hora que chego até três horas sem fechar os olhos. Aí quando eu vejo a máquina está fora então eu acordo a mãe e digo olha a máquina está fora e você está dormindo. Aí ela se vira pra outro lado. Outras não se levanta não é todas, mas eu vou dizer que é mais ou menos 10% já digo assim à minoria que tem esse descuido entendesse? Outra coisa quem fuma vai fumar e deixa o bebê só, vai fumar e eu fico lá olhando quando ela vem eu reclamo, não faça isso não. Eu não posso tomar conta do bebê não porque tem muitos para eu tomar conta daqui a pouco ela diz que está com acompanhante, eu digo acompanhante não, a mãe tem

que cuidar a noite todinha muito difícil um adolescente engravidar, muito difícil mesmo.

Alexsandra: O que muda para a adolescente após a maternidade?

Muda tudo ele pode dizer que destruiu a vida, porque primeiro pára os estudos, né verdade, uma menina de treze anos aí oh minha filha quando você terminar... que nada tia eu vou não continuar os estudos, oche não vou nem tomar conta dele é minha mãe, pára os estudos, o futuro dele vai parar também porque, se ele não estuda não vai crescer certo . Deforma todo acaba... eu acho uma destruição na adolescência. Eu tive cuidado com os meus filhos e tenho muito cuidado com os meus netos e minhas netas agora é uma destruição total uma tem 19 e a outra tem 17, uma menina dessa quando chegar na minha idade acabou-se eu acho uma destruição total pode dizer que a vida ta destruída , porque quando é de classe média, os pais tomam a frente bota uma babá, uma empregada a pessoa vai continuar os estudos continua a vida, fazer uma faculdade tem vez que vai pra sala de aula com o menino, eu acho lindo. Mas na classe pobre é uma classe miserável, dificuldade em tudo, porque é a maioria os pais não dá , entendeu? quando engravida vai embora é que fica mais difícil ainda por isso muitos dão quando chegam em casa é... isso é depressão pós-parto você que vê esse ano de 2006 foi o ano da morte de recém-nascido foi muita miséria jogados nos rios, no saco de lixo, então o que descontrola, distúrbio mental mesmo não é nem depressão fazer um negócio desses.

Alexsandra: No cuidado como vê a mãe adolescente?

To de dizendo eu creio assim, por exemplo, tinha uma menina criada a mãe, já a mãe vai tendo muitos filhos ela já vai me orientando aí enfermeira eu tenho essa idade, mas já criei meus irmãos, minha mãe trabalhando, ela já vai com aquela, mas aquela que nunca teve uma dentro de casa. Teve uma aqui que disse que a menina, Emilia, (colega que diz da filha) dela que não lava nenhum copo. Aí eu acho assim que precisa de um cuidado maior por isso é importante ter o acompanhante principalmente a mãe. Muitas cuidam bem do bebê, essa daí menina mesmo tem muito cuidado deixa o bebê bem limpinho, bem organizado (mencionando uma puérpera adolescente) a outra que tem, que tava ontem aqui que tinha 15 anos, limpava, eu orientei: lave as mãos, o álcool 70 no umbigo três, quatro vezes, eu

também acho que tenho obrigação de orientar, lava as mãos, aí a outra mandou o marido pegar mais ele veio da rua, não diga a ela que lave as mãos e venha pegar, viu se não tem o lava mãos levar o álcool, aí orientei e esse tipo de orientação, mas muitos não, muitos vão. Quando vem de uma família assim, com irmãos já criou o irmão e tudo, mas a maior parte vem ainda...(mudou de assunto) mas sabe também o que é que acontece quanto mais a vida miserável que elas tem aquela vida difícil que muitos é de rua né? Tem muitas meninas de rua, outros viciados, coloca na cabeça que não quer nada, teve porque tinha de ter mais não quer nada entendeu? aí fica mais difícil, mais graças a Deus eu não tenho passado muito por aqui não.

Alexsandra: Como o serviço de saúde pode ajudar essas adolescentes?

