

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
CURSO DE MESTRADO**

**GRAVIDEZ ENTRE 12 E 14 ANOS:
REPERCUSSÕES NA VIDA DE ADOLESCENTES EM
CONTEXTO DE VULNERABILIDADE SOCIAL**

**FLORIANÓPOLIS
2010**

REJANE DE FARIAS

**GRAVIDEZ ENTRE 12 E 14 ANOS:
REPERCUSSÕES NA VIDA DE ADOLESCENTES EM
CONTEXTO DE VULNERABILIDADE SOCIAL**

Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Curso de Mestrado, Centro de Filosofia e Ciências Humanas.

Orientadora: Profa. Dra.
Carmen Leontina Ojeda
Ocampo Moré

**FLORIANÓPOLIS
2010**

Rejane de Farias

Gravidez entre 12 e 14 anos: Repercussões na vida de adolescentes em contexto de vulnerabilidade social

Dissertação aprovada como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Mestrado, Centro de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Santa Catarina.

Florianópolis, 19 de fevereiro de 2010.


Dra. Kátia Maheirie
(Coordenadora - PPGP/UFSC)


Dra. Carmen Leontina Ocampo Moré
(PPGP/UFSC-Orientadora)


Dra. Daniela Ribeiro Schneider
(PPGP/UFSC- Examinadora)


Dra. Denise E. Pires
(CCS/UFSC-Examinadora)


Dra. Joseani da Silva Delvan
(UNIVALI-Examinadora)


Dra. Jadete R. Gonçalves
(PSI /UFSC -Examinadora)

Ao meu querido filho Dimitri, que vem me propiciando
a deliciosa experiência de ser mãe.

AGRADECIMENTOS

A toda minha família, que vem me proporcionando a satisfação de fazer parte de uma rede afetuosa e presente;

Aos meus queridos pais, modelo de união e dedicação, cujo amor e apoio continuam me estimulando a crescer;

Ao Anselmo Nelson Martins, companheiro amoroso de todas as horas e incansável incentivador de minha felicidade;

À Marilena Deschamps Silveira, pelo suporte competente e amoroso com que me ajuda a descobrir caminhos novos e cheios de vida;

À minha orientadora Carmen Leontina Ojeda Ocampo Moré , pela confiança que depositou em mim e pela generosidade em compartilhar comigo seus conhecimentos e experiências;

À Jadete Rodrigues Gonçalves, que me deixa sem palavras diante da importância que sua presença adquiriu em minha vida;

À Maria Juracy Toneli, por ter carinhosamente me ajudado a dar os primeiros passos na academia e por ter deixado sua marca em minha formação;

À Elaine Cristina Soares, pela longa amizade e por sua enorme disponibilidade para trocas, que tanto me enriquecem pessoal e profissionalmente;

À Ana Paula Medeiros e Silva Vicente, pela enorme generosidade com que divide comigo seus saberes no campo da assistência social e políticas públicas;

Às equipes de saúde que me acolheram e tornaram minha incursão ao campo de pesquisa leve e prazerosa;

Às queridas adolescentes, que compartilharam comigo suas histórias de dores, desafios e alegrias, me mostrando que o amor materno não tem idade;

E a todos aqueles que de forma direta ou indireta contribuíram em minha formação pessoal ou profissional.

*“Esta planta gostaria de crescer e ao mesmo tempo ser embrião;
Aumentar, e contudo escapar do destino de tomar forma.”
Richard Wilbur*

SUMÁRIO

RESUMO	ix
ABSTRACT	x
1. INTRODUÇÃO	01
2. OBJETIVOS	05
2.1. Objetivo Geral	05
2.2. Objetivos Específicos	05
3. REVISÃO DE LITERATURA E OLHAR TEÓRICO	06
3.1. Pressupostos Epistemológicos	07
3.2. Ciclo Vital do Adolescente e suas Relações Familiares	08
3.3. Rede Social Significativa	14
3.4. Aspectos Psicológicos da Gravidez, Parto e Puerpério	16
3.5. Aspectos Biopsicossociais da Gravidez na Adolescência	18
3.5.1. A descoberta da gravidez: por que na adolescência? ..	20
3.5.2. Repercussões da gravidez no desenvolvimento da adolescente	28
3.5.3. Perspectivas de Futuro	36
3.6. Políticas Públicas: os direitos e a saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes	42
3.6.1. Políticas Públicas de Saúde	43
3.6.2. Políticas Públicas de Educação	47
3.6.3. Políticas Públicas de Assistência Social	49
3.6.4. Integralidade e Intersetorialidade no Enfrentamento de Vulnerabilidades Sociais	51
4. MÉTODO	56
4.1. Caracterização da Pesquisa	56
4.2. Campo de Pesquisa e Amostragem	56
4.3. Participantes	57
4.4. Instrumentos: entrevista e mapa de redes	58
4.5. Procedimentos Éticos	60
4.6. Procedimentos para a Coleta de Dados	60
4.7. Estudo Piloto	62
4.8. Coleta de Dados	63
4.9. Análise de Dados	63
5. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	65
5.1. Caracterização das Adolescentes	65
5.2. Sínteses das Entrevistas	66
5.3. Apresentação das Categorias, Subcategorias e Elementos de Análise	66
6. ANÁLISE DE DADOS E DISCUSSÃO DOS	72

RESULTADOS	
6.1. CATEGORIA I – Vivências Anteriores à Gravidez	72
6.2. CATEGORIA II – A Experiência da Gravidez	90
6.3. CATEGORIA III – Vivências do parto, Puerpério e Amamentação	107
6.4. CATEGORIA IV – Transformações Ocorridas na Vida da Adolescente	117
6.5. CATEGORIA V – Redes de Suporte	143
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	151
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	157
9. LISTA DE QUADROS	167
10. LISTA DE FIGURAS	167
11. LISTA DE SIGLAS	168
12. APÊNDICES	169
Apêndice 1 - Entrevista Semi-estruturada	170
Apêndice 2 - Questionário de Identificação da Rede Social e Mapas de Rede	172
Apêndice 3 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	173
Apêndice 4 - Dados Sociodemográficos e Outras Informações ..	174
Apêndice 5 - Mapa Geral das Redes Significativas das Adolescentes antes da Gravidez	175
Apêndice 6 - Mapa Geral das Redes Significativas das Adolescentes durante a Gravidez	176
Apêndice 7 - Mapa Geral das Redes Significativas das Adolescentes no Momento Atual	177
12. ANEXOS	178
Anexo 1 - Síntese das Entrevistas	179
Anexo 2 - Entrevista e Mapa de Redes com a Adolescente 1	215

FARIAS, Rejane de. **Gravidez entre 12 e 14 anos: repercussões na vida de adolescentes em contexto de vulnerabilidade social.** Florianópolis, 2010. 265 p. Dissertação de Mestrado em Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal de Santa Catarina.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Carmen Leontina Ojeda Ocampo Moré
Defesa: 19/03/2010.

RESUMO

O crescimento dos índices de gravidez, entre adolescentes de 10 a 14 anos de idade, constitui-se em uma demanda expressiva para as Políticas Públicas no Brasil, no sentido de mobilizar ações de proteção, saúde, educação e assistência social. O presente estudo qualitativo objetivou caracterizar as repercussões da gravidez em adolescentes, cuja concepção ocorreu no período de 10 a 14 anos em contexto de vulnerabilidade social. Participaram dez adolescentes, sendo utilizada a entrevista semi-estruturada e o mapa de redes. Os dados foram analisados a partir da Teoria Fundamentada Empiricamente. Os resultados evidenciaram que as adolescentes tinham conhecimento e acesso a métodos contraceptivos antes da gravidez, sendo que esta ocorreu, predominantemente, a partir do desejo das mesmas. Prevaleceu a aceitação da gravidez, por parte das famílias das adolescentes, embora as reações iniciais dos pais ou responsáveis tenham incluído a expressão de raiva, susto ou menção de que era muito cedo para engravidar. A mãe e o marido foram citados como figuras de maior proximidade e suporte. Identificou-se ainda o afastamento das amigas e aproximações com profissionais a partir da gravidez, que também teve um impacto negativo na trajetória escolar. A maior parte do grupo não se arrependeu e significa o filho como o mais importante em suas vidas. Os projetos de vida modificaram-se, passando a incluir a contracepção e a busca da melhoria das condições de vida. Destaca-se a importância da sensibilização das redes de profissionais, como aliadas importantes no melhor acolhimento destas adolescentes e de um suporte efetivo para as redes familiares.

Palavras-Chave: Gravidez na adolescência, saúde sexual e reprodutiva, redes sociais.

FARIAS, Rejane de. **Pregnancy between 12 and 14 years of age: repercussions on the life of teenagers living in a social vulnerability context.** Florianópolis, 2010. 265 p. Master's Dissertation in Psychology. Psychology Post-Graduation Program. Universidade Federal de Santa Catarina.

Advisor: Prof.^a Dr.^a Carmen Leontina Ojeda Ocampo Moré

ABSTRACT

The growing number of pregnancies in teenagers from ages 10 to 14, constitutes an expressive demand for public regulations in Brazil, in terms of promoting protection, health, education and social servicing actions. This present qualitative study had the objective of characterizing the repercussions of pregnancy in teenagers whose conceptions happened in a social vulnerability context between the ages of 10 and 14 years-old. Ten teenagers participated while a semi-structured interview and the network map were used. Data was analyzed through the Empirically Based Theory. The results showed that teenagers were aware and had access to contraceptive methods prior to the pregnancies and that these happened mostly motivated by their own desire. Acceptance of the pregnancy prevailed in the families of the teenagers, although initial reactions of the parents or responsible adults included rage, surprise or the mention that it was too soon for them to be pregnant. The mother and the husband were named as the closest and most supportive figures. It was also identified that there was distancing from friends and the approximation to professionals after the pregnancy, which also had a negative impact on their academic life. The majority of the group did not have regrets and understands the child as the most important part of their lives. Life projects were modified, leading to the inclusion of contraception and a search for improved life conditions. The importance of mobilizing the professional networks as important partners to a better sheltering for these teenagers and for an effective support to the family networks is highlighted.

Key words: teenage pregnancy, sexual and reproductive health, meaningful social networks.

1. INTRODUÇÃO

No Brasil, a temática da gravidez na adolescência se constitui em um grande desafio para diversos campos do conhecimento e, em especial, para a Saúde Pública, uma vez que tanto o início da vida sexual quanto reprodutiva dos jovens tem ocorrido cada vez mais cedo. Apesar da maior abertura da sociedade para discussão do tema e circulação de informações, só em 2000, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) passou a incluir a faixa etária dos 10 aos 14 anos nos indicadores de fecundidade do censo populacional (IBGE, 2000).

A gravidez, o parto e o puerpério, entre mulheres de 10 a 19 anos, continuam sendo as principais causas de internações hospitalares no Sistema Único de Saúde (SUS). Desde 2000 esta estimativa corresponde à aproximadamente 50% do total de internações dessa faixa etária e 15% dos óbitos maternos. Os filhos dessas mulheres correspondem a 22% do total de nascidos vivos no país e cerca de 17% dos óbitos fetais, o que representa mais de 5.000 óbitos a cada ano. Soma-se a isso a prática do abortamento ilegal que, segundo estimativas, vem crescendo no país e é uma das principais causas de morte entre as adolescentes¹ (MS, 2005a, 2005b, 2006a, 2006b; Peres & Heilborn, 2006).

Desde 2000 o Brasil vem apresentando uma queda em suas taxas gerais de fecundidade, no entanto, o atendimento do SUS a adolescentes grávidas, na faixa etária dos 10 aos 14 anos, mostra-se expressivo, gerando preocupações com a exposição tanto das jovens quanto de seus bebês a riscos de saúde, vulnerabilidade social, violência e exploração sexual (Ballone, 2003; Caputo & Bordin, 2007; Cavasin et al, 2004; Gomes, Fonseca & Veiga, 2002; IBGE, 2006; Oliveira, 1998; Sabroza, Leal, Souza Jr. & Gama, 2004).

A atenção integral à criança e ao adolescente constitui-se num direito garantido pela lei brasileira, através do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), que determina a priorização de ações e serviços que atendam às especificidades dessa população, contribuindo para um desenvolvimento sadio e harmonioso. A saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes também está contemplada nesses direitos que, de acordo com o Ministério da Saúde (MS), envolvem a possibilidade do adolescente decidir livremente e responsabilmente sobre a própria vida sexual e reprodutiva, ter acesso à informação e aos meios de exercer seus direitos individuais livre da discriminação, coerção ou violência (Lei 8.069, de 13 de julho 1990; MS, 2005c).

¹ Neste trabalho, os termos jovens e adolescentes serão tomados como sinônimos.

Ainda fazem parte desta conjuntura a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) e Política de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), que atualmente são contempladas pelo SUS, através do Programa de Agentes Comunitários da Saúde (PACS) e Estratégia de Saúde da Família (ESF). As equipes são instruídas a adotar metodologias participativas, na busca pela construção, em conjunto com a comunidade, de conhecimentos sobre sua saúde. As instituições de ensino também vem participando do processo de orientação sexual dos jovens, trabalhando estas questões como temas transversais nos currículos da educação básica. Já a Assistência Social, ao focar o combate à condição de vulnerabilidade social em que encontram-se muitos jovens, possibilita uma contribuição na medida em que trabalha fatores associados à ocorrência da gravidez (MEC, 1998; MS, 2005d, 2007; Portaria 687 MS/GM, de 30 de março de 2006;).

A integralidade, considerada um dos princípios do SUS, também encontra-se presente nas Políticas de Educação e Assistência Social, promovendo formas mais abrangentes e integradas de desenvolver suas ações. O contexto em que estas acontecem também pode caracterizar-se como de vulnerabilidade social, na medida em que reúne um conjunto de fatores individuais, coletivos e contextuais que favorecem, direta ou indiretamente, a ocorrência da gravidez. Dentre esses fatores, encontra-se a baixa escolarização, relações familiares violentas ou conflituosas, ausência ou insuficiência de recursos financeiros e serviços de saúde, além de poucas perspectivas profissionais e de futuro (Ayres, França Júnior, Calazans & Salleti Filho, 2003; Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990).

Assim, os conceitos de vulnerabilidade e integralidade apontam para uma perspectiva de complexidade em torno das práticas e sustentam ações intersetoriais, que vêm se destacando nas políticas públicas como forma de enfrentar problemas complexos e multideterminados. No caso dos adolescentes, destaca-se o Programa Nacional de Inclusão dos Jovens (Projovem) e o Programa Saúde na Escola (PSE), como propostas do Governo Federal, que envolvem o esforço conjunto de vários ministérios. Estes conceitos ainda vão ao encontro de um olhar epistemológico, que considera a complexidade em torno do fenômeno, entendendo-se que a compreensão deste passa, necessariamente, pelo reconhecimento da diversidade de aspectos que convergem para o mesmo e que se afetam mutuamente (Decreto 6.286, de 5 de dezembro de 2007; Lei 11.692, de 10 de junho de 2008; Morin, 1996; Vasconcelos, 2007).

No caso da gravidez na adolescência, ressalta-se a ocorrência de um fenômeno num determinado período, com características específicas, onde estão presentes aspectos como transformações físicas, psicológicas e o redimensionamento da identidade e papéis sociais do jovem. A sexualidade é parte desse processo e encontra-se intimamente ligada ao desenvolvimento integral do indivíduo e a constituição de sua identidade (Erikson, 1976; Formigli, Costa & Porto, 2000; Romero, Medeiros, Vitale & Wehba, 2007).

A imaturidade psicológica, que faz parte dessa etapa da vida associa-se à dependência emocional e financeira que o adolescente ainda costuma ter de sua família. Seu ciclo vital, portanto, articula-se ao ciclo vital familiar, num processo dinâmico onde as gerações que o antecederam exercem influência sobre seu desenvolvimento (Carter & McGoldrick, 2001; Marcelli & Braconnier, 1989; Winnicott, 1969).

Entende-se, portanto, que a condição de desenvolvimento da adolescente e sua família estão inscritas num contexto social mais amplo, que envolve, inclusive, questões legais e institucionais, sendo imprescindível considerar este conjunto na compreensão sobre a gravidez na adolescência e suas repercussões, compreendidas neste trabalho enquanto transformações que ocorrem a partir da gestação, abrangendo tanto a subjetividade e relações afetivas da adolescente, quanto mudanças em seus projetos de vida, inserção profissional, condições financeiras, relações sociais e institucionais. Para tanto, destaca-se a importância dos estudos qualitativos, como ressalta uma revisão de pesquisas sobre o tema, principalmente entre a faixa etária dos 10 aos 14 anos, que costuma estar mais exposta a riscos e a situações de violência e vulnerabilidade social (Andrade, Ribeiro & Silva, 2006; Cavasin et al, 2004; Levandowski, Piccinini & Lopes, 2008; MS, 2006b;).

Apesar deste panorama, constatou-se que pesquisas voltadas exclusivamente a essa população estão escassas, conforme demonstrou um levantamento de estudos sobre gravidez na adolescência, entre 2004 e 2009, realizado em bases de dados², durante este trabalho de pesquisa, cujo resultado apontou 10 estudos com delineamento qualitativo, dentre os quais nenhum abordou exclusivamente a faixa etária dos 10 aos 14 anos.

Além disso, a história profissional da pesquisadora, que há dez anos vem trabalhando na área de infância e adolescência, estudando,

² Scielo, Science Direct e revistas Estudos de Psicologia, Psicologia em Estudo, Reflexão e Crítica, Cuidado e Saúde e Revista de Saúde Pública.

avaliando e tratando crianças e adolescentes que apresentam as mais variadas questões em seus desenvolvimentos, possibilitou o amadurecimento necessário para posicionar-se de forma curiosa diante de um fenômeno que imprime características adultas a este universo. A satisfação experimentada ao longo dos anos no contato e na escuta desta população, com características e linguagens tão singulares, despertou o desejo de compreender o ponto de vista e os significados que esta experiência imprimiu na vida destas pequenas mulheres, encontro para o qual a pesquisadora buscou comparecer despida o máximo possível de pré-concepções, num resgate do prazer de conhecer que remete aos olhos brilhantes das crianças quando enxergam o mundo como se fosse a primeira vez.

Assim, a partir do questionamento “*Quais as repercussões da gravidez na vida de adolescentes, cuja concepção ocorreu entre 10 e 14 anos em contexto de vulnerabilidade social?*”, pretendeu-se compreender a temática da gravidez em adolescentes numa perspectiva que envolveu a complexidade em torno do fenômeno, considerando-se na análise, portanto, aspectos sociais, biológicos, psicológicos, políticos, culturais, religiosos e econômicos. Espera-se que os resultados obtidos possam gerar subsídios para o desenvolvimento de políticas públicas, que contemplem a promoção da saúde e a garantia dos direitos sexuais e reprodutivos entre essa faixa etária, além de auxiliar, através de capacitações, no desenvolvimento dos profissionais que trabalham com adolescentes, promovendo a saúde, a educação e o exercício de cidadania.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo Geral

- Caracterizar as repercussões da gravidez na vida de adolescentes, cuja concepção ocorreu entre 10 e 14 anos, em contexto de vulnerabilidade social.

2.2. Objetivos Específicos

- Verificar o conhecimento prévio sobre métodos contraceptivos e sua utilização, por parte da adolescente e/ou parceiro, bem como mudanças após a gravidez;

- Analisar as relações familiares da adolescente e o suporte social significativo recebido, bem como as modificações produzidas a partir da gravidez;

- Conhecer os significados atribuídos à gravidez pela adolescente e as mudanças decorrentes em sua vida;

- Identificar o projeto de vida da adolescente antes da gravidez e as modificações após a maternidade.

3. REVISÃO DE LITERATURA E OLHAR TEÓRICO

O presente capítulo está dividido em cinco partes, com o propósito de facilitar a compreensão dos temas relacionados à revisão de literatura e que constituíram-se nos eixos norteadores, que permitiram cercar o fenômeno estudado sob vários ângulos e dimensões. Assim, na primeira parte do capítulo teórico são abordados os pressupostos epistemológicos adotados no estudo, estabelecendo-se o paradigma da complexidade como fundamento do olhar, adotado em relação ao fenômeno, resultando em sua abordagem num amplo contexto de relações. Assim, procurou-se acolher as diversas contribuições dos autores, sobre a temática da gravidez na adolescência, inclusive em suas ambiguidades e contradições. A segunda parte apresenta discussões a respeito do conceito de ciclo vital e a relação entre o ciclo vital individual e familiar, explicitando o entendimento sobre a etapa de desenvolvimento da adolescência, com seus conflitos e características, bem como as relações familiares e suas transformações neste período. Além disso, são enfocadas as redes sociais significativas, suas funções e o reconhecimento através do mapa de redes.

A terceira parte introduz a questão da gravidez, enfocando os aspectos psicológicos, envolvidos no processo de gestação, parto e puerpério. A quarta parte enfoca a gravidez na adolescência e, por contemplar diversos aspectos deste mesmo fenômeno, foi subdividida em outras três partes, sendo que os temas e estudos foram agrupados didaticamente, numa organização inspirada na ordem cronológica em que estas questões costumam emergir para a adolescente. Assim, sob o título “A descoberta da gravidez: por que na adolescência?”, procurou-se revisar o conhecimento sobre o que leva uma adolescente a engravidar, ou seja, fatores de risco e proteção, conhecimentos prévios sobre contracepção, motivos alegados pelas jovens, o papel do desejo, das relações familiares e a condição social na ocorrência deste fenômeno. Ainda foram abordadas neste momento, as reações da adolescente e sua família/parceiro frente à gravidez, a cogitação do aborto e os significados que a notícia da gravidez assume para a adolescente e sua família.

Num segundo momento, intitulado “Repercussões da gravidez no desenvolvimento da adolescente”, aborda-se a adolescente grávida e revisão de estudos sobre as repercussões da gravidez em seu desenvolvimento físico, psicológico e social, assim como no de seu bebê. Procura-se evidenciar as divergências que existem na literatura, a respeito do olhar da gravidez na adolescência, como um fator de risco,

destacando-se a necessidade de diferenciar as discussões em relação à faixa etária dos 10 aos 14 anos, que apresenta especificidades e realidades diferentes das adolescentes mais velhas (maiores de 15 anos). Por fim, “Perspectivas de futuro” aborda os projetos de vida das adolescentes, sua possível relação com a gestação e as modificações ocorridas após a mesma. Contempla também o papel dos profissionais e trabalhos que vem sendo realizados com adolescentes e sinaliza perspectivas de atuação profissional com esta população.

A quinta e última parte da revisão teórica trata dos direitos dos adolescentes e das Políticas Públicas de Saúde, Educação e Assistência Social, enfocando a saúde sexual e reprodutiva e o atendimento a população, dentro destas políticas. Apresenta-se, ainda uma discussão sobre os conceitos de integralidade e vulnerabilidade social, bem como sua relevância na sustentação de ações interdisciplinares, que visam unir esforços no enfrentamento de demandas complexas e multideterminadas, como é o caso da gravidez na adolescência.

3.1. Pressupostos Epistemológicos

As bases epistemológicas, que nortearam este trabalho, foram ancoradas na noção de complexidade e de sua necessidade na abordagem dos fenômenos, pois entende-se que a redução do mundo em partes e sua explicação através de leis e fórmulas simples são cada vez mais insuficientes, impossibilitando o cientista de compreender aspectos do fenômeno, que só podem ser identificados na medida em que este encontra-se num contexto amplo de relações (Morin, 1996).

Perceber a complexidade, portanto, implica em considerar um conjunto, ao mesmo tempo único e múltiplo, com elementos associados e integrados, e que devem ser apreendidos no todo a fim de que suas propriedades sejam preservadas, ou seja, um objeto está sempre em conexão com outros. Disso decorre a necessidade de estudá-lo em seu contexto, colocando o foco nas relações, e possibilitando uma lógica da conjunção, ou seja, ao invés de reduzir o complexo ao simples, o cientista integra o simples no complexo, estabelecendo suas inter-relações e articulações (Vasconcelos, 2007).

Além disso, admite-se a impossibilidade de prever e controlar determinados fenômenos, o que é abarcado pelo pressuposto da imprevisibilidade. A objetividade e crença de que é possível conhecer o mundo “tal como ele é” também é questionada, dando lugar ao pressuposto da intersubjetividade, que considera os aspectos observados pelo pesquisador enquanto uma “realidade”, que só pode existir em

função do observador ter realizado essa distinção, ou seja, não é possível validar o conhecimento sem passar pela experiência. Os objetos, considerados naturais, passam a ser concebidos como objetivações resultantes das características, convenções e práticas linguísticas que tornam possíveis as operações de pensar (Ferreira, Calvoso & Gonzales, 2002).

Tendo presente que os conceitos referentes à realidade, desenvolvidos pelo observador, estão sempre impregnados de conteúdos culturais, já não é possível pensar num distanciamento entre observador e objeto, uma vez que esta ligação é indissolúvel. Assim, a intersubjetividade pressupõe que todo conhecimento produzido passa pela subjetividade do observador, sendo que a validação deste deve ser realizada por diversos cientistas, em espaços consensuais de construção de uma “realidade científica” (Vasconcelos, 2007).

A complexidade, instabilidade e intersubjetividade, portanto, são pressupostos epistemológicos que possibilitam a integração da ciência tradicional sob um novo olhar em que a consciência de que o cientista está sempre lidando com descrições limitadas e aproximadas da realidade resulta na igualdade de valor do conhecimento produzido pelas diversas áreas, bem como na promoção da articulação entre esses diferentes saberes. A partir disso, evidenciou-se a importância de tomar o objeto de estudo em seu contexto, considerando que um amplo conjunto de aspectos precisou estar necessariamente incluído nas análises, a fim de produzir-se uma melhor compreensão do fenômeno. É nessa ótica que este estudo aborda a gravidez na adolescência, em que aspectos sociais, biológicos, psicológicos, políticos, culturais, religiosos e econômicos são considerados, com o objetivo de evidenciar a complexidade em torno desta temática.

3.2. Ciclo Vital do Adolescente e suas Relações Familiares

O conceito de ciclo vital tem sido descrito por terapeutas e pesquisadores de família, como Carter e McGoldrick (2001) e Cerveny (1997), que longe de tentarem classificar as transições familiares em termos de normalidade e patologia entendem que o ciclo vital procura abarcar fenômenos naturais, que acontecem na vida da família ao longo do tempo, permitindo uma compreensão do seu curso passado, das tarefas que a família está tentando dominar e do futuro para o qual está se dirigindo. Para Cerveny (1997), a partir de critérios como idade dos pais, dos filhos, tempo de união de um casal e outros, definem-se as fases do ciclo vital familiar, que envolvem desde sua constituição em

uma geração, até a morte do indivíduo, ou indivíduos que iniciaram determinada família. Assim, o ciclo vital da família compreende fases ou etapas³ evolutivas, que a família vivencia enquanto sistema, movendo-se através do tempo (Cervený, 1997).

O conceito de ciclo de vida familiar vem caminhando junto com o de ciclo de vida individual. Isto é evidenciado pela contribuição de autores como Erik Erikson, que estudou o ciclo de vida focado no indivíduo relacionado à formação da identidade e Milton Erickson, que baseava sua estratégia terapêutica no ciclo de vida familiar do namoro à velhice e morte (Cervený, 1997). Carter e McGoldrick (2001) ressaltaram a inter-relação entre estes conceitos, ao afirmar que o ciclo de vida individual acontece dentro do ciclo de vida da familiar, uma vez que a família constitui-se no contexto primário do desenvolvimento humano.

A partir disso, o conceito de ciclo vital é compreendido neste trabalho enquanto um processo de vida, que envolve tanto aspectos psicológicos individuais de desenvolvimento do sujeito ao longo da vida, quanto processos de desenvolvimento de sua família ao longo de várias gerações, tendo presentes as inter-relações entre esses vários fatores, bem como interferências de ordem social, cultural, política, econômica e religiosa. Além disso, considera-se parte integrante do ciclo vital, tanto do indivíduo quanto da família, a solução de tarefas psicológicas e sociais inerentes ao momento no qual se encontram, num processo constante de adaptações e transições a outros níveis evolutivos.

Etapa importante no ciclo de vida individual e familiar, a adolescência é, portanto, um período que faz parte do desenvolvimento dos jovens, principalmente em culturas onde sua entrada no mundo do trabalho é adiada pela necessidade de especialização prolongada (Groppo, 2000). Com características e tarefas evolutivas específicas, a adolescência constitui-se como um momento crucial de estabelecimento da identidade social e sexual, produzindo conflitos, tanto do adolescente com ele mesmo, quanto do mesmo com sua família e sociedade.

Ao tratar da questão da identidade, Erik Erikson (1976) mostrou que o ciclo vital do indivíduo é composto por estágios, concebidos como “períodos em que uma dada capacidade aparece pela primeira vez, ou aquele período em que certo número de itens relacionados fica tão bem estabelecido e integrado, que o próximo passo no desenvolvimento poderá ser iniciado com segurança” (p.101). Em cada fase, conflitos ou

³ Os termos “estágio”, “fase”, “período” e “etapa” serão utilizados como sinônimos neste trabalho, visto que suas definições guardam aspectos em comum.

crises específicas devem ser solucionados para que o desenvolvimento prossiga, dotando a personalidade de atributos adaptativos. A adolescência seria um momento onde os elementos das fases iniciais do desenvolvimento seriam resgatados e integrados à identidade, só que agora no contexto mais amplo da relação com a sociedade (Kaplan & Sadock, 1990).

Assim, na primeira fase, compreendida pelo primeiro ano de vida, encontra-se o conflito “confiança básica *versus* desconfiança básica”. Neste período, a maternagem satisfatória do bebê contribui para o estabelecimento de um sentimento de confiança básica, caracterizada por uma segurança íntima na conduta dos outros, assim como um sentido fundamental de boa conceituação própria. Essa confiança converte-se, posteriormente, na capacidade para a fé e na adolescência se apresenta pela busca de pessoas e idéias nas quais o adolescente possa ter fé ou que sejam dignas de sua confiança. Ao mesmo tempo, no entanto, o adolescente receia um compromisso insensato e, paradoxalmente, expressa sua necessidade de fé numa desconfiança sonora e cínica. Institucionalmente, essa necessidade encontraria ressonância na religião (Erikson, 1976).

Na segunda fase, que vai de 1 a 3 anos, a possibilidade de caminhar, falar e alimentar-se, aliada ao treino infantil de controle dos esfíncteres confronta a criança com exigências e normas, estabelecendo o dilema “autonomia *versus* vergonha e culpa”. Neste período, a criança estabelece uma “batalha” por sua autonomia, manifestada pelo desejo de “fazer as coisas por si mesma”, mas pode expressar vergonha ou dúvida sobre si, caso sofra recriminações ou humilhações. Quando a confiança básica foi firmemente estabelecida na fase anterior, esta segunda fase consome a primeira emancipação da criança em relação à sua mãe, representando um passo importante no desenvolvimento de uma identidade autônoma, que se manifesta no adolescente tanto pela procura de oportunidades de tomar decisões por si próprio, quanto, paradoxalmente, pelo temor de ser forçado a atividades em que sinta-se exposto ao ridículo, ou em dúvida sobre si mesmo. Institucionalmente, essa etapa reflete-se no princípio da lei e da ordem (Erikson, 1976; Kaplan & Sadock, 1990).

A terceira fase, dos 3 aos 5 anos, estabelece o conflito “iniciativa *versus* culpa” pois, com o aperfeiçoamento da locomoção, bem como o desenvolvimento da linguagem, pensamento e imaginação, a criança desenvolve um senso de iniciativa na exploração do que pode vir a ser, sendo estas expectativas vinculadas aos sonhos que a criança desenvolve a partir de metas da tecnologia e cultura. A culpa pode se

manifestar com relação a objetivos almejados, especialmente agressivos. A contribuição desta fase, portanto, envolve a libertação da iniciativa e sentido de propósito da criança para as tarefas adultas que prometem, mas não garantem, a realização plena de capacidades do indivíduo. A integração desta fase no adolescente manifesta-se por sua disposição em dar, voluntariamente, sua confiança às pessoas que facultam um vasto âmbito imaginativo, às vezes ilusório, a suas aspirações. Paradoxalmente, o adolescente também rejeita limitações “pedantes” sobre si próprio (Erikson, 1976; Kaplan & Sadock, 1990).

Na idade escolar, que corresponde ao período entre 6 e 11 anos, a criança se volta para a realização de empreendimentos concretos e metas aprovadas, buscando o reconhecimento por suas produções, desenvolvendo, com isso, a perseverança e adaptação às leis do mundo instrumental, estabelecendo o dilema “indústria *versus* inferioridade”. Nesta idade, que socialmente é decisiva no desenvolvimento da criança, também podem estar presentes sentimentos de inadequação e inferioridade em relação aos colegas. Na adolescência, o desejo de fazer algo funcionar bem excede a questão remuneração e *status* e é por esta razão que a satisfação costuma ser considerada no processo de escolha profissional (Erikson, 1976; Kaplan & Sadock, 1990).

A partir dos 11 anos, até o final da adolescência, se estabelece o conflito “identidade *versus* confusão de papéis”, onde acontece uma luta para desenvolver a identidade do ego, entendida como um senso de igualdade e continuidade interior. Neste período, ainda estão presentes características como a preocupação com a aparência, identidade de grupo, idolatria de heróis e ideologias. Também podem ocorrer dúvidas sobre a identidade vocacional e sexual, assim como confusão de papéis. É na adolescência, portanto, que o processo de constituição da identidade tem seu momento de integração, com a consequente definição de uma identidade ocupacional e sexual (Kaplan & Sadock, 1990).

No caso da sexualidade, especificamente, as transformações psicológicas são desencadeadas a partir das mudanças corporais, produzidas pela puberdade onde, através de uma articulação entre a subjetividade infantil (os pais são figuras fundamentais de afetividade) e a subjetividade adulta, chega-se à maturidade genital (Rappaport, 1993). Outro aspecto importante da adolescência, destacado por Winnicott (1969), diz respeito à imaturidade enquanto um elemento essencial da saúde neste período, contendo as características mais fascinantes do pensamento criativo, sentimentos novos e desconhecidos, bem como idéias para um modo de vida diferente. O usufruto dessas aspirações,

por parte da sociedade, no entanto só pode ocorrer na medida em que este processo de crescimento do adolescente é permitido e sustentado ao longo do tempo pela família e/ou sociedade.

Isso acontece quando os adultos assumem a condição de responsáveis e possibilitam que os adolescentes sintam-se livres para construir planos ideais, num exercício de idealismo que também é característico desta etapa. Este autor chama a atenção para o risco de que o processo de imaturidade do adolescente seja interrompido, ou destruído pela abdicação dos adultos de seu papel de suporte junto aos adolescentes, o que os impulsionaria, prematuramente, para a condição de responsáveis, estabelecendo assim uma falsa maturidade e perda de sua atividade imaginativa (Winnicott, 1969).

Atualmente, as dificuldades em aceitar a passagem do tempo e as perdas inerentes, fazem parte do contexto sociocultural, no qual a adolescência está inserida. Em decorrência, percebe-se a idealização da condição adolescente e a privação das diferenças entre as gerações, como modelo de organização psíquica. Soma-se a isto o desprestígio dos processos reflexivos, com progressos lentos e adiamento das gratificações, em contraste com modelos de gratificações instantâneas e descartáveis, que permeiam meios de comunicação e relacionamentos (Lewkowicz & Brodacz (2005).

A passagem da infância à adolescência, com todos os conflitos internos que são suscitados neste período, também provoca transformações no ambiente familiar. Isto porque o adolescente reclama sua autonomia e individualidade, mas continua profundamente dependente do contexto familiar da sua infância. Os pais, por sua vez, também passam por um processo de luto, pois assim como o adolescente, precisam desprender-se do filho criança e evoluir para o filho adulto. A renúncia ao corpo de seu filho criança, além de implicar no enfrentamento e aceitação do envelhecimento e da morte, exige que os pais abandonem a imagem de si mesmo que foi criada pela criança (em geral de líder ou ídolo), para aceitarem uma relação permeada por críticas e ambivalências. Nesse sentido, relações conflituosas com os pais fazem parte do movimento psico-afetivo do adolescente, embora possam estar intensificadas no comportamento patológico (Aberastury, 1986; Marcelli & Braconnier, 1989).

A partir disso, Marcelli e Braconnier (1989) distinguem três tipos de posição dos autores, em relação à interação do adolescente com sua família: os conflitos entre pais e adolescentes, como consequência do processo da adolescência; os conflitos, quando intensificados, como dificuldades do adolescente; ou os pais e as condutas desviantes do

adolescente, como resultado de atitudes parentais patológicas. O conflito do adolescente com seus pais, compreendido como parte integrante da “crise da adolescência”, acontece na medida em que o mesmo necessita remodelar internamente a imagem que tem de seus pais, garantindo sua autonomia e diferenciação em relação a eles. A depreciação que frequentemente o adolescente faz de seus pais, no entanto, não implica na sua destruição enquanto modelos, estando relacionada à necessidade de superar a imagem onisciente e perfeita dos pais, a fim de reorganizar as relações em novas bases (Marcelli & Braconnier, 1989).

A intensificação desses conflitos, no entanto, pode sinalizar dificuldades tanto dos pais quanto do adolescente, uma vez que a crise deste costuma coincidir com a crise de meia-idade dos pais, caracterizada pela percepção da brevidade do tempo e reorganização da vida, em função do tempo que resta. Contribui para isto a intensificação da sexualidade no adolescente e o declínio da sexualidade dos pais, com a necessidade de ambos em lidar com as pulsões incestuosas, características dos conflitos edipianos. Além disso, a entrada do filho na adolescência costuma coincidir com a morte dos avós, impondo aos pais a necessidade de elaborar um duplo luto: da perda dos próprios pais e da perda do filho-criança (Marcelli & Braconnier, 1989).

Por fim, os distúrbios do adolescente podem ser atribuídos a interações patológicas familiares, principalmente nos casos de distúrbios graves de personalidade. Uma organização familiar, enquanto um grupo unido e defensivo, que não permite o movimento de individuação do adolescente, entrava as possibilidades evolutivas e maturativas do mesmo (Marcelli & Braconnier, 1989).

A adolescência, portanto, desperta profundas transformações em todos os membros da família, caracterizando um fenômeno típico da pós-modernidade, que Cerveny (2002) chama de família adolescente, diferente da família com um adolescente, onde as crises evolutivas geram uma forte necessidade de mudanças e readaptações, em busca de novos significados e papéis, tanto na vida quanto na dinâmica familiar. Os questionamentos de crenças, regras e valores costumam atingir tanto os adolescentes, quanto os pais, que frequentemente estão vivendo a “crise do meio da vida”, revendo expectativas passadas, reavaliando suas vidas e preocupando-se com a aparência, a saúde e o envelhecimento.

É um período que envolve contradições, confusão, dor e ambivalência, onde o adolescente necessita de liberdade adequada, com a segurança de normas que o auxiliem no processo de adaptação à vida adulta, sem entrar em graves conflitos com seu ambiente e sociedade.

Quando o processo de luto pelo corpo de criança e relação com os pais da infância pode ser lenta e dolorosamente elaborado, a vivência resulta em modificações psicológicas que levam a uma nova relação com os pais e com o mundo, num processo de continuidade do desenvolvimento de toda a família (Aberastury, 1986; Cervený, 2002).

3.3. Rede Social Significativa

A rede pessoal social é caracterizada como “a soma de todas as relações que o indivíduo percebe como significativas, ou define como diferenciadas da massa anônima da sociedade” (Sluzki, 1997, p.41-42). Dessa forma, as redes incluem os vínculos que compreendem a vida da pessoa, envolvendo relações familiares, de amizade, trabalho ou estudo, bem como sua inserção comunitária e com as práticas sociais. O mapa de redes, proposto por Sluzki (1997), busca caracterizar a rede pessoal social possibilitando visualizar os vínculos de apoio utilizados pelo indivíduo, em diferentes graus de proximidade, separados nos seguintes quadrantes: família, amizades, relações de trabalho ou escolares e relações comunitárias, com uma subdivisão para as relações com sistemas de saúde.

A rede pode ser avaliada em termos de características estruturais (tamanho, densidade, composição/distribuição, dispersão, homogeneidade/heterogeneidade e tipos de função), das funções dos vínculos (companhia social, apoio emocional, guia cognitivo e conselhos, regulação social, ajuda material e de serviços, e acesso a novos contatos) e dos atributos de cada vínculo (função predominante, multidimensionalidade, reciprocidade, intensidade/compromisso, frequência dos contatos e história) (Sluzki, 1997).

Sobre as características estruturais das redes, Sluzki (1997) aponta que o tamanho relaciona-se à quantidade de pessoas na rede, sendo que as de maior efetividade costumam ser as de tamanho médio (8 a 10 pessoas). Isto porque nas redes muito pequenas os membros podem evitar os contatos, com a finalidade de poupá-los, enquanto as muito numerosas podem não ser efetivas em função do pressuposto de que o outro está cuidando do problema. A densidade relaciona-se com a qualidade da relação entre seus membros e a composição ou distribuição, com a posição que cada membro ocupa nos quadrantes. A dispersão refere-se à distância geográfica entre a pessoa e os membros de sua rede e a homogeneidade/heterogeneidade dizem respeito a variáveis de idade, sexo, cultura e nível sócio-econômico, que podem favorecer trocas ou evidenciar tensões.

No que se refere às funções dos vínculos estabelecidos na rede social significativa, a companhia social indica a realização de atividades em conjunto ou o estar juntos, enquanto o apoio emocional envolve trocas que incluem empatia, estímulo e compreensão. O guia cognitivo e os conselhos proporcionam informações e modelos de referência, já a regulação social evoca responsabilidades, neutralizando desvios de comportamento e favorecendo a resolução de conflitos. A ajuda material e de serviços fornece auxílio financeiro ou de serviços especializados, como é o caso da saúde, e o acesso a novos contatos possibilita uma abertura para o estabelecimento de relações com novas pessoas ou redes (Sluzki, 1997).

Nos atributos de cada vínculo avalia-se a função predominante de cada relação, a multidimensionalidade, que caracteriza-se pelo número de funções desempenhadas na rede, a reciprocidade, que avalia se uma pessoa desempenha funções que recebe de outros, a intensidade, que sinaliza o grau de compromisso com a relação, a frequência dos contatos e a história da relação, que abordam a forma pela qual as pessoas se conheceram e outras informações que estimulam a manutenção da relação (Sluzki, 1997).

Considera-se a gravidez na adolescência, enquanto um fenômeno cuja ocorrência pode estar associada a vulnerabilidades que podem ser evidenciadas no mapeamento das redes sociais significativas das adolescentes, auxiliando tanto na produção de conhecimento sobre a temática, quanto em intervenções visando à promoção de saúde entre esta população. Além disso, a visualização das transformações na rede a partir da gestação pode fornecer indicadores sobre as possibilidades de adaptação da adolescente à nova realidade e a função materna, na medida em que possibilita identificar e caracterizar o suporte social, destacado na literatura como um fator crucial neste processo (Levandowski et al., 2008).

Neste trabalho, o mapa de redes foi utilizado em função de seu potencial gráfico e descritivo, possibilitando o registro das configurações das redes sociais significativas das adolescentes, em diferentes momentos. Este instrumento, que foi descrito com mais detalhes no capítulo sobre o método, apresenta, no entanto, possibilidades mais abrangentes, como por exemplo, a caracterização das funções de cada membro da rede social, e que não foram aprofundadas neste estudo em função do objetivo geral do mesmo.

3.4. Aspectos Psicológicos da Gravidez, Parto e Puerpério

Os processos psicológicos que envolvem a gravidez, o parto e o puerpério vêm sendo estudados e descritos por autoras como Soifer e Maldonado, que são referências nesta temática e mostram o quanto esse período é permeado por ansiedades e ambivalências, constituindo-se, entretanto, em uma fonte básica de saúde mental para a mulher (Soifer, 1980, p.74).

A descoberta da gravidez costuma suscitar uma mistura de sentimentos, como alegria, surpresa, desagrado, tristeza e apreensão. Esses sentimentos podem intensificar-se, especialmente quando a gestação acontece num momento de vida em que é necessário renunciar a muitos planos e atividades (Maldonado, Dickstein & Nahoum, 1997), como é frequente entre adolescentes. Soifer (1980) ainda destaca que este período também inclui acessos de ansiedade, que podem durar dias ou semanas, chegando a produzir sintomatologia física própria, o que também faz parte da gravidez, mesmo quando desejada.

Estudos como o Andreani (2006) também vêm revelando que uma dinâmica semelhante instala-se nos homens, uma vez que os sentimentos de medo e insegurança, encontrados entre pais, não relacionam-se com o planejamento ou não da gravidez. A mistura de sentimentos positivos e negativos, quanto ao tornar-se pai entre os homens, portanto, vem sinalizando que as ansiedades e ambivalências associadas à gravidez, são processos que também fazem parte do universo masculino. Dessa forma, é necessário considerar o impacto, especialmente do primeiro filho, sobre o casal, uma vez que tanto o homem quanto a mulher deixam de serem apenas filhos para construir uma identidade de pais (Maldonado et al., 1997).

Além das ansiedades durante a gravidez, Soifer (1980) destaca que o momento do parto também suscita angústias relacionadas principalmente à ansiedade de separação, também presente em menor intensidade entre os familiares. Neste sentido, alguns procedimentos obstétricos podem exacerbar a ansiedade em algumas mulheres, influenciando sua relação com a própria equipe de saúde. A autora destaca que quando predomina a sensação de estar sendo cuidada e protegida, a gestante costuma adotar uma postura colaborativa, que favorece o processo de regressão e o parto. No entanto, quando predominam vivências terríficas e sensação de processo incontrolável, a ansiedade pode propagar-se para todo o meio, despertando comportamentos hostis tanto por parte dos familiares quanto, em alguns casos, dos profissionais (Soifer, 1980).

Essa relação entre equipe e parturiente, bem como as intervenções adotadas durante o parto, começaram a modificar-se no Brasil na década de 80 sob influência da Organização Mundial de Saúde (OMS), culminando no que se conhece por parto humanizado (Motta, 2003). Além de promover o parto normal e o uso da tecnologia na medida de sua necessidade, a avaliação do bem-estar da parturiente e a adoção do apoio emocional contínuo passaram a ser valorizados, sendo que desde abril de 2005, os serviços do SUS e a rede conveniada ficaram obrigados a permitir a presença, junto à parturiente, de um acompanhante indicado por ela, durante todo o período de trabalho de parto e pós-parto imediato (Lei 11.108, de 07 de abril de 2005). A assistência psicológica às gestantes e mães adolescentes também passou a ser assegurada a partir de 2009 (Lei 12.010, de 10 de junho de 2009).

Assim, a humanização na assistência materno-infantil vem avançando, como evidenciou o estudo de Rugolo et al. (2004), mas ainda com aspectos que precisam ser melhorados, como a valorização do aleitamento materno e a individualização no contato médico-paciente. Os benefícios da presença de um acompanhante no momento do parto, no entanto, vêm sendo confirmados em estudos como o de Motta (2003), cujos relatos das parturientes ressaltaram que a presença dos maridos durante o processo do parto lhes proporcionou conforto, segurança e confiança.

Outro aspecto destacado por Maldonado et al. (1997), como fundamental para o estabelecimento da relação mãe e filho, é que a mulher esteja acordada no momento do parto e possa estabelecer contato com o bebê nos seus primeiros trinta minutos de vida, momento que também deve, preferencialmente, contar com a presença do pai. Apesar de sua importância, esse primeiro encontro, no entanto, nem sempre é permeado por fortes sentimentos de amor, uma vez que para algumas mulheres e homens, a visão do filho pela primeira vez pode despertar tristeza, apatia e indiferença, sendo que o vínculo vai se construindo e se solidificando aos poucos (Maldonado et al., 1997).

O período que se segue ao parto, chamado de puerpério, constitui-se num processo lento e gradual onde a mulher vai estabelecendo um relacionamento com o bebê e a amamentação, num processo de adaptação que, muitas vezes, produz sentimentos de rejeição e estados depressivos na mãe, que podem manifestar-se sob a forma de choro, aborrecimento, impaciência, auto-depreciação e transtornos psicossomáticos, dentre outros. A relação com os familiares também tem influência sobre o estado emocional da mulher, sendo que

perturbações com sua própria mãe ou sogra podem intensificar a depressão puerperal (Soifer, 1980).

Maldonado et al. (1997) também destacam a importância do marido neste momento que, além do contato direto com o filho, também tem um papel importante como companheiro, pois ao transmitir segurança e amor à mulher, ajuda-a a sentir-se mais amorosa e dedicada ao bebê. Num estudo com mães de 15 a 35 anos, que avaliou o suporte oferecido pelo marido e os sintomas depressivos na mãe, Smith e Howard (2008) encontraram que o suporte do pai após o nascimento da criança tem relação com o bem-estar da mãe, sendo que quanto maior o suporte menor a incidência de sintomas depressivos neste período.

O estabelecimento da amamentação, um dos aspectos centrais neste período, pode estar permeado por ansiedades e dificuldades, especialmente na presença de fatores como a demora na descida do leite, o uso de alguns medicamentos e o temperamento da criança, que pode solicitar pouco, ou chorar muito. Tudo isso pode produzir na mãe o medo de não ter leite suficiente para alimentar seu filho e precipitar o desmame. Sobre os aspectos emocionais associados a esse momento, a autora destaca que a amamentação proporciona não só o leite, mas também uma oportunidade de aprofundar a ligação entre mãe e filho, possibilitando aconchego e contato, trazendo benefícios não só para a criança, mas também para a realização da mulher (Maldonado et al., 1997).

Por fim, destaca-se o papel do próprio desmame, cujo significado psicológico relaciona-se à capacidade de desprender-se das coisas que se tornaram habituais e familiares, para voltar-se para o novo e desconhecido. A aceitação desta transição varia de uma criança para outra, sendo que a postura dos pais diante do crescimento e da autonomia do filho também pode facilitar ou dificultar esse processo (Maldonado et al., 1997).

3.5. Aspectos Biopsicossociais da Gravidez na Adolescência

O desenvolvimento psicológico do adolescente e sua subjetividade estão vinculados às modificações físicas produzidas pela puberdade, suas relações familiares e cultura na qual está inserido, dentre outros fatores. É neste contexto, diferenciado e único para cada adolescente, que a gravidez acontece, produzindo significados e modificações na vida dos jovens. A literatura sobre essa temática é ampla, sendo que a maior parte dos estudos é descritiva, com delineamento transversal e quantitativo, e comparam adolescentes com

mulheres adultas, revelando uma vivência predominantemente negativa da gravidez e maternidade, nesta etapa da vida (Levandowski et al., 2008).

Alguns autores, no entanto, mostram que, subjacente à compreensão de uma “idade certa” para engravidar, existe a influência de fatores culturais, como o entendimento da adolescência enquanto uma etapa preparatória em sociedades extremamente especializadas e orientadas para o desempenho e a realização individual (Grosso, 2000; Heilborn et al., 2002). Heilborn et al. (2002) destacam alguns aspectos importantes para a compreensão das expectativas sociais, depositadas nos jovens dos dias atuais, mostrando que as possibilidades profissionais, de escolarização e o exercício da sexualidade desvinculado da reprodução, fundamentam uma visão sobre a idade ideal para ter filhos. Nesse sentido, a gravidez na adolescente seria vista como um desperdício de oportunidades e subordinação precoce a um papel que, historicamente, as mulheres tentaram se desvencilhar, o que contribuiria para o sentimento de indignação, dirigido à gravidez na adolescência (Heilborn et al., 2002).