É como eu disse a você, um psicólogo, tem que ter um acompanhamento do psicólogo ajuda muito, muito mesmo que vai dizer não sei se passa por aqui, deve passar né, mais depois ela gestante é uma coisa depois ela nasce é como dizer assim chegou um trabalho pra mim, terminou minha vida e eu não mais pra dançar eu não vou namorar, eu não vou mais sair entendeu aí aquilo tudo... Aí pronto precisa de um acompanhamento tem vez que as mães têm paciência, têm outras que não ela só tem 13,14 anos, entendeu, tem vezes que as mães velhas cansadas (sentido pejorativo) “enfermeira venha aqui” eu digo olha vou ensinar uma vez, mais não posso ficar aqui perto de vocês não. Aprenda viu! Aí ensino a ela limpar, tudinho, mas difícil. Sempre fica com a mãe e a mãe sempre é um caso dois que acontece isso psicologicamente tem que ser acompanhada antes e após.

Alexsandra: E a amamentação delas?

Tem diferença, tem diferença porque uma múltipara ou uma grande múltipara é diferente de uma pessoa que nunca amamentou pra começar, quando ela coloca, mesmo já sendo mãe aí dói (Aí) dói né, porque tem vez que a pessoa não coloca direito o mamilo na boca do bebê. Quando começa a amamentar começa vem logo a dor, as cólicas e aí fica muito difícil tem umas que é um problema a mãe pedindo , a gente colocando, mas não tem muita paciência, porque eu tenho muita coisa pra fazer, vá pra li, vá leve o bebê, vá mãe acompanhe aqui, leve a ficha aí a menina vai orientar (no banco de leite) , ta entendendo o primeiro leite como está mamas túrgidas né, aí bota compressa entendeu mais pra estimular, orientar logo a importância do banco de leite ali, eu tenho curso de aleitamento materno, mas tem

vez que é outra coisa pra fazer, aí vai perder um tempo e atrasa outras coisas aí boto pra que as meninas, só tem uma hoje, daí então aí quando elas já vem, vem com o peito mais mole, aí eu ensino a lavar, não lavar com sabão, elas tomam banho e depois no banco de leite elas passam sem ferir, eu dou orientação, mas tem que ensinar né.

Alexsandra: Como você vê o futuro dessas adolescentes?

Dependendo da classe social porque se tem uns pais que tem condições de manter elas, o bebê e mesmo o adolescente que eles se casaram, os pais têm condições e tem aquele conjunto de família pra dar apoio muito bem porque tanto a mãe dela com a sogra vai querer né, dar um apoio pra ela continuar os estudos, pra ela continuar a vida dela pra frente, mais se for numa classe social de pobreza e miséria o futuro é triste, se eu fosse uma política, uma deputada, hoje eu não tenho coragem de ser política não, porque leva o nome de ladrão, mas se eu fosse eu digo a você com toda sinceridade que eu lutava pelo planejamento familiar, não esse negócio porque é novinha não eu ia fazer, trabalhar nas casas, um filho tudo bem botava DIU dois filhos ligava, ta bom demais fazia feito o Japão, porque quando tiver essa falta de controle de planejamento familiar não vai acabar a miséria, nem a marginalização. Tenho um menino aí que tem 24 anos já tinha sete filhos, como é a estória menino eu to meio perturbada como é, sete filhos. Começar a parir com 12 e emendou, aí ta fica tudo como, tudo dentro de uma favela morrendo de fome bota os pequeninos pra pedir esmola e depois quando começar a engatinhar, engatinhar pede esmola e a andar vai roubar. Não tem condições e o governo por mais que eu faça, mas não dá vencimento não minha filha. Saiu uma piada na reportagem do rádio que, que diminui o número de pobreza, aí uma piada..(indignação) pode ter melhorado, mas diminuiu não porque cada vez ta mais miserável o mundo e onde a maior parte que a gente vê as adolescentes engravidar e na classe miserável, pobre, porque na classe média, é aquele que vive só da bolsa família, ta entendendo tava uma aqui uma mulher chorando três filhos já, três netos e a menina de 16 anos a menina parecia que estava abestalhada, um ar de quem estava retardada esperando o bolsa família pra dar de comer aos outros lá .ela queria um emprego, mais não encontra não importa , se é casa de família, varrer chão não encontra , a situação aqui chega dar dó .às vezes eu digo aí meu Deus olha isso como está, ta de fazer dó, aí nasce mais um menino. Outra coisa também que eu acho muito

importante e que devia levar mais a sério esse controle de planejamento porque como é que depois de 25 anos tiver cinco a seis filhos e não fazer laqueadura, não existe, não existe de jeito nenhum. Então enquanto não tiver um controle de planejamento rigoroso não vai acabar a miséria no mundo não vai acabar. E a adolescência cada vez vai ficando mais entendesse aí pronto uma oferece uma roupa aí engravidar outro oferece , dá uma feira e engravida, é assim ela mesmo fica perdida. Outra coisa por mais instrução que tenha de usar camisinha, anticoncepcional, colocar o DIU, aí a situação é essa tem que ter um controle mais rigoroso no planejamento familiar. Recebem preservativos, recebem orientação da camisinha, a mesma coisa do comprimido aí diz eu não tomo comprimido porque me ofende inclusive graças a Deus que nossa unidade tem tudo isso né, aí o comprimido me ofende porque. A camisinha o marido não gosta de usar e aí, e aí??? Porque elas foram orientadas né, porque a aula aqui ta muito bem orientada, muito evoluída aqui sobre essa parte de adolescente, e aí, o pior de tudo e quando as doenças gonorréia né, sífilis, contagiosa, AIDS. Você usa camisinha? não porque meu marido não gosta e comprimido eu não posso usar. a conversa é essa porque não pode usar. Porque no posto no eu tempo não tinha não mas Agora tem engravida quem quer. . E agora com essa liberdade também, essa, essa, como é que se diz que as mães têm agora, que o namorado vai pra dentro de casa, visita, dorme até na classe média dorme quando tem vontade, dorme, dorme tudo ali e ta tudo em casa. da pra mim não. Eu acho muito, muito difícil uma adolescente engravidar e eu morro de pena porque ta se vendo assim destruição de vida, é preciso ter garra, mais também elas só não tem culpa já ta dizendo adolescente, senão tiver um pai, uma mãe que de um apoio, mais pai, devido a maior parte não tem pai, só tem mãe, a mãe já vive miseravelmente, trabalha na casa de família, é faxineira, tu ta entendendo tem vez que vive com um homem, não se dá com o padrasto uma coisa séria se for fazer uma pesquisa é uma coisa séria.porque quando tem uma família já estabilizada, tem um pai trabalhador, a mãe trabalhadora já tem, entendesse a tendência da mãe eu quero que a minha filha estude, minha filha se forme né é assim que mãe pensa, não tenho tempo pra minhas filhas agora vou ter tempo pra minha neta,quero que estude minha filha, vá lá minha filha estude vá trabalhar, se formar, aí você vê na classe média quer dizer na classe rica, vem da classe média mais está realizada, tem vida enquanto a pobre... Primeiro acima de tudo eu tenho comigo o temor a Deus, quando o camarada tem o temor de Deus

pode ser pobre de Jô mais eu vou vencer e vou sair daqui porque Deus quer e eu vou tirar meu país e ter o temor religioso de Deus, né temor religioso não, é temor de Deus, tem que ter o temor de Deus, tem que ter alguma coisa porque quanto o temor a Deus tem positividade dentro de tudo quando não tem entendeu. Aí só pensa coisa negativa, né, e aí se envolve com traficante, né, na favela tem de tudo, pra você que foi criada ali, sai daquele lugar tem que ser positiva, ter força de vontade, ter Deus ter uma fé superior pra sair daqui, mas você vê não tem nem conversa pra dizer, há, eu moro que esse marido é bem pra mim, mais é porque nem identidade eu tenho se eu tivesse identidade eu já tinha ido ao presídio e tinha transado com ele, ela dizendo aqui, é coisa absurda, aí chega uma menina aqui tinha uma menina aqui, olhando assim pra mim, quando tem pelo menos o segundo grau e um apoio familiar, uma raiz familiar né, entendeu, uma base assim familiar, não eu tomo conto do seu filho e você vai terminar os seus estudos, né depois que você terminar vai trabalhar e tomar conta dos seus filhos, aí é assim tem a mãe também revoltada, teve um dia desse também aqui tem toda a história, só tinha de filha essa porque os três filhos mataram tudinho aí em Santo Amaro, mataram todos 3 só tem essa, ela com 12 anos, parece retardada, quem vai criar é o ..., a situação é difícil, é difícil e a gente não vê futuro não, na classe, no nível de, no nível social, no nível social que elas têm não vê futuro não, quer dizer nada pra Deus é impossível né, eles podem levantar uma pessoa dessa, também a pessoa tem que dar lugar, porque se a menina acabou de sair de uma de uma situação dessa, chega lá vai se entregar de novo com outro ninguém assim que não queira nada e vai de novo e engravida, teve uma menina aqui, que passou 3 meses na casa da mãe quando ela foi pra casa, quando foi esse ano, duas vezes no ano veio em janeiro e veio agora no final do ano, 16 anos o outro veio prematuro aí, menina voltasse no caminho?, não já é outro., quase que eu caia pra trás.