Heilborn et al. (2002) ainda destacam o quanto essa argumentação supõe como universal o valor ou projeto de um novo papel feminino, além de não considerar as desigualdades na oferta de oportunidades para jovens de diferentes classes sociais. A esse respeito, Gonçalves e Knauth (2006) mostram que na classe média a permanência prolongada dos filhos na casa dos pais, por dependência afetiva ou econômica, pressupõe o adiamento da formação de uma nova família, sendo a ocorrência da gravidez atribuída à liberdade atual e ao modo como os jovens aproveitam a vida. Já entre as classes populares, a gravidez faz parte de um conjunto de valores que aceita a constituição da família mais precocemente, do que nas classes médias (Gonçalves & Knauth, 2006).

Heilborn et al. (2002) também mostram que a representação contemporânea da gravidez na adolescência é resultante de discursos ancorados nas noções de problema e risco:

Assim, quando o discurso biomédico foi sucedido, nos anos 70, pelo psicológico, a ênfase nos perigos advindos de uma gravidez *precoce* para a saúde materno-infantil cede espaço aos riscos psicossociais, condensados na categoria de *imaturidade psicológica* das adolescentes. A essas perspectivas soma-se, a partir dos anos 80, um

arraçado sobre as consequências nefastas acarretadas pela GA⁴ no contexto social. Argumenta-se que o incremento das famílias monoparentais chefiadas por mulheres implica o agravamento da pobreza dessas unidades domésticas, redundando no aumento da delinquência e da criminalidade. O abandono escolar, por parte das mães adolescentes e sua decorrente inserção precária no mercado de trabalho, são também invocados para caucionar a tese de que, se a GA não instaura uma situação de marginalidade social e econômica, ela certamente a agrava (Heilborn et al., 2002, p.18).

Estes aspectos, citados por Heilborn et al. (2002), certamente fazem parte da vivência de muitas adolescentes, que passaram pela gravidez e não por acaso costumam estar vinculadas ao conhecimento do senso comum e da mídia. No entanto, o alerta da autora é de que uma visão homogênea sobre o fenômeno, que associe simplificadamente a gravidez na adolescência a mães pobres e solteiras, possa acarretar na ocultação de outros aspectos significativos, como os pais adolescentes e as diferenças entre as classes. Outros autores vêm questionando a visão de que a gravidez na adolescência, necessariamente, acarreta em prejuízos tanto para a mãe quanto para o bebê e tem demonstrado a potencialidade das adolescentes para adaptarem-se e experimentarem a maternidade de uma maneira positiva (Andrade et al., 2006; Esteves & Menandro, 2005; Gontija & Medeiros, 2005; Levandowski et al., 2008).

Tendo em vista o que foi exposto até aqui, pretende-se abordar neste capítulo os aspectos biopsicossociais envolvidos no processo de gravidez, procurando mostrar a diversidade, complexidade e até mesmo contradições que cercam este tema.

3.5.1. A descoberta da gravidez: por que na adolescência?

“O que leva uma adolescente a engravidar?” Essa pergunta foi feita para adolescentes de 12 a 19 anos, moradores de uma favela em Santo André (SP) e participantes de um projeto de iniciação artística em São Paulo. Os resultados, apresentados por Reis e Oliveira-Monteiro (2007), mostraram que as meninas indicaram a vontade de ter a própria família, o gosto por crianças, sentimentos de solidão e conflitos

⁴ GA= Gravidez na adolescência.

familiares. Já os meninos atribuíram como motivos para uma gravidez adolescente, a falta de opções de vida, de lazer e de oportunidades para estudar e trabalhar. Os autores ressaltam que, apesar da condição de pobreza do grupo estudado, nenhum dos participantes indicou diretamente as dificuldades financeiras como uma razão para uma adolescente engravidar, assim como também não pareceram importantes, sob o ponto de vista dos entrevistados, dificuldades no uso correto de métodos contraceptivos (Reis & Oliveira-Monteiro, 2007).

Um outro estudo qualitativo, realizado no Chile com adolescentes nuligestas⁵, procurou conhecer os fatores de risco e proteção para a gravidez na adolescência. Dentre os fatores individuais que favorecem a ocorrência da gravidez destacaram-se, como fatores individuais, o amor romântico (idealização da relação com o parceiro), a falta de reflexão, baixa auto-estima, irresponsabilidade masculina, falta de conhecimentos em sexualidade e não uso de métodos anticoncepcionais. Os fatores familiares, identificados como favorecendo a ocorrência da gravidez, disseram respeito à negligência paterna, caracterizada como ausência de limites sentida pelas adolescentes como desinteresse e falta de apoio e orientação ou, por outro lado, famílias com limites muito rígidos, percebidos pelas adolescentes como grandes restrições que tolham sua autonomia e liberdade para tomar decisões (Baeza, Poo, Vásquez & Muñoz, 2005).

Dentre os fatores individuais que evitam a gravidez, destacou-se a capacidade reflexiva e o estabelecimento de projeto de vida, relacionado à continuidade dos estudos e à necessidade de concretizar uma independência econômica. Já os fatores familiares disseram respeito a famílias cuidadoras, onde existe comunicação, confiança e controle das situações de risco, e que estabelecem limites claros, que são dialogados com os adolescentes. Os autores citam ainda o fator social de sansão, onde a discriminação que experimentam as adolescentes grávidas atuaria como um fator inibidor da atividade sexual. A expectativa de cursar a faculdade também foi indetificada como um fator de proteção, principalmente na presença de baixa escolaridade materna (Baeza et al., 2005; Caputo & Bordin, 2007).

Apesar de não terem sido citados pelos jovens do primeiro estudo, os problemas no acesso e uso dos anticoncepcionais são fatores significativos para a ocorrência da gravidez, cerca de doze anos após a maternidade adolescente, conforme demonstrou um estudo com mulheres de classe média e baixa. Esteves e Menandro (2005)

⁵ Que nunca tiveram filhos.

observaram que, entre as mulheres de classe média, todas possuíam conhecimentos sobre métodos contraceptivos na época da gravidez, atribuindo o não uso à percepção de imunidade, receio dos efeitos colaterais dos anticoncepcionais orais, dificuldade de acesso aos métodos e receio de que a mãe ou a família descobrisse a atividade sexual. No grupo de baixa renda, cerca de 60% não tinha informações prévias sobre métodos contraceptivos. O desejo de engravidar foi o motivo principal para a não utilização dos métodos e, entre as que não desejavam a gravidez, as dificuldades de acesso e o alto custo dos contraceptivos foram citados como o fator impeditivo de seu uso (Esteves & Menandro, 2005; Hoga, 2008).

Foram encontrados ainda como fatores que favoreceram a ocorrência da gravidez, o uso inadequado de preservativos, esquecimento da pílula e a satisfação do desejo do parceiro de ter um filho. Os conhecimentos sobre métodos mais utilizados, ciclo menstrual e período fértil também foram limitados, mesmo entre jovens que já faziam uso de métodos anticoncepcionais. Somam-se a isto problemas na comunicação entre as jovens e suas mães sobre a vida sexual, onde a falta de confiança resultou em informações parciais e incompletas, que não foram esclarecidas por rede de apoio substituta. Assim, percebe-se que os adolescentes constituem-se num grupo que ainda carece de informações e formação sobre sexualidade e concepção (Dias & Gomes, 2000; Hoga, 2008; Monteiro, Costa, Nascimento & Aguiar, 2007; Paniz, Fassa & Silva, 2005).

No entanto, o acesso ao conhecimento não se reverte, de imediato, numa conduta de auto-proteção que eliminaria riscos, conforme demonstram Brandão e Heilborn (2006), ao relatarem que o aprendizado da contracepção na adolescência é gradual, sendo que os jovens tendem a ser menos vigilantes em relacionamentos duradouros. Corroboram com essa perspectiva os achados de Paniz et al. (2005), mostrando que tanto entre homens quanto mulheres, o uso de um método anticoncepcional, exclusivo ou combinado, ao longo da vida esteve relacionado com maiores escores de conhecimento sobre métodos contraceptivos. Além disso, a descrição dos envolvimento afetivo-sexuais juvenis apontou dificuldades na questão contraceptiva, com a adoção de métodos pouco seguros, com o coito interrompido, a tabelinha e o uso descontínuo de camisinha e pílula. As autoras concluíram que “o controle da contracepção é uma experiência subjetiva, que se aprende e se adquire com o tempo, no decurso dos relacionamentos afetivo-sexuais, permeados pelas assimetrias de gênero” (Brandão & Heilborn, 2006, p.1426).

Sobre esta questão, em estudo realizado na Colômbia, com adolescentes de 10 a 14 anos, revela o impacto das relações de gênero nos significados sobre sexualidade e saúde reprodutiva, ao mostrar que para as mulheres o “cuidar-se” assume o significado de resistir à demanda sexual dos homens, vistos como figuras que abandonam. A sexualidade, neste caso, é considerada perigosa e não aparece relacionada ao prazer. Já para os homens, cuidar-se significa evitar riscos para sua saúde, sendo as mulheres separadas em “boas” e “más” e os riscos associados à condição feminina. O autor da pesquisa alerta que sobrecarregar os adolescentes com uma visão perigosa da sexualidade não ajuda os mesmos a se apropriar e exercer seus direitos, contribuindo, pelo contrário, a que se exponham a violações dos mesmos (Pacheco-Sánchez et al., 2007).

Alves & Brandão (2009) ainda mostram a que as distinções de gênero influenciaram na exposição à gravidez, durante a primeira relação sexual, sendo que os homens não estabelecem nexos entre a capacidade reprodutiva e o ato sexual, considerando que cabe a mulher preocupar-se com a prevenção uma vez que a gravidez ocorre em seu corpo. Elas, por sua vez, pensaram na possibilidade de ocorrer uma gravidez na primeira relação mas, apesar disto, não utilizaram contraceptivos. A violência também contribuiu para a exposição ao risco de uma gravidez indesejada, como mostraram Stephenson, Koenig, Acharya & Roy (2008), que estudaram mulheres indianas da zona rural, descobrindo entre as que sofreram violência física, por parte dos maridos, uma propensão menor ao adotar métodos contraceptivos.

Apesar desses fatores, que podem levar a adolescente a uma gravidez não desejada, é necessário considerar que a concepção pode ser a realização de um desejo, ser motivada pela vontade de seu companheiro, que deseja um filho, ou ainda efetivada pela valorização da maternidade, em culturas onde ser mãe equivale a assumir um novo *status* social, o de ser mulher. Outra razão para o comportamento de ter relações sem evitar a gravidez é a falta de percepção sobre o risco de engravidar. Nestes casos, mesmo tendo conhecimento sobre o uso de métodos contraceptivos, os mesmos não são utilizados (Andrade & cols, 2006; Dadoorian, 1998; Esteves & Menandro, 2005; Godinho, Schelp, Parada & Bertoncello, 2000; Hoga, 2008; Lima et al., 2004).

A esse respeito, um estudo realizado na Califórnia, por Rosengard, Phipps, Adler & Ellen (2004) mostrou que existem diferenças entre os planos de gravidez e a probabilidade de que a mesma ocorra. A maior parte das entrevistadas afirmou que não tinha planos de engravidar nos próximos seis meses. No entanto, quando questionadas

sobre a probabilidade de que uma gravidez acontecesse neste período, surgiram variações nas respostas, sendo que entre adolescentes com respostas inconsistentes a respeito da intenção em engravidar (“não planejam, mas gostariam”) encontrou-se uma ocorrência maior de gravidez, do que entre aquelas que indicam claramente uma intenção contrária (“não planejam, nem gostariam”). A partir disso, os autores destacam as possibilidades de trabalho, que poderiam ser estabelecidos com as adolescentes se o médico ou profissionais perguntassem a elas se têm planos, ou acreditam que têm chances de engravidar nos próximos meses.

Indo ao encontro do que foi assinalado anteriormente, por Heilborn et al. (2002), os estudos com adolescentes revelam o contraste entre a expectativa social de que as mesmas priorizassem a preparação para o trabalho e o desejo por um filho, expresso nas falas das adolescentes como algo desejado e valorizado, especialmente entre as camadas populares. Lima et al. (2004) constataram que a gestação assume um significado de projeto de vida para muitas adolescentes que sentem-se felizes com a gravidez, alegando que este desejo foi a principal razão para a não utilização de métodos contraceptivos e para o abandono da escola e/ou do trabalho. “Neste contexto, com frequência, a gestação na adolescência não está sendo percebida como um problema, mas como um objetivo a ser alcançado” (Lima et al., 2004, p.82).

Além disso, a gestação pode legitimar a atividade sexual e o uso de contraceptivos por parte do casal que, em geral, esconde o início da atividade sexual no meio familiar, especialmente nas classes populares onde o diálogo é mais restrito e existem poucas perspectivas profissionais (Brandão, 2009). A maternidade, enquanto projeto de vida, também é discutida por Miño-Worobiej (2008), que mostra a relação entre projetos de vida e relações de gênero, ao falar que o primeiro contém idéias sobre os papéis que uma mulher pode ou deve desempenhar na sociedade, o que também está associado às possibilidades e oportunidades do contexto social. Em seu estudo com 40 adolescentes paraguaias, de 15 a 19 anos, encontrou entre as escolarizadas o predomínio de projetos de vida voltados à superação das privações econômicas e independência em relação ao homem, através do acesso a níveis de educação superior. Entre as não escolarizadas, a constituição de uma família e a maternidade foram relatadas como preferências, sendo o matrimônio considerado a melhor estratégia para atingir o bem-estar, uma vez que predomina a noção da impossibilidade de ascensão social de maneira autônoma.

Dadoorian (1998) também encontrou entre famílias de classes populares a noção de filho como um bem, um valor, sendo o desejo pela gravidez uma forma de reparar a carência narcísica dos pais da adolescente. Essa autora destaca que, neste contexto, os pais incentivam a união das filhas com seus namorados quando estas iniciam a vida sexual, valorizando o casamento. Quando ocorre a gravidez, a reação inicial da família pode ser desfavorável, alegando que a adolescente é muito nova, mas em seguida o fato costuma ser aceito e vivido por toda a família, como um traço de união entre eles, sendo marcante o interesse da avó pelo neto, que chega a alegar que a filha não sabe cuidar da criança por ser muito nova (Dadoorian, 1998).

Entre as razões para engravidar, apresentadas por adolescentes chilenas, destaca-se o sentimento de solidão, e rebeldia em relação aos pais ou o desejo de assegurar o carinho do parceiro, obtendo autorização dos pais para casar (Aliaga et al., 1985). Um estudo com 216 adolescentes grávidas mostrou que o desejo de ser mãe foi o principal motivo da concepção (44,9%), seguido da não utilização de práticas preventivas (12,9%), descuido (10,1%) ou planejamento junto com o marido (7,8%) (Neto, 2007). Levandowski et al. (2008), ao refletirem sobre as razões para a gravidez tornar-se um projeto entre adolescentes de classes populares, concluem que:

(...) socialmente, a gravidez representa realização, saúde e maturidade para a mulher e, nos ambientes nos quais há poucas possibilidades de atingir esse reconhecimento por outras vias, a maternidade pode ser uma saída para as adolescentes. Constata-se, então, que muito freqüentemente a percepção da falta de alternativas educacionais, profissionais e afetivas desejáveis seria um fator motivador para a maternidade. Isso poderia explicar, pelo menos em parte, a maior aceitação da gravidez adolescente nas classes populares (Levandowski et al., 2008, p.259).

Além dos fatores já mencionados, a gravidez também foi atribuída a relações familiares desfavoráveis, quando as necessidades de atenção e proteção das adolescentes não foram satisfeitas na família, ou como forma de escapar dos problemas familiares, que podem incluir brigas entre os pais, violência doméstica, assédio sexual e provocações. Nestes casos, ficar grávida pode ser considerada uma solução para os

conflitos familiares, proporcionando às adolescentes, quando passam a viver com o parceiro, o sentimento de pertencer à uma família, sendo que os adolescentes atribuíram grande valor à constituição de sua própria família. Nestes casos, onde a maternidade assume o significado de conquistar uma melhor qualidade de vida, é possível identificar entre as adolescentes, a presença de fantasias de que o bebê seria alguém a quem poderia expressar todo o amor e dar todo o cuidado que buscou para si mesma, alguém que necessitaria dela e não a abandonaria (Dadoorian, 1998; Falcão & Salomão, 2006; Hoga, 2008).

Fantasias semelhantes foram encontradas por Gontija & Medeiros (2005) num estudo com mães adolescentes, com experiência de vida nas ruas, onde identificou-se que para a maioria a gravidez não foi planejada, decorrente de relacionamentos pouco duradouros e vínculos frágeis com o parceiro, o que se refletia na perda de contato com o mesmo. A satisfação que essas meninas apresentaram, ao exercerem o papel de mãe, mostrou-se ligada ao reconhecimento social que este papel lhes trouxe e à formação de um vínculo de afeto genuíno com o filho. Neste sentido, foram identificados dois significados atribuídos pelas gestantes aos seus filhos: a criança na condição daquele que iria acabar com a solidão e o abandono vivenciado pelas adolescentes, e o filho como um “salvador” de uma morte certa nas ruas, representando a possibilidade de construção de um futuro (Gontija & Medeiros, 2005).

Por outro lado, a gravidez também pode ser experimentada com insatisfação, trazendo desprazer, medo angústia, principalmente quando são excluídas do meio social. Num estudo com 12 adolescentes grávidas, Moreira Viana, Queiroz e Jorge (2008) identificaram alguns conflitos vivenciados, dentre eles, a gravidez como um problema indesejado, o medo de enfrentar a gravidez perante a família ou companheiro, a preocupação com a reação dos pais ou responsáveis e o baixo nível sócio-econômico como determinante da não aceitação da gravidez. Destacaram, ainda, a preocupação principal com a figura do pai, vista como agressiva e ignorante (Esteves & Menandro, 2005; Moreira et al., 2008). Num estudo realizado no Chile, por Aliaga et al. (1985), onde a gravidez representou um motivo de grande preocupação e angústia pelo temor à atitude dos pais, mais da metade das adolescentes solteiras omitiram a gravidez, atrasando o início do pré-natal.

Dentre uma das possibilidades que podem ocorrer à adolescente neste momento, encontra-se o aborto que, embora seja uma prática ilegal

no Brasil⁶ é, frequentemente, cogitado como uma alternativa à gravidez não desejada entre adolescentes. Por ser uma prática passível de punição legal, costuma ser realizada sem acompanhamento médico, ou em condições precárias, contribuindo para o aumento de complicações e hospitalizações, sendo que na América Latina, a cada ano, estima-se que quatro milhões de mulheres provocam aborto (Alan Guttmacher Institute, 1996; Peres & Heilborn, 2006).

A condição sócio-econômica é um dos fatores que levam algumas adolescentes à interromper a gravidez, sendo a falta de condições para criar seus filhos uma das razões apontadas por adolescentes que realizaram aborto. Outra razão citada por adolescentes, diz respeito à influência de sua própria mãe, que incentiva ou até mesmo obriga a adolescente a abortar tomando chás ou remédios. Por outro lado, o aspecto religioso, aliado à percepção do feto como já sendo seu filho, pode fazer com que as adolescentes rejeitem a possibilidade do aborto (Dadoorian, 1998; Falcão & Salomão, 2006; Moreira et al., 2008).

Já nas classes médias, a decisão de fazer ou não um aborto costuma ser compartilhada com a família em função da necessidade dos adolescentes em obter apoio financeiro dos pais, para a realização da decisão, seja ela qual for. Brandão e Heilborn (2006) destacam que quando surgem discordâncias entre o desejo dos jovens e o de seus pais, os conflitos se agravam, pois os filhos, mesmo que tenham suas próprias decisões tomadas, dificilmente poderão efetivá-las sem a ajuda dos pais. E estes, por outro lado, dificilmente conseguem impor uma posição aos filhos, predominando, nesses segmentos sociais, o respeito à privacidade e à autonomia dos filhos (Brandão & Heilborn, 2006).

De qualquer forma, mesmo nos casos onde a adolescente assume a gravidez de forma positiva, López et al. (2005) destacam que essa aceitação é precedida por uma etapa de crise e conflito, tanto pessoal quanto familiar. O momento da revelação da gravidez, segundo Monteiro et al. (2007), pode gerar conflitos e a presença de violência, manifestada tanto na forma física, através de espancamento, como na forma psicológica, quando eram xingadas, ridicularizadas, humilhadas e induzidas ao abortamento. O pai e a mãe figuram como principais agressores.

Estes autores ainda identificaram que as relações familiares destas adolescentes, antes da gravidez, eram harmoniosas, incluindo a presença de diálogo e respeito. No entanto, esse diálogo não se referia a

⁶ A prática é legalmente autorizada nos casos em que a gravidez é fruto de violência sexual, quando a vida da mulher esta ameaçada ou o feto apresenta deformidades.

assuntos relacionados à sexualidade e orientações sobre gravidez. A ocorrência de violência e relações familiares desfavoráveis durante a gravidez também foi citada por outras adolescentes, com o pai do bebê figurando como o principal agressor. Além disso, encontra-se o relato de críticas à idade em que engravidaram, discriminação e repercussão negativa entre vizinhos e parentes (Esteves & Mendandro, 2005; Falcão & Salomão, 2006; Monteiro et al., 2007).

Apesar do “choque” e das reações iniciais desfavoráveis, o decorrer da gestação pode resultar numa reorganização do sistema familiar, com a adolescente sentindo-se mais acolhida, principalmente por sua própria mãe, após o nascimento do bebê. Assim, pode ocorrer o estabelecimento de relacionamentos familiares mais favoráveis, sendo que para algumas avós, a vinda do bebê assume o significado de unir pessoas que não se falavam, ou amortecer conflitos existentes (Falcão & Salomão, 2006). Cabe ressaltar, no entanto, que nem sempre a notícia da gravidez é recebida de forma negativa pela família da adolescente. Esteves e Menandro (2005) destacam que tanto nas classes populares quanto nas classes médias, a reação inicial da família pode ser positiva, uma vez que a maternidade assume um caráter de realização. A partir de uma revisão de estudos sobre o tema, Levandowski et al. (2008) sugerem que, em geral, as famílias das gestantes e mães adolescentes acabam apoiando as adolescentes, sendo as atitudes de rejeição, por parte das famílias, mais relacionadas a fatores específicos, associados a preconceitos sociais.

3.5.2. Repercussões da gravidez no desenvolvimento da adolescente

Que transformações acontecem no corpo, subjetividade, relações familiares e sociais da adolescente, quando a mesma passa por uma gestação? Conforme foi visto, anteriormente, a gravidez na adolescência vem sendo associada à noção de risco para a saúde, especialmente quando ocorre antes dos quinze anos (MS, 2006c). Mas quais seriam esses riscos? Eles realmente são maiores do que os encontrados entre mulheres adultas? São intrínsecos à gravidez na adolescência, ou ocorrem em função de outros fatores presentes neste fenômeno?

Do ponto de vista da saúde física, tem-se encontrado entre mães adolescentes maiores incidências de pré-eclampsia, parto cirúrgico e morte. As adolescentes grávidas também apresentam com maior frequência do que as não-grávidas, sintomas de ansiedade, depressão e uso de tabaco, bem como anemia, hipertensão, complicações no parto,

disfunções uterinas e infecções. Além dos possíveis riscos para as mães, a saúde dos bebês também é foco de estudos, que vem demonstrando maior tendência à prematuridade, baixo peso ao nascer, apgar mais baixo, doenças respiratórias, trauma obstétrico, doenças perinatais e mortalidade infantil entre filhos de adolescentes (Caputo & Bordin, 2007; Levandowski et al, 2008; López et al., 2005; Magalhães & Furtado, 2006).

Esses achados, no entanto, não se constituem num consenso científico, pois outros estudos apontam resultados bastante diversos. Puhl, Pereira, Grisard e Hallat (2007), que compararam mães adolescentes e adultas, não encontraram diferenças significativas, no que se refere à apgar inferior a 7 no primeiro e quinto minuto de vida, baixo peso ao nascer, retardo de crescimento intrauterino, prematuridade, malformações congênitas, icterícia, mortalidade pré-natal e outros distúrbios. Outro estudo comparativo, com filhos de mães adolescentes e adultas, Vieira, Bicalho, Silva e Barros Filho (2007) identificaram que, com um ano de idade, as crianças dos dois grupos apresentaram desenvolvimento neuropsicomotor semelhante.

Levandowski et al. (2008) destacam, no entanto, que os aspectos negativos relacionados à gravidez na adolescência tendem a estar mais associados a mães de 13 ou 14 anos, do que as de 17 ou 18 anos. No que se refere ao relacionamento com o parceiro, observou-se “uma relação direta entre a instabilidade da relação e a idade, de forma que quanto mais jovem a garota, mais instável, o que se traduz pelo fim da relação ainda durante a gravidez e manutenção da residência com os pais (Godinho et al., 2000).

Por outro lado, Dias & Aquino (2006) também identificaram que a existência de filhos pode motivar a união conjugal juvenil, reafirmando as funções de prover e cuidar da criança para homens e mulheres, respectivamente, sendo a família considerada uma instância fundamental de apoio material e afetivo para os jovens pais, mesmo para aqueles que formaram um novo grupo familiar.

Outro aspecto importante, levantado por um estudo exploratório realizado em cinco capitais brasileiras, mostrou que a gravidez entre adolescentes de 10 a 14 anos costuma relacionar-se à violência sexual e, muitas vezes, constitui-se como o fator denunciador de um abuso que a adolescente pode estar sofrendo há anos. Nestes casos, a gravidez pode ser vivida como uma segunda violência, com repercussões psicológicas negativas, tanto para a constituição da sexualidade da adolescente quanto para o desenvolvimento da gravidez, parto e puerpério (Cavasin et al., 2004).

No Brasil, a gravidez em adolescentes menores de 15 anos é considerada pelo Ministério da Saúde um fator de risco, que demanda a atenção diferenciada dos profissionais durante o pré-natal. Segundo Darzé (1989), o grupo com idade inferior a 16 anos apresentou incidência mais elevada de toxemia, fetos de mais baixo peso, mortalidade perinatal, condilomatose⁷ e desencadeamento do parto em idade cronológica mais reduzida. Um estudo realizado na Venezuela, com gestantes de 10 a 14 anos, qualificou a gravidez nessa faixa etária como de alto risco, a partir de fatores que a acompanhavam, como situação socioeconômica desfavorável, carências nutricionais, imaturidade psicológica, primiparidade, falta de controle pré-natal e educação sexual, dentre outros (Uzcátegui, 1997). Essa autora ainda destaca que as adolescentes de 10 a 14 anos apresentaram mais complicações, morbimortalidade, abortos e necessidade de intervenções obstétricas, como fórceps e cesáreas, do que as mulheres adultas, o que ressalta a necessidade de uma atenção integral, com ações educativas dirigidas à família, professores e adolescentes.

Assim, apesar de estudos como o de Magalhães e Furtado (2006), que não encontraram diferenças na evolução da gestação e desempenho obstétrico entre adolescentes menores de 16 anos e acima desta idade (de 16 a 19 anos), Godinho et al. (2000) destacam que alguns problemas das adolescentes mais jovens são específicos, apontando a necessidade de realizar a análise de acordo com a idade das adolescentes. O mesmo alerta é realizado por Andrade et al. (2006), que realizaram um estudo qualitativo com mães adolescentes, de 15 a 19 anos, no qual as participantes fizeram referências positivas sobre a experiência da maternidade. Apesar dos resultados, essa autora ressaltou a necessidade de explorar melhor a faixa etária dos 10 aos 14 anos que, segundo ela, pode não ter a mesma experiência.

Tendo presentes estas especificidades, em relação às adolescentes em fase inicial, o que foi visto até aqui permite vislumbrar que a ocorrência da gravidez no período da adolescência (inicial ou tardia) costuma despertar um período de crise e conflitos, relacionados, principalmente, com a reação do parceiro, da família e a cogitação de um aborto, o que faz com que muitas mulheres adiem a decisão de revelar a gestação até o momento em que não podem mais escondê-la. Neste caso, a demora em procurar o acompanhamento médico pré-natal, seja por negação, falta de conhecimento ou medo de serem pressionadas

⁷ Doença causada pelo Papiloma Vírus Humano ou HPV.

a abortar, acaba aumentando os riscos para a saúde de mãe e filho (Gama, Szwarcwald, Sabroza, Branco & Leal, 2004).

Além da preocupação com a saúde física da mãe adolescente e seu bebê, há a necessidade de considerar os aspectos psicossociais presentes nessa experiência, já que “o processo físico da gestação é mais simples de ser enfrentado e elaborado do que o processo psicossocial, que ele acarreta a longo prazo” (Velho, 2003, p.319).

Entre as consequências da gravidez na adolescência, comumente mencionadas, podem ser citadas: (a) impossibilidade de completar a função de adolescência, tendo que antecipar escolhas e abreviar experiências; (b) abandono da vida escolar (por vergonha, proibição ou interdição de outras naturezas); (c) menor chance de qualificação profissional, com óbvios reflexos para as oportunidades de inserção posterior no mundo do trabalho; (d) grande dificuldade para rearticular a vida sexual e limitar a fecundidade; (e) impossibilidade de estabelecer uma família com plena autonomia, autogestão e projeto de futuro; (f) dependência financeira absoluta da família, ou do pai da criança; (g) maior risco de instabilidade conjugal; (h) abandono familiar da adolescente, em alguns casos, levando ao maior empobrecimento da mesma e da família que venha a constituir; (i) vivência de preconceito em várias instâncias sociais; (j) despreparo para lidar com o desenvolvimento do filho; (k) maior risco de comprometimento da saúde física e/ou emocional do bebê; (l) risco alto de comprometimento da saúde física e/ou emocional da mãe adolescente, diante das dificuldades enfrentadas no atendimento de suas próprias necessidades e carências (Esteves & Menandro, 2005).

No que se refere aos cuidados com o filho, um estudo com mulheres adultas que foram mães na gravidez revelou experiências de impaciência e pequenos maus tratos com a criança, atribuídos pelas próprias mães a sua imaturidade na época. Essas mesmas participantes consideraram a adolescência como a etapa anterior à gravidez, ou seja, a gravidez precoce representou o marco e o ponto final, nesta fase de suas

vidas, impossibilitando experiências comuns aos adolescentes como sair com os amigos, viver despreocupadamente, estudar com tranquilidade e namorar. Por outro lado, o início da vida sexual, a gravidez, o parto, o casamento, a maternidade, a administração da casa e outras experiências, foram vividas precoce e concomitantemente, quando na opinião das participantes deveriam ter sido sequenciais. Assim, a gravidez precoce interrompeu e alterou processos vivenciais, trazendo sofrimento psíquico, em função do preconceito, e exigindo esforço na re-elaboração das trajetórias de vida (Velho, 2003).

A partir daí, é possível vislumbrar que, do ponto de vista psicológico, a gravidez interfere no curso normal do desenvolvimento da jovem, provocando a necessidade de que esta assuma os papéis de mãe, mulher e adulta, sem ter tido a possibilidade de consolidar as habilidades e o nível de desenvolvimento necessário para desempenhá-los (López et al., 2005).

A gestação na adolescência é, de modo geral, enfrentada com dificuldade porque a gravidez nessas condições significa uma rápida passagem da situação de filha para mãe, do querer colo para dar colo. Nessa transição abrupta do seu papel de mulher, ainda em formação, para o de mulher-mãe, a adolescente vive uma situação conflituosa e, em muitos casos, penosa. A grande maioria é despreparada física, psicológica, social e economicamente para exercer o novo papel materno, o que compromete as condições para assumir adequadamente e, associado à repressão familiar, contribui para que muitas fujam de casa e abandonem os estudos. Sem contar com as que são abandonadas pelo parceiro, muitas vezes também adolescente. (Moreira et al., 2008, p.315)

Apesar das dificuldades psicossociais, com as quais a adolescente é confrontada, o papel de mãe tende a ser percebido pelas mesmas como sendo de maior significado e importância do que outros papéis, como o de filha, jovem, par ou estudante. A gravidez provocaria uma mudança de etapa no ciclo vital, fazendo com que as adolescentes comecem a sentir-se parte do mundo adulto, mesmo quando reconhecem sua falta de maturidade para lidar com as exigências desta nova etapa em suas vidas. Por fim, elas atribuem à gravidez o papel de lhes converter em mulheres, cujos significados relacionam-se a serem donas

de casa, poderem dar a vida, diferenciarem-se dos homens, serem esposas e mães, preocupadas em formar sua família (López et al., 2005).

Num estudo qualitativo com oito participantes, Andrade et al. (2006) constataram que as mães adolescentes sentem um grande amor pelos filhos e, a partir disso, são capazes de atender suas necessidades de cuidados diários (banho, trocas, alimentação) e buscar ajuda de familiares e profissionais que possam lhes orientar e oferecer apoio. Inclusive, no que se refere a características maternas e cuidados com o recém nascido, Rugolo et al. (2004) não encontraram indicadores de problemas, mostrando que o desempenho das adolescentes assemelha-se ao de adultas nestas questões. Assim, numa perspectiva de ganhos e perdas, a maternidade pode proporcionar mais ganhos do que perdas à vida das adolescentes, sendo que o predomínio de sentimentos positivos resulta numa melhoria da qualidade de vida (Hoga, 2008).

Isto não significa, no entanto, que as adolescentes tenham a confiança dos familiares para exercerem a função de mãe, como demonstra o estudo de Machado, Meira e Madeira (2003), elaborado a partir de queixas das adolescentes que alegavam não ter a oportunidade de praticar as orientações recebidas dos profissionais, porque ninguém acreditava nelas. As entrevistas com familiares revelaram que estes consideram que as características da adolescência, como impulsividade, rebeldia, exibicionismo e impaciência interferem nos cuidados com a criança, confirmando a desconfiança em relação às condutas adotadas pelas jovens mães. A responsabilidade destas, no entanto, é reconhecida e valorizada pelos familiares, que destacam a capacidade das adolescentes para cumprir a rotina de cuidados do filho, de modo satisfatório. O estudo evidenciou que, através da dedicação, atenção e carinho dispensados ao filho, as adolescentes superaram a desconfiança dos familiares e conquistaram o reconhecimento de seu papel de mãe (Machado et al., 2003).

O temor de sentirem-se desacreditadas por familiares e profissionais da saúde em sua competência para cuidar do filho, também foi identificado por Andrade et al. (2006), sendo que as dificuldades de ordem financeira e a incompletude dos estudos acirram a posição de dependência da adolescente, em relação aos familiares, que pode ser significada por ela como impossibilidade de assumir os cuidados com o filho em sua totalidade. Assim, é importante considerar que a experiência da gravidez também pode acarretar sofrimento psíquico para a adolescente, especialmente quando ela não a desejou. Dentre as repercussões que vêm sendo identificadas nestas situações, pode-se

destacar autovalorização negativa, baixa expectativa com relação ao futuro e alto nível de estresse emocional (Sabroza et al., 2004).

No que se refere ao relacionamento com o parceiro, mesmo entre os casais que continuam juntos, encontra-se o relato de dificuldades no relacionamento em função do acúmulo de papéis (mãe, pai, estudante, trabalhadores), falta de tempo para adaptação exclusiva do casal, falta de espaço de convivência e aprendizado para o viver a dois e o maior compromisso das mulheres em relação à criação dos filhos (Velho, 2003). Ao falar sobre as vivências de pais adolescentes de classes populares, Heilborn et al. (2002) assinalam que a inserção dos rapazes no mercado de trabalho, por volta dos 13 anos, contribui para o abandono escolar e restringe possibilidades, transformando projetos em sonhos, centrados principalmente na busca por um mínimo de estabilidade material. Essa autora ainda ressalta que, se nas classes populares a parentalidade adolescente exige um ajuste contínuo das expectativas e aspirações profissionais dos rapazes, nas classes médias ela ocasiona um impacto pequeno nos projetos e trajetórias escolares e profissionais dos sujeitos, não implicando, de modo geral, nem na suspensão dos estudos, nem na aceleração do ingresso no mercado de trabalho.

E o impacto da gravidez na vida escolar e profissional da adolescente? Segundo dados da OMS, a fertilidade apresenta uma relação inversa ao nível educacional das mulheres, mas David Lam e Ranchhold (2008) consideram que a gravidez não é totalmente incompatível com a continuidade dos estudos, constatando que 50% das mulheres africanas, que ficam grávidas entre 16 e 17 anos, seguem matriculadas na escola no ano seguinte.

No entanto, tendo presente que as vivências femininas são permeadas por especificidades tanto de gênero, quanto de nível socioeconômico, a escolaridade da adolescente sempre é afetada quando acontece a gravidez, acarretando uma grande modificação no perfil das atividades exercidas pelas gestantes. Frequentemente as jovens se vêem na condição de precisar interromper seus estudos, o que acarreta perda de oportunidades e piora da qualidade de vida no futuro. No entanto, é importante ressaltar que no momento da gravidez, muitas já encontravam-se fora da escola, o que costuma estar mais presente entre jovens de baixo nível sócio-econômico (Aliaga et al., 1985; Esteves & Menandro, 2005; Godinho et al., 2000; Heilborn et al., 2002; Lima et al., 2004; Moreira et al., 2008).

Entre mulheres de classe média, várias conseguiam seguir com os estudos, mas realizavam adaptações como interrupção temporária ou

troca do curso pretendido por um mais curto, que possibilitasse uma inserção mais rápida no mercado de trabalho. Entre as que conseguiram dar continuidade aos estudos, destaca-se que tiveram o suporte de familiares, que garantiam os cuidados com o bebê durante os seus horários de ausência. Já as que precisaram trabalhar e não prosseguiram com os estudos, destaca-se a presença de sentimentos de perda e tristeza por não terem podido estudar (Esteves & Menandro, 2005; Velho, 2003).

Entre as classes populares, a relação da gravidez com a evasão escolar definitiva é mais provável em situações em que a inserção feminina no mercado de trabalho revela-se imperiosa, em virtude, muitas vezes, do desemprego de seus parceiros. Nestes casos, as dificuldades em conciliar estudos, trabalho, responsabilidades domésticas e maternas acabam impossibilitando a retomada dos estudos, apesar de algumas informantes omitirem essas considerações, atribuindo o abandono escolar à gravidez (Heilborn et al., 2002).

Assim, a baixa escolaridade, aliada ao baixo nível sócio-econômico, costumam ser fatores determinantes para a não aceitação da gravidez entre adolescentes, especialmente quando a adolescente é abandonada pelo companheiro e sofre violência familiar (Moreira et al., 2008). Essa autora ainda destaca a relação entre o somatório desses problemas e o desejo de provocar aborto, suicídio ou dar a criança para adoção, ressaltando a necessidade do suporte familiar e social. Privações socioeconômicas prévias, portanto, constituem-se enquanto fatores potencializados de problemas, como menores chances de completar a escolaridade, redução das oportunidades de emprego, tendência maior à construção de famílias numerosas e de separações (Gomes et al., 2002).

Heilborn et al. (2002) também constataram os impactos da maternidade nas carreiras femininas das classes populares, que costumam retirar-se de um espaço mais público (escola, trabalho, saídas com os amigos), acirrando a *internalidade* em relação à casa, o que coincide com frequentes queixas de solidão e isolamento entre essa população. Dessa forma, a maternidade não apressa a entrada das adolescentes no mercado de trabalho, mas as torna, mesmo que provisoriamente, mais dependentes do parceiro e/ou familiares para garantir tanto sua subsistência quanto da criança. Quando o parceiro assume a responsabilidade pela criança, costuma-se estabelecer uma complementariedade entre a internalidade feminina (cuidados com a criança) e externalidade masculina (busca do sustento) (Heilborn et al., 2002).

Essa autora ainda ressalta que esse tipo de restrição também acontece entre adolescentes de classe média, contrastando com os parceiros que, independente da classe social, não são tão afetados pela paternidade em suas inserções escolares e profissionais (Heilborn et al., 2002). Somam-se a isto, as restrições nas atividades de lazer, que também podem agravar as dificuldades com o parceiro, na medida em que este permanece tendo acesso a atividades sociais, enquanto elas cuidam dos filhos. Nestes casos, o suporte à adolescente, no sentido de cuidar do bebê, era válido apenas para atividades de trabalho e estudo, implicando em sua restrição no contexto adolescente e atividades prazerosas a ele relacionadas (Esteves & Menandro, 2005).

Apesar disso, o suporte dos pais, que podem prestar assistência financeira e afetiva foi classificado por gestantes de classe média como fundamental, tendo sido associado ao desenrolar positivo de suas vidas, apesar do ocorrido. Cabe ressaltar que, mesmo entre famílias de baixa renda, cuja reação inicial tenha sido majoritariamente desfavorável, o apoio prestado, principalmente, pelas mães durante a gravidez das filhas adolescentes foi de suma importância. Os cuidados abarcavam desde reunir os amigos e familiares para ajudar no enxoval até levar para o médico e fazer o pré-natal (Falcão & Salomão, 2006; Lima et al., 2004; Velho, 2003).

Assim, destaca-se a possibilidade de que a maternidade possa ser exercida a contento pela adolescente, especialmente diante de suporte familiar e social, possibilitando uma adaptação à situação ao longo do tempo, com um melhor enfrentamento das demandas dela decorrentes e desenvolvendo suas capacidades para cuidar de seu filho e atribuir significados positivos a essa experiência (Andrade et al., 2006; Levandowski et al., 2008).

3.5.3. Perspectivas de Futuro

A ausência de planos de vida tem sido descrita por alguns autores como uma característica de jovens que engravidaram na adolescência, o que pode dificultar o desenvolvimento escolar e contribuir para a manutenção do ciclo de pobreza em famílias de baixa renda (Dadoorian, 1998; Godinho et al., 2000; López et al., 2005). Além disso, os achados de Godinho et al. (2000) mostraram que mesmo quando a gravidez foi aceita, as adolescentes apresentaram uma visão idealizada da gestação, com ausência de preocupação com problemas concretos do dia a dia, incluindo seu sustento, estudo, trabalho e realização pessoal. Também idealizavam as expectativas futuras,

especialmente as mais jovens, que não apresentavam alternativas concretas, ou visualizavam caminhos promissores na sociedade em que estavam inseridas. Neste contexto, o desejo pela gravidez em adolescentes com pouca ou nenhuma expectativa em relação ao futuro, pode sugerir a gestação enquanto uma tentativa de reconhecimento social ou adaptação à condição de pobreza, com a gravidez em si tornando-se o projeto de vida da adolescente (Sabroza et al., 2004; Santos & Carvalho, 2006).

Após o nascimento do filho, as adolescentes manifestam planos, tanto para si quanto para o filho, como reiniciar ou continuar os estudos, fazer uma faculdade, trabalhar e garantir que o filho possa desenvolver-se com saúde e segurança. Entre as mais jovens, as aspirações são expressas em termos de saúde, felicidade e cuidados com o bebê, enquanto as mais velhas costumam ser mais objetivas, demonstrando intenção de voltar a estudar e trabalhar. Mas apesar de algumas adolescentes relatarem a experiência da gravidez como gratificante e chegarem a se tornar boas mães, frequentemente os projetos de vida dessas mulheres acabam sendo interrompidos, voltando-se para os papéis de mãe e dona-de-casa (Andrade et al., 2006; Godinho et al., 2000; López et al., 2005; Santos & Schor, 2003).

Entre mulheres de baixa renda, que engravidaram na adolescência, os projetos de vida atuais envolvem a busca de um emprego, o retorno às atividades escolares, o desejo por uma casa própria e o empenho para que o filho tenha uma vida melhor. Já as de classe média, buscam formação e profissionalização universitária, segurança de condições de desenvolvimento apropriadas aos filhos, além do desejo pela casa própria. Assim, os sonhos das mães adolescentes costumam ser, proporcionar a si e aos seus filhos condições de vida e um futuro melhor. A incorporação do papel de mãe à identidade dessas jovens passa a ser um estímulo para persistir na busca por uma melhor qualidade de vida (Esteves & Menandro, 2005; Hoga, 2008).

A gravidez, portanto, pode obrigar a redefinição de projetos, mas não impede sua realização, sendo o apoio familiar destacado como importante para tal adaptação. Nas classes médias, por exemplo, a chegada do neto costuma gerar conflitos e dificuldades no relacionamento familiar. Apesar disso, na maioria delas prevalece a decisão parental de que o nascimento da criança não deve impedir o curso previsto para a trajetória juvenil, o que promove adaptações e reajustes na família para acomodar os cuidados com o neto, com a manutenção do compromisso entre pais e filhos, de seguir o projeto

delineado para os adolescentes antes da gravidez (Brandão & Heilborn, 2006; Esteves & Menandro, 2005).

Entre as classes populares, com maior frequência, o projeto de vida também relaciona-se com a possibilidade de uma nova gravidez. Nesse sentido, Heilborn et al. (2002) levantam o questionamento sobre a contribuição da ausência de perspectivas profissionais e escolaridade errática na reincidência da gestação, que não é vista como um problema a ser prevenido. Ampliando esse questionamento, podemos perguntar quais iniciativas vêm sendo oferecidas aos jovens pela sociedade, no sentido de promover o exercício consciente da sexualidade e o delineamento de projetos de vida desvinculados da reprodução?

No que diz respeito à orientação sexual, Reis e Oliveira-Monteiro (2007) destacam que a escola e os familiares não foram indicados pelos jovens como fontes educativas relativas à sexualidade. No entanto, dentre os profissionais que os jovens preferem para conversar sobre suas dúvidas e problemas, foram citados desde profissionais da saúde (psicólogos, médicos e enfermeiros), até professores, padres ou pastores e outros (Priotto, 2002). Já num estudo realizado em Cuba com aproximadamente 1.300 adolescentes, Curbelo, Santiago, Boza, Cárdenas e Tahuile (2008) identificaram que a principal fonte de informações sobre sexualidade e reprodução são os próprios pares. Os profissionais da saúde foram citados, em geral, por adolescentes que já haviam engravidado.

Maia Filho, Mathias, Tedesco, Cesareo, Herculano e Porta, (1994), a partir de um estudo que comparou gestantes com menos de 15 anos com mulheres acima de 20 anos, destacam a necessidade não só de serviços de pré-natal específicos para essas jovens mas, principalmente, de orientação sexual cada vez mais precoce. Entretanto, diante da complexidade da gravidez na adolescência, não basta pregar a abstinência sexual ou uso de métodos contraceptivos, mas assumir uma prática educativa sistemática de orientação e reflexão, que relacione as aspirações dos jovens com a tomada de decisões sobre a vida sexual e reprodutiva. Esta demanda, no entanto, parece não encontrar acolhimento, na medida em que se constata a escassez de espaços destinados à discussão e reflexão sobre aspectos envolvidos no exercício da sexualidade, como apontaram (Lima et al., 2004; Orlandi & Toneli, 2008).

A importância da atuação dos profissionais pode ser percebida pelo papel que eles exercem junto às mães adolescentes, influenciando a maneira como estas assimilam a experiência dos cuidados com o filho. Quando encontram profissionais que as escutam, esclarecem suas

dúvidas e oferecem orientações que lhes ajudem a cuidar dos filhos, as adolescentes costumam sentir-se valorizadas e mais competentes para cuidar. Por outro lado, atitudes hostis dos profissionais perante as usuárias, especialmente as adolescentes, contribuem largamente para o sofrimento experimentado, podendo ser interpretado pelas mesmas como “castigos” ao exercício “precoce” da sexualidade dessas jovens. Assim, tendo presente a influência potencial dos profissionais sobre os jovens, o desafio para a saúde pública vem sendo a construção de atuações de atendimento integral ao adolescente, já que programas focados exclusivamente sobre os aspectos reprodutivos, e que não abordam aspectos relevantes como o autoconceito, os projetos de vida e papéis de gênero dos adolescentes costumam ter menor impacto (Andrade et al., 2006; López et al., 2005; McCallum & Reis, 2006)

A Saúde da Família, que atualmente tem a responsabilidade de contemplar o planejamento familiar na atenção básica, propõe-se a utilizar como estratégia a troca de informações e experiências entre as equipes e a comunidade. A efetivação desta proposta, no entanto, ainda pode estar distante da realidade, como levantou um estudo realizado no Ceará, onde a baixa oferta das ações de educação em saúde foi associada à desorganização da demanda, insuficiente cobertura da população por equipes de ESF, resistência dos profissionais e população às ações educativas, ausência de área física adequada à realização das ações e escassez de material de apoio (Moura & Souza, 2002).

Entre os trabalhos que foram realizados, os autores perceberam pouca troca de experiências entre os participantes, orientação pouco direcionada às necessidades do grupo, uso frequente de linguagem científica, repasse de informações desatualizadas e utilização inadequada do material de apoio. Além disso, a investigação que buscou conhecer as barreiras no atendimento e entrega de anticoncepcionais, revelou a ausência de uma rotina formal que respaldasse a atuação dos enfermeiros junto à população, gerando dilemas legais e éticos em relação à prescrição de métodos anticoncepcionais por estes profissionais, além de dificuldades no acesso aos métodos contraceptivos por parte das usuárias (Moura, Silva & Galvão, 2007).

Apesar disso, iniciativas de atendimento integral ao adolescente, através de ações inovadoras, também vêm sendo realizadas pelo Brasil. Na Rede Básica de Saúde do Município de São Paulo, por exemplo, os altos índices de gravidez na adolescência levaram à elaboração de uma proposta, coordenada por enfermeiras, em busca da melhoria da qualidade de vida das adolescentes. Esta iniciativa envolve o trabalho em grupos de orientação com estratégias psicopedagógicas e

possibilidades de prevenção, através da formação de agentes multiplicadores de informação entre os adolescentes (Arruda, Okakazi & Magalhães, 2005; Okazaki, Tocci, Cavalieri, Pedroso & Bossa, 2005).

Em Londrina (PR), um projeto de extensão universitária realizou oficinas que abordaram temas como sexualidade, métodos contraceptivos e DSTs. A metodologia participativa incluiu o uso de técnicas lúdicas, vivências e dinâmicas de grupo, tendo se mostrado um instrumento eficaz de prevenção e promoção de saúde. As oficinas de prevenção abordaram temas relativos à sexualidade, métodos contraceptivos e Doenças Sexualmente Transmissíveis. Segundo os adolescentes que participaram da experiência, as oficinas propiciaram um lugar para falarem de assuntos dificilmente tratados em outros espaços institucionais, a não ser com seus pares. A metodologia participativa também foi utilizada com a finalidade de capacitar profissionais da saúde na temática da gravidez (Jeolás & Ferrari, 2003; Moré, Farias & Soares, 2004).

Outro programa de atenção integral à adolescência, em Foz do Iguaçu (Paraná), vem procurando promover saúde através de ações educativas orientadas por uma equipe de 16 profissionais, que realizam atividades ligadas ao esporte, saúde, social, lazer, cultura e cursos profissionalizantes. As orientações semanais são aplicadas em grupos e organizadas por temas onde, através do uso de jogos, dramatizações e dinâmicas, os assuntos são abordados sem expor os participantes a situações constrangedoras, ou comprometedoras (Priotto, 2002).

Essas ações revelam, em comum, um olhar que valoriza o atendimento multidisciplinar e metodologias participativas na construção de conhecimentos sobre a saúde, proporcionando a integração de aspectos cognitivos (informações técnico-científicas) e afetivos (idéias, valores, sentimentos). Destaca-se aqui, a importância de que a sexualidade dos adolescentes possa ser vista de forma mais abrangente e que o espaço do grupo vá além da prestação de informações, constituindo-se como um espaço de reflexão e autoconhecimento.

A necessidade de que as ações propostas também possibilitem a construção, entre os adolescentes, de perspectivas de futuro em consonância com a contemporaneidade, também pode ser apreciada em um projeto de atividades artísticas, culturais e profissionalizantes, realizado na região de São Paulo, que chamou a atenção por não apresentar um só caso de gravidez entre os cerca de 130 adolescentes atendidos, ao longo de dois anos de funcionamento (Reis & Oliveira-Monteiro, 2007). Um estudo realizado com esses jovens mostrou que:

Inseridos naquele cenário cultural, eles teriam muitas expectativas atendidas, em termos de diversão, projetos, trocas interpessoais, sentido de pertinência, profissionalização, possibilidade de conseguir emprego e, em especial, fama, sendo ou podendo vir a ser estrelas de shows. Eles eram vistos, ouvidos, recebiam convites e faziam sucesso. Dessa forma, e ainda contando com a valorização de seus territórios e de suas raízes, naquele tipo de projeto cultural, os jovens supririam muitas carências próprias de seus ambientes, e poderiam viver uma experiência onde o trabalho, o lazer e a mídia, de algum modo, e em muitas ocasiões, coincidiriam num alcance que pode ser interpretado como um grande mito de pertinência ao mundo contemporâneo – o ser célebre. A alternativa para a disposição e disponibilidade do uso do corpo, para a procriação, seria então menos utilizada (Reis & Oliveira-Monteiro, 2007, p.62).

A repercussão desse tipo de ação levanta a relevância de um olhar integral sobre o adolescente, cujas propostas de promoção em saúde possam considerar sua inserção social e cultural, fomentando possibilidades de futuro que promovam autocuidado e satisfação. Para tanto, destaca-se a necessidade da escuta da experiência adolescente, em sua complexidade, uma vez que sob o rótulo homogeneizador de gravidez na adolescência, encontra-se uma diversidade encoberta, cujas facetas envolvem avaliações díspares e ambivalentes, acerca da experiência da gravidez na adolescência. Assim, a compreensão deste fenômeno em suas várias dimensões e até mesmo as contradições, como pôde ser visto na literatura apresentada, pode auxiliar tanto na elaboração de subsídios para ações mais efetivas de orientação sexual, quanto na identificação das demandas de mães adolescentes, que necessitam ser apoiadas em seu desempenho e sua capacidade de cuidar do filho (Andrade et al., 2006; Heilborn et al., 2002).

3.6. Políticas Públicas: os direitos e a saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes

A Constituição Federal Brasileira (1988) assegura que a saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção. A Convenção Internacional dos Direitos da Criança, promulgada em 1989 pelas Nações Unidas, estabeleceu um marco com relação à saúde de crianças e adolescentes, na medida em que possibilitou a superação da visão da criança e do adolescente, como um objeto passivo de intervenção da família, Estado e sociedade, passando a serem considerados como pessoas em desenvolvimento (MS, 2006c).

Em 1990, o ECA procurou reconhecer e garantir os direitos desta população, determinando uma política de atenção integral à criança e ao adolescente, caracterizada como um conjunto de ações governamentais e não-governamentais articuladas em todo o território, com a priorização de ações e serviços que atendam às especificidades deste público e contribuam para um desenvolvimento sadio e harmonioso. Dentre os deveres do Poder Público, com crianças e adolescentes, pode-se destacar a garantia de prioridade na sua proteção e socorro mediante quaisquer circunstâncias, a precedência de atendimento nos serviços públicos, a preferência na formulação e execução de políticas sociais públicas e a destinação privilegiada de recursos públicos, voltados à proteção da infância e adolescência (Lei 8.069, de 1990).

Os direitos à Saúde Sexual e Reprodutiva estão previstos por leis nacionais e internacionais, aplicando-se também aos adolescentes que, de acordo com os critérios da OMS, compreendem a faixa de 10 a 19 anos e de acordo com o ECA aplicam-se a jovens de 12 a 18 anos de idade, devendo ser alcançados pelas normas, programas e políticas públicas, independentemente da anuência de seus responsáveis. Para o MS, as premissas centrais envolvem a possibilidade de o adolescente decidir livremente e responsabilmente sobre a própria vida sexual e reprodutiva, o acesso à informação e aos meios de exercer seus direitos individuais, estando livre da discriminação, coerção ou violência (MS, 2005d).

Os direitos sexuais e reprodutivos ainda obtiveram avanços com a IV Conferência Internacional sobre a Mulher (Pequim, 1995), onde ganharam visibilidade como direitos humanos e foram definidos enquanto “direito de controle e decisão, de forma livre e responsável,

sobre questões relacionadas à sexualidade, incluindo-se a saúde sexual e a saúde reprodutiva, livre de coerção, discriminação e violência. A igualdade entre homens e mulheres, no que diz respeito à relação sexual e reprodução, incluindo-se o respeito à integridade, requer respeito mútuo, consentimento e divisão de responsabilidades, pelos comportamentos sexuais e suas consequências” (MS, 2006c, p.36).

O acesso a informações e a garantia desses direitos, entretanto, não vem sendo abordado apenas pela Saúde, tendo tornado-se incumbência também da Educação, a partir da Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB) (Lei 9.394, de 20 de dezembro de 1996). Com a reformulação das diretrizes educacionais, a Educação para a Saúde passou a ser tema obrigatório e tratado de forma transversal por todas as áreas, incluindo tópico especial para a orientação sexual. A iniciativa visa reduzir a gravidez indesejada, a AIDS e as doenças sexualmente transmissíveis na adolescência. A Assistência Social também articula-se com a temática, na medida em que combate vulnerabilidades sociais associadas com a temática (MS, 2003; MDS, 2004).

Cabe ressaltar, no entanto, um questionamento sobre como a lei vem sendo aplicada e se as ações promovidas por municípios, estados e governo federal, têm atingido a população de crianças e adolescentes, garantindo os direitos previstos. Um estudo realizado em cinco capitais brasileiras, sobre adolescentes de 10 a 14 anos, chama a atenção para a relação entre a ocorrência da gravidez e de abuso e exploração sexual. Além disso, ressalta a vulnerabilidade dessas mulheres que, em sua maioria, já têm vida sexual ativa e estão submetidas a um cotidiano de violência, discriminação e usurpação de seus corpos. Sem ações institucionais que contemplem as especificidades dessas demandas, essas adolescentes ainda estão distantes de receber a proteção que lhes é garantida por lei (Cavasin et al., 2004).

Esses dados permitiram vislumbrar a complexidade dos fatores envolvidos no problema e a necessidade da articulação de diversos setores da sociedade, a fim de garantir a proteção e integridade dessas adolescentes. Neste trabalho, abordaram-se as políticas públicas nas áreas da saúde, educação e assistência social, uma vez que constituem-se enquanto responsabilidades governamentais e diretrizes para as ações, executadas pelos municípios em todo território nacional.

3.6.1. Políticas Públicas de Saúde

A área da saúde passou por grande reformulação em 1990, quando a Lei 8.080 estruturou o SUS, propondo uma nova forma de

promover e atender às demandas de saúde em nível nacional. Dentre os princípios que regem as ações do SUS, pode-se destacar a preservação da autonomia dos usuários, direito de acesso a informações, participação da comunidade e integralidade na assistência, entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso, em todos os níveis de complexidade do sistema. Também consta nos objetivos deste Sistema, a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a devida articulação entre ações preventivas e assistenciais (Lei 8.080, de 1990).

A atenção à saúde sexual e reprodutiva de adolescentes está inserida tanto na PNPS, quanto na PNAISM. No primeiro caso, ações de promoção buscam melhorar a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidades e riscos à saúde, relacionados a seus determinantes ou condicionantes, como modo de vida, condições de trabalho, habitação, educação e lazer, dentre outros. No segundo caso, a saúde reprodutiva é tratada de forma mais específica, sendo que dentre os objetivos desta política encontra-se o estímulo à implantação e implementação da assistência em planejamento familiar, para homens e mulheres, adultos e adolescentes, no âmbito da atenção integral à saúde, incluindo a assistência à infertilidade, a garantia à informação, o acesso a métodos contraceptivos e o estímulo à participação e inclusão dos homens e adolescentes nas ações de planejamento familiar (Portaria 687 MS/GM, de 2006; MS, 2007).

Até aqui é possível perceber que a saúde dos adolescentes e, em especial, sua saúde reprodutiva, vem sendo contemplada junto a políticas públicas que também se destinam a outras faixas etárias, sendo que encontra-se em fase final de elaboração a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens. As especificidades deste segmento, no entanto, também são contempladas através de publicações que o MS disponibiliza a profissionais e à população em geral, por meio eletrônico. Dentre os manuais técnicos voltados aos profissionais destacam-se “Marco legal: saúde um direito de adolescentes” e “Saúde integral de adolescentes e jovens: orientações para a organização de serviços de saúde”, ambos publicados em 2005 e que abordam, respectivamente, os principais documentos internacionais e nacionais no que tange à previsão legal dos direitos de adolescentes, instrumentos de proteção e mecanismos de controle e monitoramento de seu cumprimento, e orientações básicas para nortear a implantação e/ou implementação de ações e serviços de saúde, que atendam aos

adolescentes e jovens de forma integral, resolutiva e participativa (MS, 2005c, 2005d).

Além disso, o documento “Marco teórico e referencial: saúde sexual e saúde reprodutiva de adolescentes e jovens” também oferece subsídios teórico-políticos para orientar as ações de gestores e outros setores das políticas públicas, voltadas para adolescentes e jovens, baseando-se tanto em marcos legais quanto na produção de conhecimentos sobre saúde e sexualidade de jovens no Brasil e no exterior. Em “Direitos sexuais e direitos reprodutivos: dentre as prioridades do governo” estão as diretrizes para garantir os direitos de homens e mulheres, adultos(as) e adolescentes neste campo, enfocando principalmente o planejamento familiar. Este material conta ainda com uma cartilha destinada a apoiar as ações educativas dos profissionais, com ilustrações e explicações sobre métodos contraceptivos e uma página dedicada a falar sobre a contracepção na adolescência. A recomendação de uso deste material é de que os serviços de saúde adotem uma metodologia participativa, individual ou em grupo, incluindo o usuário no processo de construção do conhecimento sobre sua saúde, centrado em seus interesses (Ministério da Saúde, 2005c, 2005e, 2005f).

Os profissionais ainda podem buscar subsídios no material “A saúde de adolescentes e jovens: conjunto de aulas interativas sobre tópicos selecionados⁸”, composto por aulas interativas, sobre tópicos como adolescência e juventude, contracepção, crescimento e desenvolvimento, doenças sexualmente transmissíveis, práticas educativas e sexualidade, dentre outros. Em outubro de 2008, o governo federal ainda lançou a “Caderneta de Saúde do Adolescente”, instrumento de cidadania voltado diretamente para os adolescentes, na versão feminina e masculina, que reúne informações sobre direitos, dicas de saúde, desenvolvimento, saúde bucal, características da puberdade, sexualidade, projetos de vida e outros, além de disponibilizar telefones e sites, onde o adolescente pode buscar maiores informações sobre os temas abordados.

Todas estas orientações e materiais de apoio buscam subsidiar as ações de promoção à saúde e, embora estejam inseridas em todos os níveis de complexidade do SUS, ocupam lugar central na Atenção Básica que, em função da estruturação de seu trabalho por territórios,

⁸ Material educativo produzido pela equipe do Núcleo de Estudos da Saúde do Adolescente com o apoio do Ministério da Saúde e da Fundação W. K. Kellogg. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/multimedia/adolescente/principal.htm>

tem maiores possibilidades de identificar fatores coletivos de vulnerabilidade e propensão ao estabelecimento de danos e agravos à saúde. Assim, este trabalho vem sendo implementado através dos PACS, cujos princípios fundamentais são a integralidade, a qualidade, a equidade e a participação social (MS, 2004).

As equipes, em geral compostas por médicos, enfermeiros e agentes comunitários, vêm trabalhando dentro da ESF que, de acordo com a OMS, pode ser compreendida como o processo de capacitação da comunidade, para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo maior participação. A promoção de saúde propõe uma reestruturação das intervenções em saúde, incluindo uma integração entre os conhecimentos de diversas áreas, com o objetivo de ampliar possibilidades restritas pelo modelo biomédico, buscando promover o bem-estar, a liberdade de escolha e a responsabilidade social dos usuários (Barbosa & Mendes, 2005; OMS, 1986).

Visando ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, foram criados, em 2008, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) cujas equipes, vinculadas a um mínimo de cinco e máximo de 20 equipes de Saúde da Família, podem ser compostas por três ou cinco profissionais, dentre assistente social, professor de educação física, psicólogo, nutricionista, fisioterapeuta e outros. Ainda destaca-se da portaria a recomendação de que cada NASF conte com pelo menos um profissional da área de saúde mental e que os membros desta equipe trabalhem de forma integrada com as equipes e outros setores, de forma a articular diversas políticas públicas no desenvolvimento de ações coletivas, em prol da melhoria da qualidade de vida da população (Portaria 154, de 24 de janeiro de 2008).

O que foi exposto permite vislumbrar avanços significativos nas últimas duas décadas, tanto no que se refere à legislação quanto à produção de referenciais técnicos norteadores das ações em saúde no território nacional, que também vem se beneficiando da agilidade e democratização possibilitada pela internet. Somam-se a isto as campanhas nacionais sobre planejamento familiar, a capacitação de profissionais e o aumento na distribuição de métodos contraceptivos que, segundo informações divulgadas no próprio site do Ministério da Saúde, atingiram 30 milhões de mulheres em 2008, ano que também registrou a distribuição de 1 bilhão de preservativos.

Apesar disto, é necessário refletir sobre a forma com que os profissionais vêm se apropriando destes princípios e verificar em que medida suas ações vem contemplando as demandas de saúde dos adolescentes. A partir de um estudo realizado num serviço de atenção

integral à saúde do adolescente, Formigli et al. (2000) alerta para a tendência dos profissionais de persistirem trabalhando num modelo assistencial clínico em detrimento de ações dirigidas à prevenção e promoção da saúde, o que evidencia a distância existente entre os objetivos e princípios estabelecidos por lei e a realidade vivenciada nos Serviços de Saúde. Assim, destaca-se a importância de que as práticas na Atenção Básica sejam continuamente avaliadas e reformuladas, permitindo a efetivação da integralidade no atendimento aos jovens, de modo que a abordagem de sua sexualidade e a vida reprodutiva leve em conta não apenas as informações sobre métodos contraceptivos, mas também o contexto de suas vivências, aspectos subjetivos, projetos de vida e participação social.

3.6.2. Políticas Públicas de Educação

A lei que estabeleceu as diretrizes e bases da educação nacional considera esta um processo formativo, que se desenvolve na vida familiar, na convivência humana, no trabalho, nas instituições de ensino e pesquisa, nos movimentos sociais e organizações da sociedade civil e nas manifestações culturais. Sua regulamentação, no entanto, diz respeito às instituições de ensino e prevê, no caso da educação básica, a formação indispensável para o exercício da cidadania, fornecendo os meios para que o educando possa progredir no trabalho e em estudos posteriores. Além disso, determina que os conteúdos curriculares devem observar a difusão de valores fundamentais ao interesse social, aos direitos e deveres dos cidadãos, de respeito ao bem comum e a ordem democrática (Lei 9.394, de 1996).

A efetivação destes objetivos, no entanto, só se concretiza na medida em que é possibilitado à criança o pleno acesso a recursos que incluem tanto o saber tradicionalmente presente no trabalho escolar, quanto às preocupações contemporâneas com o meio ambiente, saúde, sexualidade e questões éticas relativas à igualdade de direitos, à dignidade do ser humano e à solidariedade. Pretende-se, desta forma, que a escola esteja em consonância com as demandas atuais da sociedade, tratando de questões com as quais os alunos se deparam e que interferem em suas vidas. Assim, temas como ética, saúde, meio ambiente e outros, são atualmente integrados aos Parâmetros Curriculares Nacionais (PCNs), como Temas Transversais (MEC, 1997a, 1997b, 1998).

A transversalidade pressupõe a integração entre diversas áreas e o compromisso da comunidade escolar com as questões contempladas, de

modo que os temas possam ser compreendidos em sua complexidade, ressaltando a coerência entre valores experimentados pelos alunos, nas vivências da escola, e o contato intelectual com estes valores. A orientação sexual é dos temas tratados de forma transversal, considerado atual e urgente, de abrangência nacional e até mesmo de caráter universal. Isso não significa, no entanto, que o tema deva ser tratado da mesma maneira, uma vez que exige adaptações para corresponder às realidades de cada região (MEC, 1997).

Recomenda-se, nos parâmetros curriculares, que a sexualidade seja tratada como algo fundamental na vida das pessoas, questão ampla e polêmica, marcada pela história, pela cultura e pela evolução social. Este documento norteador ainda ressalta a distinção entre família e escola, delineando a função desta última enquanto promotora de reflexões e debates sobre a sexualidade, considerando o repertório de noções e experiências das crianças e adolescentes, na busca por transmitir informações e problematizar questões relacionadas à sexualidade, sem invadir a intimidade nem direcionar o comportamento dos alunos (MEC, 1998).

A intervenção pedagógica, portanto, ocorre em âmbito coletivo, abordando dimensões sociológicas, psicológicas e fisiológicas da sexualidade, o que a diferencia de abordagens individuais, de cunho terapêutico e da própria família, uma vez que as discussões enfocam diversos pontos de vista sobre a sexualidade, sem a imposição de valores. São propostos três eixos norteadores para o trabalho dos professores: o *corpo humano*, onde busca-se que o aluno adquira conhecimento e respeito pelo próprio corpo, além de noções sobre cuidados que necessitam de serviços de saúde; *relações de gênero*, propiciando o questionamento de papéis rigidamente estabelecidos a homens e mulheres na sociedade, a valorização de cada um e a flexibilização destes papéis; e a *prevenção de Doenças Sexualmente Transmissíveis/AIDS*, possibilitando a oferta de informações científicas e atualizadas sobre a prevenção de doenças, bem como o combate a discriminação de portadores de HIV e doentes de AIDS (MEC, 1997b).

Na medida em que o trabalho de orientação sexual contribui para que os alunos possam desenvolver e exercer sua sexualidade de forma responsável, ele associa-se ao exercício da cidadania, uma vez que propõe o desenvolvimento do respeito a si e ao outro, bem como a garantia de direitos básicos como a saúde, a informação e o conhecimento, fundamentais para a formação de cidadãos responsáveis e conscientes de suas capacidades (MEC, 1998).

3.6.3. Políticas Públicas de Assistência Social

O campo da Assistência Social vem passando por grandes reformulações, desde que tornou-se dever do Estado no campo da seguridade social e não mais política isolada e complementar à Previdência, a partir da promulgação da constituição de 1988. A Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) estabeleceu, dentre seus objetivos, a proteção à família, à maternidade, à infância, à adolescência e à velhice, além do amparo às crianças e adolescentes, em situação de risco ou vulnerabilidade social (Lei 8.742, de 7 de dezembro de 1993).

A partir de 2004, os serviços no campo da Assistência Social passaram a ser organizados em níveis de proteção. A proteção social básica tem o objetivo de prevenir situações de risco, por meio do desenvolvimento de potencialidades e aquisições, e o fortalecimento de vínculos familiares e comunitários. Os serviços, programas e projetos são voltados a populações que vivem em situação de vulnerabilidade social decorrente da pobreza, privações (de renda, acesso a serviços e outras) e/ou fragilização de vínculos afetivos, relacionais ou de pertencimento social (discriminações etárias, étnicas, de gênero ou por deficiências, dentre outras). Os adolescentes e suas famílias são contemplados no Programa de Atenção Integral à Família (PAIF), serviços sócio-educativos, programas de incentivo ao protagonismo juvenil e de inserção no mercado de trabalho (MDS, 2004).

Já a proteção social especial envolve o trabalho com famílias e indivíduos em situação de risco pessoal e social, decorrentes de abandono, maus tratos físicos e, ou psíquicos, abuso sexual, uso de substâncias psicoativas, cumprimento de medidas sócio-educativas, situação de rua e de trabalho infantil, dentre outras. Estes serviços são divididos em média e alta complexidade, de acordo com o vínculo familiar. Na média complexidade os atendimentos referem-se a famílias e indivíduos com direitos violados, mas que não tiveram os vínculos familiares rompidos. São exemplos de serviços que envolvem diretamente adolescentes, as Medidas Sócio-Educativas em Meio Aberto (Prestação de Serviços à Comunidade e Liberdade Assistida). Já os serviços de alta complexidade garantem proteção integral (moradia, alimentação, higienização e trabalho protegido), para famílias ou indivíduos que se encontram sem referência e, ou, em situação de ameaça, necessitando ser retirados de seu núcleo familiar e, ou, comunitário. São exemplos destes serviços o Atendimento Integral Institucional (Abrigo) e as Medidas sócio-educativas restritivas de

liberdade (Semi-liberdade, Internação provisória e sentenciada) (MDS, 2004).

A partir da aprovação da Norma Operacional Básica NOB/SUAS, em 2005, pelo Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS), deu-se início ao processo de implantação do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), prevendo uma organização participativa e descentralizada, cuja implementação compete aos três entes federados autônomos. Em novembro de 2009, o CNAS aprovou a tipificação nacional dos serviços socioassistenciais, que vem reorganizando e unificando os serviços oferecidos pela Assistência Social, em todo o território nacional. Dentre os serviços onde adolescentes em situação de risco, ou vulnerabilidade social, estão necessariamente envolvidos, pode-se destacar: PAIF, Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos, Serviço de Proteção Social a Adolescentes em Cumprimento de Medida Sócio-Educativa e Serviço de Acolhimento Institucional (MDS, 2005; Resolução 109, de 11 de novembro de 2009).

Na descrição específica do serviço de proteção social básica, voltado para crianças de 6 a 15 anos, percebe-se a ênfase na convivência e exercício da cidadania, com atividades lúdicas, culturais e esportivas, que possibilitem o desenvolvimento do protagonismo e da autonomia. Já o serviço voltado a adolescentes de 15 a 17 anos, prevê o fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários, contribuindo para o retorno ou permanência destes na escola. As atividades devem abordar questões relevantes para a juventude, que possibilitem novos conhecimentos e a formação de atitudes e valores que reflitam no desenvolvimento integral do jovem. Também destaca-se o desenvolvimento de habilidades que possam orientar os jovens em suas escolhas profissionais (Resolução 109, de 2009).

Apesar destas diretrizes não abordarem diretamente a questão da saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes, o foco na prevenção e no combate a vulnerabilidades sociais mostra-se estreitamente relacionado com a temática, como foi apontado no capítulo anterior, quando evidenciou-se que a violência, a falta de perspectivas e de oportunidades para estudar e trabalhar, podem levar os adolescentes a estabelecer a gravidez como projeto de vida (Hoga, 2008; Lima et al., 2004; Reis & Oliveira-Monteiro, 2007). Além disso, a articulação entre a Assistência Social e as áreas da Saúde e da Educação, pode contribuir para que a oferta de atividades culturais, esportivas e voltadas às necessidades sociais do adolescente possam complementar-se na busca por uma assistência integral, onde comportamentos responsáveis, em relação à sexualidade e à reprodução, sejam parte de uma postura frente

à vida, em que o jovem possa sentir-se ativo e atuante, tanto na construção de sua realidade pessoal, quanto da sociedade em que vive.

3.6.4. Integralidade e intersetorialidade no enfrentamento de vulnerabilidades sociais

A questão do adolescente em vulnerabilidade social, que é central na Assistência Social, mas também está presente nas políticas de Saúde e Educação, levantou reflexões sobre o próprio conceito de vulnerabilidade, que surgiu relacionado aos Direitos Universais do Homem, sendo apropriado pelo campo da saúde pública ao tratar da epidemia da AIDS. De forma resumida, ele refere que a chance de exposição das pessoas ao adoecimento é resultado não somente de fatores individuais, mas também coletivos e contextuais, que interferem gerando maiores ou menores chances de se infectar, adoecer, ou proteger-se de ambos (Ayres et al., 2003).

As análises de vulnerabilidade envolvem três eixos interligados: o *componente individual*, que refere-se ao grau e à qualidade da informação que o indivíduo possui sobre o problema, sua capacidade de elaborar essas informações, incorporar ao seu repertório individual de preocupações e transformar isto em práticas protegidas e protetoras; o *componente social*, que diz respeito à obtenção de informações, possibilidades de compreendê-las e incorporá-las no que se refere a seu acesso através dos meios de comunicação, escolarização, disponibilidade de recursos e outros; e o *componente programático*, que abrange o fortalecimento dos indivíduos através da canalização dos recursos sociais existentes, o que envolve recursos, gerência e monitoramento de programas preventivos em nível nacional, regional e local (Ayres et al., 2003).

O conceito de vulnerabilidade também pode ser útil para pensar o fenômeno da gravidez na adolescência, uma vez que este encerra possibilidades de riscos e prejuízos para a saúde física e psicológica da mãe e do bebê, além de contribuir para a evasão escolar e o empobrecimento da família, principalmente quando a adolescente não dispõe de apoio familiar e/ou institucional (vide capítulo 3.2). Assim, considera-se que este fenômeno pode ter sua ocorrência favorecida por um conjunto de fatores, relacionados ao contexto social onde a jovem está inserida, e assim como o conceito de Ayres et al. (2003) levanta os potenciais de adoecimento, relacionados a indivíduos que vivem em um certo conjunto de condições, também pode-se refletir sobre os fatores

presentes no contexto social, que exercem influência sobre as adolescentes, favorecendo a possibilidade de uma gravidez.

Assim, se considerarmos as diferenças na forma como as políticas públicas atingem jovens de diversos níveis sócio-econômicos e contextos, aliadas aos componentes individuais e sociais explicitados anteriormente, que também apresentam grandes disparidades, de acordo com a realidade vivida pelos adolescentes, chega-se a diversas configurações possíveis, onde a presença de determinados fatores (baixa escolarização, dificuldades financeiras, relações familiares violentas ou conflituosas, ausência ou insuficiência de recursos financeiros e serviços de saúde, poucas perspectivas profissionais e de futuro, dentre outros) pode configurar um contexto de vulnerabilidade social, onde a perspectiva da “não dependa apenas da vontade individual, mas do contexto em que estas individualidades se conformam e manifestam” (Ayres et al., 2003, p.129).

O conceito de vulnerabilidade social, portanto, sugere manter uma perspectiva de complexidade em torno da temática, sinalizando perspectivas onde as práticas em saúde possam voltar-se ao cuidado do indivíduo-coletivo, com respectivo apoio aos sujeitos sociais e seus direitos (Sánchez & Bertolozzi, 2007). Neste sentido, este conceito articula-se ao de *integralidade*, que de acordo com Mattos (2001), associa-se a diversos sentidos, sendo que a definição do termo de forma unívoca poderia abortar alguns deles, silenciando as vozes de atores sociais que, através deste termo, reivindicam uma sociedade mais justa.

Este autor identificou três sentidos no contexto de luta pela reforma sanitária no Brasil. O primeiro deles, compreendido como uma crítica a características das políticas de saúde ou das respostas do governo a determinados problemas, numa solicitação de que estas promovessem a integração entre ações preventivas e assistenciais. O segundo, relativo à dissociação estabelecida entre a assistência médica e saúde pública na organização dos serviços, ressaltando a necessidade de articular as demandas espontâneas e programadas, de modo a possibilitar a apreensão das necessidades de saúde de um grupo populacional. O terceiro sentido, voltado para os atributos das práticas de saúde, evidencia-se pela recusa em reduzir os sujeitos, sobre os quais as políticas incidem, a objetos descontextualizados, afirmando a necessidade de abertura ao diálogo e a uma visão mais abrangente das pessoas e seus problemas de saúde (Mattos, 2001).

Este último sentido também permite vislumbrar a relação entre o conceito e as políticas públicas de Educação e Assistência Social. Enquanto a primeira vem propondo formas mais abrangentes e

integradas de promover a educação, como observa-se na proposta dos temas transversais, a segunda privilegia a integração entre objetivos, ações, serviços, benefícios, programas e projetos, como um princípio organizativo do SUAS (MDS, 2005). Tendo presente que na saúde, a integralidade na assistência é um dos princípios do SUS, compreende-se que este conceito também levanta a possibilidade de articular diferentes setores em torno de um mesmo ideal (Lei 8.080, de 1990).

As ações intersetoriais também vêm sendo destacadas nas políticas públicas, como forma de enfrentar problemas complexos e multideterminados, como é o caso da gravidez na adolescência. Dentre ações atuais, propostas especificamente para adolescentes, destaca-se o Projovem e o PSE. O Projovem, instituído pela lei 11.692, de 2008, é destinado a jovens de 15 a 29 anos, com o objetivo de promover sua reintegração ao processo educacional, sua qualificação profissional e seu desenvolvimento humano. O Programa será desenvolvido nas modalidades Projovem Adolescente – Serviço Socioeducativo, Projovem urbano, Projovem campo – saberes da terra e Projovem Trabalhador, num esforço conjunto entre a Secretaria-Geral da Presidência da República e dos Ministérios da Educação, do Trabalho e Emprego e do Desenvolvimento Social e Combate à Fome.

A modalidade Projovem adolescente – serviço socioeducativo destina-se a jovens de 15 a 17 anos, em situação de vulnerabilidade social, buscando complementar a proteção social básica à família, criando mecanismos para garantir a convivência familiar e comunitária, além de criar condições para a inserção, reinserção e permanência do jovem no sistema educacional. O Projovem urbano, que atenderá jovens entre 18 e 29 anos alfabetizados, mas que não tenham concluído o ensino fundamental, tem como objetivo elevar a escolaridade visando a conclusão do ensino fundamental, a qualificação profissional e o desenvolvimento de ações comunitárias com o exercício da cidadania. O Projovem campo – saberes da terra, apresenta características semelhantes, mas é destinado a jovens da agricultura familiar. Por fim, o Projovem trabalhador, voltado à faixa etária dos 18 aos 29 anos, em situação de desemprego e integrantes de famílias com renda de até um salário mínimo, buscará preparar o jovem para o mercado de trabalho e ocupações alternativas geradoras de renda, por meio da qualificação social e profissional e do estímulo à sua inserção (lei 11.692, de 2008).

Cabe ressaltar que o Projovem adolescente, que insere-se na Política de Assistência Social, está estruturado em dois Ciclos e Percursos Socioeducativos, com objetivos, conteúdos e atividades diferenciadas. O traçado metodológico do Programa inclui a saúde como

tema transversal sendo que, no primeiro ciclo, a sexualidade e os direitos humanos são abordados em conjunto com outras temáticas ligadas ao crescimento e ao desenvolvimento, promoção e políticas públicas para a saúde. No segundo ciclo, são enfocadas questões de gênero e violência, violência sexual contra crianças e adolescentes, gravidez indesejada, interrupção segura da gravidez e DST/AIDS e a mortalidade de jovens por causas externas (MDS, 2009).

O PSE é outro programa de abrangência nacional, instituído através do Decreto 6.286, de 2007, onde os Ministérios da Saúde e Educação buscam trabalhar em conjunto, bem como contribuir com a formação integral dos estudantes das redes públicas de educação básica por meio de ações de prevenção, promoção e atenção à saúde. A articulação permanente entre as políticas e as ações da educação e saúde envolve as equipes de saúde da família e da educação básica, além de contar com a participação da comunidade escolar, buscando realizar diversas ações, dentre as quais inclui-se a promoção da saúde sexual e da saúde reprodutiva.

Um aspecto a ser destacado é o monitoramento da saúde dos estudantes que, segundo informações divulgadas no site do Ministério da Saúde, é realizado de duas formas: através da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (Pense), onde procura-se delinear o perfil de estudantes de 13 a 15 anos em parceria com o IBGE e pelo Encarte Saúde no Censo Escolar, que consiste em cinco questões ligadas mais diretamente ao tema DST/AIDS. O Programa também passa por monitoramento através de formulários disponíveis em site, o que mostra-se essencial diante da preocupação que as políticas e os recursos públicos sejam devidamente aplicados, revertendo-se em benefícios e melhorias na qualidade de vida da população.

O uso exclusivo de métodos quantitativos na avaliação de Programas como este, no entanto, suscitam reflexões sobre até que ponto os números podem expressar a qualidade dos trabalhos desenvolvidos pelo território nacional. A redução nas estatísticas referentes a danos e agravos à saúde do adolescente certamente é um indicativo importante da eficácia de ações como estas, mas pouco revela sobre as estratégias adotadas pelas equipes, ou sobre os impactos do trabalho nas trajetórias pessoais de quem participou do programa. Assim, destaca-se a importância de que a integralidade também possa estar presente na avaliação das ações do Governo Federal, através da utilização de métodos variados e complementares na busca por informações que possibilitem não apenas a constatação da realização dos programas, mas também informações que contemplem as

particularidades, contextos e histórias de vida dos sujeitos, fornecendo subsídios para nortear as intervenções dos profissionais no sentido da promoção da saúde.

Este capítulo, portanto, procurou abordar a saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes, em diversos níveis de complexidade, indo do micro ao macro, na medida em que levantou tanto aspectos psicológicos individuais da adolescência e processo de gravidez, quanto o contexto de relações familiares e sociais onde o fenômeno inscreve-se. Destacou-se ainda a forma como a temática é abordada pelas políticas públicas de saúde, que tem a principal responsabilidade sobre o assunto, mas também pela educação e assistência social, em função da interface entre o foco de seus trabalhos e a gravidez na adolescência. Procurou-se, desta forma, destacar a complexidade em torno do tema, gerando subsídios para sustentar uma discussão que possa considerar as inter-relações entre o fenômeno e os diversos elementos apresentados.

4. MÉTODO

4.1. Caracterização da Pesquisa

O presente estudo caracterizou-se como descritivo-exploratório, onde buscou-se desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e idéias, bem como descrever determinada população, levantando-se em consideração suas opiniões, atitudes e crenças. Além disso, utilizou-se o método qualitativo, que se caracteriza por buscar uma apreensão de significados nas falas, ou em outros comportamentos observados dos sujeitos, interligados ao contexto em que se inserem e delimitados pela abordagem conceitual do pesquisador, trazendo à tona, na redação, uma sistematização baseada na qualidade, sem a pretensão de atingir o limiar da representatividade (Gil, 1991, Biasoli-Alves, 1998).

Esta compreensão foi ancorada, tanto no referencial epistemológico, que buscou conceber o fenômeno inserido na complexidade, quanto no sistema de análise de dados empregado. Assim, na pesquisa qualitativa é reconhecida a subjetividade do objeto de estudo, assim como a história e o contexto que caracterizam o desenvolvimento do indivíduo, ou grupo social, e marcam sua singularidade. Nesse sentido, não é possível separar o “objeto de estudo” da subjetividade do investigado e do investigador, sendo que os resultados emergem da relação entre essas subjetividades, ou seja, numa “construção conjunta”, intersubjetiva (González Rey, 2002, Krause, 1993).

4.2. Campo de Pesquisa

O estudo foi realizado na região de abrangência de Unidades Básicas de Saúde de dois municípios da Região da Grande Florianópolis. O primeiro deles, que possui população aproximada de 56.000 habitantes, demonstrou, no primeiro semestre de 2009 uma população feminina, na faixa dos 10 aos 19 anos, de 5.295 mulheres. Também apresentou, no mesmo período, o total de 340 gestantes com idade inferior a 20 anos, sendo que entre 2006 e 2009, registrou o nascimento de 556 filhos de mães adolescentes, 18 deles de mulheres entre 10 e 14 anos. Dentre as dez participantes que fizeram parte deste estudo, sete residiam neste município no momento da entrevista (IBGE, 2009; SIAB, 2009a, 2009b).

O segundo município, de maior porte, conta com uma população aproximada de 202.000 habitantes e 14.044 mulheres na faixa

dos 10 aos 19 anos. No primeiro semestre de 2009 foram identificadas 719 gestantes, com idade inferior a 20 anos, sendo que no período de 2006 a 2009 foram registrados 1.536 nascimentos de filhos de mães adolescentes, 41 deles de mulheres com idade entre 10 e 14 anos. Dentre as participantes do estudo, três residiam neste município no momento da entrevista (IBGE, 2009; SIAB, 2009a, 2009b).

As duas localidades destacam-se pela grande concentração de famílias de baixa renda e de famílias migrantes, apresentando altos índices de violência familiar e comunitária, com a presença de atividades de roubo e tráfico de drogas, aspectos estes que constituem a realidade cotidiana vivenciada por estas comunidades, que cresceram de forma desordenada e contam com saneamento básico precário. Dentre os principais problemas encontrados nessas regiões, pode-se destacar a insuficiência de alimentação, desnutrição infantil, gravidez na adolescência, multiparidade, crianças nas ruas, drogadição e infrações cometidas por adolescentes⁹.

4.3. Participantes

As participantes, identificadas e selecionadas com o auxílio das equipes de saúde de sua região de abrangência, atendiam aos seguintes critérios de inclusão:

1. engravidaram com, no máximo, 14 anos;
2. estavam com o(a) primeiro(a) filho(a) com, no mínimo, um ano e, no máximo, três anos.

Os critérios de exclusão diziam respeito a comprometimentos graves, de ordem cognitiva, que inviabilizassem a compreensão da entrevista por parte da adolescente, o que não se aplicou a nenhuma participante do estudo.

Foram selecionadas dez adolescentes, que concordaram em participar do estudo e cujos responsáveis assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Além destas adolescentes, outras duas estavam nos critérios e não participaram do estudo: a primeira afirmou não ter interesse e a segunda mostrou-se interessada, deixando telefone para agendar a entrevista, mas não atendeu às repetidas ligações da pesquisadora, que compreendeu a atitude como uma desistência e pediu à Agente Comunitária de Saúde que não insistisse.

⁹ Informações obtidas a partir de profissionais da saúde que trabalham nas respectivas comunidades.

Também foram excluídas do estudo duas indicações iniciais das agentes de saúde: uma em função da adolescente apresentar envolvimento com drogas, tráfico e residir em local especialmente perigoso, onde uma das ACS já havia ficado temporariamente detida; outra que estava apresentando comportamento negligente em relação à saúde das crianças, a ponto dos profissionais da Unidade de Saúde formalizarem denúncia ao Conselho Tutelar.

Durante o processo de identificação e convite às participantes, destacou-se a importância da aliança estratégica com o campo de estudos (Moré & Crepaldi, 2004) estabelecida entre a pesquisadora e as equipes de saúde, possibilitando o acesso ao contexto de pesquisa, através de relações significativas para as adolescentes. Isto facilitou tanto a aceitação da proposta, por parte das mesmas, quanto aos procedimentos para a coleta de dados, uma vez que as Agentes de Saúde exerceram uma função de mediação, agendando entrevistas e conduzindo pessoalmente a pesquisadora até a residência das participantes.

4.4. Instrumentos: Entrevista e Mapa de Redes

A coleta de dados foi realizada com o auxílio de dois instrumentos: uma entrevista semi-estruturada, composta por dados de identificação, demográficos e um roteiro semi-estruturado, e o Mapa de Redes (Sluzki, 1997), composto por um questionário de identificação da rede social significativa, sendo que neste estudo avaliou-se a configuração das redes das adolescentes em três momentos diferentes de suas vidas – antes da gravidez, durante a gestação e o momento atual. Na entrevista semi-diretiva ou semi-estruturada, o entrevistador, cômico dos temas que serão investigados, parte de uma orientação inicial e vai introduzindo as questões na ordem e forma que considerar mais adequadas. As questões procuram suscitar uma verbalização que expresse o modo de pensar ou de agir das pessoas, face aos temas focalizados, dizendo respeito frequentemente à uma avaliação de crenças, sentimentos, valores, atitudes, razões e motivos, acompanhados de fatos e comportamentos. O registro foi realizado através de um gravador, com a finalidade de preservar com exatidão a fala das entrevistadas e possibilitou, posteriormente, a transcrição fiel dos dados (Biasoli-Alves, 1998; Ghiglione & Matalon, 1993).

O segundo instrumento contou com um questionário que buscou identificar pessoas significativas na vida das adolescentes, desde o momento anterior à gravidez e Mapas de Rede, conforme proposto por

Sluzki (1997), permitindo o mapeamento das redes sociais significativas das adolescentes no período anterior à gravidez, durante a gestação e no momento atual (1 a 3 anos após o parto). Assim, após a aplicação do questionário com o objetivo de identificar pessoas significativas para a adolescente, em termos de registro, foi solicitado que a adolescente localizasse no mapa cada pessoa citada pela mesma durante o questionário. O mesmo procedimento foi realizado para o período gestacional e momento presente de vida. Cabe apontar que a pesquisadora realizou o registro das informações nos mapas, sempre de acordo com a orientação da adolescente.

A seguir, apresenta-se o desenho que teve como modelo o Mapa de Redes proposto por Sluzki (1997):

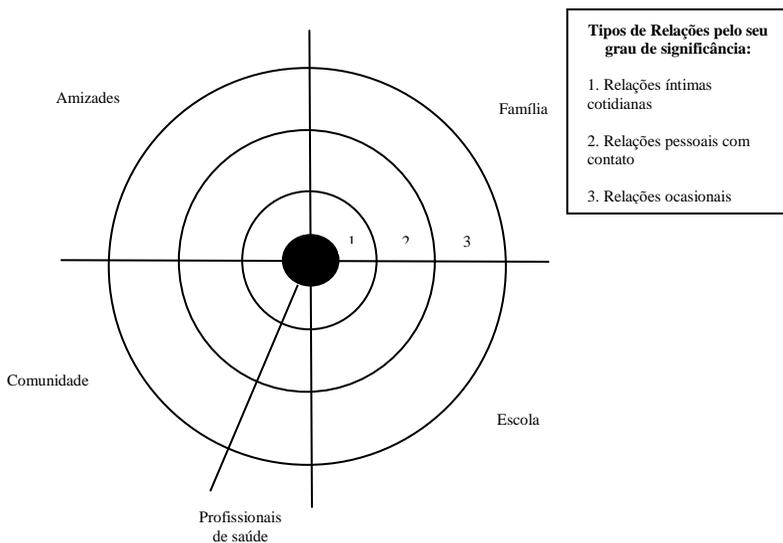


Figura 1 – Modelo de Mapa de Redes proposto por Sluzki (1997).

A opção em aplicar o Mapa de Redes, em diferentes momentos de vida da adolescente, deu-se a partir do interesse em captar as modificações ocorridas nas relações pessoais significativas da mesma, em função da gravidez.

4.5. Procedimentos Éticos

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética de Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) através do parecer 10/2009, de acordo com as resoluções 196/96 e 251/97 do Conselho Nacional de Saúde. Também contou com a autorização dos responsáveis pelas adolescentes, através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Após as entrevistas, a pesquisadora também deixou um contato telefônico, colocando-se à disposição das entrevistadas caso sentissem necessidade.

4.6. Procedimentos para a Coleta de Dados

Os primeiros contatos entre a pesquisadora e as equipes de saúde, deram-se através de uma reunião, em geral, com a presença do enfermeiro-chefe e agentes comunitárias de saúde, com a finalidade de estabelecer uma aliança estratégica que favorecesse a inserção no campo de pesquisa (Moré & Crepaldi, 2004). Neste primeiro contato, a pesquisadora se apresentava ao grupo e explicava os objetivos do estudo, sendo que as agentes de saúde lembravam, espontaneamente, de adolescentes que poderiam estar dentro dos critérios de inclusão do estudo.

Dentre as adolescentes citadas pelos profissionais da saúde, dez preencheram os critérios para participar do estudo e apresentaram o Termo de Consentimento Esclarecido assinado. A forma através da qual a pesquisadora chegou até as mesmas variou, conforme descrito a seguir:

Adolescente 1: convite realizado pessoalmente pela pesquisadora, que foi à residência da adolescente acompanhada pela Agente Comunitária de Saúde. A adolescente ficou com o Termo de Consentimento Esclarecido, que levou para a mãe assinar, confirmando a data da entrevista e assinatura do termo quando a pesquisadora fez contato telefônico, previamente combinado;

Adolescente 2: a Agente Comunitária de Saúde conversou previamente com a adolescente e entregou o Termo de Consentimento Esclarecido. A pesquisadora compareceu à residência da adolescente, acompanhada pela Agente Comunitária de Saúde no dia da entrevista;

Adolescente 3: a Agente Comunitária de Saúde conversou com a adolescente previamente sobre o estudo e num outro dia levou a pesquisadora para conhecer a adolescente, sendo que a entrevista foi realizada neste mesmo dia, após verificar a disponibilidade da adolescente e assinatura do Termo de Consentimento Esclarecido.

Adolescente 4: a Agente Comunitária de Saúde conversou previamente com a adolescente e entregou o Termo de Consentimento Esclarecido. Como no dia marcado para a entrevista a adolescente não estava, a entrevista foi agendada por telefone, em contato entre a pesquisadora e a adolescente;

Adolescente 5: a pesquisadora foi apresentada a esta adolescente, que não havia sido citada anteriormente pela equipe de saúde, quando acompanhava duas Agentes Comunitárias de Saúde para realizar alguns contatos, num morro com forte presença do tráfico de drogas. Após confirmar que a adolescente encontrava-se dentro dos critérios do estudo, realizou-se o convite, sendo que a entrevista foi realizada no mesmo momento, uma vez que a adolescente dispunha de tempo e que a região onde a adolescente reside é de difícil acesso (a pesquisadora não poderia retornar sozinha, pois os traficantes costumam impedir o trânsito de pessoas desconhecidas);

Adolescente 6: o convite foi realizado pessoalmente pela pesquisadora acompanhada da Agente Comunitária de Saúde, quando a adolescente informou que a filha completaria um ano na semana seguinte e, assim, estaria dentro dos critérios do estudo. Assim, a data da entrevista foi agendada para depois do aniversário da criança, tendo sido confirmada pelo telefone;

Adolescente 7: a pesquisadora deixou com a Agente Comunitária de Saúde uma data possível para a entrevista e a mesma conversou com a adolescente, para verificar seu interesse, deixando com a adolescente o Termo de Consentimento Esclarecido. A Agente Comunitária de Saúde avisou a pesquisadora, por telefone, sobre a confirmação da entrevista, sendo que na referida data acompanhou a pesquisadora até a residência da adolescente, onde foi realizada a entrevista;

Adolescente 8: a pesquisadora combinou uma data para ir, juntamente com a Agente Comunitária de Saúde, até a residência da adolescente realizar o convite para o estudo. Quando chegou na Unidade de Saúde, no entanto, soube que a consulta à adolescente já havia sido feita e que a mesma concordava em participar do estudo. A entrevista foi agendada num contato telefônico que a pesquisadora fez com a adolescente, quando combinou um horário anterior à consulta médica que a adolescente realizaria na Unidade de Saúde;

Adolescente 9: a pesquisadora combinou uma data para realizar o convite à adolescente junto com a Agente Comunitária de Saúde. Na data marcada, no entanto, soube que a adolescente não estaria em casa, recebendo o telefone do marido da mesma para realizar contato. Após

algumas tentativas, a pesquisadora conseguiu falar com a adolescente e agendou a entrevista;

Adolescente 10: a pesquisadora compareceu à residência da adolescente, junto com a Agente Comunitária de Saúde, mas ninguém atendeu a porta. O enfermeiro responsável pela Unidade de Saúde conversou com a adolescente e agendou a entrevista.

Cabe ressaltar que a intenção inicial da pesquisadora era de que o convite fosse realizado pessoalmente pela mesma, a fim de que a adolescente entrasse em contato com os objetivos do estudo, através da própria pesquisadora. No entanto, como pode-se observar nos relatos acima, esta forma não se ajustou à dinâmica das equipes de saúde, que acabaram tomando a iniciativa de conversar com as adolescentes, mesmo sem o conhecimento da pesquisadora. Assim, procurou-se acolher essas iniciativas e garantir a compreensão da adolescente sobre o estudo, através de uma explicação anterior a entrevista, onde o interesse da adolescente foi novamente verificado pela pesquisadora.

Após o término das entrevistas, a pesquisadora também procurou estabelecer uma troca com as adolescentes, baseada em aspectos identificados durante seu depoimento. Em alguns casos, a pesquisadora compartilhou com a adolescente alguns conhecimentos sobre desenvolvimento infantil, procurando mostrar, por exemplo, que a interação com outras pessoas da família e o investimento da adolescente em outras atividades por algumas horas, pode ser salutar tanto para a criança, quanto para ela mesma, promovendo novas vivências e proporcionando maior qualidade na relação da adolescente com seu filho. Em outro caso, onde a pesquisadora percebeu indicativos de depressão, buscou-se conversar sobre o assunto com a adolescente, sugerindo avaliação médica e alertando a equipe de saúde sobre esta necessidade. Todas as adolescentes receberam um número de contato da pesquisadora, que colocou-se à disposição para atendimento em caso de necessidade.

4.7. Estudo Piloto

A primeira entrevista do estudo teve o objetivo inicial ser um estudo piloto, possibilitando a avaliação dos instrumentos e procedimentos para a coleta dos dados. Entretanto, em função da posterior verificação da adequação dos procedimentos, aliada à riqueza de conteúdos trazidos pela entrevistada, optou-se por incluir esta entrevista no estudo.

4.8. Coleta de Dados

As entrevistas foram realizadas na residência das adolescentes, com exceção de uma entrevista que ocorreu em uma sala reservada na Unidade de Saúde, onde a adolescente iria fazer uma consulta médica.

As entrevistas realizavam-se sem a presença de agentes comunitárias, respeitando-se a individualidade e privacidade das entrevistadas. Quando outros familiares encontravam-se no local, a adolescente também era questionada se gostaria de conversar em algum lugar mais reservado, respeitando-se, no entanto, quando a mesma preferia realizar a entrevista na presença de alguém de sua rede familiar.

Antes de iniciar a entrevista, a pesquisadora voltava a esclarecer os objetivos do estudo, verificava o interesse da adolescente e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Também era solicitada autorização verbal para o uso do gravador, sendo assegurado à adolescente seu direito à privacidade e o sigilo das informações prestadas.

A coleta de dados começava com o preenchimento dos dados de identificação da adolescente, seguida da realização da entrevista semi-estruturada e confecção do mapa de redes, junto à pesquisadora. Os procedimentos foram registrados por um gravador, que permitiu à entrevistadora manter sua atenção na adolescente e transcrever fielmente os dados em momento posterior.

Após o término das entrevistas e da confecção do mapa de redes, que levaram em medida 1 hora e 5 minutos de duração, a pesquisadora agradecia a participação da adolescente e deixava um telefone de contato, colocando-se à disposição da mesma caso ela sentisse necessidade.

4.9. Análise dos Dados

A análise dos dados foi feita utilizando-se a “Grounded Theory” (Teoria Fundamentada), proposta por Anselm Strauss e Juliet Corbin (2008), onde a coleta de dados, análise e eventual teoria, mantêm uma relação muito próxima entre si, sendo esta última derivada dos dados, sistematicamente reunidos e analisados por meio da pesquisa. Dessa forma, o pesquisador não iniciou um projeto com uma teoria preconcebida em mente, mas permitiu que a teoria surgisse a partir dos dados (Strauss & Corbin, 2008). O processo de análise envolveu as seguintes etapas:

1. interação com os dados- realizada após a coleta destes, através de várias leituras sucessivas do material textual das entrevistas, promovendo um “mergulho” nas informações e possibilitando a ampliação da compreensão do significado do discurso apresentado pelos participantes;
2. codificação aberta- os dados foram desmembrados, examinados e comparados, possibilitando a elaboração de conceitos ou categorias, de acordo com suas especificidades. Assim, aspectos comuns e características diferenciais entre os participantes foram utilizados na formação de categorias;
3. criação de categorias- nomeadas a partir da emergência de pontos nucleares, que foram se mantendo na diversidade e complexidade dos dados, procurando chegar à representação dos significados dos códigos agrupados;
4. codificação axial- a partir das categorias principais, relacionaram-se subcategorias e seus respectivos elementos de análise, os quais auxiliam na descrição, compreensão e sustentação das categorias principais.
5. fenômeno central- a triangulação dos dados, obtidos a partir das entrevistas, mapa de redes e literatura apresentada, sustentou a nomeação das categorias que, tomadas em seu conjunto, sustentaram uma compreensão integrada do fenômeno central, neste caso, a gravidez na adolescência (Strauss & Corbin, 1990, 2008).

5. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

5.1. Caracterização das adolescentes

A caracterização das entrevistadas foi realizada através dos dados sócio-demográficos, em que foram abordadas informações como a idade atual da adolescente, idade na época da gravidez, número e idade dos filhos, tipo de parto, renda do casal, condição da moradia, pessoas residentes na casa, escolaridade da adolescente e idade da mãe da adolescente quando engravidou. A estas informações, que podem ser melhor visualizadas na Quadro 1 (Apêndice 4), ainda foram acrescentadas outras levantadas no decorrer das entrevistas, como a situação do casal (se já viviam juntos ou não) no momento anterior à gravidez e atualmente, se a adolescente já tinha conhecimento sobre métodos contraceptivos neste período, se estuda atualmente, dentre outros.

A idade atual das adolescentes variou entre 15 e 18 anos, sendo que a média foi de 17 anos. Na época da primeira gravidez, uma adolescente tinha 12 anos, outra 13 anos e as demais 14 anos. Cinco delas já viviam com os atuais maridos, quando descobriram a gestação, e outras cinco apenas namoravam, mas passaram a viver com eles, sendo que atualmente todas as adolescentes vivem em união estável com o pai de seus bebês. No que se refere à gravidez, esta foi planejada por cinco adolescentes e não planejada para as outras cinco. Todas as adolescentes tinham conhecimentos sobre métodos contraceptivos na época anterior à gravidez. Sobre a mãe das participantes, duas engravidaram com 14 e 15 anos, sete na faixa etária dos 18 aos 23 anos e uma adolescente não soube informar.

A maior parte dos casais teve apenas um filho (sete deles), dois casais tiveram duas crianças e um aguardava o nascimento do segundo filho, no momento da entrevista. A idade do primeiro filho, que variou de um a três anos, apresentou uma média de dois anos e meio por criança. O nascimento destes deu-se através de parto normal para sete adolescentes e parto cesariana para as outras três.

Seis adolescentes moravam em residência própria, duas em residências alugadas e uma residia na casa da sogra (já estava construindo sua residência). Apenas esta última adolescente vivia com familiares (além do marido e da filha), incluindo a sogra, um cunhado e a filha deste. As outras nove adolescentes viviam, exclusivamente, com seus maridos e filhos. As residências, em geral, eram feitas de madeira e contavam com um ou dois cômodos, sendo que as crianças dormiam junto com os pais.

O marido destaca-se como o principal provedor financeiro da família, sendo que os casais viviam com uma renda familiar média de R\$ 1.200,00. Quatro adolescentes contribuía para o rendimento, os quais trabalhavam como auxiliar de serviços gerais, balconista, auxiliar de produção e funcionária de uma fábrica. As demais dedicavam-se a cuidar dos filhos. Quatro adolescentes estavam estudando no momento da entrevista, sendo que duas destas, também trabalhavam. As demais não estavam estudando, apesar de algumas fazerem planos para retomar os estudos.

5.2. Sínteses das Entrevistas

A partir das entrevistas, foi possível elaborar uma breve retrospectiva da história de vida de cada adolescente, incluindo o período, as situações de seu contexto no momento anterior à gravidez, o namoro, o planejamento ou não da gravidez, a forma como o sistema familiar recebeu a notícia e as reorganizações a partir daí. Esse material encontra-se em anexo 1, sendo que todos os nomes (inclusive das adolescentes) são fictícios, visando garantir a privacidade das mesmas. A expressão “marido” também foi adotada neste trabalho, para referir-se aos companheiros das adolescentes, uma vez que elas assim referem-se a eles e que o termo expressa a estabilidade da união.

Uma das entrevistas, com os respectivos mapas de redes, também foi apresentada no anexo 2, como forma de ilustrar a aplicação do método e a interação entre adolescentes e pesquisadora.

5.3. Apresentação das categorias, subcategorias e elementos de análise

O conjunto de dados obtidos a partir das entrevistas e mapas de rede (vide apêndices 5, 6 e 7) possibilitou a elaboração de cinco categorias de análise, com as respectivas subcategorias e os elementos de análise, apresentados, a seguir, no Quadro 2. Ressalta-se que esta organização emergiu a partir dos dados levantados e procura expressar as singularidades e a riqueza de significados das vivências das entrevistadas.

Quadro 2 – Sistema de categorias, subcategorias e elementos de análise.

CATEGORIA I	SUBCATEGORIAS	ELEMENTOS DE ANÁLISE
1. Vivências anteriores à gravidez	1.1. Relacionamentos familiares	1.1.1. Histórias de conflitos envolvendo os pais.
		1.1.2. Dificuldades de relacionamento com os familiares.
		1.1.3. Diálogos sobre menarca e gravidez.
		1.1.4. Postura dos pais, frente aos relacionamentos da adolescente.
	1.2. Relacionamento com o parceiro	1.2.1. Processo do namoro.
		1.2.2. Decisão de morar com o companheiro.
		1.2.3. Dificuldades entre o casal.
	1.3. Vínculos com outras instituições	1.3.1. Contatos com Unidades de Saúde.
		1.3.2. Ausência de contato com instituições não-escolares.
		1.3.3. Participação em Programa Sócio-educativo.
	1.4. Planejamento da Gravidez	1.4.1. Conhecimento e utilização dos métodos contraceptivos.
		1.4.2. Decisão sobre a gravidez.
		1.4.3. Gravidez não planejada.
	1.5. Projetos de vida antes de engravidar	1.5.1. Continuidade dos estudos.
		1.5.2. Ausência de projetos de vida.
1.5.3. Experiências de autonomia.		

CATEGORIA II	SUBCATEGORIAS	ELEMENTOS DE ANÁLISE
2. A experiência da gravidez	2.1. Idéias ou Expectativas	2.1.1. Idéias a respeito da gravidez.
		2.1.2. Expectativas sobre o bebê.
		2.1.3. Mudanças após a gravidez.
	2.2. Reações da Adolescente	2.2.1. Suspeita e descoberta da gravidez.
		2.2.2. Sentimentos suscitados pela gravidez.
		2.2.3. Mudança de moradia.
	2.3. Reações do Parceiro	2.3.1. Boa aceitação.
		2.3.2. Não acreditou.
		2.3.3. Susto.
	2.4. Reações da Família	2.4.1. Aceitação.
		2.4.2. Conflitos de aceitação da gravidez.
		2.4.3. Discussão sobre mudanças de domicílio.
	2.5. Motivos atribuídos à gravidez	2.5.1. Descuido ou falta de reflexão.
		2.5.2. Desejo da adolescente, ou do parceiro.
		2.5.3. Era algo que tinha que acontecer.
	2.6. Acontecimentos durante a gravidez	2.6.1. Problemas durante a gravidez.
		2.6.2. Participação de familiares na gravidez.
		2.6.3. Participação de profissionais e estranhos na gravidez.
	2.7. Vida escolar durante a gravidez	2.7.1. Dificuldades para estudar estando grávida.
		2.7.2. Estudos até o fim da gravidez.
		2.7.3. Apoio dos professores e colegas.

CATEGORIA III	SUBCATEGORIAS	ELEMENTOS DE ANÁLISE
3. Vivências do parto, puerpério e amamentação	3.1. Experiência do parto	3.1.1. Relação com a equipe de saúde.
		3.1.2. Primeiros contatos com o filho.
		3.1.3. Sentimentos em relação ao parto.
	3.2. Experiência de amamentação	3.2.1. Dificuldades com a amamentação ou desmame.
		3.2.2. Insatisfação com os serviços públicos.
		3.2.3. Amamentação sem intercorrências.
	3.3. Vivências do puerpério	3.3.1. Boa recuperação.
		3.3.2. Dificuldades no puerpério.
		3.3.3. Reação do companheiro ao conhecer o filho.
	3.4. Crianças com problemas de saúde	3.4.1. Vivências com o filho no hospital.
		3.4.2. Apoio durante a internação.
		3.4.3. Alta hospitalar.

CATEGORIA IV	SUBCATEGORIAS	ELEMENTOS DE ANÁLISE
4.1. Transformações ocorridas na vida da adolescente	4.1. Relacionamento com o filho	4.1.1. Significados do filho e da maternidade.
		4.1.2. Relacionamento com a criança.
		4.1.3. Relacionamento da criança com outras pessoas.
	4.2. Relacionamento com o marido após a gravidez	4.2.1. Satisfação com o marido enquanto pai.
		4.2.2. Satisfação no relacionamento com o marido.
		4.2.3. Mudanças no relacionamento com o marido.
	4.3. Modificações dos relacionamentos familiares após a gravidez	4.3.1. Aproximação e satisfação no relacionamento com os familiares.
		4.3.2. Sentimento de que o relacionamento não mudou.
		4.3.3. Vivências de afastamento ou luto por familiares.
	4.4. Mudanças subjetivas e comportamentais após a gravidez	4.4.1. Melhoria do conhecimento e uso de contraceptivos.
		4.4.2. Ganhos e satisfações a partir da maternidade.
		4.4.3. Dificuldades ou sentimentos de arrependimento.
		4.4.4. Modificações nos relacionamentos.
		4.4.5. Cotidiano e condições de vida.
	4.5. Trajetória escolar	4.5.1. Dificuldades e interrupção dos estudos.
		4.5.2. Processo de retomada dos estudos.
		4.5.3. Postura atual em relação aos estudos.
	4.6. Planos para o futuro	4.6.1. Planos envolvendo a vida familiar.
		4.6.2. Planos envolvendo trabalho ou estudo.
		4.6.3. Dificuldades ou ausência de planos.

CATEGORIA V	SUBCATEGORIAS	ELEMENTOS DE ANÁLISE
5.1. Redes Sociais Significativas	5.1. Rede Familiar	5.1.1. Pessoas significativas.
		5.1.2. Manutenção dos relacionamentos.
		5.1.3. Aproximação ou aumento na rede de relacionamentos.
		5.1.4. Afastamento ou redução na rede de relacionamentos.
	5.2. Rede de Amigos	5.2.1. Pessoas significativas.
		5.2.2. Manutenção dos relacionamentos.
		5.2.3. Aproximação ou aumento na rede de relacionamentos.
		5.2.4. Afastamento ou redução na rede de relacionamentos.
	5.3. Rede Comunitária	5.3.1. Pessoas significativas.
		5.3.2. Manutenção dos relacionamentos.
		5.3.3. Aproximação, ou aumento na rede de relacionamentos.
		5.3.4. Afastamento ou redução na rede de relacionamentos.
	5.4. Rede da Escola	5.4.1. Pessoas significativas.
		5.4.2. Manutenção dos relacionamentos.
		5.4.3. Aproximação ou aumento na rede de relacionamentos.
		5.4.4. Afastamento ou redução na rede de relacionamentos.
	5.5. Rede de Profissionais da Saúde	5.5.1. Pessoas significativas.
		5.5.2. Manutenção dos relacionamentos.
		5.5.3. Aproximação ou aumento na rede de relacionamentos.
		5.5.4. Afastamento ou redução na rede de relacionamentos.

6. ANÁLISE DE DADOS E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

As protagonistas desta dissertação foram adolescentes que ainda se encontravam no final da infância, quando vivenciaram a experiência de serem mães pela primeira vez. A narrativa de seus discursos trouxe à tona histórias singulares de vida, que desvendaram uma gama de situações vitais que, pela sua riqueza, auxiliaram a compreender o universo das mesmas, tanto em nível individual como em comum a todas as entrevistadas. Por sua vez, a elaboração do mapa de redes das mesmas, permitiu reconhecer o desenho das redes sociais e de apoio, constituídas desde o momento anterior à gravidez até o nascimento dos filhos.

No contexto dessas histórias, e tendo como pano de fundo o paradigma da complexidade, a presente análise buscou construir categorias a partir das falas das adolescentes, com o propósito de capturar aspectos em comum e diferenciais, buscando uma análise em profundidade. Destaca-se que as categorias estabelecidas precisam, necessariamente, ser compreendidas em seu conjunto, a fim de possibilitar a apreensão de seus reais sentidos e significados, na medida em que elas se complementam de forma recursiva, contribuindo assim para ampliar os conhecimentos sobre a temática da gravidez na adolescência, numa perspectiva multideterminada.

Por sua vez, e com o intuito de preservar os detalhes e a riqueza dos conteúdos que surgiram no decorrer das entrevistas, cabe sinalizar também que a organização das categorias teve como base as fases do ciclo vital individual da adolescente, o que permitiu uma compreensão sobre seu contexto de relações, subjetividade e experiências em diferentes momentos, ao mesmo tempo que possibilitou o aprofundamento gradual sobre as transformações, que a adolescente foi efetuando ao longo do tempo. A exceção foi a última categoria, construída a partir do mapa de redes, que contemplou os diferentes períodos (antes da gravidez, durante a gravidez e momento atual) nela mesma, em função da especificidade do instrumento, utilizado para esta finalidade. Em continuação, apresenta-se a análise e a discussão dos dados, de acordo com a ordem proposta no Quadro 2. apresentado na página 70.

6.1. CATEGORIA I – Vivências anteriores à gravidez

Esta categoria congregou um conjunto de eventos e situações da história de vida da família, assim como as vivências e o conhecimento

das adolescentes sobre métodos contraceptivos. Foram identificados, ainda, os projetos de vida idealizados no momento anterior à gravidez, possibilitando uma melhor contextualização da gravidez e compreensão mais abrangente do ciclo vital das participantes deste estudo.

A subcategoria **relacionamentos familiares (1.1)** abordou as histórias anteriores à gravidez, envolvendo a adolescente, seus familiares, ou a relação da adolescente com eles. Três adolescentes relataram *histórias de conflitos envolvendo os pais (1.1.1)*, onde observou-se que estes conflitos, principalmente no que diz respeito à ruptura de vínculos motivada em alguns casos por traição, foi um aspecto importante trazido à tona no discurso das participantes, no sentido que evidenciaram, de certo modo, as referências relacionais das figuras parentais destas adolescentes. Os relatos em continuação exemplificam as histórias compartilhadas:

“Ele já era casado há trinta anos, só que aí ele falou pra mãe que ele era separado. E a mãe não tinha como ir até lá pra ver, né? Se ele era ou não. E tipo, de vez enquanto ele tava aqui. Só que ele dizia pra mulher de lá que ele tava viajando. E pra mãe, quando ele tava lá, ele dizia que tava viajando também. Daí ficava com as duas” (Janaína, 15 anos).

Concomitante a isto, somou-se a história da gravidez das mães das participantes, no que diz respeito às dificuldades que passaram, o que foi exemplificado no relato a seguir, quando a mãe de uma adolescente descobriu aos 14 anos, que estava grávida:

“Passou bastante trabalho, que ela tinha que dormir na rua, grávida de mim, tudo. Porque o meu vô descobriu que ela tava grávida, botou ela pra rua. Daí ela foi pra casa da sogra, que é minha vô. Daí lá ela ficava negando prato de comida pra ela e falava um monte. No começo ela contou pro meu pai que tava grávida, eles queriam porque queriam que ela me tirasse. Só que daí a minha tia não deixou, né? Até que ela não tirou, mas daí ela passou nove meses de trabalho. Ter que ir pra beira da praia comer berbigão” (Sônia, 18 anos).

Pode-se questionar, a partir da fala desta adolescente, quais efeitos a história relatada pela mãe pode ter gerado na filha, influenciando sua própria história, uma vez que Sônia também teve a primeira gravidez aos 14 anos e o relacionamento entre sua mãe e o companheiro da filha, que foi inicialmente rechaçado em função da mãe acreditar que ele abandonaria Sônia. A persistência do genro, em solucionar as dificuldades e apoiar a gravidez, terminou transformando a visão da sogra, que aceitou a nova situação.

Neste caso, foi possível observar a inter-relação apontada por Carter e McGoldrick (2001) entre o ciclo vital familiar e o ciclo vital individual da adolescente, num movimento de recursividade, onde as experiências anteriores dos integrantes da família exercem efeitos nos relacionamentos presentes, ao mesmo tempo em que os relacionamentos presentes contribuem para resignificar o passado, como aconteceu com a mãe da adolescente.

Além das histórias de relacionamento entre seus pais, as adolescentes também relataram *dificuldades de relacionamento com os familiares (1.1.2)*, evidenciando conflitos que, embora usualmente façam parte do desenvolvimento normal da adolescência (Marcelli & Braconnier, 1989), também podem intensificar-se revelando dificuldades do sistema familiar. Duas adolescentes referiram-se a situações desta natureza, associando a vivência destes conflitos à saída de casa:

“(...) assim ó, eu e a vó não se entendia... Desde os... cinco anos. Por causa que daí a minha mãe casou. Daí o meu padrasto, ele batia muito em mim, não gostava de mim quando eu era pequena. Daí a mãe mandou eu morar com a vó, pra não se separar dele, porque daí ela tava grávida, né? (...) daí eu decidi que eu ia casar, por causa que eu e a vó não tava se entendendo. Não tava dando certo eu morar mais lá. (...) mas daí quando eu saí, ela começou a chorar um monte pedindo para eu ficar, entendeu? Só que daí eu e o meu padrasto não tava mais se falando. Daí eu não podia morar com a mãe. Daí eu peguei e fui morar com a... daí eu peguei e o Peter disse ‘então vamo morar comigo’” (Janaína, 15 anos).

A saída de casa, como forma de escapar das brigas e dos problemas familiares, já havia sido descrita por Hoga (2008) como uma das razões atribuídas à gravidez na adolescência, o que foi confirmado por esta adolescente, que passou a vislumbrar a constituição de sua própria família, como alternativa para buscar outra forma de levar sua vida. O relacionamento com a figura paterna também veio à tona, em termos das dificuldades, devido à falta de reconhecimento por parte da mesma. O depoimento a seguir revela os sentimentos de uma adolescente, que só foi conhecer o pai após a gravidez:

“Eu fiquei... com raiva. Eu fiquei... assim... mas a verdade é que eu tinha bastante curiosidade de conhecer ele, sabe? Bastante curiosidade. Mas assim, eu fiquei meia triste. Eu fiquei com raiva, eu fiquei com tudo no mesmo tempo. Eu fiquei com raiva por ele não ter me procurado antes” (Janaína, 15 anos).

As dificuldades nos relacionamentos também foram evidenciadas pelos entraves nos diálogos das adolescentes com as mães. Indo ao encontro do que apontou Dias & Gomes (2000), a falta de confiança impediu que se estabelecesse uma conversa esclarecedora sobre sexualidade, como pode ser observado na fala abaixo:

“Mas eu nem... assim, eu não conversava com ela, ela falava pra mim ‘ah, tu pensa que a mãe não sabe que tu não é mais virgem? E que...’ ‘da onde, mãe? Da onde que tu tirasses isso? Eu sou ainda’, e não sei o quê. E ela falava ‘Porquê que tu não me conta? Porquê que tu não fala comigo?’ Eu assim, ‘pra quê mãe? Eu sou virgem ainda, quem que falou isso pra mãe?’ Toda vida desmentindo, toda vida dizendo que não” (Melissa, 18 anos).

O depoimento acima mostra que a dificuldade na conversa entre mãe e filha relaciona-se com a preocupação da adolescente em esconder ou negar sua atividade sexual perante a mãe, o que já foi observado por Brandão (2009). No entanto, a resistência da filha em admitir as relações sexuais também pode estar relacionada ao processo de luto pelo corpo infantil (Aberastury, 1986), onde o reconhecimento da sexualidade

implicaria, necessariamente, no abandono da imagem de criança perante os pais.

Outras comunicações envolvendo a sexualidade, tanto por parte de familiares, quanto de professores, fizeram-se presentes em *diálogos sobre menarca e gravidez (1.1.3)*, como pode ser observado nos relatos a seguir:

“Daí a tia dele (do marido) assim: ‘Ju, já faz muito tempo que tu ta com ele e tu diz que não quer engravidar, mas tu vai acabar engravidando’, era o que os outros dizia” (Juliana, 16 anos).

“Eu fiquei com 11 anos (menarca). Com 11 anos... ela (professora) dizia pra gente, que quando a gente ficasse mocinha, era pra gente chamar ela e contar, que ela ia ta sendo que nem a nossa mãe, explicando... que ela dizia que tinha muitas mães que não explicavam pros filhos. Daí ela tava fazendo isso pra não ter prejudicação mais tarde. No caso, o que ela contava a gente ouvia, né?” (Tatiane, 18 anos).

Os relatos acima sinalizam que diálogos sobre sexualidade dentro da família, ainda são escassos e acontecem mais sob a forma de “conselhos” dos pais à filha, do que em forma de troca, onde a adolescente também possa revelar suas dúvidas e percepções sobre o assunto, o que vai ao encontro do que sinaliza Monteiro et al. (2007). A fala da adolescente sobre o papel de orientação da professora põe em evidência a importância da rede substituta, no processo de acolhimento e esclarecimento das dúvidas das adolescentes sobre as questões envolvendo sua sexualidade. Neste sentido, questiona-se até que ponto as instituições e serviços de saúde estão reproduzindo a falta de diálogo na família, ou oferecendo uma possibilidade de sanar essas lacunas, assunto que será retomado mais adiante.

Uma das adolescentes falou ainda sobre a *postura dos pais frente aos relacionamentos da adolescente (1.1.4)*, enfatizando a interdição materna tanto de amizades quanto do próprio namoro, conforme o relato abaixo:

“Eu era assim: eu sempre fui sozinha, sabe? As minhas únicas amigas era as minhas irmãs, porque a mãe não deixava... a mãe

não deixava a gente fazer amigo porque ia desencabeçar, porque não sei o quê, ia arrumar namoradinho, essas coisas. (...) quando a mãe namorava com o pai, a mãe sentava lá e o pai aqui, conversava na frente da vó e com o vô, sabe? E ela queria que eu fosse assim também, namorasse na frente dela. Só que isso já fica chato, fica feio, né? (ri)” (Juliana, 16 anos).

O pai, neste caso, foi relatado pela adolescente como uma fonte de apoio, uma vez que permitia o namoro da adolescente, ajudando a escondê-lo da mãe:

“O pai não, o pai pra ele tanto faz como tanto fez. Sempre que... o pai, assim, ele deixava eu namorar com ele, né? Meu pai deixava, mas quem não deixava era a mãe. Daí quando eu dizia: ‘pai eu vou sair com ele, assim, assim’, (...) daí o pai inventava alguma coisa assim pra mãe, e a mãe não podia saber, Deus me livre, ela me batia” (Juliana, 16 anos).

Mais uma vez as falas apresentadas retratam o contexto de proibição em que o namoro da adolescente aconteceu, colocando em evidência a expectativa materna, mas que também pode ser pensada como a expectativa da sociedade, de que o namoro e a atividade sexual não aconteçam entre adolescentes desta idade (menores de 14 anos). Esta questão adquire especial importância no planejamento de ações preventivas, no âmbito da educação e saúde, uma vez que as informações prestadas pelos profissionais podem estar chegando “tarde demais” aos adolescentes, permitindo que eles realizem sua iniciação sexual com pouca ou nenhuma informação e reflexão, sobre proteção e contracepção.

A subcategoria **relacionamento com o parceiro (1.2)**, abordou eventos ou experiências entre a adolescente e seu o parceiro no momento anterior à gravidez. No *processo de namoro (1.2.1)*, seis adolescentes relataram o início do namoro, que aconteceu quando as mesmas estavam com idade entre 11 e 13 anos, conforme relatos a seguir:

“Ah, eu comecei a ficar com ele com 13 e a gente foi rápido. E... com 13 anos eu me ajuntei com ele. A gente se conheceu numa semana e ele já pensou em casar. Se ajuntamo. Aí foi indo. Aí eu comecei a estudar, e depois eu comecei a enjoar e fui fazer um exame. Aí depois eu descobri que eu já tava de três meses” (Miriam, 18 anos).

“É, nós namorava há dois anos já... ia fazer dois anos. Daí ele ia na minha casa, eu ia na casa dele. Um namoro bem tranqüilo, o meu pai aceitou, a mãe dele também, sempre foi muito querida, meu Deus, agradeço a ela até hoje” (Luana, 16 anos).

Os dados levantados sinalizaram a presença de afetividade nos relacionamentos entre as adolescentes e seus parceiros, sendo que atualmente todas vivem com os pais de seus bebês. Percebeu-se, no entanto, que em alguns casos ocorreu uma passagem rápida da condição de namoro para o “morar juntos”, o que pode estar relacionado com a tendência da adolescente em romantizar e idealizar a relação com o parceiro, tendo sido este um fator de risco para a gravidez, já identificado na literatura (Baeza et al., 2005). Ainda sobre o namoro, a necessidade de manter o exercício da sexualidade em segredo voltou a aparecer, motivada principalmente pelo medo de sofrer agressões por parte do pai, o que também já foi apontado pelos mesmos autores, como fatores de risco.

“A gente ficava junto quando a gente ia lá pra casa da mãe dele, que daí eu dizia pra minha mãe que eu ia pro PETI¹⁰, fazia a

¹⁰ Programa de Erradicação do Trabalho Infantil (PETI) é um programa do Governo Federal, através do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), no qual as crianças e adolescentes em situação de risco social recebem uma bolsa para participar de atividades sócio-educativas no contraturno da escola, sendo que suas famílias recebem um auxílio financeiro visando garantir sua permanência e afastá-las do trabalho infantil.

volta e ia lá pra cima. De tarde... e o meu irmão sempre me ajudou. Nunca falou nada. (...) Ele me trazia ali por baixo e vinha aqui, o meu irmão tava me esperando, daí eu subia junto com o meu irmão. (...) Daí um dia em cheguei atrasada, o meu irmão chegou em casa, e a minha mãe fez ele voltar atrás de mim. Ainda bem que eu tava subindo aqui quando ele desceu, daí a gente subiu junto. E o meu pai não tinha visto ele ainda, senão... meu Deus! Tinha me dado uma surra! Mas era tudo escondido” (Leila, 18 anos).

A experiência de namoro também coincidiu com a iniciação sexual de algumas adolescentes, conforme os relatos:

“Não, eu não sabia de nada, pois eu casei virgem com ele. Aí, namoramos, tudo, mas não acontecia nada, era só beijinho, mais nada. Porque a mãe sempre disse: ‘minha filha, primeiro tu escolha bem o homem que tu vai ficar, pra depois, né, tu dormir com ele, essas coisas’. E daí eu tinha um medo que, credo! Daí depois que eu casei com ele, depois que nós casamos, depois de três dias nós fomos ter relação, né?” (Juliana, 16 anos).

Na situação apresentadas foi possível perceber a importância das orientações nas experiências sexuais da adolescente. Enquanto uma delas levava em conta o que dizia a mãe a respeito das relações sexuais, outra adolescente buscou o apoio de uma professora para esclarecer dúvidas que causaram desconforto ao casal, que quase rompeu o relacionamento na ocasião. Novamente faz-se presente o papel de profissionais enquanto alternativa qualificada, onde a adolescente pode obter suporte emocional e orientações às suas necessidades.

Das dez adolescentes entrevistadas, sete falaram sobre a *decisão de morar com o companheiro (1.2.2)*, sendo que para quatro delas, este movimento ocorreu antes da gravidez, como ilustra as falas abaixo:

“Aí comecei a namorar e namorar escondido da mãe. E toda vida que eu ficava com ele, ele me convidava pra nós fugir. E fugir, e fugir... Daí chegou um dia nós marquemos, guria. E ele não foi lá na casa da minha mãe me leva? (ri) E daí sabe aquele matagal que tem ali? Minha mãe mora lá encima. Nós descemos correndo tudo aquele matagal. Guria do céu! Cheguei aqui em baixo com o nariz cheio de terra. (risos) Caindo e levantando, né? Ta, daí embarcamos na garagem mesmo do nosso amigo e fumo lá pra Biguaçu. Daí lá que comecemos tudo. Daí depois de uma semana liguei pra mãe, ela disse que não ia me bater, tava morrendo de saudade, era só pra ele ir lá conversar com o pai e a mãe, né?” (Juliana, 16 anos).

As falas possibilitaram observar outra faceta da transição entre a condição de namoro para o “morar juntos”, relacionada à resistência ou não aceitação do namoro da adolescente por parte da família. Para três adolescentes, no entanto, a saída de casa foi uma decisão tomada a partir da notícia da gravidez:

“Ele (namorado) sempre disse que eu tinha que escolher, o quê que era melhor pra mim. Se era melhor pra mim ficar lá, ele aceitava que eu ficasse lá. É, se fosse pra gente morar lá, ele ia morar lá. ‘Mas como tu escolhesse’, ele disse pra mim, ‘como tu escolhesse morar aqui na casa da mãe, vamo morar aqui’” (Luana, 16 anos).

Os relatos também revelaram o apoio do namorado ou familiares, para que a adolescente tivesse liberdade de escolha entre permanecer ou não na casa da família de origem. A opção das adolescentes em sair da casa de seus pais, pode estar associada à busca de autonomia e definição de novos papéis, características da adolescência já apontadas tanto por Kaplan & Sadock (1990), quanto por Erikson (1976).

As adolescentes ainda apontaram *dificuldades entre o casal* (1.2.3), relacionadas, em alguns casos, aos ciúmes ou falta de

maturidade da adolescente para lidar com o casamento, conforme relatos a seguir:

“Que o meu marido também, eu passei um pedaço com ele. (...) Que também, ele chegava em casa, eu nem em casa não tava. Daí ele pegava ia pros barzinho comer salgadinho, jogar sinuca e isso ele foi acostumando. (...) Daí nisso, eu chorava, chorava, que nem aquelas adolescente escandalosas. Ia lá, quebrava o pau, fazia passar vergonha e vinha pra casa, daqui a pouco ele vinha, brigava e ficava um com a cara virada pro outro” (Leila, 18 anos).

Novamente aqui, pode-se observar características próprias da adolescência, como a impulsividade e instabilidade. No entanto, destaca-se que as dificuldades não culminaram na separação do casal, mas num processo de amadurecimento das adolescentes, que desenvolveram outras estratégias para lidar com os aspectos que lhe incomodavam na relação, relatando maior satisfação em seus relacionamentos a partir disto.

Outras adolescentes, que também falaram sobre suas dificuldades com os parceiros, trouxeram aspectos relacionados ao envolvimento deste com o crime ou uso de drogas:

“Ah, eu já imaginava que isso podia acontecer (ele ser preso), mas tu nunca vais esperar, né? Aí aconteceu, imagina, grávida, fiquei sozinha” (Paola, 17 anos).

“Era... cocaína. (...) Ele se sumia, ficava dois, três dias fora. E eu não sabia o quê que tava acontecendo, ia atrás dele pra ver se achava ele. Ele chegou a vender moto, vender... sabe, foi bem complicado. Aí quantos... uma vez, até, ele esperou eu dormir, se escapou. Eu acordei de madrugada ele não tava mais, acho que eu tava até sozinha em casa. E foi bem... complicado, assim. Ah, mas... passou, né?”

Achei que nunca mais ia ter fim. Mas Graças a Deus... (...) Três meses vai fazer... que ele ta sem usar... três meses” (Melissa, 18 anos).

Se a própria gravidez na adolescência já é, por si só, um fator que torna mais complexo e difícil o processo de desenvolvimento da adolescente, o que dizer quando além destas questões ainda estão presentes fatores como a ligação com o crime e a dependência química? Percebeu-se que, apesar de não ter acontecido rompimento entre os casais, essas situações trouxeram considerável sofrimento para as adolescentes.

A subcategoria **vínculos com outras instituições (1.3)** abordou a participação ou experiência da adolescente em instituições fora do âmbito escolar, como unidades de saúde, programas sócio-educativos, projetos sociais, grupos de adolescentes e outros, uma vez que essas vivências poderiam proporcionar fontes alternativas de satisfação, ou delineamento de projetos de vida onde a maternidade não seria prioridade.

Os *contatos com Unidades de Saúde (1.3.1)* foram citados por seis adolescentes e mostraram-se esporádicos, centrados principalmente em consultas médicas, odontológicas e exames, focados no tratamento de doenças orgânicas. O aspecto preventivo e educativo sobre métodos contraceptivos, no entanto, foi comentado por duas adolescentes que tiveram as Unidades de Saúde como referência no recebimento de informações, conforme a fala:

“Não, eu ia no postinho, assim, por causa que eu tinha anemia, né, daí de vez enquanto eu ia pra ver como é que tava a minha anemia. Daí eles me davam, eles pegavam e mandavam tomar comprimido, daí eles me deram comprimido, me deram camisinha, tudo, pra mim usar. Eles me deram comprimido, tudo. Me deram... daí eles iam me dar injeção. Só não tomei por causa que tinha que ser no primeiro dia de menstruação. Então eu não tomei. Daí naquele mês mesmo eu engravidei. Daí eu não tomei mais. Mas eles iam lá, me davam comprimido, só que daí eu nem tomei, eu dei

*pra minha prima. Porque eu não queria”
(Janaína, 15 anos).*

As falas acima, ao mesmo tempo em que revelaram o papel fundamental das Unidades de Saúde na prestação de informações sobre métodos contraceptivos e seu acesso, também expuseram a dificuldade em acessar o universo das adolescentes, tendo em vista que nos dois casos mencionados as informações não foram utilizadas, uma vez que o objetivo das adolescentes era a gravidez. Confirmaram-se os achados de Reis & Oliveira-Monteiro (2007), de que, na ótica dos jovens, as dificuldades no uso correto de métodos contraceptivos não costumam ser apontadas como razões para a gravidez na adolescência, o que sinaliza a importância de também considerar os aspectos subjetivos do adolescente e seus relacionamentos nos trabalhos voltados à prevenção.

A *ausência de contato com instituições não-escolares (1.3.2)* foi relatada por quatro adolescentes, que afirmaram que a escola e a residência eram os únicos ambientes frequentados pelas mesmas, antes da gravidez. Tendo presente o que foi apontado por Reis & Oliveira-Monteiro (2007) sobre o papel e a participação em projetos culturais, onde os jovens possam sentir-se valorizados pode ter na construção de projetos de vida, que adiem a maternidade, pode-se levantar em que medida a falta de vivências e oportunidades, em outros contextos, contribuíram para a gravidez destas adolescentes. Considerou-se, ainda, este fator como um indicativo de contexto de vulnerabilidade para a gravidez entre adolescentes, uma vez que o mesmo aborda aspectos sociais, extrapolando a questão da vontade individual (Ayres et al., 2003).

A única adolescente que relatou *participação em programa sócio-educativo (1.3.3)* fez referências positivas a esse respeito, conforme observou-se no relato abaixo:

“É (gostava), porque assim, lá eu fazia aula de tênis, então eu fiz tênis lá dois anos. Tenho foto, tudo, com o Guga, tudo. Então o que eu gostava mais lá era de jogar tênis, que a gente ia fazer torneiro, essas coisas. E lá tem sala, tem piscina, tu aprende a nadar lá no PETI, né? Tem biblioteca, se tu precisa de qualquer coisa, tu vai lá. Tem... tem psicóloga, também, se tu precisa tem. Gostava de ir pra caramba. Eu até tava

grávida do Theo, tava indo, ainda. Tava casada com o meu marido, tava indo ainda” (Leila, 18 anos).

Levando-se em conta que esta adolescente tinha planos de vida mais definidos, em relação às outras adolescentes, e fazia uso constante de preservativos nas relações sexuais, foi possível constatar que a participação neste projeto teve um impacto positivo, no sentido de ajudar a adolescente a visualizar outras fontes de satisfação além da maternidade.

A partir disso, questionou-se até que ponto as políticas públicas voltadas a crianças e adolescentes vêm assegurando os direitos descritos em lei, no que se refere à prevenção, oportunizando o acesso à informação, cultura, lazer, esportes, diversão, espetáculos e serviços que respeitem sua condição peculiar de desenvolvimento (Lei 8.069, 1990, art. 71). Considera-se que este é um aspecto que precisa, necessariamente, estar associado às discussões sobre os direitos sexuais e reprodutivos dos jovens, uma vez que o direito de decidir de forma livre e responsável pela reprodução (Conferência Internacional sobre a Mulher, Pequim, 1995) deve passar pela possibilidade de escolha, que inclua outras possibilidades de satisfação e desenvolvimento pessoal.

Contribuindo para essa reflexão, a subcategoria **planejamento da gravidez (1.4)** abordou os conhecimentos e o uso de métodos contraceptivos por parte das adolescentes, bem como suas posturas frente à possibilidade de gravidez. Referente ao *conhecimento e uso de métodos contraceptivos (1.4.1)*, constatou-se que todas as adolescentes possuíam informações sobre contracepção antes de engravidar, conforme ilustram os relatos a seguir:

“Não, isso a gente via na televisão (que existia remédio e camisinha). Televisão hoje em dia, a gente, adolescente, engravida porque quer, que na televisão aparece tudo” (Tatiane, 18 anos).

“Conhecia porque a minha mãe tava o tempo todo falando...” (Melissa, 18 anos).

Essa situação destoou do que apontaram Esteves & Menandro (2005) e Hoga (2008) a respeito da falta de informações entre mulheres de baixa renda. O fato de todas as adolescentes possuírem informações

sobre métodos contraceptivos, sendo que cinco delas passaram pela experiência de planejar a gravidez, destacou a necessidade de reconhecer que o acesso às informações e aos métodos contraceptivos, embora seja fundamental, não é suficiente para prevenir a gravidez entre adolescentes, sinalizando na direção da criação de estratégias novas e mais abrangentes para lidar com a questão da contracepção na adolescência.

No que se refere ao uso de contraceptivos, quatro adolescentes relataram sua utilização, conforme descrição abaixo:

“O meu marido até usava a camisinha. Mas a gente até nem imaginou o que aconteceu. A gente nem sabe. Não (nunca esqueceram). Com certeza estourou, alguma coisa assim” (Leila, 18 anos).

“Eu tomava comprimido. Só que daí eu não tomava certinho, era muito cabeça fraca. Daí eu... acabei engravidando. Eu esquecia, eu sabia que tinha que ser todos os dias, porque eu passei pelo médico e tudo, né, só que eu me esquecia de tomar” (Sônia, 18 anos).

As falas revelaram, em alguns casos, o desconhecimento das adolescentes sobre a forma como a gravidez ocorreu, uma vez que fizeram uso regular de métodos contraceptivos. Percebeu-se que estas adolescentes tiveram mais dificuldades para aceitar a gravidez e atribuíram a mesma à falha do método que estavam utilizando. Já outras adolescentes reconheceram que, apesar de fazer uso de pílula, este não se dava de forma regular o que comprometia a eficácia do método, ou seja, o conhecimento não se reverteu, de imediato, numa conduta que eliminou riscos, como apontado por Brandão e Heilborn (2006).

Cinco adolescentes falaram sobre a interrupção dos métodos contraceptivos, que estavam utilizando antes da ocorrência da gravidez, conforme descrito abaixo:

“Eu não usei nada, eu parei de tomar pra engravidar. Eu fiquei seis meses tentando engravidar” (Janaína, 15 anos).

“Não sei porque que eu tinha parado. Eu sei que eu não comprei mais e parei. E eu achei que eu não ia engravidar, assim, já” (Miriam, 18 anos).

“É, no começo eu tinha muito medo, muito medo, muito, muito, muito medo. Daí a gente usou até uns três, quatro meses a gente se cuidava. Daí depois...” (Luana, 16 anos).

Os relatos acima permitiram vislumbrar diferentes motivações para a interrupção do uso de contraceptivos. Confirmou-se o que foi apontado na literatura de que a gravidez pode ser fruto da realização de um desejo (Godinho et al., 2000; Lima et al., 2004; Hoga, 2008), da falta de percepção do risco de engravidar (Lima et al., 2004), ou da diminuição da vigilância em relacionamentos duradouros (Brandão & Heilborn, 2006).

Entre as cinco adolescentes que não fizeram uso de métodos contraceptivos, identificou-se o medo que a mãe descobrisse, a falta de reflexão e o desejo de engravidar, como principais razões para a não adoção de comportamentos preventivos com relação à gravidez, como pode ser observado nos relatos abaixo:

“Não (usava pílula na época), porque a minha mãe também não sabia. Que o meu pai morava com a minha mãe. Daí eu ‘eu não vou falar nada’. Vai que ela fale pra ele e ele queira me bater ou me mandar embora. Daí eu tinha medo dele me mandar embora. Eu não vou ter pra onde ir. Daí eu não falei nada” (Leila, 18 anos).

“Ah, o que eu conhecia era a camisinha... anticoncepcional... Hum... normal, só não usava. Não, nem pensava... (que a gravidez pudesse acontecer)” (Samara, 17 anos).

Os depoimentos apresentados evidenciaram, mais uma vez, a necessidade de analisar a questão dos conhecimentos sobre os métodos contraceptivos em relação ao contexto subjetivo e familiar da adolescente, uma vez que a adoção do comportamento de evitar a

gravidez passou, muitas vezes, pelo esclarecimento de dúvidas, ou revelação da atividade sexual, processo que acabou prejudicado num ambiente em que faltou confiança entre a adolescente e seus pais.

Aprofundando o conhecimento sobre as participantes que optaram pela gravidez, algumas delas fizeram o relato de que o casal, ou elas próprias, tomaram uma *decisão sobre a gravidez (1.4.2)*, adotando comportamentos no sentido de concretizá-la, como pode ser observado nos relatos abaixo:

“Três meses (tentando engravidar). Três meses, eu descobri, eu já tava de três meses. Só que daí isso que eu não entendo. Eu não sabia. Pra mim ele tinha algum problema que não podia fazê filho (risos). Porque ele nunca teve filho com ninguém, né? Eu pensava... e que nada, e eu grávida. Eu grávida e não sabia” (Juliana, 16 anos).

“Não, da Micheli eu nem precisei tentar. Eu tomei remédio um mês quando eu perdi, daí não tomei mais. (...) Daí fiquei cinco meses sem tomar remédio, daí eu engravidei dela. (...)É, eu já tava querendo com a perda do primeiro, reponhar o primeiro, né?” (Tatiane, 18 anos).

As duas falas ilustraram situações onde as adolescentes tomaram sozinhas a decisão de ter um filho. No segundo caso, levantou-se a questão do aborto, enquanto uma experiência que suscitou o desejo por uma nova gravidez, como aconteceu com esta adolescente que engravidou de forma não planejada na primeira vez, mas sentiu vontade de “substituir” a perda sofrida e interrompeu o uso de contraceptivos para engravidar pela segunda vez.

Uma das adolescentes também destacou que a gravidez aconteceu em função do desejo do parceiro. Esse aspecto, já apontado por Hoga (2008), como uma das causas possíveis da gravidez na adolescência, evidenciou o impacto das relações de gênero na dificuldade da adolescente em negociar ou contrapor-se ao desejo do parceiro.

Ainda sobre a decisão da gravidez, os relatos de outras duas adolescentes evidenciam o planejamento do casal:

“Desde que eu casei, depois de dois meses que eu casei, eu falei assim: ah, eu vou engravidar. Mas se eu pudesse ter voltado, eu não teria engravidado. (...)Eu não queria muito, mas ele queria mais, porque ele já tem 22. No caso, ele tinha 20. Daí ele queria. Eu pensei: ai, não sei o que eu faço, acho que vamo. Daí eu parei de tomar comprimido. E... eu engravidei” (Janaína, 15 anos).

A estas situações, soma-se a postura do casal de omitir da família, ou dos profissionais da saúde, a decisão pela gravidez, como observa-se nas falas das adolescentes:

“Porque eu falei que queria engravidar, mas assim, só tava entre eu e ele, entendeu? Eu não contei pra ninguém que eu queria engravidar. Tanto que eu ia no médico, daí eu tinha vergonha de falar pra ele, que eu tinha 13 ainda, né? Tinha 13. Daí eu falei pra ele, eu tava querendo falar pra ele que eu queria engravidar, entendeu? Mas ele ia me dar... imagina o esporro que eu ia escutar dele, né? Daí eu falei assim: ‘Será que eu não posso ter filho?’ Daí ele assim, ele é um médico bem conhecido, bem legal, que é lá do J. (Unidade de Saúde), daí ele me pegou pequena, no médico. Daí ele assim: ‘Ai, Janaína, tu deixa de ser louca, tu não vai engravidar menina. Tu vai tomar comprimido, tu vai usar camisinha, menina, tu não vai engravidar’ ‘Não, não vou’. E eu querendo, né? Daí ele assim e eu ‘Será que não dá?’ ‘Não, tem pessoas que demoram, mas tu ta demorando porque não é pra ti engravidar ainda, porque tu não tem um útero adequado ainda pra engravidar’ ‘Tá bom, ta bom’. Mas eu fiquei menstruada com 9 anos, eu fiquei menstruada muito cedo. Daí ele falando, e eu ‘Não, tá bom, ta bom’” (Janaína, 15 anos).

“Ah, ela me levava no médico direto, dizia pra mim tomar, “não, eu não quero tomar, eu não vou tomar”. Aí começava ‘ah, se eu vou tomar essas coisas pra engordar, ah, da licença, né? Olha a minha idade’, falando pra ela. Mas... tudo, camisinha, ela me dava, tudo. Chegava aqui a gente fazia balão. Porque daí a minha cunhada já tinha (criança) e a minha outra cunhada já tinha também. Ah, dava tudo pra eles brincar. Meu Deus!” (Melissa, 18 anos)

Os relatos evidenciaram que, apesar de não confirmarem abertamente para os pais ou profissionais da saúde os planos da gravidez, as adolescentes costumavam dar sinais ou iniciar diálogos que, no entanto, mostraram-se insuficientes em estabelecer uma comunicação clara e franca sobre seus desejos, dúvidas e receios. Nestes casos, pareceu estabelecer-se entre as adolescentes e os profissionais ou familiares, uma situação onde todos sabiam o que estavam acontecendo, mas sentiam-se incapazes de colocar em palavras e conversar abertamente sobre a situação.

Pensando nas possíveis relações entre situações como estas e os serviços de saúde, somados ao que foi apresentado por Rosengard et al. (2004), levantam-se alguns questionamentos como: em que medida a não aceitação por parte dos profissionais da saúde de uma gravidez na adolescência pode contribuir para que as “dicas” sobre os planos da adolescente de engravidar não sejam percebidas? Será que as dificuldades dos profissionais em admitir o desejo de adolescentes tão jovens em se tornarem mães pode dificultar o reconhecimento das intenções da adolescente, ou gerar receios no profissional de que uma conversa franca sobre o assunto possa estimular a gravidez na adolescência? E no caso das intenções serem percebidas, de que maneira faz-se possível estabelecer um diálogo onde os profissionais possam acolher as demandas dos adolescentes e auxiliá-los a refletirem sobre seus desejos e suas necessidades?

A *gravidez não planejada (1.4.3)* foi abordada na fala de seis adolescentes, conforme ilustra o relato abaixo:

“Ah, foi um susto, né? Quando eu descobri que tava grávida... mas... meio que a gente

esperava, né? Porque quem não se cuida... resulta nisso, né? Eu não tomava comprimido, a gente não usava camisinha, então uma hora ou outra ia acontecer” (Luana, 16 anos).

As narrativas expressaram a surpresa das adolescentes (Maldonado et al., 1997) diante da gravidez, sendo que algumas delas fizeram uso de métodos contraceptivos e outras não. Percebeu-se uma aceitação maior da gravidez entre as adolescentes, que não fizeram uso de contraceptivos. Uma das adolescentes também demonstrou que os serviços de saúde de sua região vêm cumprindo seu papel de possibilitar o acesso a métodos contraceptivos, garantindo o direito das adolescentes de evitar a gravidez. O uso correto dos métodos e a apropriação por parte das adolescentes de informações mais aprofundadas sobre o assunto, no entanto, parecem seguir como desafios às equipes.

A subcategoria **projetos de vida antes de engravidar (1.5)**, abordou os planos, metas ou sonhos que as adolescentes vislumbravam para seu futuro, quando ainda não estavam grávidas. A *continuidade dos estudos (1.5.1)* foi relacionada por seis delas a seus objetivos de vida antes da gravidez, como observou-se nos seguintes relatos:

“Aí eu... só queria ter estudado, né, porque... Só queria estudar pra depois fazer uma faculdade. Queria fazer faculdade de pedagogia, quero ver se eu faço ainda até hoje” (Miriam, 18 anos).

“Tinha, eu queria estudar, arrumar um bom emprego, ajudar ele” (Sônia, 18 anos).

Para três adolescentes, o curso de pedagogia apareceu como projeto de vida antes da gravidez. Embora Caputo e Bordin (2007) tenham citado a expectativa de fazer curso superior como um fator protetor para a gravidez na adolescência, percebeu-se que isto não foi suficiente para evitar a gravidez entre estas três adolescentes que, além dos projetos de vida, compartilhavam de outras características em comum: as três tiveram gravidezes não planejadas e não faziam uso de métodos contraceptivos para evitá-la, apesar de terem conhecimento sobre o assunto e acesso a contraceptivos.

As outras três adolescentes associaram a continuidade dos estudos com a possibilidade de conseguir um bom trabalho. Através de seus discursos, no entanto, percebeu-se que os projetos pareciam mais ser “continuidades naturais” da vida do que investimentos personalizados e investidos de desejo, por parte da adolescente. A *ausência de projetos de vida (1.5.2)* foi citada por quatro adolescentes, conforme ilustra o relato:

“Eu nem pensava muito em planos. (...) Porque eu não pensava muita coisa, era novinha, não tinha...” (Miriam, 18 anos).

Se a existência de projetos de vida foi considerada um fator de proteção para a gravidez na adolescência (Baeza et al., 2005), a ausência destes projetos pode ter sido um fator a mais, dentro de um contexto, que favoreceu a ocorrência da gravidez neste grupo (Godinho et al., 2000). Constatou-se também que estas adolescentes não internalizaram a expectativa social mencionada por Heilborn et al. (2002) de privilegiar possibilidades profissionais, de escolarização e exercício da sexualidade desvinculado da reprodução.

Por fim, cinco adolescentes citaram como projetos de vida *experiências de autonomia (1.5.3)*, onde apareceu o desejo de melhorar as condições materiais de vida, evitar a maternidade ou morar com amigas. A fala abaixo ilustra uma dessas situações:

“Ah, eu tinha assim ó, quando eu tava só namorando com o Peter. (...) que eu ia estudar, daí quando eu tivesse 18 anos, eu e as minhas amigas, que nós três ia morar, dividir um ap, nós três... Daí a gente ia trabalhar e só que a gente ia fazer faculdade, mas não aqui, a gente ia lá pra São Paulo. (...) Mas agora, o nosso sonho já foi. E a gente ia montar uma banda também. (...) Daí antes de eu começar a namorar eu ia comprar, daí tipo assim, uma ia ficar no vocal, outra ia ficar na... eu ia ser baixista e a outra ia sê na guitarra” (Janaína, 15 anos).

As questões de moradia foram citadas por duas adolescentes, que já viviam com seus parceiros no momento anterior à gravidez e, uma vez que já eram responsáveis por seu sustento, sentiram a necessidade de melhorar as condições de habitação em que viviam. Nestes casos, pode-se questionar até que ponto a adolescência, enquanto um período onde o jovem reclama sua autonomia, mas permanece dependente de seu contexto familiar (Marcelli & Braconnier, 1989), já estava finda antes mesmo da ocorrência da gravidez. Outras duas adolescentes reafirmaram que a gravidez não estava em seus planos, apesar de uma delas ter engravidado para satisfazer o desejo do parceiro, que desejava um filho.

Do grupo das dez adolescentes, apenas a última pareceu ter tecido “sonhos” e planos mais elaborados naquela ocasião, permitindo vislumbrar o que apontou Winnicott (1969) sobre o pensamento criativo no adolescente. O sustento que caberia à família e à sociedade, para que estas características pudessem desenvolver-se, no entanto, estiveram ausentes no caso desta adolescente que sequer pode passar pela experiência de tocar um instrumento e teve seus planos definitivamente modificados com a gravidez.