Impressões do entrevistador: entrevistada bastante disposta para responder as perguntas.

-
- ⇒ Nome: Maria Helena
 - ⇒ Número:10
 - ⇒ Data:21-11-06
 - ⇒ Local:CISAM
 - ⇒ Tempo da entrevista: 20: 12
 - ⇒ Estado civil: divorciada
 - ⇒ Idade:55 anos
 - ⇒ Categoria/especialização:obstetra e ginecologista
 - ⇒ Sexo:feminino
 - ⇒ Tempo de atuação: 29 anos de formada, com quase 9 anos de alojamento conjunto.

Roberta: Como você vê a maternidade na adolescência?

Muitas vezes eu vejo que as adolescentes engravidam muitas vezes não como uma gravidez indesejada, muitas vezes eu vejo as adolescentes querendo ser mãe, até por conta do status, elas se sentem é subindo de status por adquirirem a maternidade ta, e muitas vezes a gente faz, ah! Porque é um absurdo uma gravidez impensada! Nem sempre ela é impensada ta certo? O que ela não sabe é o comprometimento, as conseqüências de dividir responsabilidade de adquirir essa maternidade, mas que é uma coisa que muitas vezes ela deseja. Não é tão indesejada quanto a gente pensa. Muitas vezes a gente pensa é indesejada, nem sempre é indesejada, ela até curte muito essa maternidade, mesmo que depois ela consiga se arrepender e porque vai se arrepender? Porque ela não tinha o conhecimento das responsabilidades que a maternidade traz. Aí, a gente pega muito mais ela arrependida depois dessas crianças estarem com 3, 4, 5 meses, do que durante a gestação. Durante a gestação muitas vezes ela não tem arrependimento nenhum, ela não acha tão feio quando diz: “perde as formas do corpo”, elas nem acham, elas se sentem diferentes. E todo adolescente gosta muito dessa coisa do ser diferente, então estar grávida na adolescência, elas muitas vezes curtem, elas só se arrependem depois, quando vêem a responsabilidade e as coisas da amamentação, do cuidar né, não é só da amamentação, porque eu acho que a

amamentação é hoje em dia, quando a gente estimula, estimula, estimula, quando tem a presença da história do HIV, tá deixando muita, muita assim, gente chateada por isso, a gente tem que ter cuidado com pacientes HIV que só vão saber na hora do parto né, o pré-natal já não tá cobrindo isso, tá trazendo já aquela expectativa que ela tinha de ser mãe, muitas vezes é de amamentar também e ficar com o bebê, por isso, que a gente tem que fazer um trabalho, mesmo sendo HIV, mas tem que fazer maternagem, segurar, beijar, abraçar seu bebê que é pra curtir aquilo, aquela expectativa que ela tinha de ser mãe. Então a expectativa é uma coisa boa em termos de adolescente, só que tem um monte de consequência sim, não é? Não é bom, você diz “não todo mundo tem na adolescência”, aí como profissional, acho que a gente deveria esperar uma maternidade, certo? pra chegar aquela fase de menacme. Já hoje em dia, a gente já considera adolescente até 19 anos e meio, mas eu acho que uma moça de 19 anos e meio, no meio dos estudos, certo? Também deveria trabalhar um pouco mais, então assim, como profissional, o eixo taria mais maduro a partir de 22, 24 anos, muitas vezes tá até terminando a faculdade, né, daria mais condição de trabalho de estudo certo, pra uma pessoa que não for fazer nível superior, vai fazer um nível técnico, vai se dar pra determinante 22, 24. Seria realmente muito melhor, como profissional tá.

Roberta: E o que muda depois da maternidade?