Tomando o conjunto de projetos de vida apresentados pelas adolescentes antes da gravidez, concluiu-se que os mesmos refletiram a falta de perspectivas observadas no próprio contexto das adolescentes. Nesse sentido, corroborou-se o que foi apontado por Levandowski et al. (2008) a respeito da maternidade, enquanto possibilidade de realização, saúde e maturidade para mulheres que não conseguem atingir reconhecimento por outras vias.

As informações obtidas sobre o contexto familiar também mostraram que conflitos e dificuldades intensas entre as adolescentes e seus pais podem estar presentes ou não, mas a falta de diálogo sobre a sexualidade, atividade sexual da adolescente e relacionamento desta com o parceiro (quando o namoro não é aceito pela família) foram aspectos que estiverem presentes. O relacionamento com o parceiro, embora também tenha apresentado dificuldades, foi caracterizado, no geral, por uma relação afetiva estável, que suscitou novas demandas por esclarecimentos a respeito da sexualidade - satisfeitas em alguns casos por rede substituta, sendo que o “morar junto” destacou-se como saída para os conflitos familiares, ou resistências em relação ao namoro.

O envolvimento das adolescentes em instituições não escolares revelou uma enorme lacuna no que se refere a alternativas de promoção de saúde, lazer, esporte e cultura, que garantam os subsídios necessários à construção de projetos de vida, onde a conquista da autonomia possa

anteceder a maternidade. Isso ficou ainda mais evidente na medida em que demonstrou-se que as jovens possuíam informações e acesso à contraceptivos, sendo que metade delas não fez uso, em função do desejo de engravidar.

A análise desta categoria, como um todo, mostrou-se especialmente rica para pensar a atuação dos profissionais da Saúde e Educação, e suas ações voltadas à promoção da saúde sexual e reprodutiva dos jovens, como foi apontado no capítulo 3.5. Da mesma forma, diversos fatores organizados sob a forma de um contexto favorável a ocorrência da gravidez entre adolescentes ressaltou a importância da integração destas políticas, com a da Assistência Social, possibilitando um olhar amplo e articulado sobre a questão.

No entanto, percebeu-se um hiato entre o que está previsto nas Políticas Públicas voltadas para jovens no Brasil, descritas no capítulo teórico, e a disponibilidade efetiva de espaços de acolhimento e reflexão, que possibilitem aos adolescentes não só o acesso às informações, mas também a expressão, reconhecimento e elaboração de conflitos familiares e dúvidas sobre a sexualidade. Destacou-se, assim, a necessidade de melhorar os processos que envolvem a gestão dos recursos públicos e a qualificação dos profissionais, sensibilizando as equipes para visualizar esse hiato através de arguições fundamentadas em suas necessidades, de forma a garantir a realização dos serviços previstos, o aumento do acesso a atividades culturais, esportivas e de lazer, bem como a intervenções profissionais que auxiliem os adolescentes a vislumbrar saídas para suas dificuldades, oportunizando a sustentação de seu desenvolvimento em direção à autonomia.

6.2. CATEGORIA II – A experiência da gravidez

Esta categoria reuniu os relatos sobre acontecimentos, sentimentos ou comportamentos que envolveram as adolescentes ou seus familiares durante o período da gravidez. Assim, foram contemplados aspectos como as idéias e expectativas que a adolescente tinha sobre a gravidez, sua reação e de seus familiares diante da notícia, os motivos pelos quais a adolescente acredita que a gravidez ocorreu, os impactos desta na vida escolar e outros acontecimentos durante este período.

A subcategoria **idéias ou expectativas (2.1)** abordou as idéias prévias, ou expectativas das adolescentes, com relação ao filho ou às mudanças que o nascimento promoveu em sua vida, ou no relacionamento do casal. Observou-se o relato de uma adolescente sobre

idéias a respeito da gravidez (2.1.1), enfocando, principalmente, sua descrença frente à possibilidade de engravidar, como observou-se no relato abaixo:

“Mas eu não imaginava que podia ficar grávida já, porque eu era novinha. Pensava, né, que não podia engravidar já” (Miriam, 18 anos).

A fala apresentada complementou a reflexão levantada no capítulo anterior sobre planejamento familiar, trazendo um novo aspecto, que se refere à expectativa da adolescente de que a gravidez não ocorrerá com ela. É importante ressaltar que esse tipo de pensamento, que pode ser associado a características próprias da adolescência, “convive” com as informações sobre métodos contraceptivos, que todas as adolescente relataram possuir antes de engravidar.

Destaca-se, portanto, a falta de conexão e a relação entre conteúdos cognitivos e emocionais, que apesar de serem aparentemente contraditórios, co-existem na mesma adolescente. Tendo presente o papel central que esta crença exerceu no comportamento da adolescente (que não evitou a gravidez), pode-se questionar em que medida os trabalhos com adolescentes, visando o planejamento familiar, vêm sendo competentes para auxiliar os jovens a identificarem e refletirem sobre este tipo de expectativa, proporcionando que os conhecimentos e as informações de saúde sejam integrados e façam sentido em seu contexto afetivo de vida.

Duas adolescente também discorreram sobre as *expectativas sobre o bebê (2.1.2)*, relatando a surpresa diante da diferença observada entre o que imaginavam na gravidez e o que acabaram por se deparar posteriormente, como ilustra o relato:

“... principalmente no começo eu dizia. ‘Ah, é legal um bebezinho’, né? Porque a minha irmã tinha, eu pensava ‘ah, eu vou saber cuidar’. Mas foi totalmente diferente. Porque lá, eu não dava mama, eu ajudava ela de vez enquanto, né? Ali não, era só eu. Era tudo eu, né?(...) Eu que era a mãe, não como eu cuidava dela antes, né? Eu levava pra passear, brincava com ela, mas era bem

diferente desse, eu que tinha que fazer tudo. Eu não tinha a experiência totalmente toda . Eu sabia um terço, vamos dizer, mas o resto, tem coisas que é diferente” (Miriam, 18 anos).

Outro aspecto abordado pela primeira adolescente, disse respeito à frustração que experimentou quando descobriu o sexo da criança, conforme relato abaixo:

“Todo mundo queria menino, só eu que queria uma menina. Aí quando eu vi, assim, que não era uma menina, eu fiquei, não fiquei triste, mas eu fiquei tipo, decepcionada, entendeu? Porque eu queria uma menina, eu queria muito uma menina. Daí ia ser minha companheira, né? Ele não, daqui a pouco ele já cresce. Daí ele já é bem mais agarrado com o Peter do que comigo” (Janaína, 15 anos).

Os relatos sobre os cuidados com a criança, mostraram adolescentes que já haviam tido a experiência de cuidar de crianças, mas que se surpreenderam com a intensidade que estes cuidados assumiram quando tornaram-se mães. Uma delas também contou sobre a decepção ao saber que o filho seria um menino, revelando sua expectativa e a fantasia de que uma filha mulher seria sua companheira, o que também evidenciou a relação entre sentimentos de solidão e dificuldades nos relacionamentos familiares, com o desejo de ter um bebê, que, aparentemente, supriria estas carências.

Duas adolescentes também falaram sobre as expectativas de *mudanças após a gravidez (2.1.3)*, revelando que tinham noção do que iria acontecer, mas existia a crença de que o relacionamento com o parceiro não sofreria alterações, como evidenciado no relato:

“Eu imaginava assim, que o casamento ia ficar a mesma coisa, mas muda, porque daí tem mais outra pessoa. E não é a mesma coisa, assim, que nem, tanto essa pess... tu e ele, é só tu e ele. Senão, não, daí muda, daí o Júlio chorava muito de madrugada, daí

assim muda bastante do jeito que a gente vivia até agora. Muda muitas coisas, daí... daí eu estranhei um pouco” (Janaina, 15 anos).

Outra adolescente, grávida pela segunda vez, ainda expressou sua expectativa de ter que interromper o trabalho após o nascimento do bebê e sua dificuldade em formular idéias sobre o futuro em função de sentimentos de tristeza, conforme abaixo:

“Ah, parar de trabalhar (vai ser o mais difícil). (...) Aí a noite ficava com ele, ia pra escola, pra creche, aí agora eu não vou mais poder trabalhar porque vou ter que ficar em casa cuidando do bebê, bem difícil. (...) às vezes lá em casa quando eu to, assim, sozinha, dá vontade de chorar, por causa... não sei, fico triste, sem motivo, por causa do bebê mesmo” (Samara, 17 anos).

A adolescente, que já passou pela experiência de ser mãe e vislumbrou a perspectiva de interromper a retomada dos projetos anteriores à primeira gravidez, levantou questões em torno das perdas decorrentes da maternidade e do fenômeno descrito por Heilborn et al. (2002) como internalidade, quando a mulher volta-se para os cuidados da criança, ficando privada de atividades sociais externas ao âmbito doméstico, enquanto o homem segue trabalhando em busca do sustento da família. No caso apresentado, a adolescente mostrou-se entristecida e com dificuldades em vivenciar novamente as perdas associadas à maternidade.

Os relatos mostraram diferenças significativas entre as idéias e expectativas de adolescentes, que tiveram o primeiro filho, e a vivência da maternidade pela segunda vez. Enquanto no primeiro caso as adolescentes revelaram uma visão mais idealizada a respeito da gravidez e do relacionamento com o filho, no segundo caso a consciência das perdas que envolvem a maternidade parece ter promovido expectativas negativas, em relação à chegada do segundo filho.

Na subcategoria **reações da adolescente (2.2)** foram abordados os sentimentos ou comportamentos da adolescente, ocorridos logo após a tomada de consciência da gravidez. O relato a seguir evidenciou a

suspeita e descoberta da gravidez (2.2.1), que foi mencionada por duas adolescentes:

“É porque a minha menstruação sempre vinha certinho, daí não tava mais vindo, ficou dois meses sem vir. Daí a minha mãe disse, ‘ah, já que tu tá tendo relação já e não tá tomando remédio certo, tu tá grávida’. Porque eu tava enjoando muito também. Daí ela mandou eu fazer o teste. Eu fiz o teste e deu: positivo. E foi assim...” (Sônia, 18 anos).

Sete adolescentes abordaram os *sentimentos suscitados pela gravidez (2.2.2)*, falando tanto de sentimentos positivos e de ambivalência, quanto de reações de susto, rejeição ao filho ou sentimentos negativos, como ilustraram os relatos abaixo:

“Ah, fiquei feliz, porque como eu era muito novinha, a gente não pensa na hora na consequência. Mas eu fiquei contente que tava grávida” (Miriam, 18 anos).

“Quando eu cheguei lá na frente eu ainda tava com a bicicleta, ah, eu vou deixar pra abrir em casa. Ah, mas daí não deu, não consegui. Abri ali mesmo. A hora que eu abri já tinha, né? Positivo. Ah, meu Deus, um apavor no coração, já começou a disparar, já comecei a chorar. Eu consegui, em vez da bicicleta me levar, eu que levei a bicicleta. Chorava, chorava, chorava, assim, tá louco, de desespero. Porque, imagina, na hora a ficha não caiu, né? Eu não acreditava. Mas tive que aceitar, não, tive que aceitar não, eu queria, né?” (Melissa, 18 anos).

“É, eu pensei, né? Não que eu ia tirar, mas eu pensei ‘a minha mãe não quer, então eu não quero mais esse filho’. (...) Mas nunca fiz de tomar remédio pra tirar, né? Só aquele dia mesmo” (Miriam, 18 anos).

Os relatos apresentados evidenciaram que a notícia da gravidez provocou diversos sentimentos, muitas vezes contraditórios, para as adolescentes, mesmo àquelas que planejaram a gravidez ou já esperavam que isso pudesse acontecer, sendo que a confusão e a mistura de emoções foi ao encontro do que apontaram Maldonado et al. (1997) sobre este momento.

Outras duas adolescentes tiveram a *mudança de moradia* (2.2.3) como reação à notícia da gravidez, conforme relatos abaixo:

“Daí eu fiz 14 e tava perto de eu fazer 15 já, quando eu soube que tava grávida. Ninguém sabia, ainda. (...) Daí eu disse pra minha mãe que eu ia na Cidade da Criança e fui fazer exame. Que ninguém sabia. Daí deu positivo, eu peguei e saí da casa da minha mãe. Era umas duas horas da manhã. Daí sete horas da manhã eu fui lá, né? Disse, eu não vou avisar pra eles que eu to grávida na casa deles, morando com eles. Então era sete e meia eu fui lá, dizer porque eu tinha ido embora, né?” (Leila, 18 anos).

“Daí quando eu vim morar pra cá, nossa, foi um baque na minha vida. Tudo diferente... a minha família é diferente... assim, eu vinha aqui, visitava, mas eu não convivia com a família dele. O irmão dele é muito difícil de se conviver, porque ele bebe, tudo, então pra mim foi muito difícil” (Luana, 16 anos).

Apesar das duas adolescentes terem ido morar com suas sogras, os relatos remetem a motivações diferentes para esta atitude. No primeiro caso, a adolescente que relatou uma relação bastante difícil com o pai, parecia reatar o que foi encontrado por Monteiro et al. (2007) a respeito das agressões dos familiares frente à notícia da gravidez. Já no segundo caso, a adolescente teve o apoio da família e do parceiro para optar entre as duas famílias, preferindo morar com a sogra porque acreditava que não daria certo com sua mãe, de forma que o casal passou a residir na casa da sogra e passar o fim de semana com a família da adolescente.

Embora tenham apresentado contextos familiares bem diversos (a primeira adolescente contou apenas com o apoio da mãe, passando por muitas dificuldades, enquanto a segunda contou com o apoio das duas famílias e pode escolher onde morar), as falas apresentadas revelaram outro aspecto característico da adolescência que envolveu a busca por autonomia e individualidade num momento onde ainda havia grande dependência do contexto familiar (Marcelli & Braconnier, 1989). Observou-se que a gravidez intensificou esse processo, ressaltando-se o papel da família, no sentido de facilitar ou não o desenvolvimento da adolescente em direção à identidade materna e vida adulta.

A subcategoria **reações do parceiro (2.3)** também abordou os sentimentos e comportamentos expressos pelo mesmo, logo após a tomada de consciência da gravidez. Ressalta-se que os parceiros das dez adolescentes entrevistadas assumiram a paternidade dos filhos e, no momento das entrevistas, seguiam vivendo com as mesmas no momento das entrevistas, apesar de alguns casais terem se separado temporariamente, por razões que serão abordadas mais adiante.

No que se refere às reações frente à gravidez da adolescente, sete delas expressaram que o parceiro teve uma *boa aceitação (2.3.1)* imediata da gravidez, conforme relatos:

“Ele (marido) reagiu bem, porque foi ele que descobriu... Porque ele foi passar perfume e eu enjoei do perfume que ele foi passar. Daí ele chamou a minha mãe e contou” (Tatiane, 18 anos).

“Ele (marido) chegou lá em casa, não fui nem eu que contei, foi a mãe. Aí a mãe assim ‘parabéns, tu vai ser papai’. A mãe pra ele. Aí ele já começou a chorar, né? (de alegria)” (Paola, 17 anos).

O parceiro de uma das adolescentes inicialmente *não acreditou (2.3.2)* quando recebeu a notícia pela adolescente, como ilustrou sua fala:

“...ele não sabia, eu tinha brigado com ele porque ele tinha saído, né? Tinha saído, voltou altas horas da noite. Guria do céu! Aí eu contei que eu tava grávida e ele bem

assim: ‘Ta e daí? O que eu tenho a ver com isso?’ (risos) Eu chorei tanto naquele dia, tanto que... credo, fiquei tão magoada com ele. Aí no outro dia ele já ficou feliz, nós já fizemos as pazes, e daí... ‘Ah, meu Deus do céu, o quê? Eu achei que tu tava brincando’, não sei o quê. Mas não, aconteceu né?’ (Juliana, 16 anos).

A reação de um outro parceiro foi de *susto* (2.3.3), seguida de apoio e decisão de casar, de acordo com a fala da adolescente:

“Ah, ele (o marido) esperava também. Que como a gente não se cuidava, ele esperava também. Mas quando eu contei pra ele, nossa, ele ficou bem assustado, sabe? Mas ele sempre deu apoio, sempre, sempre. Ele nunca disse pra mim tirar ela... ele disse ‘não, agora a gente vai casar’” (Luana, 16 anos).

Percebeu-se que as adolescentes entrevistadas foram apoiadas pelos companheiros, desde os primeiros momentos, quando o casal tomou consciência da gravidez. Assim, o filho motivou a união conjugal dos jovens, indo ao encontro do que apontou Dias (2006), sendo que observou-se o predomínio da mãe na função de principal cuidadora da criança e o pai como principal provedor financeiro do novo núcleo familiar.

Na subcategoria **reações da família (2.4)** foram abordados os sentimentos, ou comportamentos, expressos por familiares da adolescente logo após receberem a notícia da gravidez. Sete adolescentes referiram reações de *aceitação* (2.4.1), que se deram de forma imediata, ou num momento posterior, sendo que alguns familiares expressaram que a adolescente era muito jovem para engravidar, como pode ser observado pelos relatos:

“Aí fui conversar com a minha mãe, aí ela ficou meio assim, ‘por que não te cuidasse? Tu é muito novinha’, não sei o quê. Aí, mas ela já ficava assim mais... porque eu já tava

casada, já tinha dado certo” (Miriam, 18 anos).

“Reagiram bem... que eu já tava junto, né? Por mais que eu tivesse com 12, a minha mãe me levou no posto... daí chegou no posto eles queriam me dar um remédio pra tirar. Só que era um remédio, como eu tava de um mês, de semanas, eles disseram que se eu quisesse o remédio eu podia tomar... Eu reagi, eu não queria pisar no posto... Daí a minha mãe me passou pra um outro posto. Daí lá eu fui atendida pela ginecologista, tudo” (Tatiane, 18 anos).

“Não, eu não contei (pra mãe). Quando eu cheguei ela tava fazendo faxina na casa. (...) Aí quando eu cheguei ela viu eu chorando. (...) aí ela me abraçou e começou a chorar também, né? Aí ela ‘ah, a mãe já sabia que isso ia acontecer, a mãe já sabia...’ Eu assim ‘ah, fazer o quê, né?’ Ela assim ‘ah, agora não adianta, agora é tarde demais pra chorar, né? Pra chorar pelo leite derramado, né? Deixa vir, né?’” (Melissa, 18 anos).

As falas apresentadas confirmam o que foi observado por Esteves e Menandro (2005), de que a reação inicial das famílias pode ser positiva, independente da classe social. A fala da adolescente Tatiane, contando que aos 12 anos já vivia junto com o companheiro, também remeteu ao que foi apontado por Gonçalves e Knauth (2006), quando sinalizaram que nas classes populares a constituição da família é aceita mais precocemente, comparando-se com as classes médias. Corroborou para isto o contraste entre a reação da família e da equipe de saúde, que sugeriu aborto - provavelmente baseada nos riscos da gravidez¹¹.

Outro aspecto discutido na categoria anterior, e que diz respeito às informações sobre métodos contraceptivos, foi a reação de algumas mães que “cobraram” das filhas porque não evitaram a gravidez, num

¹¹ Esta adolescente acabou tendo dificuldades severas para se alimentar, recebeu indicação de internação médica (não aceitou) e acabou sofrendo um aborto espontâneo algum tempo depois.

sinal de que estas orientações eram passadas às adolescentes. Apesar desta menção, bem como das falas sobre a adolescente ser muito nova para engravidar, confirmou-se o que foi apontado por Levandowski et al. (2008), a respeito da aceitação da gravidez por parte das famílias.

Cinco adolescentes também expressaram *conflitos de aceitação da gravidez* (2.4.2), sendo que relataram brigas e rompimentos na família, assim como a expressão de sentimentos de susto ou raiva, como pode ser observado nos relatos a seguir:

“O meu pai disse Graças a Deus! Mas quando eu fui embora, a minha mãe ficou doente. Que eu era a única que ajudava ela, a única que fazia as coisas. Ele nem ligou. Não tava nem aí. Ele nem perguntou ‘aonde é que tu vais morar?’, ‘aonde é que tu vais ficar?’. É, ele disse Graças a Deus que eu saísse de lá, ele nem ligou. A minha mãe ficou até assustada, assim, achou que ele ia brigar, alguma coisa... não, disse Graças a Deus, que era uma a menos pra comer.”
(Leila, 18 anos)

“Foi um susto bem grande, a minha mãe não aceitava, de jeito nenhum. O meu pai, não, o meu pai foi bem tranqüilo, conversou muito comigo, ‘tudo o que tu precisar tu pode contar comigo’. Mas pela minha mãe ela me matava” (Luana, 16 anos).

Apesar das expressões de raiva e desacordo dos familiares, com relação à gravidez, percebe-se que, diferente do que foi apontado por Monteiro et al. (2007), não aconteceram agressões físicas, xingamentos ou humilhações por parte dos pais. A única adolescente cujo pai teve uma reação de hostilidade e indiferença, dizendo que achava bom que saísse de casa, revelou durante a entrevista que esta relação sempre foi permeada por conflitos e intolerância.

Os familiares também expressaram sentimentos de culpa, tristeza e preocupação, sendo que a mãe de uma das adolescentes também passou mal e precisou de cuidados médicos. O relato abaixo ilustra uma destas situações:

“Daí quando eu falei pra mãe, daí no outro dia a mãe foi ali em casa. Daí eu peguei e falei pra mãe, daí a mãe ficou triste, daí a mãe chorou, daí ela falou: ‘meu Deus, o que tu fez da tua vida?’. Eu bem assim: ‘Ah, não fiz nada, né?’ ‘Tu engravidou’ ‘Ah, vocês tão fazendo o fim do mundo, né? É só um filho...’ Eu falo assim: ‘É só um filho’. Achando que era simples...” (Janaína, 15 anos).

Foi possível perceber, através da expressão destes sentimentos por parte dos familiares e, em especial, das mães das adolescentes, que a história familiar (e principalmente da gravidez da mãe) foi revivida e tomada como referência na avaliação do que aconteceu com a adolescente, como aconteceu com a mãe de Janaína, que sentiu-se culpada pela gravidez e com a mãe de outra adolescente, que temia que o companheiro da filha a abandonasse, assim como seu marido havia feito com ela quando engravidou.

Outro aspecto interessante, diz respeito à compreensão que a adolescente demonstrou, no momento da entrevista, da reação materna que, na época, não foi capaz de entender, ao falar que a família estava fazendo “um fim de mundo” porque era só um filho. A última frase “*achando que era simples*” revelou que a adolescente resignificou sua visão a respeito da maternidade (que considerava algo simples), o que permitiu uma aproximação e compreensão posterior da reação que sua mãe teve diante da notícia.

A reação dos familiares ainda incluiu *discussões sobre mudanças de domicílio* (2.4.3), citado por três adolescentes, como exemplifica a fala a seguir:

“É, a minha mãe não queria que eu engravidasse, né? Mas queria que eu ficasse perto dela. (...) morando lá com ela. E o meu pai disse que não, que eu era grande o bastante pra mim... ai, como é que eu posso dizer? Pra sobreviver sozinha, né? Pra morar sozinha com ele, com o meu marido. Ele disse que como eu fiz, eu que tinha que criar”(Luana, 16 anos).

Percebeu-se, a partir das falas, que a discussão sobre o local de residência da adolescente após a revelação da gravidez assumiu diferentes significados, como punição, passagem para a vida adulta (e responsável por si) ou apoio à adolescente, proporcionando-lhe liberdade de escolha.

O momento de tomada de consciência da gravidez da adolescente por parte da família, portanto, mostrou-se permeado por tensões, medos, ansiedades e emoções, onde as histórias anteriores da família se entrelaçam com o momento presente, contribuindo para gerar os significados atribuídos à gravidez, evidenciando o que foi apontado por Cerveny (1997) sobre a concomitância dos ciclos vitais individuais e familiares. À exceção de famílias com histórico prévio de intensos conflitos, o que percebeu-se foi uma postura de aceitação da gravidez da adolescente, com a expressão de sentimentos negativos de forma não violenta.

A subcategoria **motivos atribuídos à gravidez (2.5)** enfocou as razões atribuídas pelas adolescentes à ocorrência de sua gravidez. O principal motivo, destacado por cinco delas, foi o *descuido ou a falta de reflexão (2.5.1)*, como ilustram a falas a seguir:

“Falta de experiência, né? Não é por falta de experiência que a minha mãe sempre falou. Mas eu acho que ser adolescente, assim, fazer as coisas sem pensar, não pensar no que vai acontecer amanhã, né? Que os adolescentes fazem hoje e começam a pensar amanhã. Pensam tudo depois” (Leila, 18 anos).

Observou-se o reconhecimento, por parte das adolescentes, de sua imaturidade na época anterior à gravidez, expresso através do comportamento “descuidado” em relação ao uso de métodos contraceptivos e à noção do que implicaria em ter um filho. Destacou-se, ainda, a fala da adolescente Leila, que ao falar que os adolescentes fazem as coisas sem pensar, evidenciou o que foi apontado por Baeza et al. (2005) à respeito da capacidade reflexiva, enquanto um fator de proteção para a gravidez na adolescência.

Outra razão alegada por três adolescentes, para a ocorrência da gravidez, foi o *desejo da adolescente ou do parceiro (2.5.2)*, conforme relatos abaixo:

“Ah, porque eu quis. Quando a gente quer, a gente vai atrás, né? Então... dela... Meu marido ainda fez duas opções pra mim, se eu queria os estudos ou se eu queria a filha, né? Eu quis ela. Porque ele disse que um filho ia prejudicar meus estudos” (Tatiane, 18 anos).

“Na verdade, ele queria ter filho. Mas eu não...” (Paola, 17 anos).

O relato da adolescente Tatiane, que optou conscientemente pela gravidez em detrimento da continuidade dos estudos, vem ao encontro do que apontam Sabroza et al. (2004) e levantam questionamentos a respeito do lugar materno, enquanto possibilidade da adolescente experimentar uma satisfação que não encontra em seu contexto¹². Já a adolescente Paola, confirmou o que foi apontado por Hoga (2008) sobre a gravidez como forma de satisfazer o desejo do parceiro por um filho. No entanto, sua fala ressaltando que ela não queria a gravidez, associada ao fato de que não tomou providências para evitá-la, também possibilitou uma reflexão sobre as questões de gênero levantadas por Pacheco-Sánchez et al. (2007), e sobre as dificuldades da mulher em negociar, ou opor-se ao desejo do homem.

Por fim, outras duas adolescentes relataram que a gravidez *era algo que tinha que acontecer* (2.5.3), o que pode ser observado na fala abaixo:

“Não sei... eu acho que é porque tinha que acontecer mesmo. Eu acho que era o meu destino mesmo. (...) Cada um pensa de um jeito, né? Eu penso, tava escrito, já tava escrito desde pequena, sabe? A mãe conhecer ele e eu não morar com ela e ficar ca vó, né, e conhecer o Peter, casar, ter filho cedo, já tava tudo escrito” (Janaína, 15 anos).

As falas acima, principalmente da primeira adolescente, imprimiram um significado determinista e até mesmo místico à

¹² A referida adolescente possuía uma das menores rendas e residia no local mais perigoso e insalubre, dentre todas as entrevistadas.

ocorrência da gravidez, mas também pareceram exercer a função de auxiliar as jovens a se adaptarem à realidade da maternidade, que diferiu do que elas, que planejaram suas gravidezes, imaginavam naquela época.

Os relatos sobre os motivos que levaram à gravidez, de um modo geral, evidenciam por um lado a imaturidade própria da fase adolescente (Winnicott, 1969), aliada a comportamentos descuidados com relação à contracepção, mas por outro levantam o que foi apontado por Santos e Carvalho (2006), mostrando que a possibilidade de ter um filho pode ter se transformado em um projeto de vida para as adolescentes.

A subcategoria **acontecimentos durante a gravidez (2.6)** abordou situações, eventos ou contatos com pessoas ocorridos no período da gravidez. Cinco adolescentes falaram sobre *problemas durante a gravidez (2.6.1)*, enfocando questões de saúde, estados emocionais ou dificuldades financeiras, conforme relatos a seguir:

“E na minha gravidez, meu Deus. (...) assim, eu era bem birrenta, mas essas coisas e era bem... sabe, bem contente, gostava de tá grávida. Ao mesmo tempo, tudo me irritava, tudo, tudo, tudo me deixava irritada. (...) E chorava muito, meu Deus, chorava muito” (Melissa, 18 anos).

“Foi difícil arrumar serviço que era de menor, também. Agora ele tem 21 (o marido). Vai fazer 21 agora. Mas foi muito sofrido. E eu também. Quando eu engravidei do Theo, que a gente se juntou, eu trabalhava em duas casas, eu trabalhei... Eu trabalhei mais na minha gravidez do que agora que eu não tava trabalhando” (Leila, 18 anos).

O discurso das adolescentes abordam experiências pessoais de dificuldades que, no entanto, necessitam ser pensadas dentro de seu contexto e em relação à legislação e às políticas públicas brasileiras. No capítulo teórico, foi visto que a gravidez entre adolescentes menores de 15 anos é considerada de risco, tanto para a mãe quanto para as crianças, como apontado por diversos autores (Magalhães & Furtado, 2006;

Caputo & Bordin, 2007; Lewandowski et al., 2008; López et al., 2005). Nesse sentido, destacou-se o acesso das dez adolescentes a serviços de pré-natal, onde receberam orientações específicas, de forma que a gravidez contou com assistência médica até o fim.

No que se refere às questões emocionais, no entanto, percebeu-se que os desconfortos vivenciados por Melissa, durante toda a gestação, não encontraram acolhimento especializado nas Unidades de Saúde, sendo que nenhuma adolescente referiu ter recebido atendimento psicológico, seja individualmente ou em grupos, durante este período. Neste sentido, a lei aprovada recentemente (Lei 12.010, de 03 de agosto de 2009) e que assegura assistência psicológica à gestante e à mãe, no pré e pós natal, além de reconhecer a importância do trabalho da psicologia, representa uma abertura efetiva para ações preventivas no campo da saúde mental de crianças e adolescentes.

A estruturação da atual política de saúde pública no Brasil, não inclui o psicólogo ou psiquiatra na equipe básica de saúde, composta por médicos, enfermeiros e agentes de saúde. Estes profissionais, no entanto, vêm sendo inseridos nas equipes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, com foco no apoio e orientação das equipes. Questiona-se, no entanto, até que ponto este trabalho vem sendo suficiente para atender às demandas de saúde mental não só das adolescentes, mas da população em geral. A fala desta adolescente, que atualmente se diz sem paciência com o filho e que costumava recorrer a gritos, castigos e “cascudos” na tentativa de educá-lo, sinalizou questões no vínculo entre mãe e filho que poderia ter se estabelecido de forma diferente se as dificuldades emocionais da jovem tivessem sido suficientemente acolhidas e trabalhadas no período da gravidez.

Tendo presente a importância dos trabalhos em grupo e seu papel, tanto na prevenção de problemas, quanto na promoção de saúde, destacou-se a importância de uma presença maior de profissionais da área *psi* junto à população, ocupando um lugar de orientação sobre questões de saúde mental junto à equipe de saúde, mas também de coordenação de grupos e projetos voltados, efetivamente, para o atendimento de demandas relacionadas à saúde mental.

Outras questões levantadas nas falas das adolescentes e que foram pensadas na direção do que apontaram Sánchez & Bertolozzi (2007), disseram respeito à presença da violência no cotidiano das famílias e das dificuldades de inserção dos adolescentes no mercado formal de trabalho, quando precisaram prover seu sustento o que, inclusive, foi dificultado pelas limitações que a lei impõe ao trabalho de adolescentes (Lei 8.069, de 13 de setembro de 1990).

No primeiro caso, a adolescente falou sobre a presença de armas entre os familiares e do hábito de dar “tiros por brincadeira”, com naturalidade, mostrando que estas ações faziam parte de seu contexto de vida, que também incluiu a falta de saneamento básico e acesso à água encanada. Esse conjunto de fatores, aliado às poucas perspectivas profissionais e de ascensão, foram constituindo um contexto de vulnerabilidade social, onde percebe-se que a ausência de recursos sociais na vida das adolescentes põe em evidência o componente programático mencionado por Ayres et al. (2003), o que reflete nos componentes individuais e sociais, na medida em que privou os adolescentes de serviços que poderiam auxiliá-los no processo de elaboração das informações e adoção dos comportamentos cuidadosos em relação à saúde.

No segundo caso, o fato de que tanto a adolescente quanto seu companheiro eram adolescentes e só podiam trabalhar na condição de aprendizes, trouxe restrições importantes à renda do casal, que viu-se em dificuldades porque contava apenas com o apoio da mãe da adolescente. Os ganhos do casal aumentaram, consideravelmente, assim que o rapaz completou 18 anos e passou a ser “fixado¹³”, mas o período crítico da gravidez, parto e puerpério, descritos pela adolescente como tendo sido de muito sofrimento, certamente foi agravado pelas dificuldades financeiras. Como foi visto no capítulo teórico a respeito da Política de Assistência Social (Lei 8.742, de 7 de dezembro de 1993), situações como estas demandam ações específicas, para garantir a proteção e integridade da família. No entanto, assim como acontece com as demais políticas, as ações do Governo Federal nem sempre encontram-se ao alcance de todos, ou acontece da forma como estava previsto, permitindo que as famílias atravessassem períodos de crises ou grandes dificuldades sem receber a assistência a que tem direito.

As adolescentes do estudo citaram ainda a *participação de familiares na gravidez* (2.6.2), referindo-se à disponibilidade do marido para atender seus desejos, sua participação nas consultas e exames médicos, bem como as repreensões cuidadosas da avó de uma adolescente, conforme relatos abaixo:

“Daí o meu marido, a gente sempre pedia pra ser perto das cinco, porque o posto fecha seis, sete horas. Pra ele poder sair do serviço

¹³ Expressão que a adolescente utilizou para referir-se à condição de trabalhador com carteira assinada.

e vir na consulta junto comigo. Daí ele veio em todas as consultas” (Leila, 18 anos).

“Ela (avó) falava que eu não podia andar de moto e eu andava de moto, né? Direto” (Janaína, 15 anos).

Os depoimentos revelaram a participação dos familiares, e em especial do marido na gravidez, assim como a satisfação das adolescentes com este envolvimento. As informações vão ao encontro do que aponta Maldonado et al. (1997) à respeito da gravidez enquanto um processo que envolve tanto a mulher quanto o homem, produzindo mudanças no relacionamento do casal.

A *participação de profissionais e estranhos na gravidez (2.6.3)* também foi citada por três adolescentes, adquirindo um significado de apoio no caso dos profissionais e de crítica em relação aos estranhos, como observa-se abaixo:

“Mas ela (a enfermeira) me apoiou, disse, ‘não, a gente vai... se tu tiver grávida a gente vai tentar um encaminhamento, eu vou lá na tua casa, não sei o quê, pra ver as condições’. E me apoiou muito. E até quando o Theo nasceu, eu ia lá no posto só pra ela ver o Theo. Eu adorava ir lá no posto, porque eu me sentia muito bem com ela” (Leila, 18 anos).

“Não (sente o filho como peso), nunca. Nunca mesmo. Então isso aí que eu digo. Ah, não gostava, ficava louca (se alguém falava). Ficava louca, não gostava. Ah, já teve gente de eu falar ‘Ó minha filha, cuida da tua vida, que da minha cuidado eu. Não pedi opinião pra ninguém’. Falava, não gostava, não gostava mesmo” (Melissa, 18 anos).

A primeira fala ilustra a importância que o profissional da saúde pode adquirir para a adolescente, quando se estabelece um vínculo de confiança, onde ela sente-se apoiada. Se levarmos em conta o que foi apontado por Priotto (2002) sobre a preferência dos adolescentes em

conversar com profissionais sobre suas dúvidas e problemas, percebeu-se a possibilidade de estabelecer diálogos promotores de cuidado e saúde, oferecendo aos adolescentes suporte e orientações na transição para a vida adulta.

Já a fala dos “estranhos” foi ressaltada pelas adolescentes como movimentos de críticas e ataques, dos quais as adolescentes procuraram defender-se afastando-se dos contatos sociais, como acabou fazendo Juliana, ou respondendo de forma agressiva. O discurso das adolescentes pareceu confirmar o que apontam Heilborn et al. (2002) a respeito do sentimento de indignação dirigido à gravidez na adolescência que, expressos pela comunidade, produziram desconfortos e constrangimentos para as jovens.

A subcategoria **vida escolar durante a gravidez (2.7)** enfoca vivências, sentimentos e acontecimentos que envolveram a vida escolar da adolescente, durante a gravidez. Das dez adolescentes entrevistadas, seis continuaram a estudar após a descoberta da gravidez, duas interromperam em função de constrangimentos ou enjôos frequentes e outras duas já não estavam estudando quando engravidaram, o que corrobora com o que apontaram Moreira e cols (2008) e Esteves e Menandro (2005).

Das adolescentes que estavam estudando, cinco falaram sobre as *dificuldades para estudarem estando grávidas (2.7.1)*, incluindo desconfortos físicos e sentimentos de constrangimento, como ilustra o relato a seguir:

“(Estudar) Era legal, mas assim, aí quando eu engravidei, não tava com barriguinha, nada ainda, estudei um pouquinho, mas daí, depois tinha que jogar volei, essas coisas, daí eu falei pra professora que eu não podia pular que eu tava grávida. Então, aí veio todo mundo pra cima de mim, porque era tudo novinho, também. ‘Tu tá grávida?’, ah, porque isso, porque não sei o quê. Aí eu parei de estudar. De tanto que eles perguntavam, queriam saber como que eu engravidei, perguntavam coisas assim sem noção. Aí eu parei de estudar, porque eu não queria mais, não queria nem passar na frente da escola” (Miriam, 18 anos).

Os depoimentos das adolescentes, por um lado, ressaltaram as dificuldades de conciliar alguns desconfortos típicos da gravidez, como enjoos e dores, com a rotina da escola e, por outro, enfatizaram os sentimentos de constrangimento de algumas adolescentes diante da exposição da gravidez, o que nos levou a formular a hipótese de que a expectativa social da contracepção na adolescência, mencionada por Heilborn et al. (2002), também foi internalizada por estas jovens, mesmo àquelas que optaram, conscientemente, pela gravidez, sinalizando a possibilidade de que valores familiares – de aceitação da constituição precoce de uma nova família – e valores sociais – de que a adolescência deve estar voltada para a preparação profissional e para o exercício da sexualidade desvinculado da reprodução – possam coexistir nas adolescentes.

Apesar dessas dificuldades, três adolescentes comentaram sobre a vivência de prosseguir com os *estudos até o fim da gravidez* (2.7.2), conforme ilustra o relato:

“Eu estudava, eu continuei estudando, eu não parei de estudar. Eu terminei, (...) concluí, terminei o meu ano, que eu tava no primeiro ano, aí depois eu parei, depois que ele fez dois anos que eu continuei a estudar. Aí eu tava fazendo o segundo, aí agora...”
(Samara, 17 anos).

Os relatos evidenciam a determinação de algumas adolescentes, em continuar com seus estudos que, como foi visto anteriormente, incluiu a superação de uma série de desconfortos e dificuldades. As falas permitem vislumbrar, ainda, que o nascimento do filho trouxe desafios ainda maiores para a continuidade dos estudos, que não puderam ser superados por algumas das adolescentes, ainda que valorizassem e desejassem a continuidade da escolaridade.

Por fim, uma adolescente falou sobre o *apoio dos professores e colegas* (2.7.3), considerado pela mesma como um suporte que a auxiliou na continuidade dos estudos:

“ Todo mundo me chamava de mãe. Eu tinha um professor bem novinho, que até ele me chamava, até ele me chamava de mãe. (...) Daí eu adotei três filhas (ri). Eles assim... tipo assim, os professores colaboraram

bastante comigo, assim sabe? Pra mim fazer os trabalhos bem certinho, pra mim... ele me dava a matéria que eu queria, eu entregava e dava o trabalho pra ele. (...) Eles se esforçaram bastante pra mim poder terminar” (Janaína, 15 anos).

O destaque na fala da adolescente ao tratamento que recebia tanto de professores, como de colegas, parece ter sido um fator facilitador para a continuidade dos estudos desta adolescente, que permaneceu na escola até o fim da gravidez e retornou após o nascimento do filho, fazendo planos de cursar o ensino superior.

Os depoimentos das adolescentes sobre a vida escolar no momento anterior à gravidez, portanto, revelam que para algumas esta já era uma relação complicada – abandono escolar anterior à gravidez – e para outras, a gravidez implicou em dificuldades para a continuidade dos estudos, ou até mesmo a interrupção, conforme sinalizou Aliaga et al. (1985).

A experiência da gravidez para as adolescentes, portanto, iniciou com a surpresa diante da notícia, mesmo quando a gestação foi planejada, sendo que a mesma foi bem acolhida, tanto pelo parceiro quanto pela família, cuja aceitação em alguns casos foi precedida por um curto período onde os familiares expressaram sentimentos de desagrado e insatisfação. Os principais motivos atribuídos à ocorrência da gravidez foram o desejo da adolescente e, ou, seu parceiro, assim como o descuido e a falta de reflexão. A vida escolar sofreu um impacto importante, resultando na interrupção dos estudos para umas e no enfrentamento de dificuldades, como desconfortos físicos e constrangimentos, para outras.

6.3. CATEGORIA III – Vivências do parto, puerpério e aleitamento.

Esta categoria reuniu acontecimentos, sentimentos e comportamentos, que envolveram as adolescentes durante o período de parto, puerpério e aleitamento de seu filho.

A subcategoria **experiência do parto (3.1)** aborda acontecimentos e sentimentos envolvendo as vivências do parto. A *relação com a equipe de saúde (3.1.2)* foi o tema central desta experiência, comentado por todas as adolescentes. Oito delas,

destacaram sentimentos positivos em relação às equipes que lhe atenderam, como pode ser observado pelo relato destacado:

“Daí eu peguei e o Peter não quis ficar no meu parto. Porque ele tinha... ele desmaia quando vê sangue. Daí eu bem assim, daí ele ficava todo nervoso, daí ele tava chorando. Daí eu quase não tinha dor, eu tava bem calma. Daí ele só tava chorando, daí eu falava: ‘Então vai pra lá, que se tu ficar aqui vai me deixar mais nervosa, né? Se for pra ficar mais nervosa, mais vale eu ficar sozinha’. Daí minha cunhada ficou comigo. Daí ele ficava chorando na rua, daí eu pedia pra enfermeira ir lá ver como ele tava. (risos) Em vez dela cuidar de mim, ela tinha que ver ele. (...)Elas iam. Porque eu ficava assim ‘ah, por favor, por favor, senão eu vou ficar nervosa’. Daí elas assim: ‘Ô mãezinha, a gente tá aqui pra cuidar de ti’ Daí eu bem assim ‘Ah, mas só dá uma olhadinha’” (risos) (Janaína, 15 anos).

A experiência do parto, que por si só relaciona-se a temores e angústias como sinalizou Soifer (1980), foi vivenciada de forma positiva por oito adolescentes, cujo sentimento predominante em relação à equipe foi de terem sido bem atendidas. Assim, as falas ilustram o quanto os profissionais podem ter um papel tranquilizador frente às ansiedades do parto, ajudando as adolescentes a passar pela experiência de forma satisfatória, especialmente quando no momento do parto a adolescente pode contar com pessoas que lhe acompanharam durante a gravidez, familiares ou profissionais que demonstraram empatia e sensibilidade, como no caso da enfermeira que dava uma “olhadinha” no marido da adolescente com finalidade de deixá-la mais tranquila, ou a médica que realizou o pré-natal e também o parto, proporcionando segurança à gestante.

O papel das equipes de saúde também se fez presente nos momentos anteriores ao parto, quando as adolescentes se preparavam para a chegada do bebê ou reconheciam os sinais de parto, buscando a maternidade ou o hospital:

“Daí... eu estudei até o último dia mesmo, cheguei em casa... só que eu já tava com bastante dor, a minha barriga tava bem embaixo. Tive consulta de manhã, o médico disse ‘ó, não demora uns seis dias’. Meu Deus, eu já comecei a me apavorar. Cheguei em casa, sangue, sangue, sangue. O banheiro ficou lavado de sangue, meu marido pegou o carro e me levou pro hospital. Eu disse pra ele ‘o hospital mais perto, que eu não agüento mais’. Fui lá, daí eles me deixaram sozinha dentro de um quarto, não deixaram meu marido entrar comigo. Não deixaram. Daí a médica ‘ah, ainda vai demorar uma meia hora’. Beleza. Daí eu pedi pra ele buscar a minha mãe, né? Enquanto ele buscou a minha mãe eles me botaram no Centro Cirúrgico, que a Amanda já tava sem ar, que a minha placenta estourou. Ela engoliu placenta” (Luana, 16 anos).

As falas revelaram desencontros e dificuldades de entendimento entre a adolescente e as equipes de saúde, com a adolescente fazendo o oposto da recomendação médica, sentindo-se insegura com as recomendações – que, na sua visão, colocaram a vida de seu filho em risco – ou sentindo-se “enganada” por ter passado pela cesariana sem o marido no centro cirúrgico¹⁴. Assim, as adolescentes também demonstraram insatisfação, com relação às equipes, como expresso na fala de Miriam:

“Mas... se ela não tivesse feito o ultrason, acho que eu tinha perdido ele. Imagina, né? Perder um filho, a gente espera tanto. E perder por culpa, acho que foi dos médicos lá, bem dizer foi, que eu fui uma semana antes eles não quiseram tirar” (Miriam, 18 anos).

¹⁴ Esta adolescente contou ainda que a cesariana foi feita muito rápido e que ela sentiu o corte. A filha, de fato, nasceu com problemas, sendo imediatamente levada para a UTI.

De tudo o que foi exposto, percebeu-se que a relação entre as adolescentes e as equipes de saúde foi permeada por vários sentimentos, como afeto, confiança e reconhecimento, mas também angústia, insegurança e indignação, indo ao encontro do que apontou Soifer (1980). Quanto aos problemas de saúde na hora do parto, destacou-se que apenas três delas realizaram cesariana, o que, no entanto, não considerou-se suficiente para confirmar as observações de Uzcátegui (1997) a respeito da maior incidência de complicações entre adolescentes, do que em mulheres adultas. Levantou-se a possibilidade, portanto, que o desempenho obstétrico das adolescentes esteve bastante associado com o acompanhamento e atendimento recebidos na hora do parto.

Quatro adolescentes falaram ainda sobre os *primeiros contatos com o filho* (3.1.2), enfatizando sentimentos de preocupação em ver que a criança estava bem de saúde, como ilustra o relato a seguir:

“Nasceu (bem), graças a Deus! Eu fiquei até com medo, né? De tanto que eles esperaram. Por causa que a bolsa estourou era cinco e vinte da manhã. E ele nasceu cinco e quinze da tarde. Falou só cinco minutos pra dar 12 horas. Eu tava com medo, porque... muito tempo com a bolsa estourada, né?” (Samara, 17 anos).

As narrativas mostraram a importância que ver o filho logo após o nascimento teve para as adolescentes, mesmo para aquelas que estavam debilitadas ou sentindo-se mal. Isto foi ao encontro do que apontou Maldonado et al. (1997) sobre a importância do contato entre pais e filhos após o nascimento, e sua contribuição na formação do vínculo afetivo.

As adolescentes ainda falaram sobre seus *sentimentos em relação ao parto* (3.1.3), que para duas adolescentes foi positivamente qualificado, enquanto que para outras três esteve associado a sentimentos desagradáveis, como solidão e sofrimento:

“Foi tudo bem, graças a Deus. É... começou a me dar dor, né? Eu fui pra casa da mãe. Começou a me dar dor, daí nós descemos... que a mãe mora pra cima da escadaria, né?”

Aí descemos. Só cheguei lá, na hora que o médico foi dar o toque... pronto! Já estourou a bolsa e eu já fui ganhar a menina. E daí ganhei bem rapidinho, assim, não sofri nada. Não sofri nada, graças a Deus, correu tudo bem” (Juliana, 16 anos).

“Eu ganhei no Regional. Desmaiei umas duas, três vezes, meu marido disse que eu parecia uma louca. Eu não lembro de nada, né? Mas ele falava assim que eu falava coisa... que não tinha nada haver. Ele assistiu meu parto tudo, né? Mas foi bem assim, bem... pra mim... é por isso que eu digo, eu não quero mais filho, pelo amor de Deus” (Leila, 18 anos).

Além da capacidade para lidar com as vivências e angústias relativas ao parto (Soifer, 1980), o que relacionou-se com o registro positivo da experiência, as adolescentes também fizeram menções sobre a importância da presença de uma pessoa significativa, especialmente alguém da família naquele momento. Isto foi evidenciado no último exemplo, onde Luana contou que o mais difícil foi ficar sozinha, ressaltando a importância de que seja dada continuidade no processo de humanização dos hospitais, com a devida atenção ao bem-estar da paciente (Motta, 2003), quanto ao cumprimento da Lei 11.108 que autoriza a participação do pai no processo de parto.

A subcategoria **experiência de amamentação (3.2.)**, disse respeito aos acontecimentos e sentimentos que envolveram esse processo. Ao falar sobre as *dificuldades com a amamentação ou desmame (3.2.1)*, foram enfatizados problemas que algumas adolescentes tiveram com os seios que “empedram” e outros que dificultaram a amamentação, fazendo com que ministrassem o leite materno numa mamadeira ou interrompessem de vez a amamentação, como observou-se através do relato:

“... como na maternidade eu não podia tá lá de três em três horas, porque eu também tinha acompanhamento porque eu passei muito mal, eles começam a dar... eu tirava o leite e dava na mamadeira pra ela. (...) daí

ela se acostumou na mamadeira. Então, pra mamar no peito, era um trabalho, sempre foi. (...) Daí eu falei com o pediatra dela e ele liberou pra eu tirar o meu leite e dar na mamadeira” (Luana, 16 anos).

Percebeu-se pelos discursos que a amamentação foi uma experiência significativa das adolescentes, sendo que algumas delas expressaram tristeza, por não terem conseguido amamentar. Assim como apontado por Maldonado et al. (1997), este processo foi permeado por ansiedades e dificuldades, possibilitando uma reflexão sobre até que ponto a valorização da amamentação, amplamente difundida nos meios de comunicação, vem se traduzindo em ações efetivas de orientação e apoio à mulher no momento do puerpério, quando as mesmas se deparam, de fato, com problemas que frequentemente levam ao desmame precoce? Será que as orientações fornecidas durante a gravidez, ou pós-parto (na maternidade), são suficientes para que as mulheres reconheçam os sinais de dificuldades e os solucionem ou busquem auxílio a tempo? E, por fim, será que a amamentação está podendo ser vista, por parte dos profissionais, como um processo complexo de estreitamento relacionado a questões emocionais e cuja abordagem implica, necessariamente, em considerações sobre a saúde mental da mulher e o estabelecimento do vínculo com seu filho?

O processo de desmame, cuja importância psicológica foi abordada por Maldonado et al. (1997), também apresentou dificuldades, evidenciadas na fala abaixo:

“Mamou, até três anos e meio. (risos) Eu tentei tirar ele umas duas, três vezes, daí não consegui. Daí eu desisti. Daí a minha mãe pegou, teve que ficar um mês com ele, sem eu ver ele. (...) Que ele ficou 15 dias e eu fui lá ver ele. E ele veio direto. Daí tive que deixar mais 15 dias lá, daí eu só via ele quando tava dormindo. (...) Foi um sacrifício (pra desmamar). Daí meu peito começou a rachar porque tava muito cheio. Começou a sair leite e começou a ficar tudo seco em volta, assim. Meu Deus! Sofri pra caramba” (Leila, 18 anos).

Além de ter confirmado a relação entre a amamentação e o vínculo com o filho, uma vez que a dificuldade em estabelecer limites foi uma queixa constante desta adolescente, o exemplo ainda ilustra que o processo de amamentação e desmame pode auxiliar as equipes a identificar precocemente dificuldades, trabalhando de forma preventiva para promover a saúde mental da criança.