Ah! Eu já falei um monte de coisa (risos). Muda a questão, acho que maior que muda é a questão da responsabilidade. Sentimento de maternidade é uma coisa muito bonita, mas traz com ele um peso de responsabilidade independente da idade que se tenha tá, então se você tem, isso, a sensação de muito jovem, a sensação que depois você vai crescendo. Eu tive essa vivência bem dentro de casa tá, é uma enteada que teve um filho com 14 anos, que esse bebê tinha uma malformação, malformação não, tinha uma patologia congênita, que ela disse que ele tem síndrome de Down, então traz uma maturidade que você não tem assim, idéia, você não sabe calcular, isso é muito mais uma pressão em termos de responsabilidade, então como a gente vê que muda, muda todo o contexto, muda a forma da pessoa vê o mundo certo? Aquele amor tão grande que chega, porque chega um amor muito grande, a todos chegam esse amor, e aquela mulher que dão e aquelas adolescentes que não querem o filho e dão. Esse amor tava carregado e chega para essas também, só que essas sofrem mais porque não é fácil dar um filho. Por mais

irresponsável que ela seja com determinado período, a gente sabe tanto que chegou esse amor, que um determinado período elas mudam e aí, começam a repensar porque deu e se culpam. Lá vem os remorsos, lá vem aquele monte de patologias, de depressões, muito mais na frente, quando naquela época ela entregou e deu e disse “não tinha amor nenhum”. Tinha! Aquele amor ficou lá, ela teve que se mutilar, porque a posição social, as coisas externas, econômicas não permitam que ela tivesse, ela criasse aquele vínculo, mas aquele amor da maternidade, eu acho que assim, o amor da maternidade chega pra todo mundo, embora é melhor criar a ter que dar o filho, certo? É como, eu sou assim, a questão do abortamento, o aborto vindo de uma violência, que aí as pessoas, a pessoa vai, qualquer um vai, vai qualquer um dizer que a filha proveniente de violência para abortar não porque é difícil certo? É como se fosse algo entre as mulheres, ela adquirisse um amor, uma coisa entra dentro dela, ta? Aí é que as outras coisas todas influenciam, né? O social, econômico, né? E aí ela tem que tomar as decisões, então, isso é o que muda, é a tomada de decisões, que um adolescente tem que passar diferente daquele desenvolvimento de adolescente por conta da maternidade, que é diferente quando a pessoa já está mais madura, que já ta adulta, ta? E daí tem que também que fazer esse amor também vem pra ela, ela tem que fazer opções, mas ela está com maior equilíbrio emocional, social, econômico, e aí, isso tudo influi né, físico também né, maturidade física.

Roberta: Que fatores considera importante para o desenvolvimento da adolescente? Que fatores, acho que todos os fatores são importantes (risos), a questão da adolescente quais são fatores primordiais, acho que educação é um dos fatores primordiais, acho que educação é um dos fatores que vem muito com a adolescente né que vai, é importante para esse desenvolvimento né, pra tudo que é importante, é a educação a questão do desenvolvimento físico, a participação nos esportes, o estímulo ao esporte, a participação numa sociedade, numa comunidade certo? Ela se sentir valorizada dentro da comunidade dela, fazer algum trabalho e esse trabalho não precisa obrigatoriamente ser é, oprimido, obrigado para ganhar financeiramente, mas assim, é um trabalho que ela participe e se desenvolva com atividade física com educação, certo? Ela se sinta participante, acho que para o adolescente o fator primordial é se sentir participante, na hora que ele ta participando, mesmo que ele não tenha estrutura familiar de amor, formado porque

muitas vezes a gente ta falando com o adolescente foi dado a alguém né, e aí ele ta fora daquilo que a gente, diga não aquele núcleo que criou ou foi criado, no núcleo que queria está mas não gostava, que era mais influente, então essa adolescente também precisa se sentir amada e aí, eu acho quando a sociedade permite que ele se adeqüe, que participe de uma comunidade, educação, acho que escola é fundamental, família é básico ta, família eu acho que é básico, mas família não precisa ser obrigatoriamente ser a mãe biológica ta e o pai biológico.

Roberta: Que fatores considera importante para promover a saúde da criança?

Certo, saúde da criança eu acho que o importante é o aleitamento materno, que a gente tem que trabalhar com essas adolescentes o estímulo do aleitamento materno por conta do HIV, a gente tem que ser um pouco ameno, pisar um pouco menos, soltar o acelerador, estimular, mas, não ser a coisa mais importante o aleitamento né, até porque hoje em dia como HIV vai ser mais um sofrimento para ela não amamentar, mas acho que amamentação é importante para essa criança, porque a gente vai da fábrica direto pro consumidor, então a gente tira aquele monte de possibilidade de infecção, de doenças e outro grande fator que a gente tem é essa assistência que a gente ta dando de PSF, assistência domiciliar dos agentes de saúde, do profissional de saúde, da enfermeira, do médico e a gente enquanto instituição também tem que se sensibilizar “pro a par” fazer uma participação como? Formando grupos de adolescentes mães que tragam seus bebês, que assistam palestras dentro de um ambulatório de egresso, pra assistir sobre a nutrição da criança, ela sabe as alimentações alternativas que obrigatoriamente não precisa ter coisas caras né, como preparar alimentos alternativos e ricos né pra se adaptar, até pra comer mais verdura, comer mais frutas que a gente é rico nisso e a maioria das pessoas nem gosta, não se adapta a se alimentar com elas né, então eu acho que isso é importante é uma fase boa pro adolescente e boa pra essa criança recém crescida que vai mudar hábitos e vai ter mais saúde. Eu acho que os fatores mais importantes são esses. Agente como profissional de saúde saiba orientar, saiba visualizar isso e que esse PSF, essa pronta dos profissionais que já tão atendendo nos domicílios eles consigam chegar lá e melhorar isso pra esses adolescentes ta? Mas eu acho que elas ficam bem alegres, você vê numa adolescente que essa gravidez é desejada e ela se sentindo subindo de status por ser mãe, se vê que elas cuidam com muito carinho, elas gostam de amamentar, elas se satisfazem de ver o

bebê sem desnutrição né, sem desnutrição, então elas ficam assim muito se sentindo importantes, elas sabem preparar alimentação, eu tenho essa vivência também dentro de casa, acho que é por isso que tenho essa minha visão.

Roberta: De que forma os serviços de saúde poderiam contribuir para a saúde da mãe e da sua criança?

De que forma né? A forma pra saúde seria eu comecei pra você a que não é fechasse muito o desejo dela de participar de tal ou qual serviço. Isso aí eu acho, mas a gente tem que evitar arrumar, a gente precisa, mas a gente começa também com associação da educação certo, dentro das escolas essa orientação eu talvez falei, porque eu tenho um conhecimento de um programa um projeto que é o PROJOVEM, que trabalha exatamente com adolescentes e muitas adolescentes já são mães, certo, que essa coisa da educação se penetram com a saúde no desenvolvimento dessa adolescente, trazendo com esses conhecimentos e permitindo que muitas vezes elas façam encontros que essas adolescentes que já são mães trazem seus filhos e brincam com seus filhos, brincando também, porque elas também tão se desenvolvendo ainda aí isso é importante certo pra a união da família, pra proporcionar saúde porque na hora que elas aprendem que elas começam a ver a utilizar as mudanças dentro do cuida a forma de cuidar, da forma de se alimentar, da questão de higiene com seus filhos. Isso tudo é importante. Aí eu acho que a educação realmente né é quem mais chega junto com o pessoal da saúde, acho que a gente só informar não tem que ta participando mesmo, esse trabalho feito muito em grupo, com formação de grupo. Eu acho que o adolescente ele, na hora que tem um local que ele sente (NÃO ENTENDI), como eu disse a você tem nem sempre a estrutura familiar muito boa né, às vezes tem o problema de estrutura familiar, mas quando ele se sente participando de uma comunidade transfere aquela coisa (não entendi), cê pode ver todos os programas que possam esses trabalhos feitos com comunidade daqueles adolescentes às vezes transferem toda aquela coisa organizada que eles gostariam de ter no núcleo familiar, eles transferem pro núcleo da comunidade e aí por isso que eles conseguem sair daquela coisa de ta atrás da droga a droga conseguir chegar. ele adquirir amor próprio, acho que eles adquirem ali, quando a gente fala em cidadania né, eles se sentem como cidadãos, é porque eles adquiriram aquele amor próprio né, saber respeitar os outros.

Roberta: E como visualiza o futuro da mãe adolescente com sua criança?