As entrevistadas ainda revelaram sua *insatisfação com os serviços públicos* (3.2.2), associada à orientação recebida na maternidade e às ações da Assistência Social, como observou-se pelo relato:

“... ele ficou dois dias (no hospital e foi pra casa) ... mas ele não tava mamando. Isso aí que eu achei errado, a única coisa que eu achei errado. Ele não tava mamando. Mandaram ele pra casa. Eu queria que ele mamasse, eu fazia de tudo pra ele mamar. Mas ele não tinha força pra pegar o peito”
(Janaína, 15 anos).

A valorização da amamentação já foi relacionada por Rugolo et al. (2004) como parte do processo de humanização da assistência materno-infantil e que ainda precisa avançar, o que foi confirmado nas falas que retrataram as dificuldades na amamentação, que estavam estabelecidas quando as adolescentes ainda estavam na maternidade, mas que não foram solucionadas, sendo que as jovens mães ficaram sozinhas com a tarefa de buscar alternativas para lidar com os problemas. Novamente, levanta-se uma reflexão sobre a distância entre um discurso hegemônico, que valoriza e enfatiza às mães os benefícios do aleitamento materno, em contraste com a escassez de intervenções nos momentos de maior dificuldade, que ajudem as mães a sustentar esse processo.

O outro aspecto levantado, a respeito do acesso ao leite artificial por meio de órgãos governamentais, também possibilitou cogitar sobre a quantidade de mães que procuram auxílio do governo para alimentar seus filhos em função de problemas na amamentação, que poderiam ser evitados com intervenções mais precoces e resolutivas. Não pretende-se defender com isto a obrigatoriedade da amamentação, nem a importância do respeito ao desejo da mulher neste processo, mas sim, garantir o acesso a informações e assistência àquelas que desejam alimentar seus filhos ao peito, o que, neste estudo, configurou-se como a

maioria, uma vez que o aleitamento artificial só foi introduzido diante de problemas, nos quais as entrevistadas não viram alternativas senão o desmame.

A *amamentação sem intercorrências* (3.2.3) também foi citada, por uma adolescente, que referiu-se com naturalidade ao fato do filho ter mamado até pouco mais de um ano, sem enfatizar dificuldades durante este processo.

Os dados apresentados, portanto, permitiram vislumbrar que a amamentação nem sempre foi vivenciada de forma positiva pelas adolescentes, apesar de seu desejo de alimentarem os filhos ao seio, sendo as dificuldades associadas a problemas que não puderam ser solucionados de forma a garantir sua continuidade.

A subcategoria **vivências do puerpério (3.3.)** abordou acontecimentos e sentimentos que envolveram esse período. Em *boa recuperação* (3.3.1.), as entrevistadas revelaram que sentiram-se bem após o parto, recuperam-se rápido ou tiveram facilidade em cuidar do filho, conforme evidencia o relato a seguir:

“Não foi tão difícil, porque eu já ajudei a criar os meus irmãos. Minha mãe tem oito, eu sou a segunda mais velha, o mais velho é um menino, daí eu criei tudo ele. (...) Ela saía a trabalhar, que ela e o pai, catavam papelão, eu ficava cuidando desses ali, que no caso eu cuidava até do mais velho. Que o mais velho era mais velho, mas não fazia comida, eu que fazia. Quando a mãe deixava as coisas feita, que ele era o mais velho, tinha nove, por aí... eu é que me virava, esquentar, quando ela chegava tava tudo feito. Mas daí nós ia pro colégio, voltava. Por isso que não foi tão difícil...” (Tatiane, 18 anos).

A fala de Tatiane evidenciou o contexto de dificuldades sócio-econômicas de sua família de origem, além das questões de gênero, onde foram atribuídos à adolescente papéis tradicionalmente femininos, que envolveram o cuidado com a casa, alimentação e irmãos, inclusive um mais velho do que ela, que não realizava as tarefas por ser homem. Tendo presente que esta adolescente optou conscientemente pela maternidade em detrimento dos estudos, percebeu-se a relação entre seu

projeto de vida e as relações de gênero, conforme apontado por Miño-Worobiej (2008), onde o matrimônio pareceu constituir-se como um caminho natural, uma vez que não foram vislumbradas possibilidades autônomas de ascensão social, por parte da jovem.

Duas adolescentes relataram *dificuldades no puerpério* (3.3.2), enfatizando sentimentos de medo e mal-estar, assim como a estranheza por não sentir o filho como seu, enquanto ainda estava na maternidade, o que pode ser observado nos relatos:

“Ah, eu fiquei ruim uns dias, fiquei ruim (depois que ele nasceu). Eu sentia muito medo, medo, medo, eu tinha um medo enorme, medo. Medo dele morrer, de acontecer alguma coisa, porque ele ficou na UTI, acho que foi dois dias ou três. (...) E fiquei ruim, chorava, não falava nada pra ninguém, só tremia, tremia, tremia, minha perna, meu pé, minha mão e meu pé não desinchava, eu fiquei inchada uns dois dias. E eu tremia, tremia, tremia, aí vim pra casa. Aí chegou no dia que eu vim pra casa, no outro dia era meu aniversário. Eu vim pra casa dia 14 e meu aniversário foi dia 15, é... foi por aí... cheguei em casa só queria ta dentro do quarto, janela fechada, porta fechada, tudo fechado... tudo. Não dormia, ficava a noite toda acordada... a noite toda acordada. Toda hora olhando ele, toda hora colocando a mão pra ver se ele tava respirando...” (Melissa, 18 anos).

“No começo eu achava estranho, não parecia nem que era meu filho, eu não sentia... Foi (se sentindo mãe aos poucos). Que no começo também eu recebi muito apoio, daí a minha mãe que cuidava mais dele. Depois que eu comecei a dar banho, a cuidar, trocar fralda. Me sentia (muito triste). Por ta sozinha também, né? Aí ficava só pensando, eu grávida, grávida não, né? Já

tinha ganho ele e sozinha, cuidando. Aos poucos foi melhorando” (Paola, 17 anos).

Os depoimentos das adolescentes confirmaram as observações de Soifer (1980) sobre os estados depressivos que, frequentemente, estão presentes do puerpério, sem implicar necessariamente em psicopatologias e as observações de Maldonado et al. (1997) de que o afeto pode ir constituindo-se ao longo do tempo. A última adolescente, no entanto, também associou os sentimentos de tristeza à ausência do marido (que estava preso), o que foi ao encontro do que observaram Smith e Howard (2008) sobre a relação entre o suporte oferecido pelo homem e sentimentos depressivos na mulher.

A importância da presença do marido para esta adolescente, também foi ilustrada por sua fala sobre a *reação do companheiro ao conhecer o filho* (3.3.3), conforme o relato a seguir:

“(Ri) Parecia uma criança. Bobo, bem bobo” (Paola, 17 anos).

Desta forma, ficou evidenciada a importância da presença afetiva do marido no estado emocional da mulher, durante o puerpério. Tendo presente ainda as observações de Maldonado et al. (1997), de que na medida em que o homem transmite amor e segurança à sua esposa, possibilita que a mesma sinta-se mais amorosa e dedicada com o neném, levantou-se a hipótese de que este foi um fator importante na adaptação e sentimento de satisfação de algumas adolescentes, em relação à maternidade.

Na subcategoria **crianças com problemas de saúde (3.4.)**, algumas entrevistadas falaram sobre acontecimentos e sentimentos envolvendo problemas de saúde ocorridos com o filho após o nascimento. Em *vivências com o filho no hospital* (3.4.1.) foram citadas dificuldades e sentimentos relacionados à hospitalização da criança, risco de morte e erro médico, como ilustra o relato abaixo:

“Tava. Muito cansada. Daí as vezes eu cochilava, ele chorando e eu não acordava. Elas iam lá, gritavam com a gente, porque toda vez que eles dão medicamento eles chamam, né? Então, as vezes, eu passava a noite acordada, cuidando dele, com os médicos que tavam lá. Daí de dia eu tava

assim, cochilando, daí elas gritavam que eu não tava ouvindo o Theo chorar. Ele chorava baixinho, porque era recém-nascido ainda, né? E pra mim não era nada. (ri) E eu continuava dormindo” (Leila, 18 anos).

As falas revelam dificuldades experimentadas por algumas adolescentes, cujos bebês necessitaram de internação após o nascimento ou estiveram sob suspeita de doenças graves. Embora as falas tenham remetido a questões específicas de vivências hospitalares, como os sentimentos em relação à possibilidade de perda da criança e o relacionamento com a equipe (permeado por conflitos), o objetivo deste trabalho não foi analisar estas questões em profundidade, mas ressaltar as experiências relativas à doença e hospitalização como mais um fator estressante no puerpério destas adolescentes que, neste momento, destacaram a falta dos familiares como um aspecto que aumentou o sofrimento e dificultou a qualidade da atenção que elas ofereceriam aos filhos.

Assim, uma adolescente falou sobre o *apoio durante a internação* (3.4.2.), expressando tanto a falta do marido como a vivência em um grupo para acompanhantes da UTI, conforme o relato abaixo:

“Eu tava sozinha, o meu marido tinha vindo pra casa. Que ele só teve 5 dias, né? De licença paternidade. E os outros dias... A minha mãe trabalhava... não tinha quem ficasse comigo direto, né? (...) Mas quando eu ganhei ela, eu frequentei um grupo lá dentro do hospital. Um grupo de... era com uma psicóloga e estudantes de psicologia. Pra desabafar um pouco, né? Porque é muito difícil estar lá dentro. Ainda mais... eram mães que tinham filhos na UTI, como a Amanda. Era meio que, um grupo de ajuda, né? Porque... é bem difícil ter um filho na UTI, né? (...)Que... a gente falava, assim, pras pessoas da família, mas parece que não é a mesma coisa. E falando com uma pessoa estranha, eles viram... acabam virando um amigo, né, a gente desabafava, assim, era um momento bem bom. Esse é o único grupo que

eu freqüentei, depois que ela nasceu. Mas antes da gravidez, durante a gravidez eu não freqüentei” (Luana, 16 anos).

O marido apareceu no discurso da adolescente como uma fonte importante de suporte emocional, indo ao encontro do que encontrou Motta (2003), mas que não pode mais estar presente em função do trabalho. O grupo para acompanhantes da UTI, no entanto, foi evidenciado como fonte alternativa de suporte e acolhimento, sendo que a fala da entrevistada ressaltou a importância do contato com pessoas que estavam passando pela mesma experiência que ela, sendo esse o principal aspecto destacado como tendo proporcionado conforto emocional.

A partir disso, ficou evidenciada a importância dos trabalhos em grupo, que fazem parte das atuais propostas em Políticas Públicas para adolescentes, como já foi visto no capítulo teórico. A lacuna no acesso a este tipo de serviço, no entanto, ficou evidenciada no discurso da jovem, enfatizando que antes da gravidez, ou durante a mesma, nunca havia participado da experiência.

Por fim, a adolescente expressou os sentimentos com relação à *alta hospitalar* (3.4.3), conforme relato:

“No dia que ela foi de alta, meu Deus, que o médico disse pra mim ‘amanhã ela vai ter alta’. Ah, eu não acreditava, né, eu chorava de tanta felicidade. Ah, foi muito bom, o dia que ela teve alta. Aí eu vim pra casa, ela até tava melhor, eu acho que eu casa é bem melhor do que lá. Daí eu ainda tive acompanhamento durante um mês com ela, lá no hospital mesmo, pra saber como é que ela tava. Toda semana a gente ia com ela pra acompanhar o peso, o desenvolvimento dela. Daí um mês o médico liberou, disse que ela tava ótima. Em um mês ela ganhou dois quilos (risos)” (Luana, 16 anos).

A alta hospitalar, de acordo com o depoimento desta adolescente, pôs fim a um período doloroso e permitiu a retomada da vida familiar, em que a adolescente pode dedicar-se à filha com maior autonomia.

A experiência de nascimento e a internação dos filhos, portanto, foram vivenciadas com angústias, medos e dificuldades, mas também com afeto e preocupação por parte das adolescentes em relação a seus filhos, evidenciando a formação do vínculo afetivo e de cuidado, que prosseguiu nos cuidados em casa.

6.4. CATEGORIA IV – Transformações ocorridas na vida da adolescente

Esta categoria abarcou o conjunto de mudanças identificadas pelas adolescentes em suas vidas, envolvendo aspectos subjetivos, relação com os estudos, com o filho, o marido, os familiares, o trabalho e os planos para o futuro.

A subcategoria **relacionamento com o filho (4.1)** englobou os sentimentos e acontecimentos, envolvendo a relação das adolescentes com os filhos. Quando questionadas sobre o *significado do filho e da maternidade (4.1.1)*, as dez adolescentes afirmaram que ele(a) era a coisa mais importante na vida delas, como ilustram os relatos:

“Ah, o Theo? Ah, é uma coisa assim que, sei lá. Se eu perder ele eu acho que eu perco a minha vida junto. (...) E a gente nem imagina que vai ter esse afeto, assim, que... né? E daí eu digo, daí o meu marido pergunta ‘ah, parece que tu gosta mais do Theo do que de mim’ ‘é claro que eu gosto mais do Theo’ (risos) ‘Tá ficando louca?’, não sei o quê. ‘Claro, primeiro ele, depois tu, depois a mãe’ (risos) (...) E acabou que o Theo pra mim, assim, é tudo, eu não posso perder de vista, senão... Não dá nem pra explicar” (Leila, 18 anos).

“Ah, tudo, né? Eu não vivo sem ele, Deus me livre. Eu não gosto nem de deixar ele dormir uma noite na casa da minha mãe. De vez enquanto ele ficava na minha sogra ‘deixa ele aqui, daí ele não precisa acordar amanhã de manhã’ ‘Não...’ Eu chego a tirar ele da cama dormindo... pra levar ele” (Melissa, 18 anos).

De todas as questões levantadas no estudo, esta apresentou uma unanimidade nas respostas, sendo que os termos mais utilizados para expressar o significado do filho para as adolescentes foram “tudo”, “vida” e “o mais importante”. A intensidade das respostas e a emoção que tomou conta das adolescentes quando foram questionadas sobre o significado de seus filhos, também sinalizou a importância que a maternidade assumiu na vida das adolescentes, indo ao encontro do que encontrou Andrade et al. (2006) sobre as referências positivas da maternidade para adolescentes.

Outro significado que surgiu na fala delas, referiu-se ao filho enquanto companhia, conforme relato abaixo:

“Ela é uma companheirinha pra mim. Assim, às vezes eu imagino, meu Deus, de primeiro quando eu era sozinha, ele trabalhava acampado eu era bem sozinha, sabe? E agora não. Agora eu tenho ela, né, pra ficar comigo. Ela é tudo pra mim, meu Deus. Minha companhia” (Juliana, 16 anos).

O sentimento de solidão também foi encontrado por Aliaga et al. (1985) como uma das razões para a ocorrência da gravidez, possibilitando reflexões sobre a rede de relacionamentos de jovens como revelou Juliana, que desde pequena teve as relações de amizades interdidas pela mãe. Este caso possibilitou levantar a hipótese de que, nestes casos, o filho pode ser visto como uma forma de “solucionar” as necessidades de relacionamentos da adolescente, sem entrar em conflito com os valores familiares.

Além do significado do filho, as adolescentes também falaram sobre os significados da maternidade, abordando auto-avaliações, expectativas e preocupações, tanto com a saúde da criança como com a transmissão de ensinamentos, como ilustraram os relatos a seguir:

“Ah, sempre fui bem cuidadosa” (Miriam, 18 anos).

“Por que, assim, eu acho assim, que a partir da hora que eu quis engravidar (...) Que assim ó, tu engravidou, tu tens que dedicar só a ele. Pensar nele, ficar com ele, se

dedicar só a ele. É o que eu mais penso, assim, sabe? Que eu tinha que ficar só com ele. É... tipo, não estudar de noite, entendeu? Que eu fico triste de deixar ele sozinho quando eu saio de noite. Lógico, eu me dedico... não me dedico pouco, eu tinha que me dedicar mais. Tinha que ficar só com ele” (Janaína, 15 anos).

Os relatos evidenciaram que as adolescentes podem sentir-se satisfeitas com o seu desempenho enquanto mães, mas também podem apresentar forte exigência consigo mesmas, manifestas pela visão de que a maternidade e os cuidados com a criança deveriam ser exercidos sem o auxílio de outras pessoas. Estimou-se que esta visão de “superinvestimento” no filho possa estar relacionada com os temores de sentir-se desacreditada pelos familiares, ou profissionais, em sua capacidade para cuidar, conforme apontado por Andrade et al. (2006). Mais uma vez, destacou-se a importância da intervenção dos profissionais da saúde, no sentido de prestar informações e orientações sobre as necessidades de desenvolvimento da criança.

Quanto às preocupações das adolescentes com a saúde, ou os ensinamentos transmitidos aos filhos, destacou-se o envolvimento das mesmas com a função materna, tendo assumido a posição de principal cuidadora da criança. Neste sentido, as falas das entrevistadas levantaram a reflexão de que as principais dificuldades encontradas pelas adolescentes não relacionaram-se com a capacidade para cuidar e atender as necessidades da criança em si, como também encontrou Rugolo et al. (2004), mas à autonomia financeira, dificultada pela incompletude dos estudos, dentro do que já havia apontado Andrade et al. (2006). Isto remete à importância das áreas da Educação e Assistência Social nos trabalhos com jovens nesta condição, no sentido de promover o aumento do nível de escolarização e inserção no mercado de trabalho.

O *relacionamento com a criança* (4.1.2) também foi comentado pelas dez adolescentes, que enfatizaram tanto dificuldades, sentimentos de impaciência e ambivalência em relação ao filho, como satisfação com o relacionamento e aspectos da rotina da criança. As falas abaixo ilustraram algumas das principais dificuldades e sentimentos associados, vivenciados pelas adolescentes:

“Imagina, eu tinha 14 anos, e ver a minha mãe falecer de repente, né? (...) Foi muito difícil, muito difícil, eu não queria fazer mais nada. Queria ir embora daqui, deixar ele. Foi, assim, mas só uma semana, até eu prestar atenção que ela faleceu e não ia voltar mais. Aí depois eu voltei ao normal a cuidar dele” (Miriam, 18 anos).

“Ele (o marido) diz que não é de mãe e filha (o relacionamento), e sim de irmãs. Não sei, acho que é meio a meio, porque nós, quando eu começo a falar de alguma coisa, nós discutimos, nós duas” (Tatiane, 18 anos).

“Porque daí eu botei ele no berço e deixei. Disse ‘Quer berrar, berra’. Botei só ele de lado, pra ele não se afogar com a saliva e deixei. Daí depois de eu arrumar minha casa toda, daí eu só dava mamadeira, trocava fralda e botava ele na cama” (Janaína, 15 anos).

A primeira adolescente, que perdeu a mãe inesperadamente nos primeiros meses de vida do filho, revelou a interferência deste evento em sua relação com o mesmo, que foi momentaneamente dificultada em função dos sentimentos de luto e tristeza. Já as demais entrevistadas, mencionaram dificuldades relacionadas, principalmente, ao estabelecimento de um lugar de autoridade perante o filho, manifestas tanto pela sensação de “falta de controle” sobre o filho, que colocava-se de igual para igual em relação a elas, quanto pelo rigor excessivo que, muitas vezes, impede um comportamento empático da mãe com seu recém-nascido.

Outras duas adolescentes também discorreram sobre sentimentos de impaciência ou ambivalência em relação a seus filhos, como exemplifica o relato abaixo:

“Eu não tenho muita paciência, já pego ele, já dou-lhe uns tapas, já boto de castigo mesmo. Porque... ah, a gente não deve ser muito... né? Se não, não dá conta... Não dá

conta, eles ficam terrível... ele não me obedece, ele é bem ruim, ele é bem ruim...”
(Melissa, 18 anos).

A narrativa de algumas adolescentes confirmou experiências de impaciência e pequenos maus tratos com a criança, que podem ser atribuídas à imaturidade das adolescentes, como encontrou Velho (2003). A segunda adolescente levantou a carga de estresse que pode-se produzir na relação entre mãe e filho, quando o contato da adolescentes com sua rede de relacionamentos é interrompido, ficando a dupla (mãe e filho) circunscritos ao ambiente doméstico. Como será visto mais adiante, a restrição de saídas e relação com os amigos, foram citados como uma das perdas mais marcantes engendradas a partir da maternidade.

Apesar destas dificuldades, as adolescentes também manifestaram satisfação no relacionamento com a criança e sua rotina, como pode-se observar no relato:

“Eu e ela? Ah, é muito bom o nosso relacionamento. Maravilhoso, né? Ser mãe é maravilhoso. É uma sensação única, quem não é mãe não sabe. O nosso convívio é bom, sabe?” (Luana, 16 anos).

Mesmo tendo citado dificuldades, tanto na gravidez quanto no relacionamento com a criança, percebeu-se que várias adolescentes vêm experimentando sentimentos de satisfação na tarefa de cuidar dos filhos, numa perspectiva onde predominaram sentimentos de ganhos com a maternidade, conforme sinalizado por Hoga (2008).

Ao falar sobre seu relacionamento com o filho, duas adolescentes ainda destacaram a percepção de que a criança vem manifestando ciúmes do irmãozinho, conforme relato:

“Eu não sei se é por causa do outro, ele ta com ciúme. (...) Assim, ele fica toda hora pra gente ‘ô mãe, ô pai, te amo’. Que a gente ta dando mais atenção a esse, ficou assim bem revoltado, briga com todo mundo, com a gente. Principalmente com a minha mãe, ele briga. Ele é bem, assim, malcriadinho, acho que é por causa do ciúme também... É,

porque antes a atenção era toda pra ele. Ele era o bebê da casa. Daí o segundo, não ficou em segundo plano, mais ficou assim mais... por ter que dar mais atenção pra esse, que esse é mais pequeno, né?” (Sônia, 18 anos).

Os comentários acima revelaram que estas duas adolescentes – a primeira prestes a ter o segundo filho e a segunda com um recém-nascido – já começaram a perceber as mudanças que o segundo filho vem promovendo em suas vidas e no relacionamento com o primeiro filho, com quem demonstraram preocupar-se. Ressaltou-se que para elas, a segunda gravidez pareceu consolidar o afastamento em relação aos estudos e mercado de trabalho, produzindo um sentimento de que não será possível retomar estes projetos de vida, assunto que será melhor detalhado mais adiante.

Por fim, o *relacionamento da criança com outras pessoas* (4.1.3) foi mencionado por outras quatro adolescentes, fazendo referências à participação das profissionais da Educação Infantil ou familiares na educação da criança, como ilustra o depoimento:

“Então ta mais fácil pedir as coisas pra ele, que ele me obedece mais agora. É porque lá, se tu pega, tem que guardar. Porque lá elas não fazem, elas mandam eles fazer. Daí tem as caixas de brinquedo, tem que guardar os brinquedos tudo nas caixas. Daí quando elas mandam eles sentar, tem que sentar. Quando é pra dormir, eles vão dormir. Então aqui também, ta sendo bem mais fácil. Ele ta levando as coisas, assim, como ele faz na creche, ele ta fazendo aqui. Daí, ontem, ‘ô mãe, cadê? Cadê? Cadê o meu chinelo?’ Porque lá a professora disse que ia contar pra mãe se ele não colocasse o chinelo do pé (ri). Daí ele ta com o chinelo no pé, agora ele não tira o chinelo do pé. Tá bem bom, agora” (Leila, 18 anos).

Ao falar sobre as outras pessoas que assumiram os cuidados com a criança nos períodos em que a adolescente está no trabalho ou estudando, as entrevistadas revelaram sentimentos de gratidão pela

ajuda com aspectos da educação que ela não vem conseguindo lidar, preocupações com o bem-estar da criança e até mesmo um certo ciúme pelo apego que a criança demonstrou pelo pai ou mãe da adolescente, percebido pela entrevistadora através do tom de voz adotado pelas adolescentes durante a entrevista¹⁵.

Os relatos até aqui indicaram que a vivência da maternidade e o relacionamento com seu filho produziram dificuldades e desafios para as adolescentes, mas também constituiu-se como fonte de satisfação, o que confirmou a impressão geral, no contato com a literatura, de que não existe um consenso em relação à temática, sugerindo que a imprevisibilidade e multiplicidade de implicações possíveis a partir da gravidez – tanto no sentido de imprimir e agravar dificuldades, quanto de promover adaptações e vivências positivas – foi o que, de fato, pode-se constatar como característica da gravidez na adolescência.

Na subcategoria **relacionamento com o marido após a gravidez (4.2)** foram abordados sentimentos, acontecimentos e modificações identificadas pela adolescente no relacionamento com o marido após o nascimento do filho. A *satisfação com o marido enquanto pai (4.2.1)* foi citada por seis adolescentes, conforme demonstrado pela fala:

“(Sorri) Meu Deus do céu, é tudo pra ele, né? Quando a gente separou (temporariamente) ele ia todo dia lá em casa. Todo dia ver o Patrick. (...) Via, ele ia todo dia, pegava ele, pegava ele no sábado, levava ele pra mim de novo na segunda. Às vezes ele ficava uma semana aqui. Sempre foi assim, louco por ele. Deus me livre! Ele não ficava dois dias sem ver ele” (Melissa, 18 anos).

O relato das adolescentes demonstra reconhecimento e admiração pelo relacionamento entre o marido e o filho, evidenciando a participação dos mesmos nos cuidados e educação dos filhos.

A *satisfação no relacionamento com o marido (4.2.2)* também foi mencionada por cinco adolescentes, conforme observou-se em relatos como:

¹⁵ As entrevistas foram transcritas pela própria pesquisadora.

“Ah, tirando os problema... (ri) Não, até que... ele é um marido bom, trabalhador... dedicado, não tenho o que me queixar. (...) Se eu acho que não ta certo, eu falo, falo, falo, falo. Ele fica quieto, ele não fala nada, né? Ele só ouve. Coitado. Mas ele é muito bom pra nós. É. Porque assim... ele nunca deixa faltar nada pro meu filho. Até às vezes que eu falava assim ‘Meu Deus... ele não vai dar conta, ele não vai conseguir’, ele conseguia. Ele ia atrás e trabalhava sábado e domingo e... ele não tem preguiça de trabalhar, nada. Ele tendo emprego, serviço... ganhando o dinheirinho dele... desde que ele começou a trabalhar, ele nunca pegou férias, coitado. Fica só no sábado e domingo. As férias dele ele vende, faz alguma coisa, investe em alguma coisa. Que a gente agora tem televisão, que a gente comprou, tem guarda-roupa, tem cama né? Cama, essas coisas, a gente foi comprando tudo com as férias dele, que ele foi vendendo as férias. Daí a gente foi comprando (ri). Que daí é um dinheiro que sobra, né? (...) E eu não trabalhava ainda, trabalhei até ganhar o Theo, depois não trabalhei mais” (Leila, 18 anos).

Ao discorrerem sobre as razões pelas quais sentem-se satisfeitas com seus maridos, as adolescentes acabaram ressaltando papéis tradicionalmente masculinos como o de “provedor” e “protetor”, o que pareceu ter adquirido uma função importante para a integração e a constituição da nova família, tendo um impacto direto na adaptação da adolescente à função materna.

As adolescentes mencionaram ainda sobre as *mudanças no relacionamento do casal* (4.2.3) após o nascimento do filho, sendo que das dez entrevistadas, cinco referiram que o relacionamento melhorou, quatro consideraram que houve piora e uma citou a experiência de separação e reconciliação. Destacou-se, abaixo, um relato que ilustrou a melhoria da relação entre o casal após o nascimento do filho:

“Acho que sim (mudou o relacionamento), porque antes a gente brigava, assim, eu nem ligava, sabe? Não tava nem aí... se a gente terminava... a gente terminou só duas vezes, no namoro todo. Eu não voltava atrás no que eu dizia, nada, hoje não, hoje eu cuido bastante no que eu vou dizer, eu penso “meu Deus, se eu me separar dele eu vou viver como? Eu não tenho como viver sozinha”. Eu dependo muito dele... eu não vou saber criar a minha filha sozinha. Então, eu meço muito as minhas palavras, né? Antes eu dizia tudo que vinha na minha boca eu dizia, né? E ele também. Hoje não, a gente meio que brigava bastante, não aquela briga... mas a gente vivia se contradizendo, né? Hoje não, hoje a gente se dá muito bem. O nosso convívio melhorou bastante, principalmente depois que eu ganhei a Amanda, melhorou bastante. A gente não briga na frente dela, a gente faz tempo, faz cinco, seis meses que a gente não discute mais. Nossa, mudou muito, muito, muito. Outro dia eu tava dizendo ‘nossa, faz tempo que a gente não briga... porquê que a gente não briga...’ (risos) Af ele ‘ah, tas com saudade?’ (risos)” (Luana, 16 anos).

A partir dos relatos foi possível vislumbrar que o sentimento de melhoria no relacionamento do casal esteve relacionado, para algumas adolescentes, a um processo de amadurecimento dela ou do companheiro, manifesto pelo comportamento de voltar-se mais para a família (passar mais tempo em casa) ou pensar no que vai falar (e não falar besteiras). A influência econômica e do contexto familiar também foi mencionada, enfatizando aspectos de dependência financeira e emocional do contexto familiar da infância, já citado quando foram discutidos os planos de vida da adolescente antes da gravidez, e que parecem ter sido transferidos, total ou parcialmente, para a figura do marido.

Dentre as adolescentes que mencionaram piores no relacionamento do casal, destacou-se o seguinte depoimento:

“Só assim, com o Peter que eu acho que piorou um pouco, sabe? Eu acho que piorou um pouco... Ele fala que não, mas eu acho. (...) é diferente do que como tu vivia antes, assim, porque a gente saía muito, saía bastante. Daí prende tudo, daí não pode sair pra lugar nenhum... (...)Por que assim, depois que ele nasceu a gente briga mais. Porque assim... ele tem um pouco de ciúme que eu estude, sabe? Ele não queria muito que eu estudasse. Eu acho assim... eu falo pra ele o que ele pensa. Eu acho que ele pensa... ‘ah, tu casou, tu engravidou, tu fica em casa, cuidando do filho. E eu trabalho, entendeu?’ (...) Daí eu acho que ele pensa que eu tinha que ficar em casa, sabe? Cuidando do Júlio, daí quando ele chegasse, que eu estudo de noite, daí é ruim, que daí eu vejo bem pouco ele. Que daí eu chegou dez e meia. Que ele vai me buscar. Daí, ele sai sete horas da manhã” (Janaína, 15 anos).

Apesar das quatro adolescentes alegarem que o relacionamento entre o casal piorou, as razões atribuídas à mudança abordaram aspectos bem distintos. O retorno à escola produziu conflitos na família de Janaína, que encontrou resistência tanto da parte do marido quanto de outros familiares, numa insistência em projetos de vida, que Miño-Worobiej (2008) encontrou entre adolescentes escolarizadas. Após questionamento, ameaça de separação por parte da adolescente, o marido apoiou o retorno aos estudos, cuidando do filho enquanto a adolescente está na escola, mas o arranjo acabou resultando na falta de tempo para o casal ficar junto, o que foi ao encontro do discurso de Velho (2003).

Esta questão também esteve presente para outra adolescente, que abordou ainda a influência do espaço físico e da falta de condições financeiras sobre o relacionamento do casal, que dormia no mesmo cômodo com os filhos. As falas apresentadas remeteram à influência de que o contexto e as condições de vida – incluindo rede social de apoio – podem assumir no relacionamento entre o casal. A modificação na qualidade do relacionamento também foi citada, enfatizando

sentimentos de ciúmes em relação à atenção destinada pelo marido aos filhos e de desvalorização do lugar feminino após o casamento, o que pode relacionar-se com as restrições femininas no movimento de internalidade, descritas por Heilborn et al. (2002).

Duas adolescentes ainda citaram sua percepção sobre as mudanças do marido após a paternidade, como demonstrou o relato a seguir:

“Ah, ele... pra ele foi bem difícil também. Porque... ele trabalhava, o dinheiro dele era todo pra ele. Saía... Hoje não, hoje ele tem que gastar comigo, tem que gastar com a Amanda, daí em termos de dinheiro, pra ele, foi em difícil... mas, no convívio, a gente já convivia bastante” (Luana, 16 anos).

Os depoimentos demonstram a capacidade de empatia de algumas adolescentes por seus companheiros, ilustrando as transformações subjetivas pelas quais os homens também podem passar no processo de tornarem-se pais, evidenciando o que apontaram Maldonado et al. (1997) sobre as transformações psicológicas, pelas quais passam homens e mulheres adolescentes a partir da gravidez.

O conjunto de dados a respeito do relacionamento das adolescentes, com os pais de seus bebês desde o início do namoro até o momento atual, revelou que estas relações, ainda que permeadas por idealizações, conflitos ou dificuldades, constituíram-se como relacionamentos afetivos e estáveis, tanto que as dez entrevistadas residem sozinhas com o marido e o filho¹⁶. Estes achados divergiram tanto do que foi encontrado por Cavasin et al. (2004) sobre a gravidez enquanto fruto de violência sexual, quanto por Godinho et al. (2000), que observou uma relação direta entre a idade da adolescente e a instabilidade da relação, de forma que a relação entre o casal terminava na gravidez e a adolescente mantinha residência com seus pais.

A disparidade entre os estudos ressaltou ainda mais a diversidade de contextos e significados que o fenômeno da gravidez na adolescência pode adquirir, evidenciando a necessidade de reconhecer que, apesar da pouca idade das adolescentes, a experiência de sua gravidez tanto pode ser vivenciada de forma negativa – acarretando prejuízos tanto para a

¹⁶ No momento da entrevista, apenas Luana residia com a sogra, mas sua casa já estava em construção.

mãe, quanto para o desenvolvimento da criança e sua família – quanto positiva, onde após um movimento de reorganização familiar produzem-se adaptações e estratégias para lidar com a nova realidade, a partir da qual os projetos de vida da adolescente e casal são resignificados e reformulados.

A subcategoria **modificações dos relacionamentos familiares (4.3)** tratou dos sentimentos, acontecimentos e modificações identificados pela adolescente no relacionamento com os familiares, após o nascimento do filho. Sete adolescentes fizeram referências de *aproximação e satisfação no relacionamento com os familiares (4.3.1)*, relatando suas impressões de que o relacionamento ficou melhor, estendendo-se ao filho, como observa-se no depoimento a seguir:

“Com a minha mãe e com os meus irmãos mudou. Antes eu era muito descabeçada, eu não dava valor pra nada, não ouvia ela. Mas eu e ela discutia muito, mas ela toda vida tentando conversar comigo. Toda vida me dando apoio, é uma mãe bem... sabe? O que precisa ela dá pra gente, toda vida... E... daí mudou, assim, eu fiquei mais cabeça. (...) Com os meus irmãos também. Mudou. Eu brigava, discutia muito com eles. Aí depois que eu ganhei ele, eles brincam um monte com ele, gostam muito dele, fazem pipa, fazem...” (Melissa, 18 anos).

O sentimento de que o relacionamento com a família mudou para melhor esteve associado, para algumas adolescentes, com seu próprio amadurecimento (ficaram mais calmas e com a “cabeça no lugar”), ou com a superação do conflito que se estabeleceu com a mãe da adolescente quando a gravidez foi descoberta. Para outras adolescentes, a melhoria no relacionamento relacionou-se à chegada da filha, primeira neta de sua família, numa referência aos vínculos de seus familiares com a criança.

Quanto ao movimento de aproximação entre a adolescente e seus familiares, duas entrevistadas mencionaram que após a gravidez ficaram mais próximas do pai e uma adolescente comentou a aproximação com a mãe e o padrasto, conforme relato abaixo:

“Mudou, assim, na... na conversa, tudo assim, porque a minha mãe... ela nunca foi de falar muito comigo, sabe? Ela não falava, assim, se pra ela, ela tava feliz, ela não tava feliz. Eu nunca vi ela dar um beijo no meu pai. Agora ela não tem vergonha de falar o quê que ela sente, eu também não tenho vergonha de falar as coisas pra ela.(...) E daí a minha mãe veio aqui pra baixo, e casou com um moço que mora lá embaixo, o João. Mas ele é muito bom pra minha mãe. Pra mim, eu digo pra ele, tu é como o meu pai” (Leila, 18 anos).

Ao falar sobre a aproximação com familiares, as adolescentes deixaram em evidência movimentos de reorganização do sistema familiar que, se no caso de Sônia não foram exclusivamente influenciados pela gravidez, mas estiveram diretamente ligados à sua ocorrência em outros casos, como no de Leila, onde a gravidez acirrou a crise existente entre seus pais, culminando em separação do casal e recasamento da mãe com João, considerado um pai pela adolescente.

A partir do que foi exposto, sobre as modificações produzidas nas relações familiares das adolescentes após a gravidez, percebeu-se que aconteceram movimentos de reorganização e acolhimento das mesmas, especialmente por parte de sua mãe, como apontaram Falcão e Salomão (2006). Tendo-se presentes os conflitos familiares, destacados pelas adolescentes na primeira categoria, bem como as características da adolescência que dificultavam o diálogo com seus pais, percebeu-se um apaziguamento dos conflitos, com maior aproximação e solidariedade entre os membros da família.

Apesar disso, o *sentimento de que o relacionamento não mudou* (4.3.2) também foi mencionado por quatro adolescentes, conforme relato:

“Não, eu acho que não. Minha mãe é sempre carinhosa comigo, meu pai também. É assim, Deus, a minha mãe e o meu pai pra mim é tudo. Quando falta as coisa lá eles vem aqui em casa eu arrumo, quando falta aqui eu vou lá eles me arrumam. E assim vai...” (Juliana, 16 anos).

Esta fala esclareceu o que também ficou evidente para outras adolescentes: o relacionamento com a família não mudou porque já era bom, sendo que em alguns casos passou por um curto período de desentendimentos, quando a notícia da gravidez veio à tona, mas que, posteriormente, foram solucionados, possibilitando o resgate de relações de boa convivência na família.

As *vivências de afastamento ou luto por familiares (4.3.3)* também foram abordadas e, no primeiro caso, envolveram a adolescente e seu pai, como observou-se em seu depoimento:

“É bem difícil eu ir lá e ele (o pai) vir aqui (atualmente). É bem difícil, bem difícil. Porque... eu acho, assim, né? Toda vida eu que tenho que procurar ele, ele nunca vem me procurar, então eu não vou” (Melissa, 18 anos).

A relação desta adolescente com seu pai, que já era permeada de conflitos antes mesmo da gravidez, passou por um período de apaziguamento, quando ele esteve próximo e auxiliou, financeiramente, nos cuidados com a criança após seu nascimento. Atualmente, no entanto, o relacionamento parece ter retornado ao antigo padrão.

Essa observação provocou uma reflexão sobre até que ponto a gravidez da adolescente é capaz de “solucionar” conflitos familiares e promover uma aproximação duradoura entre os membros da família. A partir dos dados levantados neste estudo, levantou-se a hipótese de que a reorganização poderá ser tão mais duradoura dependendo do quanto a adolescente foi capaz de amadurecer e modificar-se subjetivamente a partir da experiência.

Por fim, duas adolescentes falaram sobre experiências de luto concomitantes ao exercício da recente maternidade, conforme relato a seguir:

“A minha vó era uma pessoa bem nova, tinha 69 anos, era bem forte... deu um ataque fulminante... chegou no hospital já em coma, ficou uma noite em coma, no sábado seguinte ela já faleceu. (...) O velório dela foi muito difícil também, porque o corpo dela inchou muito, então não podia abrir o caixão. Muito

difícil, assim, foi uma perda muito difícil. (...) A Amanda... eu sempre ia lá na minha vó, daí outro dia a gente chegou lá, ela ficou procurando... a casa da minha avó ta vazia, né? Ela sempre brincava lá. A gente ia muito lá, daí ela foi ficou procurando... não tinha nada em casa, né? Eu acho que até ela sentiu falta, tadinha” (Luana, 16 anos).

As falas evidenciaram a falta da mãe e da avó na vida das adolescentes, uma vez que eram pessoas próximas, que apoiaram e ofereceram suporte à adolescente durante sua gravidez. O falecimento destas pessoas implicou em uma perda e consequente reorganização da rede de relacionamentos da adolescentes, com o surgimento de figuras substitutas, como aconteceu com a irmã de uma delas, que passou a ocupar um lugar de maior proximidade a partir da morte da mãe.

As modificações nos relacionamentos familiares relatadas pelas adolescentes, pensadas em conjunto com o que foi apresentado nas categorias anteriores, permitiu vislumbrar algumas transformações que foram acontecendo nestas relações a partir da gravidez. O momento anterior à notícia, onde os relacionamentos entre as adolescentes e seus familiares costumavam incluir conflitos, dificuldades ou ausências de diálogos, além da preocupação dos pais com a contracepção e o namoro, contrastou com a fala das mesmas sobre o relacionamento atual, predominantemente satisfatório e com maior presença de diálogo e solidariedade entre seus membros que, muitas vezes, compartilharam os cuidados com a criança.

A passagem entre esses dois momentos, no entanto, contou com um período de crise e tensão familiar, representado pelo evento inesperado - ao menos para a família - da gravidez da adolescente. Percebeu-se que a aceitação da família em relação à nova condição da adolescente variou entre uma aceitação imediata, com pequenas manifestações sobre a inadequação da gravidez na idade da adolescente ou posterior, após um período de conflito, onde os pais expressaram sentimentos negativos como raiva, tristeza ou susto frente à gravidez.

Os relatos sobre momentos diferentes na vida da adolescente possibilitaram, portanto, acompanhar um processo de transição da família para uma nova fase do ciclo vital, conforme descrita por Cerveny (1997), onde o nascimento de um novo membro produziu um período de crise, acompanhado de uma reorganização do sistema familiar, que culminou com a mudança na função que os membros

exerciam na família. As falas sobre o momento atual, onde as adolescentes enfatizaram as relações familiares de modo positivo, forneceram indicativos de que estas famílias conseguiram reorganizar-se de modo suficientemente satisfatório na tarefa de acolher a criança.

Na subcategoria **mudanças subjetivas e comportamentais (4.4)** foram abordadas as mudanças identificadas pela adolescente em si mesma, ou em sua vida após a experiência de tornar-se mãe. A *melhoria do conhecimento e uso de contraceptivos (4.4.1)* foi mencionado por todas as adolescentes, conforme ilustra o depoimento a seguir:

“Melhorou bastante, né? Bastante. Eu sei que se não se cuidar agora... (...) depois que veio Célio, eu tomo direto, mas não tomo injeção, eu tomo anticoncepcional. Eu confio mais nele, do que injeção. Que ali eu acho que eu tomo todo dia, pra mim é lei, eu não esqueço, né? Todo o dia no mesmo horário, certinho, três anos eu tomo direto, eu não esqueço, né?” (Miriam, 18 anos).

Além da melhora no conhecimento e uso dos métodos contraceptivos, que confirmaram as observações de Brandão e Heilborn (2006) sobre o controle da contracepção enquanto experiência subjetiva que se adquire com o passar do tempo, o principal aspecto que se destacou quando estes dados foram analisados em conjunto com o momento anterior à gravidez, foi a transformação da postura da adolescente frente à sua vida reprodutiva. Das três adolescentes que voltaram a engravidar, duas alegaram fazer uso regular de contraceptivos: uma tomava injeção e a outra pílula, sendo que esta última associou a gravidez a um tratamento ginecológico, que incluiu medicações que podem ter reduzido o efeito do anticoncepcional. Apenas uma adolescente contou que engravidou novamente, porque trocou de pílula e não se cuidou neste período.

Assim, se na primeira categoria mostrou-se que muitas adolescentes não quiseram utilizar, ou eram displicentes com o uso de contraceptivos, mesmo quando recebiam alertas de suas mães ou outros familiares, no momento atual percebeu-se que as mesmas se apropriaram da responsabilidade em relação à sua vida reprodutiva, o que, acredita-se, esteja relacionado com a experiência real de ter sido mãe, que outrora ocupou um espaço idealizado para várias adolescentes,

como foi confirmado pelas mesmas quando relataram suas expectativas de cuidar da criança seria mais fácil.

Nove adolescentes também falaram sobre *ganhos e satisfações a partir da maternidade* (4.4.2), sendo que sete delas ressaltaram que amadureceram ou ficaram mais calmas após a maternidade, conforme ilustrado abaixo:

“Ah, muda tudo, né? A gente já não é mais... no caso, adolescente. A gente já é adulto, já é mulher, né? Fica sendo mãe, em vez de filha, mãe... Em vez da gente fazer um serviço, faz vários... que a gente muda, né? No caso, que nem... se eu não tivesse filho não ia ter que fazer comida, limpar a casa, fazer as coisas. Agora com filho, a gente é obrigado a fazer tudo isso. Filho muda tudo” (Tatiane, 18 anos).

Os relatos sinalizaram que as adolescentes adquiriram maior consciência sobre as consequências de seus atos, de modo que passaram a refletir sobre suas ações e preocupar-se mais com os relacionamentos, cuidados com a criança e futuro da família. Isto também teve um impacto sobre os familiares, que ilustrou a fala de Luana, contando que a mãe se surpreendeu, indo ao encontro do que encontraram Machado et al. (2003).

A dedicação ao filho também foi citada por seis entrevistadas, que enfatizaram o quanto hoje pensam primeiro em neles, como destacase na fala a seguir:

“Antes eu pensava só em mim. Hoje eu só penso nela. Eu me surpreendi bastante. Eu era um pouco egoísta, né, era tudo pra mim. A minha mãe comprava roupa, era tudo pra mim. Os meus irmãos... eu não pensava neles. Hoje não, hoje eu penso neles como eu penso na minha filha. Então eu deixei de ser um pouco egoísta, né?” (Luana, 16 anos).

Sobre a preocupação com os filhos, as adolescentes deixaram em evidência o sentimento de responsabilidade que se desenvolveu nelas a partir da gravidez, fazendo inclusive com que pensassem

primeiro nos filhos, ao tomarem decisões e fazerem escolhas. Apesar das preocupações, seis adolescentes afirmaram que não se arrependem de ter engravidado, manifestando também que a vida mudou para melhor, conforme exemplo:

“Se me perguntar, eu digo, assim, a única coisa que eu não me arrependo. Tive ele novinha, eu sei que não aproveitei a vida, até hoje em dia to aproveitando até o último dia. Foi a melhor coisa que aconteceu” (Miriam, 18 anos).

Foi interessante notar que, ao falar sobre esses sentimentos, as adolescentes mencionaram pequenos trechos que revelaram a consciência de aspectos difíceis da maternidade – “eu sei que não aproveitei a vida”, “eu não queria”, “tem seus pontos negativos” –, mas buscaram enfatizar o predomínio dos sentimentos de satisfação, em relação à maternidade. Se levarmos em conta as expectativas das mesmas em relação à maternidade – e que levou várias a buscar a gravidez –, percebeu-se que as falas atuais partem de um lugar diferente, de quem, apesar da pouca idade e das dificuldades, sustentou a função materna em sua vida e na vida de seus filhos.

As *dificuldades, ou os sentimentos de arrependimento (4.4.3)*, também estiveram presentes, envolvendo, para três adolescentes, sentimentos de tristeza e dores, como ilustra o depoimento a seguir:

“Ai, as dores, as dores... Ah, eu tenho muitas dores no corpo. (...) Que quando eu tava grávida dele eu não sentia nada. Trabalhava, tudo, não sentia nada. Mas depois que eu ganhei ele, quando ele fez um ano, então, as dor veio tudo junto. Então a minha mãe diz “tu parece uma velha”, porque eu sempre to com dor, se não é num lugar é no outro. As dor veio tudo junto” (Leila, 18 anos).

Se tomarmos como pano de fundo a história de cada uma destas adolescentes (vide anexos), percebe-se que as falas pareceram expressar através de dores e sentimentos de tristeza, problemas com os quais as adolescentes foram se deparando e que constituíram em uma “carga

extra”, difícil de lidar, como insatisfação conjugal, segunda gravidez e problemas de saúde do filho.

Outra dificuldade, citada com maior frequência, referiu-se à diminuição das saídas para se divertir, conforme a narrativa:

“Ah, eu acho que também mudou que antes eu tinha mais liberdade, né? Podia sair bastante, pra onde eu quisesse. Eu ia direto lá na casa da minha mãe, ficava com as minhas colegas, agora eu não faço nada. Até faço, mas tem que levar ele junto...”
(Miriam, 18 anos).

A gravidez provou uma restrição em atividades comuns na adolescência como sair com amigos, o que foi ao encontro dos achados de Velho (2003) e Esteves e Menandro (2005). Além das saudades da liberdade anterior à maternidade e da falta de sair mais, as adolescentes levantaram outros aspectos significativos relacionados à esta temática. O filho, inicialmente, apareceu como o empecilho para as saídas e que fez com que as adolescentes optassem por programas onde ele pudesse estar junto, num movimento de aparente falta de opções. No entanto, evidenciou-se que a maior parte das entrevistadas contava com pessoas de confiança, que podiam ficar com as crianças. Nestes casos, as saídas não concretizadas do casal pareceram mais associadas às dificuldades das adolescentes para separarem-se dos filhos, ou cansaço em função do dia a dia que, para algumas inclui trabalho o dia inteiro, estudo no período noturno, cuidados com a casa e com a criança.

A fala de uma das adolescentes, contando que aos dez anos já saía e que aos 14 anos já havia cansado de tanto aproveitar, também conduziu à hipótese de que o aumento nos casos de gravidez entre adolescentes na faixa etária dos 10 aos 14 anos possa estar relacionado com um processo de aceleração do ciclo vital individual, conforme descrito por Erikson (1976), com a presença de vivências e características da adolescência entre crianças. O fenômeno também evidenciou considerações na direção do que apontaram Lewkowicz & Brodacz (2005) sobre a diminuição das diferenças entre as gerações, como modelo de organização psíquica.

O sentimento de arrependimento por ter engravidado foi citado por três adolescentes, como mostrou o relato a seguir:

“Me arrependi. Agora eu não me arrependo tanto, que nem eu me arrependi antes. Que antes eu pensava, ‘Ah, porque que eu tive esse filho?’, que não sei o quê. Mas eu não tive porque eu quis, né? E eu pensava ‘ah, meu Deus do céu! Porquê que Deus fez isso comigo?’” (Leila, 18 anos).

As adolescentes que manifestaram abertamente seus sentimentos de arrependimento apresentaram como característica em comum o uso de contraceptivos, visando evitar a gravidez, ou segunda gravidez, como nos casos de Samara e Sônia. Essas observações ressaltaram a importância do desejo da adolescente, enquanto facilitador do processo de adaptação da adolescente à função materna. Levando a reflexão para o âmbito do trabalho dos profissionais da saúde com adolescentes podemos levantar a hipótese de que adolescentes que não desejam a gravidez podem estar mais receptivas às orientações e ações preventivas em relação à gravidez, mas necessitam de maior apoio e acolhimento quando a gravidez acontece. Já as adolescentes que buscam a gravidez (inclusive omitindo essa informação da família e profissionais) lançam desafios maiores sobre as possibilidades de trabalho visando à construção de projetos de vida que adiem essa possibilidade mas, por outro lado, parecem adaptar-se com mais facilidade à maternidade quando esta acontece, manifestando maior satisfação e disponibilidade para a função materna.

A necessidade de que não só a família, mas também os profissionais que trabalham com adolescentes, auxiliem-nos na construção de projetos de vida que adiem a maternidade, ficou ainda mais evidente quando entramos em contato com a fala de sete entrevistadas, contando que, mesmo que não tenham se arrependido e ainda que experimentem satisfação com a maternidade, se pudessem voltar no tempo, não teriam engravidado, como ilustra o depoimento:

“Eu tinha terminado de estudar, né, pra depoooois eu engravidar. (Teria) Mais tarde. Acho que agora. É, acho que seria agora. Que eu já teria terminado os estudos, teria emprego fixo. Acho que era melhor agora” (Miriam, 18 anos).

Percebeu-se, através dos relatos, que as adolescentes não rechaçaram o desejo pela gravidez, mas consideraram que teria sido melhor adiá-la até um momento onde contassem com melhores condições de vida (estudo, trabalho e moradia), de forma que pudessem viver a maternidade sem passar por tantas dificuldades, especialmente de ordem financeira. As entrevistadas também perceberam que poderiam ter “aproveitado” mais a adolescência, tanto no sentido de se divertir quanto de investir em projetos profissionais.

Estas percepções, que podem parecer óbvias para pais e adultos, podendo inclusive fazer parte dos argumentos que sustentam o sentimento de indignação frente à gravidez na adolescência, no entanto, só puderam ser apropriadas pelas adolescentes após a experiência da maternidade. Tal constatação levantou um grande desafio, especialmente para o campo da psicologia, de construir alternativas possíveis diante do questionamento: “De que forma podemos auxiliar os adolescentes a perceber as vantagens de adiar a gravidez antes que esta aconteça?” O estímulo à reflexão entre os jovens sobre seus projetos de vida e a responsabilização sobre sua sexualidade, longe de validar uma “pregação contra a gravidez”, visam assumir uma postura ética dos profissionais diante dos jovens, reconhecendo seus direitos, mas também sua condição de pessoas em desenvolvimento, e não se furtando, portanto, da responsabilidade de orientá-los em relação ao futuro.

As transformações relatadas pelas adolescentes em suas vidas, após a maternidade, incluíram também *modificações nos relacionamentos* (4.4.4), evidenciadas pelo impacto da maternidade nas relações de amizade e diante de estranhos, como pode-se observar no relato a seguir:

“A gente é amiga até hoje, mas... mudou bastante a nossa amizade. A gente conversa, ainda, mas não é mais aquela conversa que a gente tinha antes, sabe? (...) Hoje a gente conversa bastante, ela vem aqui, ela brinca bastante com a minha filha, mas é diferente, né? Hoje eu já sou mais madura... assim, ela converso sobre namorado, sobre sair... eu já converso sobre vida em família, sobre ganhar filho... é diferente, né, mudou bastante” (Luana, 16 anos).

“É... como, só porque eu sou nova eu não vou ter capacidade de cuidar dele, muito pelo contrário, né? Não sozinha mas... não fui pra casa da mãe, não fui pra casa da minha irmã... minha irmã chegou a arrumar o quarto, tudo, coisinha pro Patrick, tudo, pra mim ir dormir, não quis ir” (Melissa, 18 anos).

Os relatos sobre as relações de amizade mostraram que, após a maternidade, as adolescentes começaram a sentir-se parte do mundo adulto, como apontado por López et al. (2005) e passaram a identificar-se com “gente mais madura”, não compartilhando mais dos mesmos assuntos com as amigas da mesma idade. Este aspecto evidenciou que a maturidade vincula-se mais a características do desenvolvimento do que à idade propriamente dita, de modo que os dados aqui apresentados permitem estender a reflexão para o âmbito dos cuidados maternos, sob a forma do seguinte questionamento: será que a idade é um fator determinante para a capacidade de exercer a função materna?

A reação de “estranhos” frente à maternidade das adolescentes que, muitas vezes, gerou constrangimentos evidenciados por atitudes como “aumentar” a idade, também produziram ansiedades a respeito da capacidade da adolescente de cuidar de seu filho, como foi citado por Melissa. Isto foi ao encontro do que apontaram Andrade et al. (2006) sobre os temores das adolescentes em sentirem-se desacreditadas por familiares e profissionais, em suas capacidades, e que também pode estar associado a um maior comportamento de recusa em receber ajuda como forma de afirmação da maternidade, como também evidenciou o relato acima. Os dados apresentados neste estudo corroboram com o que foi apontado por Levandowski et al. (2008), quando sinalizam que a maternidade pode ser exercida a contento pela adolescentes, especialmente quando conta com suporte familiar e social, possibilitando uma adaptação ao longo do tempo, com melhor enfrentamento das demandas dela decorrentes.

A transição da adolescente para a nova condição também pode ser observada no relato de Luana sobre a mudança de residência e posição na família:

“É, essa é a casa da família dele. Foi bem difícil, a pior parte foi vir morar aqui, deixar a minha mãe, meu pai. Eu fui bem recebida,

mas não é a mesma coisa que a casa da minha mãe. (...) Eu não era acostumada a dizer que eu sou casada. Eu não falava a casa da minha mãe, eu falava lá em casa. Eu não morava mais lá, mas falava 'lá em casa'. Era um hábito, né? (...) Antes eu falava 'meu namorado', não é mais meu namorado, é meu marido. (...) 'Amanda, minha filha'. É uma coisa bem diferente, né?" (Luana, 16 anos).

O relato de Luana mostrou o esforço da adolescente em adaptar-se à nova condição de mãe, mulher casada e independente da família de origem. Estes dados, pensados em conjunto com os demais relacionamentos das adolescentes, sinalizaram o quanto a transição do papel de filha para o de mãe implicou numa reformulação de todos os relacionamentos das adolescentes, que incluiu tanto as pessoas mais próximas, como os membros da família, quanto amigos e pessoas estranhas.

Ao falar sobre as mudanças geradas a partir da gravidez, as adolescentes também mencionaram o *cotidiano e as condições de vida* (4.4.5), onde foram citados o esforço para fugir da violência e as condições precárias de habitação, as mudanças na rotina e a relação da adolescente com o trabalho. O depoimento sobre a vida no morro, com as dificuldades de saneamento básico e a violência constante, evidenciam aspectos do ambiente, associados ao contexto de vulnerabilidade social. A vivência da maternidade parece ter intensificado ainda mais o desejo da adolescente de residir em outro local, transformando-se num projeto de vida que ela pretende sustentar, construindo a casa própria em outra localidade. Outro aspecto presente em sua fala, disse respeito ao controle da localidade pelo tráfico, determinando as “leis” do morro e tolhendo a liberdade dos moradores de se locomover.

As adolescentes também falaram sobre a mudança de suas rotinas, que hoje estão organizadas em função dos filhos e do trabalho, sendo que o depoimento de sete adolescentes revelou aspectos diferentes da relação que a adolescente estabelece com este último. Enquanto algumas não demonstraram preferência pelo tipo de trabalho, sendo este visto apenas como fonte de renda, para outras ele mostrou-se como fonte de satisfação, relacionando-se com os planos futuros de melhorar sua condição de vida.

A experiência da gravidez e a maternidade, portanto, desencadearam uma série de modificações subjetivas e comportamentais nas adolescentes, que perceberam um amadurecimento e aumento na responsabilização em relação às suas vidas e contracepção, com a presença tanto de sentimentos positivos e de satisfação em relação à maternidade quanto de arrependimento, incluindo dificuldades e modificações no seu cotidiano e relacionamentos.

A subcategoria **trajetória escolar (4.5)** abordou as modificações ocorridas na maneira da adolescente compreender e se posicionar em relação à escola e seus estudos, bem como acontecimentos, sentimentos e interferências que ocorreram em sua trajetória escolar, desde o período anterior à gravidez até a atualidade. Assim, das dez adolescentes entrevistadas, no momento da entrevista, quatro estavam estudando, duas cursando o supletivo e outras duas o ensino regular. Outras três adolescentes planejaram retomar os estudos e outras três até gostariam, mas consideraram difícil que isto ocorresse.

Sete adolescentes falaram sobre as *dificuldades e a interrupção dos estudos (4.5.1)*, expressando as dificuldades em conciliá-los com a maternidade ou falando sobre as razões que as levaram a interrompe-los (temporária ou definitivamente), conforme ilustra o relato:

“Mas assim, depois que eu engravidei dela que eu comecei a estudar e eu ganhei umas notas boas, assim. Só que daí era muito sofrido, sabe? E eu sempre fui, mais ou menos, assim, não vou dizer boa, nem ruim, né? Mais ou menos. Daí eu morava ali embaixo com ela, do lado de lá da avenida. Aí era muito ruim, ele trabalhava fora e daí eu tinha que levar a menina lá encima com a mãe, e cheio de maconheiros, essas coisas, traficantes no meio da escada (fala em tom mais baixo). E daí pra mim descer com ela, altas horas da noite. E daí eu tinha que atravessar a avenida e ir pra casa, sozinha, só eu e ela. E assim era todo dia. Aí chegou uma época que eu desisti. É perigoso, né? Daí agora eu vou começar de novo, né? Daí eu fui ver a vaga ali, daí não tinha mais. Daí vai ter agora só em junho, né?” (Juliana, 16 anos).

Os relatos confirmaram o que foi observado por Aliaga et al. (1985), evidenciando que muitas adolescentes vêm-se na condição de precisar interromper seus estudos, seja por dificuldades em conciliar as obrigações de estudante com os cuidados com o filho, seja pelo contexto violento que ameaçava a segurança da adolescente, ou pela falta de uma rede de apoio que pudesse cuidar da criança no período em que a mãe estava na escola. Percebeu-se ainda, entre as adolescentes que gostariam, mas não viam perspectivas de retorno à escola em função dos cuidados com os filhos, a presença de sentimentos de perda e tristeza, indo ao encontro do que encontrou Velho (2003).

O processo de *retomada dos estudos* (4.5.2) também foi abordado por adolescentes que voltaram a estudar e contaram sobre o apoio, ou as resistências que enfrentaram para concretizar o retorno, como exemplificado a seguir:

“Eu voltei a estudar no ano passado, depois que o Célio já tinha feito três anos. Que eu quis cuidar dele, né? Não mandei pra creche... não. (...) Depois eu voltei a trabalhar e aí botei ele na creche. O ano passado que eu comecei a estudar. Que agora ele tá maiorzinho, então é melhor deixar com a minha sogra, que era muito pequeno, eu tinha pena de deixar. Aí agora é melhor” (Miriam, 18 anos).

O depoimento da última adolescente revelou que o retorno aos estudos nem sempre foi um processo apoiado pelo parceiro e família – no caso dela, apenas a mãe lhe apoiou, sendo que os demais familiares posicionaram-se contra o retorno. O conflito culminou em ameaça de separação por parte da adolescente, o que fez o marido retroceder e apoiar a adolescente em seus estudos, ficando inclusive com o filho enquanto ela estuda, no período noturno.

O papel do suporte dos familiares, na retomada dos projetos das adolescentes, voltou a evidenciar-se, ressaltando a importância do que apontou Sluzki (1997) sobre as redes sociais significativas. A mãe, o marido e a sogra foram citados como as pessoas que cuidavam das crianças no período em que as mesmas estavam na escola. A impossibilidade desse apoio, também havia sido mencionada anteriormente, como motivo para a interrupção dos estudos. Assim,

percebeu-se que a presença desta rede de apoio constitui-se como um elemento fundamental para o processo de continuidade dos estudos, por parte das adolescentes.

Por fim, oito adolescentes falaram sobre sua *postura atual em relação aos estudos* (4.5.3), abordando a consciência sobre a importância da escolaridade e seus planos de continuidade, como explicitou o relato:

“Com estudo hoje em dia já tá difícil, imagina quem não tem nada, né? Seria muito difícil. Eu sei porque minha irmã parou no segundo, não terminou ainda, e pra ela arranjar emprego é difícil. Eu sou quero... se não der pra mim fazer faculdade, mas fazer um curso de informática, uns cursos bons pra poder pegar um emprego legal” (Miriam, 18 anos).

O valor dos estudos, evidenciado tanto por sua importância no mercado de trabalho, quanto pelo desejo de continuidade, no entanto, só foi percebido pelas adolescentes após a experiência de gravidez e maternidade, ressaltando uma mudança na postura das entrevistas a esse respeito, como ilustrou o depoimento a seguir:

“Daí assim, ainda na gravidez ainda zoava um pouco, assim sabe, agora não, agora eu fico bem quieta, presto bastante atenção. Porque agora eu vou pra aula mesmo prá estudar! Antes a gente ia pra se divertir, né? (...) Agora não! Agora que eu to indo, to indo bem... com bastante vontade. Eu sentava lá atrás, lá no fundo e fazia bagunça. Agora não, agora eu sento bem na frente, vou com bastante vontade, sabe? Porque eu sei que como tá difícil pra ir pra aula, entendeu? Então eu vou com bastante vontade, assim, sabe? Pra estudar mesmo” (Janaína, 15 anos).

A partir dos relatos foi possível compreender que, antes da gravidez, as adolescentes não estabeleciam relações entre os estudos e

uma preparação para o futuro, na medida em que um bom desempenho acarretaria melhores oportunidades de emprego e renda. A condição de mãe e mulher adulta, responsável tanto pela educação de uma criança quanto pelas despesas da casa, pareceu ter sido a experiência que possibilitou a estas jovens adquirir a consciência desta relação, sendo que, enquanto para umas constituiu-se em motivação extra para estudar apesar das dificuldades, para outras consolidou sentimentos de arrependimento e tristeza, uma vez que consideraram difícil o retorno à escola.

Essas reflexões reforçam o que foi apresentado por Heilborn et al. (2002) sobre a maior frequência de evasão escolar nas classes populares, quando a inserção da mulher no mercado se faz imperiosa. Entre as entrevistadas, confirmou-se que a maior parte delas pode contar com o companheiro, enquanto principal provedor das necessidades financeiras da nova família, de modo que nestes casos, observou-se que a adolescente privilegiou o retorno aos estudos. A concretização deste objetivo, no entanto, ainda esteve diretamente atrelada à existência de uma rede de suporte, que garantisse os cuidados com a criança nos períodos de ausência materna, de modo que o suporte social e o financeiro foram evidenciados como os principais fatores associados à continuidade da vida escolar da adolescente.

Na subcategoria **planos para o futuro (4.6)** foram relatados os planos estabelecidos pela adolescente, ou pelo casal para o futuro após a experiência da maternidade. No que se refere aos *planos envolvendo a vida familiar (4.6.1)*, sete adolescentes falaram sobre o desejo de evitar ou adiar uma nova gravidez, como ilustra a fala a seguir:

“(Quer outro filho?) Deus me livre! (risos) Credo! Deus me livre, eu me cuido, guria do céu, eu não quero mais. Ah, ele queria um. Pra se criar os dois juntos, mas eu não quero. (risos) Que ele quer um casalzinho, né? Porque ela é muito sozinha. Tem só eu e ela, ainda bem que tem essa cachorrinha aqui, daí ela brinca direto. Mas eu não quero, é muito cedo. Agora eu não quero, Deus me livre, não quero. Ainda mais aluguel e tudo... não! Daí eu disse, depois que nós ter nossa casinha, tudo. Quem sabe? Ainda vou pensar (risos)” (Juliana, 16 anos).

Percebeu-se que as adolescentes não descartam a possibilidade de ter outros filhos, mas apresentam uma preocupação com as questões financeiras, além do contexto social que no seu ponto de vista não favorece o cuidado de crianças. Em coerência com estes projetos percebeu-se a modificação da postura frente ao uso de métodos contraceptivos, já discutida anteriormente. Quatro adolescentes ainda citaram o desejo de construir a casa própria e outras duas falaram sobre a vontade de criar os filhos e conciliar trabalho com estudos, conforme observa-se no relato abaixo:

“Nós queremos comprar uma casa... Pra comprar aqui pra baixo. Ah, mas eu não vejo a hora de sair daqui” (Leila, 18 anos).

“E agora? No caso, criar só eles, dar o que eles precisam e e... viver a vida do jeito que leva. Dar um bom estudo... só. Não adianta querer dar mais que não tem... (ri) Eu não sei, fazer o quê? Daí eles falam que eu não fiz, que eu e o meu irmão empaquemos na sexta e não saímos da sexta...” (Tatiane, 18 anos).

As narrativas mostraram que a maternidade implicou numa reformulação dos planos das adolescentes, que se tornaram mais objetivos e voltados para a melhoria das condições de vida da família, o que confirma as observações de Hoga (2008) de que a incorporação do papel de mãe à identidade das jovens foi um estímulo na busca por uma melhor qualidade de vida. Uma das adolescentes, no entanto, também revelou a impotência que a jovem pode sentir diante das dificuldades ao falar que não adianta querer dar mais aos filhos, porque não tem. Neste sentido, pareceu manifestar um temor de estabelecer planos para o futuro, por receio de não concretizá-los – não adianta estudar, porque “empacou” na sexta série e não vai conseguir.

Sete adolescentes enfatizaram *planos envolvendo trabalho ou estudo* (4.6.2), como observou-se pelo relato:

“Eu to com o mesmo conceito, daí eu boto eles na creche, arrumo emprego, daí ajudo ele a pagar as contas pra gente fazer uma casa decente. Por que agora é quatro gentes,

quatro pessoas, daí era bom eles ter o quartinho deles. Que esse daqui dorme comigo, outro dorme no berço e ele também já tá crescendo. Era bom eles ter um quarto só pra eles” (Sônia, 18 anos).

As adolescentes continuaram fazendo planos após a maternidade, indo ao encontro do que também foi observado por Andrade et al. (2006). A gravidez, portanto, não impediu a busca de realizações. Mas como observou-se em relação aos estudos, as adaptações foram processadas mais facilmente na presença de apoio familiar, como já foi apontado por Esteves e Menandro (2005).

As *dificuldades ou a ausência de planos* (4.6.3) também foram citadas por uma adolescente que, grávida do segundo filho, mencionou que precisará interromper novamente seus planos, como observou-se em seu relato:

“Ah, eu acho que é bem mais difícil porque com o Caique era só um, um filho, eu já tava conseguindo retomar. Só que agora com dois eu acho que é bem mais difícil, é bem mais difícil... tudo multiplica, né? É em dobro. Eu acho que é bem mais difícil. (...) Ah, por enquanto eu não tô fazendo planos. Não tô pensando... não tô fazendo planos... tô esperando, cada dia vai acontecendo” (Samara, 17 anos).

A fala acima refere-se à nova interrupção dos planos de vida desta adolescente, grávida pela segunda vez e que revelou estar com muitas dificuldades para aceitar ser mãe novamente. A tristeza que a adolescente manifestou pela interrupção do trabalho e planos de estudo, ilustrou a importância que estes projetos assumiram na vida destas jovens e que, de modo geral, centraram-se na busca de emprego, retorno às atividades escolares, desejo pela casa própria e empenho para que o filho tenha uma vida melhor, indo ao encontro do que encontraram Esteves e Menandro (2005), entre mulheres de baixa renda.

Estes dados, pensados em conjunto com a ocorrência da própria gravidez, também possibilitaram uma reflexão mais ampla sobre a inserção destas jovens numa sociedade que requer dos jovens um período prolongado de preparação e especialização para o mercado de

trabalho, conforme apontado por Groppo (2000). Assim, se no momento da gravidez em torno dos 14 anos, estas adolescentes pareceram romper com essa lógica e expectativas sociais de que estudem e adiem a maternidade, percebeu-se que, após a maternidade, desenvolveram uma percepção sobre a importância desse período de preparação, passando a valorizar e sempre que possível a retomar aos estudos em busca de maior qualificação, visando uma melhor inserção no mercado de trabalho. Com isto, evidenciou-se a influência do contexto sobre a vida das adolescentes, tanto no sentido de favorecer a ocorrência da gravidez (vulnerabilidade social), quanto de redefinir os projetos de vida das adolescentes após a maternidade.

6.5. CATEGORIA V – Redes de Suporte

A última categoria foi construída a partir dos mapas de redes (Sluzki, 1997) e se propôs retratar a configuração das redes sociais significativas das adolescentes, em diferentes momentos. São abordadas, dessa forma, as pessoas significativas identificadas pela adolescente em diferentes graus de proximidade, no período anterior à gravidez, durante e após a mesma, possibilitando observar as transformações produzidas nestas relações ao longo do tempo.

A subcategoria **rede de suporte familiar (5.1)** enfocou o relacionamento das adolescentes com seus familiares. Das *pessoas significativas (5.1.1)* citadas pelas adolescentes com maior frequência, no momento anterior à gravidez, a mãe foi a mais mencionada (todas as adolescentes), seguida dos parceiros (sete adolescentes) e o pai (quatro adolescentes), sendo estes os principais relacionamentos familiares de maior proximidade e que, pelas narrativas, caracterizou-se pelo que Slukki (1997) denominado apoio emocional e ajuda financeira. Apareceram como vínculos de menor proximidade, irmãs, primas, avós e cunhadas.

Durante a gravidez, a mãe continuou a ser a figura de maior proximidade com a adolescente, mas o marido assumiu a mesma condição para nove adolescentes. O pai e a sogra também foram citados neste lugar por três adolescentes. A sogra, os irmãos, as cunhadas, o pai e os avós também foram citados num grau de menor proximidade. No momento da entrevista, as pessoas com maior grau de proximidade incluíam o marido (nove adolescentes), seguido da mãe (oito adolescentes), do próprio filho (seis adolescentes) e pai (quatro adolescentes). Irmãos, pai e sogra também estiveram presentes em grau de menor proximidade.

A *manutenção dos relacionamentos* (5.1.2) também foi um aspecto que se destacou entre as relações familiares da adolescente, sendo que para oito delas, a mãe foi sentida como muito próxima durante todos os períodos analisados. O mesmo ocorreu em relação ao marido (para seis adolescentes) e ao pai (três adolescentes). Também chamou a atenção o fato de uma adolescente não ter incluído o marido no mapa de redes. Confrontada com a observação, a mesma confirmou suas insatisfações com este relacionamento, que não foi visto como fonte de apoio para a adolescente.

A análise das mudanças que os relacionamentos familiares foram sofrendo, ao longo do tempo, ainda possibilitou perceber movimentos de *aproximação ou aumento na rede de relacionamentos* (5.1.3), caracterizado principalmente pelo aumento do número de pessoas que tornaram-se mais próximas e deram apoio à adolescente após a gravidez, o que aconteceu com sete entrevistadas. Duas adolescentes também sentiram-se mais próximas do marido e uma delas teve esse movimento em relação ao pai, durante e após o período de gestação. Uma das adolescentes, cuja mãe faleceu quando o filho tinha três meses, relatou a aproximação com a irmã, que hoje é uma pessoa próxima e de apoio. Movimentos de *afastamento ou redução na rede de relacionamentos* (5.1.4) foram observados em relação a duas adolescentes que, após a gravidez, distanciaram-se do pai.

Os dados, mostrando que as mães foram sentidas como pessoas próximas pelas filhas, mantendo-se assim durante e após a gravidez, corroboram o que já foi discutido anteriormente sobre a boa aceitação da notícia da gravidez nas famílias, sendo que os conflitos, ou sentimentos negativos, foram breves e transitórios. Além disso, confirmaram-se as observações de Falcão e Salomão (2006) sobre a importância do apoio das mães durante a gestação das filhas, que manifestou-se através da aceitação da gravidez, suporte emocional, financeiro e auxílio nos cuidados com o bebê. A figura do pai, que foi citada por apenas quatro adolescentes, também evidenciou que uma boa reação inicial à notícia da gravidez nem sempre implica em suporte e proximidade, já que, as manifestações de sentimentos negativos, frente à gravidez, partiram predominantemente das mães.

As informações levantadas sobre os parceiros no momento anterior à gravidez também foram expressivas, sendo que a importância deste relacionamento aumentou nos períodos seguintes, o que também forneceu um indicativo sobre a qualidade destes relacionamentos e a densidade das redes (Sluzki, 1997). O fato destas relações de proximidade terem se mantido estáveis durante os períodos analisados,

sugere que as adolescentes contaram com um bom suporte para realizar o processo de adaptação à função materna, confirmando as observações de Lewandowski et al. (2008).

A subcategoria **rede de suporte de amigos (5.2)** evidenciou que, se as relações familiares gozaram de certa estabilidade e proximidade, o mesmo não ocorreu em relação às amizades das adolescentes, que passaram por várias mudanças. Ao falar sobre as *pessoas significativas (5.2.1)* no período anterior à gravidez, apenas três adolescentes mencionaram amigas num grau de maior proximidade. Outras seis adolescentes citaram amigas em graus de menor proximidade.

Durante a gravidez observou-se uma redução no número de amizades, sendo que apenas uma amiga e mãe de amiga foram citadas por uma adolescente, num grau de relacionamento próximo, e outras três em graus de menor proximidade. No momento da entrevista, nenhuma adolescente mencionou amizades no maior grau de proximidade. As relações de menor proximidade, no entanto, passaram a incluir amigas e um casal de amigos, sendo mencionadas por seis adolescentes.

No que se refere à *manutenção dos relacionamentos (5.2.2)*, observou-se que apenas uma adolescente manteve uma mesma amiga nos três períodos avaliados, variando em relação ao grau de proximidade que esta amiga ocupou em diferentes momentos (grau médio de proximidade antes da gravidez e mínimo durante e após a gestação). Uma outra adolescente não mencionou nenhuma amiga nos três períodos analisados.

Quanto aos movimentos de *aproximação ou ao aumento na rede de relacionamentos (5.2.3)*, percebeu-se que apenas uma adolescente teve um aumento no número de amigas. Houve *afastamento ou redução da rede de relacionamentos (5.2.4)* de cinco adolescentes, cujas redes evidenciaram, principalmente, o afastamento das amizades durante a gravidez.

Os aspectos levantados, se tomados em conjunto com dados já discutidos na categoria 4, permitiram elucidar o que aconteceu nestes relacionamentos a partir da gravidez. De acordo com as próprias adolescentes, as vivências de gravidez e maternidade modificaram sua forma de pensar e fontes de interesse, de modo que passaram a identificar-se com pessoas mais velhas. Isto foi ao encontro do que observou-se no mapa de redes, quando inclusive uma adolescente incluiu a mãe de uma amiga no período da gravidez, com quem conversava bastante e, no momento atual, destacaram-se amizades entre casais. Assim, percebeu-se que houve um predomínio de movimentos de

afastamento das amizades antigas, o que pode ter ocorrido pela perda da função que estas exerciam na rede social das adolescentes (Sluzki, 1997) e o estabelecimento de novas relações, em maior sintonia com o momento e o nível de maturidade atual da adolescente.

Na subcategoria **rede de suporte comunitário (5.3)** foram abordados os relacionamentos das adolescentes com a vizinhança. Das *peessoas significativas (5.3.1)*, mencionadas nesta subcategoria, quatro ocuparam um lugar de muita proximidade no período anterior à gravidez, e duas de menor proximidade. Durante a gravidez houve uma redução desta rede de suporte (duas vizinhas em grau máximo de proximidade e outras duas em grau de menor proximidade), que voltou a crescer no momento atual, quando nove vizinhos foram mencionados, sendo dois deles em grau de maior proximidade.

A *manutenção dos relacionamentos (5.3.2)* evidencia que quatro adolescentes não identificaram vizinhos como pessoas significativas, em nenhum período avaliado. Outras três mantiveram os vínculos de suporte durante o mesmo período, sugerindo que as experiências em relação à comunidade foram bem diversificadas. Quanto aos movimentos de *aproximação, ou aumento na rede de relacionamentos (5.3.3)*, observou-se que duas adolescentes tiveram um aumento do número de pessoas significativas na comunidade e outras duas aproximaram-se de vínculos anteriores no momento atual. O *afastamento ou redução na rede de relacionamentos (5.3.4)* foi observado em relação a uma adolescente, que afastou-se dos vizinhos após a gravidez, num movimento de possível retraimento em função da gravidez.

Os dados evidenciaram que parte do grupo de entrevistadas vem mantendo-se afastada dos relacionamentos comunitários desde a época anterior à gravidez, enquanto as demais passaram por mudanças nestes relacionamentos, que envolveram desde o afastamento do vínculo durante a gravidez, até relações que se estabeleceram apenas neste período e outras que surgiram no momento atual. Percebeu-se, claramente, que algumas mudanças de endereço influenciaram as transformações desta rede em algumas adolescentes, mas para outras este fator pareceu não ter influenciado na manutenção ou ausência dos vínculos, evidenciando que a distância geográfica não foi o fato determinante para o afastamento de um vínculo, mas sim a perda de sua função na rede social significativa (Sluzki, 1997) da adolescente.

Ao pensar estes dados, em conjunto com o que foi visto nas demais categorias, ressalta-se que algumas adolescentes procuravam evitar os contatos com vizinhos, mantidos como relacionamentos

superficiais, a fim de evitar o surgimento de conflitos ou problemas de relacionamento. Outro aspecto que chamou a atenção foi o movimento de afastamento ou a aproximação dos vínculos durante o período da gravidez. Enquanto o primeiro pode ter se associado ao período de crise suscitado pela notícia da gravidez quando, segundo as adolescentes, todos, mas principalmente as pessoas fora da família a criticavam por ter engravidado tão cedo, o segundo pode ter se relacionado ao estabelecimento de vínculos de apoio e solidariedade, em torno da gravidez. Por fim, destacou-se uma reorganização destes relacionamentos, com a presença de pelo menos uma pessoa significativa na comunidade para seis adolescentes.

Um último aspecto a ser pensado chamou a atenção por sua ausência no discurso das adolescentes. Nenhuma das pessoas citadas no mapa de redes, ou nas perguntas relativas a vínculos ou participação em projetos e instituições, foi relacionada pela adolescente a movimentos religiosos. A única menção à questão da religiosidade foi feita por uma entrevistada ao contar que sua sogra era muito religiosa e que a própria adolescente também frequentava a igreja, mas não com o mesmo afinco, além de usar roupas curtas, razão pela qual afirmou que a sogra não gostava dela. Não se sabe por que esta questão não surgiu na fala das adolescentes, mas levantou-se a hipótese de que a religiosidade pode não ter exercido um papel fundamental na vida destas jovens, como sugeriu a adolescente que mostrou não levar muito “a sério” a ideologia da igreja que frequenta. De qualquer forma, ressaltou-se a necessidade de aprofundar estudos sobre a temática, investigando a relação entre religiosidade e gravidez entre adolescentes nesta faixa etária.

A subcategoria **rede de suporte da escola (5.4)** enfocou o relacionamento das adolescentes com colegas ou profissionais da escola. Das *pessoas significativas (5.4.1)*, citadas em relação ao período anterior à gravidez, destaca-se a figura da diretora, como um vínculo de maior proximidade (uma adolescente), seguida de colegas e professoras, em menor grau de proximidade, sendo que pelos relatos foi possível perceber que exerciam uma função de apoio emocional e guias cognitivos, no caso das educadoras (Sluzki, 1997). Durante a gravidez, o maior grau de proximidade foi estabelecido com uma orientadora escolar e merendeira, tendo aparecido também em menor grau de proximidade, três diretoras, uma vice-diretora, dois professores e uma merendeira, além de três colegas. Uma diretora e uma colega foram consideradas pelas adolescentes como muito próximas a duas adolescentes, sendo que apenas uma colega ocupou um lugar de proximidade mínima.

A *manutenção dos relacionamentos* (5.4.2) deixou em evidência a ausência de vínculos significativos entre as adolescentes e os profissionais da educação, no período anterior à gravidez, o que observou-se no mapa de rede de seis adolescentes. Para duas entrevistadas, a ausência dos profissionais e também de colegas estendeu-se por todos os períodos avaliados¹⁷. Uma das adolescentes manteve um vínculo bem próximo com a diretora de sua escola, durante todo o período avaliado.

Movimentos de *aproximação, ou aumento na rede de relacionamentos* (5.4.3), foram observados em duas adolescentes, que aproximaram-se de profissionais durante o período de gravidez. O *afastamento ou redução na rede de relacionamentos* (5.4.4) foi percebido no período posterior à gravidez em cinco adolescentes, o que possivelmente relacionou-se com a interrupção dos estudos por parte de algumas adolescentes.

O aspecto que mais se destaca nos dados apresentados é a ausência de vínculos entre seis adolescentes e os profissionais no momento anterior à gravidez, que contrastou com um maior envolvimento no período em que a adolescente esteve grávida (foram mencionados nove profissionais, enquanto fontes de suporte e apoio). Isto forneceu um indicativo sobre a capacidade dos profissionais em acolher e oferecer suporte aos adolescentes, em momentos críticos de seu desenvolvimento, auxiliando-os nos processos de adaptação em direção à vida adulta.

Estes dados, tomados em conjunto com as informações prestadas pelas adolescentes sobre a postura descomprometida que assumiram frente aos estudos, no período anterior à gravidez, remetem a uma reflexão sobre as possibilidades de prevenção à gravidez nas escolas, não somente através das aulas e conteúdos administrados, mas também pelo estreitamento dos vínculos entre adolescentes e profissionais, oportunizando o acolhimento e orientação das demandas dos adolescentes. Neste sentido, questiona-se até que ponto o sistema educacional consegue oportunizar que professores e funcionários estejam disponíveis para estes relacionamentos de orientação à vida dos jovens, na medida em que o número de alunos por turma e carga horária dos professores remete a uma produtividade intensa, que inibe possibilidades reflexivas e de vinculação.

¹⁷ As duas adolescentes que já estavam fora da escola quando engravidaram não foram contabilizadas.

A subcategoria **rede de suporte de profissionais da saúde (5.5)** refere-se aos relacionamentos das adolescentes com os profissionais da saúde. Das *peças significativas (5.5.1)* mencionadas no período anterior à gravidez, dois médicos e uma agente comunitária de saúde foram citados em graus de menor proximidade, totalizando a expressão de três adolescentes, sendo que pelos relatos percebeu-se o predomínio da função de apoio emocional (Sluzki, 1997). Durante a gravidez, nove profissionais foram citados em maior grau de proximidade (seis médicos, duas enfermeiras e uma agente comunitária de saúde), além de outros quatro médicos em graus de menor proximidade, o que foi referido por nove adolescentes. Atualmente, os contatos de maior proximidade referem-se a três enfermeiras e três agentes comunitárias de saúde, com uma médica e outra agente comunitária de saúde em graus de proximidade menores, totalizando as referências de seis adolescentes.

Os aspectos levantados na *manutenção dos relacionamentos (5.5.2)* ajudaram a visualizar os movimentos desta rede ao longo do tempo. No momento anterior à gravidez, destacou-se a ausência total de profissionais nas redes de seis adolescentes, número que caiu para apenas um durante a gravidez e voltou a crescer no momento atual, quando quatro adolescentes deixaram de citar profissionais da saúde como fontes de apoio. Nenhuma adolescente mencionou vínculo de proximidade com algum profissional pelos três períodos.

A análise dos *movimentos de aproximação, ou o aumento da rede de relacionamentos (5.5.3)* revelou que sete adolescentes aproximaram-se de profissionais durante a gravidez, sendo que para três delas, esse movimento ocorreu exclusivamente neste período. Quanto ao *afastamento, ou redução na rede de relacionamentos (5.5.4)*, percebeu-se que para duas adolescentes houve um afastamento no grau de proximidade estabelecido com os profissionais durante a gravidez.

O maior envolvimento entre adolescentes e profissionais durante a gravidez, mostrou que as Unidades de Saúde vêm cumprindo seu papel no acompanhamento pré-natal, oferecendo uma assistência próxima o bastante para as adolescentes sentirem-se acolhidas e apoiadas. A ausência destes vínculos no período anterior à gravidez, no entanto, evidenciou que as diretrizes das políticas de saúde ainda estão distantes de se efetivarem na prática, no sentido da promoção de atendimento integral às demandas dos adolescentes.

Esta categoria evidencia a importância da rede social enquanto possibilidade de acolhimento e suporte à gravidez e maternidade na adolescência, sendo que os vínculos familiares mostraram-se fontes

estáveis de apoio emocional e ajuda financeira. A análise dos relacionamentos comunitários, e de amizade ao longo do tempo, possibilitaram perceber que alguns vínculos perderam sua função na rede social, sendo substituídos por outras pessoas, cujo relacionamento fez sentido à adolescente em seu novo momento de vida. Por fim, a presença dos profissionais, tanto da saúde quanto da educação, caracterizou-se como importante fonte de apoio emocional e de orientações durante a gestação.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na medida em que o número de casos de gravidez em adolescentes menores de 14 anos foi crescendo, percebeu-se uma tendência da literatura de “separar” a adolescência em dois momentos, alertando para a possibilidade de que as experiências de mulheres no início deste período poderiam ser diferentes das adolescentes mais velhas, apresentando, inclusive, maior incidência de problemas e dificuldades. A escassez de estudos qualitativos com adolescentes nesta faixa etária, aliada à premissa de que os aspectos identificados na literatura não poderiam ser atribuídos a todas as adolescentes nesta condição, inspirou a realização deste estudo, que buscou oferecer uma escuta às experiências destas jovens mulheres, evidenciando os significados e transformações que a gravidez e o nascimento de seus filhos promoveram em suas vidas.

A perspectiva epistemológica da complexidade possibilitou considerar a diversidade de aspectos, incluindo fatores individuais, familiares e sociais, na constituição desse fenômeno, procurou compreender as relações e inter-relações entre eles, abordando, portanto, uma complexidade em torno desta temática. Esta postura mostra-se pertinente à análise de um fenômeno que vem desafiando as Políticas Públicas, tanto no sentido de compreendê-lo quanto de oferecer alternativas que possibilitem aos jovens o exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos de forma livre mas, necessariamente, responsável. Assim, os resultados encontrados, tomados em conjunto e de forma articulada, possibilitam enxergar a gravidez destas adolescentes imersa num amplo contexto de relações, que fornece subsídios para a construção de concepções e ações nesta perspectiva.

No que se refere ao conhecimento e relação das adolescentes com métodos contraceptivos, percebeu-se que mesmo nos casos onde a informação está presente, esta não se constitui, por si só, como um elemento suficiente para promover comportamentos contraceptivos por parte das adolescentes, uma vez que todas as participantes tinham conhecimentos e acesso a métodos anticoncepcionais antes da gravidez. A ocorrência desta, na maior parte dos casos, esteve associada ao desejo pela gravidez, manifesto de forma mais ou menos consciente, através do planejamento e tentativas para engravidar ou abandono do uso de métodos contraceptivos com o passar do tempo. Após a experiência da maternidade, que desconstruiu, inclusive, algumas idealizações presentes no movimento de buscá-la ativamente, percebeu-se uma maior adesão por parte das adolescentes aos métodos contraceptivos,

principalmente a pílula, evidenciando uma apropriação de conhecimentos, com maior responsabilização por sua saúde reprodutiva.

Outra questão observada foi a reação das adolescentes frente à gravidez, bem como sua aceitação, que mostrou-se facilitada nos casos onde foi planejada, levantando reflexões sobre o trabalho dos profissionais, que atuam visando promover a saúde com adolescentes. Os dados permitiram levantar a hipótese de que adolescentes que não desejam a gestação podem estar mais receptivas às orientações e ações preventivas em relação à gravidez, mas necessitam de maior apoio e acolhimento quando esta acontece. Já as adolescentes que buscam a gravidez (inclusive omitindo essa informação de familiares e profissionais) lançam desafios maiores sobre as possibilidades de trabalho visando à construção de projetos de vida que adiem essa possibilidade, mas por outro lado parecem adaptar-se com mais facilidade à maternidade quando esta acontece, manifestando maior satisfação e disponibilidade para a função materna.

Os relacionamentos familiares esclareceram questões relacionadas ao suporte proporcionado às adolescentes e que, de acordo com a literatura, constitui-se num aspecto crucial para a adaptação destas à função materna. A relação com os parceiros foi marcada pela estabilidade e afetividade, sendo que metade das adolescentes já residia com seus companheiros antes de engravidar. A outra parte passou a residir durante a gestação e, no momento da entrevista, todos os casais permaneciam em união estável e criando seus filhos juntos, sendo o marido considerado pela maior parte das adolescentes como uma pessoa próxima e que lhe proporcionava apoio. Ressaltou-se, portanto, a boa aceitação da gravidez por parte dos homens que, em geral, assumiram a responsabilidade principal em prover financeiramente a família, enquanto as adolescentes cuidavam dos filhos. Esse arranjo, aparentemente tradicional no que diz respeito às relações de gênero, revelou, no entanto, inovações importantes na medida em que as adolescentes revelaram uma participação ativa destes pais nos cuidados diários com o bebê, ao mesmo tempo em que boa parte delas seguiu construindo projetos de autonomia, envolvendo estudos e ou, trabalho.

O contexto familiar, que no momento anterior à gravidez apresentava conflitos e dificuldades de diálogo, onde em muitos casos as mães recomendavam o uso de métodos contraceptivos sem serem ouvidas, passou por um período de tensão quando a adolescente engravidou, incluindo a expressão por parte dos pais ou responsáveis, de sentimentos como raiva e susto, além de questionamentos sobre a ausência de prevenção e comentários de que a adolescente era muito

jovem para engravidar. Estas reações, no entanto, foram rápidas e passageiras, sendo que a maior parte das famílias passou a dar apoio à adolescente e sua gravidez. Assim, após um movimento de reorganização familiar, com a mudança de residência de algumas entrevistadas, as relações familiares passaram a ser positivamente qualificadas pelas jovens, sendo que a mãe foi citada como a principal fonte de apoio emocional e financeiro, estando presente de forma próxima junto às adolescentes antes, durante e após a gravidez.

A análise do suporte social das adolescentes incluiu ainda os relacionamentos de amizade, na comunidade e em instituições de saúde e escolares. Assim, em relação às amizades, percebe-se o predomínio de afastamentos a partir da gravidez, atribuídos por algumas adolescentes à identificação que passaram a ter com pessoas mais velhas, em função da experiência e do amadurecimento proporcionados pela maternidade. Os vínculos entre as adolescentes e a comunidade mostraram-se diversificados, sendo que algumas entrevistadas mantiveram-se afastadas dos vizinhos, durante todos os períodos, numa possível tentativa de evitar envolvimento em conflitos. Também foram percebidos afastamentos apenas no período de gravidez, o que pode estar ligado às reações negativas da comunidade frente à gravidez, e relações que se mantiveram apenas neste período, que pode estar evidenciando o apoio e a solidariedade em torno da gravidez. Vínculos com instituições religiosas não foram mencionados e apenas uma adolescente participou de projetos sócio-educativos.

Com relação aos vínculos entre adolescentes e profissionais da saúde, percebeu-se um movimento de aproximação a partir da gravidez, acompanhada de alguns afastamentos após o nascimento das crianças, evidenciando o período da gravidez como o de maior proximidade entre as adolescentes e os profissionais da saúde. Esta situação pode estar evidenciando a qualidade do trabalho que as equipes de saúde vem realizando no acompanhamento do pré-natal, mas também sinaliza uma lacuna, principalmente de ações preventivas e de promoção à saúde, evidenciada pela escassez de vínculos mencionados no período anterior à gravidez. Situação semelhante foi encontrada nos relacionamentos entre as adolescentes e o contexto escolar, onde também predominaram vínculos de proximidade após a ocorrência da gravidez, mostrando um potencial de acolhimento dos profissionais que pode ser mobilizado em ações que visem minimizar a exposição dos jovens a riscos.

A discussão sobre o contexto escolar também remete às modificações produzidas na trajetória escolar das adolescentes, ao longo do tempo. Verificou-se que a maior parte das adolescentes estava

estudando quando descobriu a gravidez, enfrentando dificuldades como desconfortos físicos e constrangimentos, que levaram algumas à interrupção dos estudos. Após a maternidade, evidenciou-se uma mudança significativa na postura de parte do grupo, que passou a valorizar os estudos e demonstrar um interesse que não apresentavam antes de engravidar, manifestando a compreensão de sua importância para conseguir um bom trabalho e melhorar as condições de vida. Novas interrupções nos estudos, ocorridas após o nascimento da criança e retorno das adolescentes à escola, ocorreram predominantemente em função de uma nova gravidez. Menos da metade das adolescentes estavam estudando no momento da entrevista, o que confirmou o impacto negativo da gravidez na escolaridade destas jovens. Destacou-se também a importância da rede de suporte – marido, sogra e mãe – que possibilitou o retorno de algumas jovens aos estudos, na medida em que assumiu os cuidados da criança neste período.

Apesar disto, a experiência da maternidade foi descrita como gratificante pela maior parte das entrevistadas, com o predomínio de sentimentos de satisfação e relatos de ganhos, associados, principalmente, à uma postura mais amadurecida e responsável por parte das mesmas. A gravidez foi atribuída pelas adolescentes ao descuido, falta de reflexão ou desejo pela gravidez, sendo que as principais dificuldades e insatisfações mencionadas, após a maternidade, relacionaram-se com o estabelecimento de limites aos filhos, bem como às dificuldades para sair e se divertir sem eles. A maior parte do grupo afirmou não ter se arrependido da gravidez, embora a tivesse adiado, caso fosse possível voltar no tempo. O filho foi descrito como tudo na vida das adolescentes, ocupando o lugar de maior importância.

Os projetos de vida das adolescentes também passaram por reformulações, após a maternidade. Antes da gravidez, o grupo que mencionou possuir planos citou a continuidade dos estudos como principal objetivo, algumas vezes atrelado ao desejo de cursar uma faculdade, destacando-se a pedagogia como curso mais mencionado. Algumas adolescentes afirmaram não ter projetos de vida naquela ocasião. Após o nascimento dos filhos, todas as adolescentes mencionaram planos para o futuro, sendo que o fato de evitar ou adiar uma nova gravidez foi identificado como principal objetivo, aliado ao desejo de melhorar as condições de vida através do trabalho e a aquisição da casa própria. Percebeu-se, ainda, uma redução do número de adolescentes que citaram os estudos como projeto de vida, o que pode estar associado à necessidade de contribuir para o sustento da

família, direcionando seus interesses para a melhoria das condições de vida.

Os resultados apresentados, que demonstram experiências, de gravidez num contexto de afetividade e com a presença de suporte, poderiam levar à rápida conclusão de que a maior parte das entrevistadas deste estudo não encontra-se num contexto de vulnerabilidade social, especialmente quando as questões de renda e condições de vida também são consideradas e comparadas com a situação de extrema pobreza e contexto violento no qual se desenvolvem-se alguns adolescentes. No entanto, quando se resgata o conceito de vulnerabilidade social, levando em conta a análise de seus três eixos, identifica-se a presença de componentes individuais, sociais e programáticos, que tomados em seu conjunto evidenciaram um contexto que favoreceu a gravidez entre estas jovens mulheres.

No que se refere aos componentes individuais, percebeu-se que as entrevistadas possuíam informações sobre métodos contraceptivos e riscos de uma gravidez. No entanto, identificaram-se dificuldades na elaboração destas informações, a ponto de engendrar práticas que efetivamente a evitassem. Ressalta-se que isto ocorreu mesmo entre as adolescentes, que buscaram a gravidez, uma vez que o posterior reconhecimento de que era muito jovem para ser mãe confirmou as dificuldades em elaborar fantasias e idealizações no momento anterior, que possibilitassem a adesão aos métodos contraceptivos. O componente social, que foi evidenciado pelo acesso da maior parte das adolescentes à escola e unidades de saúde, bem como aos métodos contraceptivos, mostrou-se presente na vida das adolescentes, mas apareceu de modo frágil nos discursos no que se refere às possibilidades de atuar, enquanto facilitador do processo de elaboração das informações, que resultasse numa compreensão mais abrangente do processo de gravidez e maternidade.

Por fim, o componente programático revelou as maiores lacunas, na medida em que este estudo possibilitou vislumbrar o hiato existente entre o que prevê a legislação e as políticas públicas no Brasil com a realidade mencionada pelas jovens. O acesso a ações de prevenção, que abordem o adolescente de forma integral, bem como programas que oportunizem a construção de projetos de vida onde a maternidade possa ser adiada, contemplando os interesses dos jovens e suas necessidades de lazer, cultura e participação social, mostrou-se distante do cotidiano das entrevistadas, apesar dos recursos destinados para ações desta natureza pelo Governo Federal. Isto evidenciou que as diretrizes nacionais para atendimento dos adolescentes ainda encontram-se mais

perto de um ideal a ser buscado, do que de uma realidade acessível aos jovens, ressaltando a necessidade de que estudos qualitativos façam parte do monitoramento destas ações, visando desvelar tanto sua efetividade quanto as estratégias bem sucedidas que possam subsidiar capacitações e refletir numa melhoria na qualidade dos atendimentos.

O grupo de participantes deste estudo, portanto, apresentou características bastante singulares, com a gravidez tendo ocorrido num contexto de vulnerabilidade social, onde, no entanto, predominaram relacionamentos de afeto, tanto entre as adolescentes e seus parceiros, como em relação ao contexto familiar, sendo que a violência assumiu um papel secundário neste todo. Este aspecto divergiu do que apontou a literatura sobre a gravidez entre adolescentes nesta idade, reforçando a importância de não generalizar os resultados aqui apresentados, que também poderiam ser diferentes, se a pesquisadora buscasse as participantes através de serviços de atendimento a vítimas de violência, hospitais ou delegacias. No entanto, a singularidade desta mostra possibilita uma contribuição significativa ao campo de estudo, na medida em que evidencia processos satisfatórios de adaptação à gravidez enquanto possibilidades reais, mesmo entre mulheres tão jovens.

Assim, os limites deste estudo, demarcados a partir da fala das adolescentes, onde parceiros, familiares, profissionais e instituições estiveram representados em suas falas, sem que, no entanto, seus pontos de vista fossem contemplados, também abrem perspectivas de novas pesquisas a partir das quais o conhecimento sobre a gravidez entre adolescentes na faixa etária dos 10 aos 14 anos possa ser aprofundado. Tendo presente ainda a lacuna evidenciada entre a qualidade das diretrizes legais e de Políticas Públicas no Brasil em contraste com a falta da presença destas no discurso das adolescentes, principalmente no que se refere aos aspectos preventivos, ressalta-se a necessidade de estudos que avaliem a qualidade e as estratégias utilizadas pelos profissionais, que trabalham com os adolescentes, revelando de que forma tais diretrizes vem sendo apropriadas e aplicadas por estes.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aberastury, A. (1986). Adolescência. (R. Cabral, Trad). (4th ed). (pp. 15-32). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Alan Guttmacher Institute. (1996). Panorama general del aborto clandestino en América Latina. Disponível em: <http://www.guttmacher.org/>
- Aliaga, E. M.; Suazo, E. W.; Díaz, J. I.; Moñoz, R. G.; Meneses, M. C. B.; Araya, M. O. et al. (1985). Experiencia en una unidad de gestantes precoces. *Rev. Chil. Obstet. Ginecol.*, 50(2), pp.127-139.
- Alves, C. A. & Brandão, R. B. (2009). Vulnerabilidades no uso de métodos contraceptivos entre adolescentes e jovens: interseções entre políticas públicas e atenção à saúde. *Ciênc. Saúde Coletiva*, 14(2), pp. 661-670.
- American Psychological Association. (2006). Manual de Estilo da APA: Regras básicas. (M. F. Lopes, Trad.). Porto Alegre: Artmed.
- Andrade, P. R., Ribeiro, C. A. & Silva, C. V. (2006). Mãe adolescente vivenciando o cuidado com o filho: Um modelo teórico. *Rev. Bras. Enfermagem*. 59(1), pp.30-5.
- Andreani, G. (2006). Pai grávido: a construção da paternidade durante a gestação. (Dissertação de Mestrado em Psicologia). Universidade Federal de Santa Catarina.
- Arruda, F.V.A.; Okazaki, E. L. F. J. & Magalhães, I. P. (2005). Protocolo de orientação ao adolescente multiplicador nas áreas da sexualidade, DST/AIDS, planejamento familiar e métodos contraceptivos. *Simp. Internacional do Adolescente*. São Paulo.
- Ayres, J. R. C. M.; França Júnior, I.; Calazans, G. J. & Saletti Filho, H. C. (2003). O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. Em Czeresnia, D. (Org). *Promoção da saúde: Conceitos, reflexões, tendência*. Rio de Janeiro: Fiocruz. (pp.117-139).
- Baeza, B.; Poo, A.; Vásquez, O. & Muñoz, S. (2005). Comprendiendo los factores asociados al embarazo precoz, desde la perspectiva de adolescentes nuligestas. *Rev. Socia*, 12(2), pp.41-48.