Como eu visualizo? Veja só, é, acho que aqui tem duas visões, né: A da mãe e a da criança. A mãe adolescente, se ela consegue fazer parte de um grupo, se sentir parte desse trabalho, ela, mesmo com toda responsabilidade que chegou desse filho, ela, consegue né, se estimular é, para continuar os estudos né, continuar sua educação, pensar no que acha importante, sonhar com coisas melhores. Ela não começa a se deprimir e achar: “Tive um filho e não posso mais fazer nada. Eu agora, eu agora, to atolada. Agora tenho que criar e arranjar só o que dar de comer a ele certo?” Minha visão disso aí visão disso aí, é que a gente tem que criar condições e locais. É por isso que eu digo: A educação tem que ser pela, pela fonte da educação. Porque eu acho que a escola tá bem perto, a gente, a saúde, também chegando bem perto na comunidade, que vão ajudar essa menina a continuar seus sonhos, o seu desenvolvimento, a pensar no futuro e querer um futuro melhor. Logicamente tendo esse amor, esse filho, pensando “prog” acho que, filho com adolescente de uma mãe adolescente, melhora muito isso: a visão de futuro dela. Nem sempre elas acham que: “aí agora pronto. Acabei não tem mais futuro, só esse menino crescer.” Nem sempre, ela muitas vezes se estimulam ao contrário: “eu tenho um filho pra criar, eu quero dar a ele o que não estou tendo e o que não tive”, isso é falta de estímulo. Nem todo mundo se estimula recebendo dinheiro. Não se estimula muitas vezes por não ter e ter vontade de adquirir, então manter o sonho eu acho que é obrigação da educação e da saúde que tá ali perto, então se a gente ajuda ela a manter esse sonho, a gente tem uma visão, a minha visibilidade que vai ser uma coisa, vai ser uma coisa boa, ela vai querer o melhor pro seus filhos, então quantas vezes a gente não vê histórias de mães adolescentes que depois de um futuro não muito longínquo, esses filhos tão bem desenvolvidos, tão participando de esportes, esse pessoal todo que vem aí novo, de esporte se destacando né? Na ginástica, não sei o que, essa mãe teve todo um desempenho pra colocar essa menina numa condição que ele não teve e isso melhorou a vida dela? Melhorou teve estímulo também pra ela querer viver, pra ela se esforçar, então eu tenho uma visibilidade muito boa, como também aquelas, por isso, que eu disse, aquelas que na hora por opção das circunstâncias tem que dar o filho, tem que entregar, aquilo depois vai refletir ela pensava que dando ia conseguir seguir a vida dela, e muitas vezes na primeira dificuldade ela tomba, daí ela procura locais que ela pensa que é

mais : a prostituição, a droga, que ela pensa que é um acesso mais fácil, já que ela não tem filho ela pode ir pra tudo isso, porque ela não tem atrás dela uma responsabilidade maior certo? Aí a gente muitas vezes aquela que deu, aí vê a dor de ter dado, ela perde o foco de melhora de vida, de estímulo para crescer porque tem uma coisa que depende de você, que aquilo, que é uma coisa, é um filho que depende de você, certo? E aí quando elas perdem esse foco, que dando elas iriam continuar subindo, ela procura sempre o caminho mais fácil para subir porque ta sozinha, ta livre, ta independente e é isso muito que a gente vê, então 2 focos de visão. A visão daquela que fica e que muitas vezes (não entendi) e como também aquela que muitas vezes fica e aí quer fazer do filho a sua fonte de riqueza né, sua fonte de melhorar na vida, não estimulando para dar o que não tem pra obrigar esse filho que aí é o que a gente vê às vezes, muitas vezes na rua de pedinte, aí tem uns trabalhos bonitos né? Feito em algumas cidades, eu to vindo do interior agora que achei muito bonito, um trabalho que eles recolhem aquelas crianças de rua e que os pais têm que vim e eles recolhem não pra prender, não maltrata, mas pra dar alimentação, pra dar banho né, pra perguntar sobre o estudo, vê se tem alguma escola e aí procurar familiar, procurar família, procurar família, procurar pai e mar e/ou responsável, e aí passar com esse responsável porque aquela criança ta na rua, o que é que aquela criança ta fazendo ali, porque foi liberado pra ela aquela rua né? Porque ela não ta na escola? Entendeu, então isso cobrando dos mais adultos, eu acho que é importante.

Impressões do entrevistador: bastante cooperativa, discursou livremente sem necessitar muito da condução do entrevistador.