- Ballone, G. J. (2003). Gravidez na adolescência. Psiqweb. Revisado em 2004, disponível em <http://http://www.psiqweb.med.br>
- Barbosa, C. F. & Mendes, I. J. M. (2005). Concepção de promoção da saúde de psicólogos no serviço público. *Paidéia*, 15(31), pp.269-276.
- Biasoli-Alves, Z. M. M. (1998). A pesquisa em psicologia – Análise de métodos e estratégias na construção de um conhecimento que se pretende científico. Em Romanelli, G.; Biasoli-Alves, Z. M. (Orgs). *Diálogos metodológicos sobre prática de pesquisa*. Ribeirão Preto: Legis Summa.
- Brandão, E. R. (2009). Desafios da contracepção juvenil: interseções entre gênero, sexualidade e saúde. *Ciênc. Saúde Coletiva*, 14(4), pp. 1063-1071.
- Brandão, E. R. & Heilborn, M. L. (2006). Sexualidade e gravidez na adolescência entre jovens de camadas médias do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, 22(7), pp.1421-1430.
- Carter, B. & McGoldrick, M. (2001). As mudanças no ciclo de vida familiar: Uma estrutura para a terapia familiar. Em Carter, B. & McGoldrick, M. (Orgs). *As mudanças no ciclo de vida familiar: Uma estrutura para a terapia familiar* (M. A. V. Veronese, Trad.). (2ª ed.) (pp.7-29) Porto Alegre: Artes Médicas.
- Caputo, V.G. & Bordin, I.A. (2007). Problemas de saúde mental entre jovens grávidas e não-grávidas. *Rev. Saúde Pública*, 41(4), pp.573-581.
- Cavasin, S.; Unbehaum, S.; Silva, V. N.; Franco, M. H.; Melo, H.; Simonetti, J. R., et al. (2004). Gravidez de adolescentes entre 10 a 14 anos e vulnerabilidade social: Estudo exploratório em cinco capitais brasileiras. Rio de Janeiro: Ecos – Comunicação em Sexualidade.
- Cervený, M. O. C. (2002). Visitando a família ao longo do ciclo vital. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Cervený, M. O. C. (1997). Família e ciclo vital: nossa realidade em pesquisa. São Paulo: Casa do Psicólogo.

- Constituição da República Federativa do Brasil. (1988). Disponível em <http://www.planalto.gov.br>
- Curbelo, A. D.; Santiago, M. A.; Boza, A. V.; Cárdenas, A. R. & Tahuile, V. R. (2008). Sexualidad y reproducción en adolescentes. *Rev. Cubana Obstet. Ginecol.*, 34(3).
- Dadoorian, D. (1998). A gravidez desejada na adolescência. *Arq. Bras. Psicol.*, 50(3), pp.60-69.
- Darzé, E. (1989). A adolescente e sua saúde reprodutiva – Desempenho obstétrico na primigrávida em idade igual ou menor do que 16 anos. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.*, 11(4), pp.64-69.
- David Lam, L. M. & Ranchhood, Vimal. (2008). Sexual behavior, pregnancy, and schooling among yang people in Urban South Africa. *Stud. Fam. Plann.*, 39(4), pp. 351-368.
- Decreto 6.286, de 5 de dezembro de 2007. Institui o Programa Saúde na Escola e dá outras providências. Disponível em www.planalto.gov.br
- Dias, A. B. & Aquino, E. M. L. (2006). *Cad. Saúde Pública.* 22(7), pp. 1447-1458.
- Dias, A. C. G. & Gomes, W. B. (2000). Conversas, em família, sobre sexualidade e gravidez na adolescência: Percepção das jovens gestantes. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 13(1), 109-125.
- Erikson, E. H. (1976). *Identidade, juventude e crise.* (2nd Ed.) Rio de Janeiro: Zahar editores.
- Esteves, J. R. & Menandro, P. R. M. (2005). Trajetórias de vida: repercussões da maternidade adolescente na biografia de mulheres que viveram tal experiência. *Estudos de Psicologia*, 10(3), pp.363-370.
- Falcão, D. V. S. & Salomão, N. M. R. (2006). Mães adolescentes de baixa renda: um estudo sobre as relações familiares. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 58(2), pp.11-23.

- Ferreira, R. F.; Calvoso, G. G. & Gonzales, C. B. L. (2002). Caminhos da pesquisa e a contemporaneidade. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 15(2), pp.243-250.
- Formigli, V.L.A.; Costa, M.C.O.; Porto, L.A. (2000). Avaliação de um serviço de atenção integral à saúde do adolescente. *Cad. Saúde Pública*, 16(3), pp.831-841.
- Gama, S. G. N., Szwarcwald, C. L., Sabroza, A. R., Branco, V. C., & Leal, M. C. (2004). Fatores associados à assistência pré-natal precária em uma amostra de puérperas adolescentes em maternidades do município do Rio de Janeiro, 1999-2000. *Cadernos de Saúde Pública*, 20(1), 101-111.
- Ghiglione, R. & Matalon, B. (1993). *O inquérito: Teoria e prática*. Oeiras: Celta.
- Gil, A. C. (1991). *Como elaborar projetos de pesquisa*. São Paulo: Atlas.
- Godinho, R. A.; Schelp, J. R. B.; Parada, C. M. G. L. & Bertoncello, N. M. F. (2000). Adolescentes e grávidas: onde buscam apoio? *Rev. Latino-am. Enfermagem*, 8(2), pp.25-32.
- Gomes, R.; Fonseca, E. M. G. O. & Veiga, A. J. M. O. (2002). A visão da pediatria acerca da gravidez na adolescência: um estudo bibliográfico. *Rev. Latino-americano de Enfermagem*, 10(3), pp. 408-414.
- Gonçalves, H. & Knauth, D. R. (2006). Aproveitar a vida, juventude e gravidez. *Revista de Antropologia*, 49(2), pp.625-643.
- Gontija, D. T. & Medeiros, M. (2005). “Tava morta e revivi”: significado de maternidade para adolescentes com experiência de vida nas ruas. *Cad. Saúde Pública*, 24(2), pp.469-472.
- González-Rey, F. L. (2002). *Pesquisa qualitativa em psicologia: Caminhos e desafios*. São Paulo: Pioneira Thomson Learning.
- Groppa, L. A. (2000). *Juventude: Ensaio sobre sociologia e história das juventudes modernas*. Rio de Janeiro: Difel.

- Heilborn, M. L.; Salen, T.; Rohden, F.; Brandão, E.; Knauth, C. V.; Aquino, E. et al. (2002). Aproximações socioantropológicas sobre a gravidez na adolescência. *Horizontes Antropológicos*, 8(17), pp.13-45.
- Hoga, L. A. K. (2008). Adolescent maternity in a low income community: experiences revealed by oral history. *Rev. Latino-am Enfermagem*, 16(2), pp.280-286.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2009). População estimada. Disponível em www.ibge.gov.br
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2006) Indicadores demográficos. Taxa de fecundidade total. Disponível em www.ibge.gov.br.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2000). Censo demográfico. Disponível em www.ibge.gov.br
- Jeolás, L.S. & Ferrari, R.A.P. (2003). Oficinas de prevenção em um serviço de saúde para adolescentes: espaço de reflexão e de conhecimento compartilhado. *Ciência e Saúde Coletiva*, 8(2), pp.611-620.
- Kaplan, H. I. & Sadock, B. (1990). *Compêndio de psiquiatria*. (M. C. Monteiro & D. Batista, Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Krause, M. J. (1993). La construcción conjunta de la investigación – Metodologías cualitativas. Manuscrito não-publicado.
- Lei 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Disponível em <http://www.presidencia.gov.br>
- Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe para as condições sobre a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em <http://www.presidencia.gov.br>
- Lei 8.742, de 7 de dezembro de 1993. Lei Orgânica da Assistência Social. Disponível em www.congemas.org.br/loas.pdf

Lei 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Dispõe sobre as diretrizes e bases da educação nacional. Disponível em <http://www.presidencia.gov.br>

Lei 11.108, de 07 de abril de 2005. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. <http://www.presidencia.gov.br>

Lei 11.692, de 10 de junho de 2008. Dispõe sobre o Programa Nacional de Inclusão de Jovens – Projovem. Disponível em <http://www.presidencia.gov.br>

Lei 12.010, de 3 de agosto de 2009. Dispõe sobre adoção; altera as Leis nºs 8.069, de 13 de julho de 1990 - Estatuto da Criança e do Adolescente, 8.560, de 29 de dezembro de 1992; revoga dispositivos da Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002 - Código Civil, e da Consolidação das Leis do Trabalho - CLT, aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943; e dá outras providências. Disponível em <http://www.presidencia.gov.br>

Levandowski, D. C.; Piccinini, C. A. & Lopes, R. C. S. (2008). Maternidade adolescente. *Estudos de Psicologia*. 25(2), pp.251-263.

Lewkowicz, A. B. & Brodacz, G. (2005). Abordagem psicodinâmica na adolescência. Em Eiziric, C. L., Aguiar, R. W. & Schestatsky, S. S. (Orgs). *Psicoterapia de orientação analítica: fundamentos teóricos e clínicos*. (2nd ed.). (pp. 738-756). Porto Alegre: Artmed.

Lima, C. T. B.; Feliciano, K. V. O.; Carvalho, M. F. S.; Souza, A. P. P.; Menabó, J. B. C. & Ramos, L. S. (2004). Percepções e práticas de adolescentes grávidas e de familiares em relação à gestação. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infantil*, 4(1), pp.71-83.

López, L. S.; Alvarez, M. A.; Yáñez, P. R.; Aranís, L. R.; Yovane, C.; Rugama, A. O.; Páez, C. L. & Jacob, M. K. (2005). Autoconcepto y proyecto de vida: percepciones de adolescentes embarazadas de un sector periférico de Santiago, participantes de un programa de educación para la salud. *Revista de Psicología Universidad de Chile*, 14(1), pp. 141-152.

- Machado, F. N., Meira, D. C. S. & Madeira, A. M. F. (2003). Percepções da família sobre a forma como a adolescente cuida do filho. *Rev. Esc. Enferm. USP.*, 37(1), pp. 11-18.
- Magalhães, M.L.C. & Furtado, F.M. (2006). Gestação na adolescência precoce e tardia – há diferença nos riscos obstétricos? *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.*, 28(8), pp.446-452.
- Maia Filho, N. L.; Mathias, L.; Tedesco, R. P.; Cesareo, M. D.; Herculano, M. A. & Porta, R. M. P. (1994). Gravidez entre adolescentes precoces: um evitável problema social. *J. Bras. Ginecol.*, 104(10), 363-367.
- Maldonado, M. T.; Dickstein, J. & Nahoum, J. C. (1997). Nós estamos grávidos. (10th ed.) São Paulo: Saraiva.
- Marcelli, D. & Braconnier, A. (1989). Manual de psicopatologia do adolescente. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Mattos, R. A.(2001). Os sentidos da integralidade: Algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. Em Pinheiro, R. & Mattos, R. A. (Orgs). Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ.
- McCallum, C. & Reis, A. P. (2006). Re-significando a dor e superando a solidão: experiência do parto entre adolescentes de classes populares atendidas em uma maternidade pública de Salvador, Bahia, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, 22(7), pp.1483-1491.
- Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. (2009). Traçado metodológico do Projovem Adolescente. Brasília. Disponível em www.mds.gov.br
- Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. (2005) Norma Operacional Básica NOB/SUAS: construindo as bases para a implantação do Sistema único de Assistência Social. Secretaria Nacional de Assistência Social. Brasília. Disponível em www.mds.gov.br
- Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. (2004). Política Nacional de Assistência Social. Secretaria Nacional de Assistência Social. Brasília. Disponível em www.mds.gov.br

- Ministério da Educação. (1998). Parâmetros curriculares nacionais: terceiro e quarto ciclos do ensino fundamental: introdução aos parâmetros curriculares nacionais. Secretaria de Educação Fundamental. Brasília: MEC/SEF.
- Ministério da Educação. (1997a). Parâmetros curriculares nacionais: introdução aos parâmetros curriculares nacionais. Secretaria de Educação Fundamental. Brasília: MEC/SEF.
- Ministério da Educação. (1997b). Parâmetros curriculares nacionais: apresentação dos temas transversais, ética. Secretaria de Educação Fundamental. Brasília: MEC/SEF.
- Ministério da Saúde. (2007). Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Editora do Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde. (2006a) Indicadores de Morbidade e Fatores de Risco. Secretaria-Executiva. Datasus – Sistema de Informações Hospitalares do SUS – SIH/SUS.
- Ministério da Saúde. (2006b). Indicadores de Morbidade e Fatores de Risco. Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC). Proporção de Nascidos Vivos por Idade Materna.
- Ministério da Saúde. (2006). Marco teórico e referencial: saúde sexual e saúde reprodutiva de adolescentes e jovens. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Editora do Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde. (2005a). Sistema de Informações sobre Mortalidade. Óbitos Maternos no Brasil. Datasus.
- Ministério da Saúde. (2005b). Sistema de Informações sobre Mortalidade. Óbitos Fetais no Brasil. Datasus.
- Ministério da Saúde. (2005c). Marco legal: saúde, um direito de adolescentes. Secretaria de Atenção à Saúde. Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. Brasília: Ministério da Saúde.

- Ministério da Saúde (2005d). Saúde integral de adolescentes e jovens: orientações para a organização de serviços de saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: Editora do Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde. (2005e) Direitos sexuais, direitos reprodutivos: Uma prioridade do Governo. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Disponível em www.saude.gov.br
- Ministério da Saúde (2005f). Direitos sexuais, direitos reprodutivos e métodos anticoncepcionais. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em www.saude.gov.br
- Ministério da Saúde. (2004). Atenção Básica e a Saúde da Família. Departamento de Atenção Básica. Programa Saúde da Família.
- Ministério da Saúde. (2003). Políticas de Formação e Desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde.
- Miño-Worobiej, A. (2008). Imágenes de género y conductas sexual e reproductiva. *Salud Publica Mex.*, 50, pp. 17-31.
- Monteiro, C. F. S.; Costa, N. S. S.; Nascimento, P. S. V. & Aguiar, Y. A. (2007). A violência intra-familiar contra adolescentes grávidas. *Rev. Bras. Enfermagem*, 60(4), pp.373-376.
- Moré, C. L. O. O. & Crepaldi, M. A. (2004). O campo de pesquisa: Interfaces entre a observação, interação e surgimento dos dados. *Cibrapeq - 1ª Conferência Intenacional do Brasil de Pesquisa Qualitativa*. São Paulo, pp.588-593.
- Moré, C. L. O. O; Farias, R. & Soares, E. (2004, Setembro). A percepção da primeira turma de residentes do programa de saúde da família sobre as gestantes atendidas nos postos de saúde. Poster apresentado na 4ª Semana de Ensino, Pesquisa e Extensão, UFSC.

- Moreira, T. M. M.; Viana, D. S.; Queiroz, M. V. O. & Jorge, M. S. B. (2008). Conflitos vivenciados pelas adolescentes com a descoberta da gravidez. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 42(2), pp.312-320.
- Morin, Edgar. (1996). Epistemologia da complexidade. Em Schnitman, D. F. (Org.). *Novos paradigmas, cultura e subjetividade* (J. H. Rodrigues, Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Motta, C. C. L. (2003). Quem acolhe esta mulher: caracterização do apoio emocional à parturiente. (Dissertação de Mestrado em Psicologia). Universidade Federal de Santa Catarina.
- Moura, E. R. F.; Silva, R. M. & Galvão, M. T. G. (2007). Dinâmica do atendimento em planejamento familiar no Programa Saúde da Família no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, 23(4), pp.961-970.
- Moura, E. R. F. & Souza, R. A. (2002). Educação em saúde reprodutiva: Proposta ou realidade do Programa Saúde da Família? *Cad. Saúde Pública*, 18(6), pp.1809-1811.
- Neto, F. R. G. X.; Dias, M. S. A.; Rocha, J. & Cunha, I. C. K. O. (2007). Gravidez na adolescência: Motivos e percepções de adolescentes. *Rev. Bras. Enfermagem*, 60(3), pp. 279-285.
- Okazaki, E. L. F. J.; Tocci, H. A.; Cavalieri, J.; Pedroso, M. A. & Bossa, N. (2005). Adolescente: protocolo de prevenção à gestação e DST's nas Unidades Básicas de Saúde. *Simp. Internacional do Adolescente*. São Paulo.
- Oliveira, M.W. (1998). Gravidez na adolescência: dimensões do problema. *Cad. Cedes*, 19(45), pp.48-70.
- Organização Mundial de Saúde. (1986). *Primeira conferência internacional sobre a promoção da saúde*. Ottawa, Canadá.
- Orlandi, R. & Toneli, M. J. F. (2008). Adolescência e paternidade: sobre os direitos de criar projetos e procriar. *Psicol. Estud.*, 13(2), pp. 317-326.
- Pacheco-Sánchez, C. I.; Rincón, L. J.; Guevara, E. E.; Latorre-Santos, C.; Enriquez-Guerrero, C. & Nieto-Olivar, J. M. (2007). Significaciones de

- la sexualidad y salud reproductiva en adolescentes de Bogotá. *Salud Pública de México*, 49(1), pp. 45-51.
- Paniz, V. M. V.; Fassa, A. G. & Silva, M. G. (2005). Conhecimento sobre anticoncepcionais em uma população de 15 anos ou mais de uma cidade no sul do Brasil. *Cad. Saúde Pública*, 21(6), pp.1747-1760.
- Peres, S.O.; Heilborn, M.L. (2006). Cogitação e prática do aborto entre jovens em contexto de interdição legal: o avesso da gravidez na adolescência. *Cadernos de Saúde Pública*, 22(7), pp.1411-1420.
- Portaria 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família. Disponível em www.saude.gov.br
- Portaria 687 MS/GM, de 30 de março de 2006. Aprova a Política de Promoção de Saúde.
- Priotto, E. M. P. (2002). Projeto “Despertar na adolescência – Atenção integral na fase adolescer” – Relato de experiência. *Cogitare enfermagem*, 7(1), pp.55-60.
- Puhl, C. H.; Pereira, L. D. C.; Grisard, N. & Hallat, A. L. (2007). Morbimortalidade do recém-nascido de mãe adolescente. *Arquivos Catarinense de Medicina*, 36(3), pp.52-58.
- Rappaport, C. R. (1993). *Adolescência: Abordagem psicanalítica*. São Paulo: EPU.
- Reis, A. O. A. & Oliveira-Monteiro, N. R. (2007). Sexualidade e procriação na ótica de jovens de periferias sociais e urbanas. *Rev. Bras. Crescimento Desenvolv. Hum.*, 17(2), pp.54-63.
- Resolução 109, de 11 de novembro de 2009. Aprova a tipificação nacional dos serviços socioassistenciais. Conselho Nacional de Assistência Social. Disponível em www.mds.gov.br
- Romero, K. T.; Medeiros, E. H. G. R.; Vitalle, M. S. S. & Wehba, J. (2007). O conhecimento das adolescentes sobre questões relacionadas ao sexo. *Rev. Assoc. Med. Bras. São Paulo*, 53(1), pp.14-19.

- Rosengard, C.; Phipps, M. G.; Adler, N. E. & Ellen, J. M. (2004). Adolescent pregnancy intentions and pregnancy outcomes: a longitudinal examination. *J Adolesc. Health.*, 35(6), pp. 453-461.
- Rugolo, L. M. S. S., Bottino, J., Scudeler, S. R. M., Bentlin, M. R., Trindade, C. E. P., Perosa, G. B. & Junior, A. R. (2004). Serviços e percepções de puérperas com relação à assistência prestada pelo serviço materno-infantil de um hospital universitário. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.*, 4(4), pp. 423-433.
- Sabroza, A.R.; Leal, M.C.; Souza Jr., P. R. & Gama, S. G. N. (2004). Algumas repercussões emocionais negativas da gravidez precoce em adolescentes do Município do Rio de Janeiro (1999-2001). *Cadernos de Saúde Pública*, 20(1), pp.130-137.
- Sánchez, A. I. M. & Bertolozzi, M. R. (2007). Pode o conceito de vulnerabilidade apoiar a construção do conhecimento em Saúde Coletiva? *Ciência e Saúde Coletiva*, 12(2), pp.319-324.
- Santos, A. & Carvalho, C. V. (2006). Gravidez na adolescência: Um estudo exploratório. *Boletim de Psicologia*, 56(125), pp.135-151.
- Santos, S.R. & Schor, N. (2003). Vivências da maternidade na adolescência precoce. *Rev. Saúde Pública*, 37(1), pp.15-23.
- Sistema de Informação da Atenção Básica. (2009a). Cadastro familiar. Santa Catarina. Disponível em <http://tabnet.datasus.gov.br>
- Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos. (2009b). Disponível em www.saude.sc.gov.br
- Sluzki, C. E. (1997). A rede social na prática sistêmica. (C. Berliner, Trad.). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Smith, L. E. & Howard, K. S. (2008). Continuity of paternal social support and depressive symptoms among new mothers. *J Fam Psychol.*, 22(5), pp. 763-773.
- Soifer, R. (1980). Psicologia da gravidez, parto e puerpério. (I. V. Carvalho, Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas.

- Stephenson, R.; Koenig, M. A.; Acharya, R. & Roy, T. K. (2008). Domestic violence, contraceptive use, and unwanted pregnancy in Rural India. *Stud. Fam. Plann.*, 39(3), pp. 177-186.
- Strauss, A. & Corbin, J. (2008). *Pesquisa qualitativa: Técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada.* (L. O. Rocha, Trad.). (2nd ed). Porto Alegre: Artmed.
- Strauss, A. & Corbin, J. (1990). *Grounded theory research: Procedures, canons and evaluative criteria.* London: Qualitative Sociology.
- Uzcátegui, O. (1997). Embarazo en la adolescente precoz. *Rev. Obstet. Ginecol. Venezuela*, 57(1), pp.29-35.
- Vasconcellos, M. J. E. (2007). *Pensamento Sistemico: O novo paradigma da ciência.* (3rd ed.). São Paulo: Papirus.
- Velho, M. T. A. C. (2003). *Gestação na adolescência: Um marco na construção do ser-mulher.* (Tese de doutorado). Universidade Federal de Santa Catarina.
- Vieira, M. L. F.; Bicalho, G. G.; Silva, J. L. & Barros Filho, A. A. (2007). Crescimento e desenvolvimento de filhos de mães adolescentes no primeiro ano de vida. *Rev. Paul. Pediatria*, 25(4), pp.343-348.
- Winnicott, D. W. (1969). *A imaturidade do adolescente.* Em: Winnicott, D. W. (1999) *Tudo começa em casa* (3rd ed.). São Paulo: Martins Fontes.

9. LISTA DE QUADROS

QUADRO 1	DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS E OUTRAS INFORMAÇÕES SOBRE AS ADOLESCENTES E SEUS FAMILIARES	182
QUADRO 2	SISTEMAS DE CATEGORIAS, SUBCATEGORIAS E ELEMENTOS DE ANÁLISE	71

10. LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1	MODELO DE MAPA DE REDES PROPOSTO POR SLUZKI (1997)	62
----------	---	----

11. LISTA DE SIGLAS

AIDS	ACQUIRED IMMUNODEFICIENCY SYNDROME
CNAS	CONSELHO NACIONAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL
ECA	ESTATUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE
ESF	ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA
HIV	HUMAN IMMUNODEFICIENCY VIRUS
IBGE	INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA
LDB	LEI DE DIRETRIZES E BASES DA EDUCAÇÃO
LOAS	LEI ORGÂNICA DA ASSISTÊNCIA SOCIAL
MDS	MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME
MEC	MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
MS	MINISTÉRIO DA SAÚDE
NOB	NORMA OPERACIONAL BÁSICA
NASF	NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA
OMS	ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE
PCNS	PARÂMETROS CURRICULARES NACIONAIS
PENSE	PESQUISA NACIONAL DE SAÚDE DO ESCOLAR
PNAISM	POLÍTICA NACIONAL DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER
PNPS	POLÍTICA NACIONAL DE PROMOÇÃO À SAÚDE
PACS	PROGRAMA DE AGENTES COMUNITÁRIOS DA SAÚDE
PAIF	PROGRAMA DE ATENÇÃO INTEGRAL À FAMÍLIA
PROJOVEM	PROGRAMA NACIONAL DE INCLUSÃO DE JOVENS
PSE	PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA
SIAB	SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA
SUAS	SISTEMA ÚNICO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL
SUS	SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
UFSC	UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

12. APÊNDICES

Apêndice 1

ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

Aquecimento: Eu estou fazendo uma pesquisa para compreender como é a gravidez em meninas que ficaram grávidas entre 10 e 14, para poder auxiliar os profissionais a atender melhor as adolescentes. E a tua experiência é muito importante, por isso eu gostaria de conversar contigo e gravar a nossa conversa para auxiliar no estudo. Tu aceitas?

Parte I – Identificação e dados demográficos

Nome: _____

Data de Nascimento: ____/____/____ Escolaridade: _____

Estado Civil: _____ Relação atual com o pai do bebê: _____

Pessoas que moram na casa: _____

Nome da mãe: _____ Idade: _____

Nome do pai: _____ Idade: _____

Idade da mãe quando teve o primeiro filho: _____ Renda Familiar: _____

Tem autonomia econômica? () Sim () Não. Depende de quem? _____

Parte II – Roteiro semi-estruturado

1. Queria pedir para tu me contares como foi para ti a experiência de ficar grávida?
2. Tinhas alguma idéia, alguma experiência, com relação à gravidez?
3. Ficar grávida era como tu imaginavas?
4. Naquela época, vocês conheciam alguma coisa sobre métodos anticoncepcionais?
5. E o que tu sabes agora, é diferente do que tu sabias antes de engravidar?
6. E vocês fizeram ou usaram alguma coisa pra não engravidar? E hoje?
7. Você lembra como foi quando contou a notícia pra sua família, como eles reagiram?
8. Você acha que o relacionamento com a sua família mudou depois da gravidez?
9. E o pai do teu bebê? Como foi com ele? E hoje, como está?
10. Como tem sido o relacionamento com teu filho desde que ele nasceu?

- 11.** Quem são as pessoas que tu sentes que mais te dão apoio?
- 12.** Tu tinhas algum plano, algum projeto pra tua vida antes de engravidar? E a gravidez mudou algum plano?
- 13.** E hoje, quais são teus planos para o futuro?
- 14.** Como era na escola, com os estudos? Você percebeu modificações depois que engravidou?
- 15.** Você freqüentava posto de saúde, projetos ou outros lugares antes de engravidar?
- 16.** Além do que tu já contastes, o que mais tu achas que mudou na tua vida depois da gravidez?
- 17.** Por que tu achas que esta gravidez aconteceu?
- 18.** O que tu achas que a vinda desse filho significou na tua vida?
- 19.** A partir da tua experiência, o que achas que se pode fazer quando não se quer engravidar?

QUESTIONÁRIO DE IDENTIFICAÇÃO DA REDE SOCIAL E MAPA DE REDES

1. Quem são as pessoas da tua família? Você tem outros parentes que antes ou depois da tua gravidez foram próximos a ti?
2. Quem eram os teus amigos antes de engravidar? Surgiram outras amizades daquela época até hoje?
3. Na escola, quem eram as pessoas que tu tinhas mais contato?
4. Tu tinhas ou passaste a ter contatos com profissionais da saúde ou de outras instituições?
5. E na vizinhança, quem eram as pessoas que tu tinhas mais contato antes de engravidar? Surgiram outras pessoas daquela época até hoje?
6. Além do pai do seu bebê, você lembra de mais alguém que foi ou é importante pra você?

Instruções para a Construção do Mapa de Redes:

Eu vou te falar o nome da pessoa e tu vais me mostrar onde eu devo anotar o nome dela. Imagine que tu és esta bolinha preta. Tu vais colocar mais perto de ti, se for uma pessoa muito próxima, íntima. Aqui no meio se for uma pessoa que tu tens contato e mais distante se for mais afastada. Tens alguma dúvida? Podemos começar? Esse primeiro mapa nós vamos fazer sobre a época antes da gravidez, então tente lembrar como era a tua relação com as pessoas naquele período (o mesmo para o período da gravidez e momento atual).

Apêndice 3



**Universidade Federal de Santa Catarina
Centro de Filosofia e Ciências Humanas
Programa de Pós-Graduação em Psicologia
Curso de Mestrado em Psicologia**

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Meu nome é Rejane de Farias e estou desenvolvendo uma pesquisa que tem como objetivo compreender as repercussões da gravidez em adolescentes de 10 a 14 anos em contexto de vulnerabilidade social. O trabalho é orientado pela Prof^ª Dra. Carmen Leontina Ojeda Ocampo Moré, da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Este estudo é necessário e relevante, pois poderá auxiliar os profissionais das equipes de saúde a desenvolver trabalhos junto aos adolescentes, tanto para a prevenção da gravidez, quanto para o atendimento das adolescentes que ficam grávidas.

Informo-lhe que entrei em contato com sua família através do posto de saúde para convidar sua filha para participar da pesquisa. Caso você autorize gostaria de realizar uma entrevista sozinha com ela, no local que for melhor para vocês. A entrevista será gravada, mas seguindo os preceitos éticos asseguramos que a participação será absolutamente sigilosa e voluntária, não constando nome ou qualquer outro dado que possa identificá-la.

Vocês têm a total liberdade para recusar sua participação, assim como solicitar a exclusão de seus dados, retirando seu consentimento sem qualquer penalização ou prejuízo. Deixamos em continuação telefones de contato da pesquisadora responsável na UFSC, para qualquer informação que você considere necessária. Fone: 3331-8579 ou 3331-8214. Agradecemos a participação de vocês, enfatizando que a mesma vai contribuir muito para a construção de um conhecimento atual nesta área.

Tendo ciência das informações contidas neste Termo de consentimento, eu _____ portador do RG No. _____, e responsável pela adolescente _____ declaro que a mesma concorda em participar deste estudo e, sendo assim, autorizo sua participação, bem como a utilização, nesta pesquisa, dos dados que forem fornecidos pela adolescente.

Florianópolis, ____ de _____ de 200__.

Carmen Leontina Ojeda Ocampo Moré
Pesquisadora Responsável (Orientadora)

Rejane de Farias
Pesquisadora Principal (Mestranda)

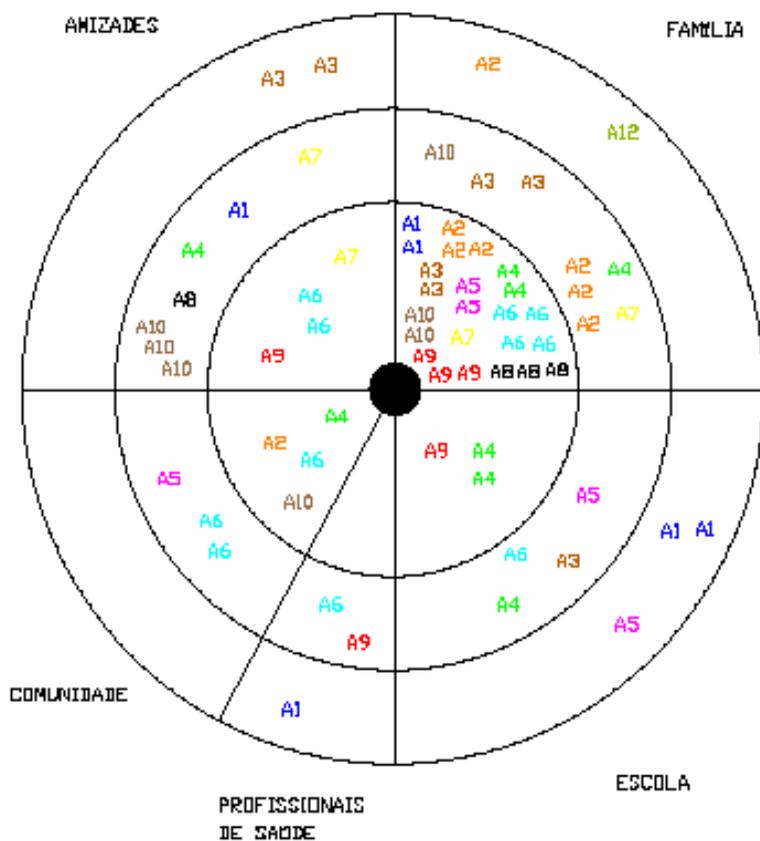
Apêndice 4

Quadro 1 – Dados Sociodemográficos e Outras Informações.

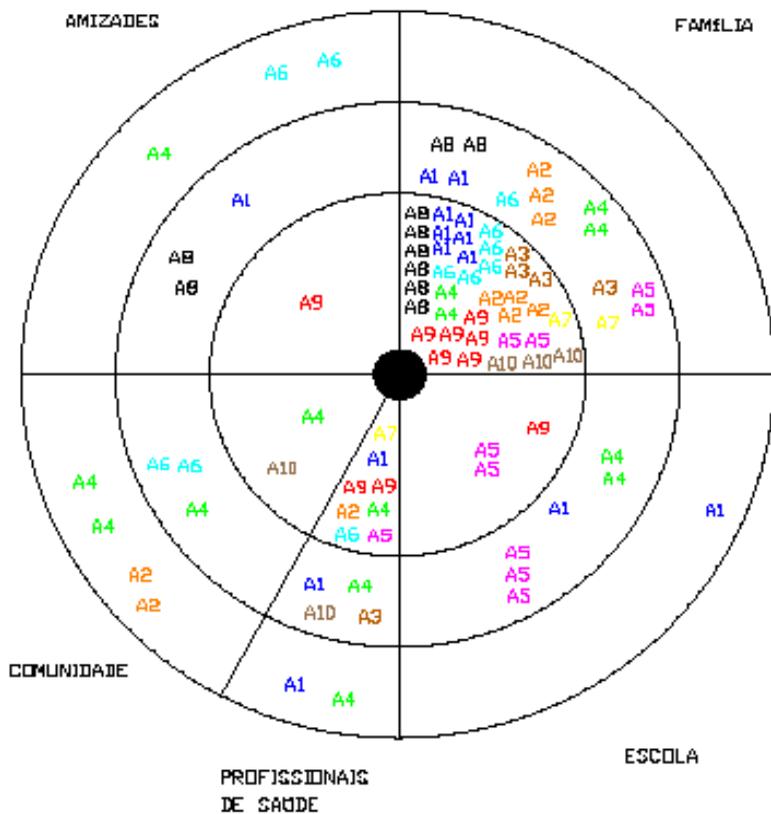
Nome	Janaína	Juliana	Miriam	Leila	Tatiane	Luane	Paola	Samara	Melissa	Sônia
Idade Atual	15 anos	16 anos	18 anos	18 anos	18 anos	16 anos	17 anos	17 anos	18 anos	18 anos
Idade que ficou grávida	13 anos	14 anos	14 anos	14 anos	12 anos	14 anos	14 anos	14 anos	14 anos	14 anos
Número de filhos	1	1	1	1	2	1	1	1 (espera o 2º)	1	2
Tipo de parto	Normal	Normal	Cesariana	Normal	Normal	Cesariana	Normal	Cesariana	Normal	Normal
Idade dos filhos	1a 4m	1a 11m	3ª	3a	3a 11m e 1a	1a	2a	3a	3a	3a e 2m
Vive com o pai da criança?	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
Já vivia com o marido antes da gravidez?	SIM	SIM	SIM	NÃO	NÃO	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM
Trabalho da adolescente	Não está trabalhando	Não está trabalhando	Não está trabalhando	Serviços Gerais	Não está trabalhando	Não está trabalhando	Balconista	Auxiliar de produção	Fábrica	Não está trabalhando
							(R\$ 548,00)		(R\$ 515,00)	
Trabalho do marido	Não especificou	Construção civil	Construção civil	Carpinteiro	Ajudando de eletricista	Motorista	Azulejista (R\$ 2.000,00)	Trabalha com ar condicionado	Não especificou	Ajudante de marceneiro
									(R\$ 1.300,00)	
Renda mensal do casal	R\$ 600,00	R\$ 1.200,00	R\$ 1.400,00	R\$ 1.300,00	R\$ 600,00	R\$ 1.300,00	R\$ 2.548,00	R\$ 1.300,00	R\$ 1.815,00	Seguro-desemprego

Moradores da residência	Janaína, o marido e o filho	Juliana, o marido e a filha	Miriam, o marido e o filho	Leila, o marido e o filho	Tatiane, o marido e os filhos	Luana, o marido, filha, sogra, cunhado e sobrinha.	Paola, o marido e o filho	Samara, o marido e o filho	Melissa, o marido e o filho	Sônia, o marido e os filhos
Condição da moradia	Alugada	Alugada	Própria	Alugada	Própria	Da sogra	Própria	Própria	Própria	Própria
Escolaridade de da adolescente	1º ano do 2º grau	5ª série do 1º grau	1º ano do 2º grau	2º ano do 2º grau	6ª série do 1º grau	2º ano do 2º grau	1º ano do 2º grau	2º ano do 2º grau	2º ano do 2º grau	5ª série do 1º grau
Estuda atualmente ?	SIM	NÃO	SIM	SIM	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	SIM	NÃO
Gravidez planejada?	SIM	SIM	NÃO	NÃO	NÃO (aborto) SIM (filha)	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
Conhecia métodos contraceptivos antes da gravidez?	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
Idade da mãe da adolescente e quanto teve o primeiro filho	23 anos	Não sabe	18 anos	14 anos	21 anos	19 anos	22 anos	23 anos	20 anos	15 anos

Apêndice 5 – Mapa Geral das Redes Significativas das Adolescentes Antes da Gravidez.



Apêndice 6 – Mapa Geral das Redes Significativas das Adolescentes Durante a Gravidez.



13. ANEXOS

SÍNTESE DAS ENTREVISTAS

Adolescente 1

Janaína, 15 anos, começou a namorar Peter aos 12 anos, quando vivia na casa de sua avó. Os pais da adolescente romperam quando ela nasceu porque a mãe descobriu que ele era casado e tinha família em outra cidade. A mãe formou nova família, mas o padrasto não gostava de Janaína e batia muito nela, razão pela qual a menina foi enviada para morar com a avó. A relação com esta, no entanto, sempre foi marcada por conflitos e aos 13 anos Janaína foi morar com o namorado, na casa da sogra. A mãe pediu que a filha voltasse para a casa da avó e o casal retornou, mas três meses depois saíram novamente em função dos conflitos. Foram viver num quarto e sala, junto da residência da sogra de Janaína.

Durante este período, o casal resolveu que queria um filho, mas escondeu essa informação de todos. Janaína frequentava o posto de saúde, recebendo orientações sobre contraceptivos e continuou pegando comprimidos para “evitar a gravidez”, chegando a tomar um ou outro na frente da mãe para despistar, pois a mesma aconselhava a prevenção. Como os meses foram se passando, sem que Janaína obtivesse sucesso, ela questionou o médico se poderia engravidar, mas sempre negando este plano por medo de levar uma bronca. O mesmo respondeu que o útero dela ainda era de criança e aconselhou-a a não engravidar.

Aos 13 anos, após cinco meses de tentativas, quando ainda vivia na casa da sogra, Janaina conseguiu engravidar. Peter e a sogra ficaram felizes, mas a família de Janaina não reagiu bem à notícia. A mãe ficou triste, chorou e falou “meu Deus, o que tu fez da tua vida?” A avó ficou brava, falou que era mais uma coisa pra incomodar e que Janaina não saberia cuidar do bebê porque era muito nova. A adolescente achou que todos estavam exagerando e disse que o problema era dela. Ficou um mês sem falar com a avó, mas depois todos aceitaram.

A mãe de Janaína chegou a comentar com a filha que sentiu-se culpada por esta ter engravidado cedo. Na sua visão, o fato de ter mandado Janaína morar com a avó, que é uma pessoa muito difícil, precipitou os fatos, sendo que a mãe da adolescente comentou com a mesma que se tivesse lhe criado junto com o pai tudo teria sido diferente. Janaína concordou que os conflitos familiares contribuíram para ela ter decidido morar com o namorado (não se dava bem com a avó e não poderia voltar para a casa da mãe por causa do padrasto).

Segundo a adolescente, o namoro era autorizado e o casal tinha relativa liberdade, de modo que poderiam ter continuado assim por mais tempo.

Janaina iniciou o pré-natal no Posto de Saúde, que encaminhou a adolescente para o Hospital Universitário por tratar-se de gravidez de risco. A revelação de que o bebê seria um menino, através do exame de ultrason, deixou a avó e a mãe muito felizes, mas Janaina ficou um pouco decepcionada, pois queria uma menina para ser sua companheira. A gravidez transcorreu com a família fazendo agrados e providenciando tudo o que adolescente tinha vontade de comer, além de fazer recomendações e simpatias para que tudo corresse bem.

Quando estava com sete meses de gravidez, Janaina teve uma briga com o sogro e mudou-se para uma residência alugada, onde permaneceu até o filho nascer. Janaina continuou estudando até o final da gravidez, mas não foi na formatura porque o filho nasceu um pouco antes do previsto, com 37 semanas de gestação. Segundo a adolescente, ela não sofreu muito para ganhá-lo. Relatou que sentiu bastante dor, mas que era suportável e guardava a dor para si. O filho nasceu roxinho e gelado, necessitando de cuidados médicos. O parto foi acompanhado pela cunhada, porque o marido não podia ver sangue, mas a adolescente pediu constantemente para as enfermeiras verificarem como ele estava, sentindo-se bem atendida pela equipe de saúde.

O teste do pezinho apresentou alterações, mesmo quando repetido e o bebê foi encaminhado ao Hospital Infantil para outros exames que acabaram apresentando resultados normais, mas a adolescente contou que ficou bastante nervosa. Júlio também teve infecção hospitalar e precisou tomar antibióticos. Janaina ficou 15 dias na casa da avó, sendo que esta a auxiliou nas dificuldades com a amamentação, pois Júlio não mamou nem na maternidade, apesar do desejo da adolescente. Segundo a mesma, ele não tinha força para sugar.

A adolescente teve leite até seis meses, os seis ficaram “empedrados” e para retirá-lo passava a mão untada em azeite quente (na visão da adolescente esta técnica, recomendada pela avó, era a única maneira de “desempedrar” e, por isso, não podia dar o seu leite para o filho na mamadeira). A avó ainda recomendou a simpatia de jogar o leite encima do telhado para secá-lo. Júlio passou a tomar NAN que, em função do alto custo, foi substituído por Mucilom com leite de caixinha quando a criança tinha dois meses.

Nesta época o casal mudou-se para uma casa na mesma rua da mãe de Janaina. Enquanto participou dos cuidados com a criança, a família da adolescente se revezou em ficar com Júlio no colo. Segundo ela, o filho só queria ficar no colo de manhoso, porque acredita que só

os bebês que mamam no peito têm cólica. Depois que foi pra casa, Janaina passou a deixá-lo no berço, dizendo “quer berrar, berra”. Só pegava no colo depois de ajeitar a casa. Ela conta que ele chorava muito e ela dizia que era bom pra abrir o pulmão. Chorava até cansar e ficava parado. A adolescente achava que os familiares davam muita manha para o filho e que ela era a única que ensinava, brigava se ele queria bater nos outros.

Janaina conheceu seu pai quando o filho estava com oito meses. Apesar da curiosidade que a adolescente tinha em conhecê-lo, o encontro foi permeado por sentimentos de raiva, angústia e tristeza, por ele não tê-la procurado antes ou ajudado a mãe a criá-la. Atualmente a relação entre os dois está melhor e o pai contribui financeiramente para que o casal possa adquirir a casa para a qual se mudaram após o filho completar um ano. O proprietário da residência deu prazo até janeiro de 2010 para a compra do imóvel e o casal vem guardando dinheiro, sendo que o pai de Janaina vinha depositando um valor mensal numa conta para esta finalidade.

Com relação à escolaridade, Janaina que havia estudado até o nascimento do filho, retornou à escola em 2009, cursando o 1º ano do 2º grau e fazendo planos para concluir o ensino médio em 2010, através de supletivo. Segundo a adolescente, a mãe foi a única que a apoiou neste retorno, uma vez que o restante da família e, em especial, a avó e o marido, foram contrários. Janaina chegou a ameaçar com a separação e o marido acabou cedendo, sendo que no momento da entrevista ele ficava com o menino à noite para que ela estudasse. A relação com os estudos também se modificou bastante, pois ela conta que antes ia pra escola para brincar, prestava pouca atenção, sentava no fundo e fazia bagunça. Quando concedeu a entrevista, relatou que ia com vontade, sentava na frente e queria estudar.

Os planos para o futuro, que antes da gravidez incluíam morar fora com as amigas, estudar e formar uma banda, foram substituídos pelo desejo de prosseguir nos estudos e fazer um curso superior – medicina ou enfermagem. Para tanto, a adolescente cogitou colocar o filho na creche, mas teve receio em função do problema de saúde do menino. Janaina temia que Júlio tivesse convulsões e as professoras não percebessem ou não soubessem como lidar. O casal também pensou na possibilidade de ter mais um filho após 15 anos, quando Júlio já estivesse bem encaminhado, mas Janaina revelou que se o primeiro filho fosse uma menina não teria mais. Até lá, a adolescente fazia planos de continuar tomando a injeção contraceptiva, o que vem fazendo desde que o filho tinha um mês de vida.

No momento da entrevista, Júlio estava com 1 ano e 4 meses e Janaina vivia em união estável com Peter, sendo os três os únicos residentes da moradia alugada. A renda da família era em torno de R\$1.250,00 mensais. Sobre as mudanças provocadas pela ocorrência da gravidez em sua vida, Janaina contou que antes da gravidez achava que seria mais fácil cuidar do bebê e que não haveria mudanças no relacionamento do casal, mas percebeu que o relacionamento entre ela e Peter piorou (apesar do marido não concordar). A adolescente também revelou sentir-se culpada em relação ao filho, pois apesar de cuidar dele o dia todo, achava que se dedicava pouco e deveria abrir mão de todas as outras coisas para ficar exclusivamente com ele.

Janaina também revelou que ficou mais difícil para sair e estudar após a maternidade. Ela disse que estava sentindo falta de sair com as amigas, mas que não podia afirmar que “não aproveitou”, porque começou a sair com 10 anos e foi a muitas baladas. Na época da entrevista, ela tinha com quem deixar o filho para sair com o marido, mas faltava coragem, sentia muita dó e acaba desistindo ou voltando para buscá-lo. Por isso, preferia programas que ele também pudesse ir, como a praia, mas contou que ela não aproveitava nada porque tinha que ficar cuidando dele.

A relação com os familiares também se modificou. Segundo Janaina, sempre houve diálogo com a mãe, tanto que conversou com ela quando resolveu dar o primeiro beijo e ter a primeira relação sexual. Já a avó, nunca conversou sobre nada. Após a gravidez, no entanto, a adolescente revelou que o relacionamento com a família ficou melhor. Ela própria ficou mais calma e brigava menos com os familiares.

Quando concedeu a entrevista, Janaina acreditava que foi o destino que determinou que tivesse filho tão cedo, apesar de reconhecer que não teria engravidado se tivesse evitado. Para ela, estava escrito que precisava ser dessa forma. O filho mudou tudo em sua vida e a tornou-a mais calma e responsável, além de ser uma companhia. A adolescente não se arrependeu de ter tido Júlio, mas se pudesse voltar atrás teria adiado a experiência para a faixa etária dos 25 aos 30 anos, quando já teria concluído os estudos e se estabelecido numa profissão.

Questionada sobre o significado do filho em sua vida, a adolescente afirmou que:

“Ah, pra mim ele é tudo pra mim. Tudo, tudo, a coisa mais importante pra mim, sabe? Assim, tipo assim ó... se ele não existisse, tipo assim, se acontecesse alguma coisa com ele, eu digo que eu

morro, entendeu? (...) Assim, pra mim, ele é a coisa mais importante, sabe, eu dou a minha vida por ele. E tipo assim, se um dia, assim... eu tiver que escolher entre ele e qualquer pessoa, eu escolho ele. Qualquer pessoa... não sei se por causa que a mãe preferiu meu padrasto e eu sei como é que é, tipo assim, mas a mãe sempre me deu todo o apoio, mas só que até hoje ela chora por isso, por ela ter preferido ele, entendeu, quando eu fui pequena. Mas eu digo que ele pra mim é tudo... tudo... Credo, se eu ficar sem ele eu me mato. Eu morro se eu ficar sem ele. Ele é tudo pra mim” (Janaína, 15 anos).

ADOLESCENTE 2

Juliana, 16 anos, começou a namorar Henrique escondida da mãe, que não aprovava o relacionamento “de jeito nenhum”. Segundo a adolescente, a mãe achava que ele era “mulherengo”, só aceitava um namoro à moda antiga (na frente dela, no sofá) e quando as filhas tivessem mais idade – 16, 17 anos. Já o pai permitia e inventava histórias para “despistar” a mãe quando a adolescente queria sair. Juliana contou que as únicas amigas eram suas irmãs, porque a mãe não deixava ter contato com outras pessoas, pois achava que as filhas iam “desencabeçar”, arrumar namoradinho. Juliana ficava em casa e quando saía com Henrique tinha que levar a irmã junto, sendo que ele comprava doces para que a menina não contasse para a mãe dos encontros.

Juliana contou que durante o namoro, Henrique sempre a convidava para “fugir”, até que ela concordou e marcou a data. Ele foi buscá-la na casa da mãe e desceram correndo o matagal logo abaixo, indo viver no município vizinho. Depois de uma semana ligou para a mãe e com a garantia que não ia apanhar, voltou à casa dos pais para conversar e ficou tudo bem. O casal mudou-se para Palhoça e no momento da entrevista viviam numa casa alugada no município de origem.

Quando foi viver com Henrique, a adolescente ainda era virgem, pois a mãe dizia “minha filha, primeiro tu escolha bem o homem que tu vai ficar, pra depois, né, tu dormir com ele, essas coisas”, conselho que Juliana seguiu. Só teve relações sexuais com o marido três dias após ter fugido de casa. Aprendeu sobre métodos contraceptivos numa unidade de saúde e tomou pílula durante dois anos, quando, então, decidiu

interromper o uso por conta própria, segundo ela bastante motivada com a experiência da prima que havia tido um filho.

Juliana passou três meses tentando engravidar e mentia para o marido que tomava a pílula. Chegou a pensar que ele tinha algum problema, pois do seu ponto de vista a gravidez estava demorando a acontecer. Quando teve a confirmação, aos 14 anos, já estava grávida de três meses, sinalizando que a concepção ocorreu imediatamente após a interrupção do contraceptivo. A notícia provocou reações ambivalentes na adolescente, que tinha dúvidas sobre a fidelidade do marido, mas sempre guardou esses sentimentos para si porque a mãe tinha depressão e ela evitava incomodá-la. Os sentimentos de querer e não querer em relação à gravidez foram sendo substituídos pela esperança de que o marido mudasse, o que Juliana afirmou que aconteceu.

Sobre a reação da família diante da notícia da gravidez, Juliana contou que a mãe não queria, disse que era muito cedo e que ela deveria ter aproveitado mais. Para o pai “tanto faz como tanto fez”. Já o marido, tinha saído e voltado tarde para a casa em função de uma briga do casal. Quando a adolescente contou a reação dele foi dizer “Tá, e daí? O que eu tenho a ver com isso?”. Ela diz que chorou e ficou magoada, mas no dia seguinte fizeram as pazes, pois o marido não achava que ela estava falando sério. O restante da família aceitou e deu apoio, apenas pessoas estranhas falavam que ela era louca de engravidar tão cedo, mas os parentes nunca falaram nada.

Sobre os estudos, Juliana contou que estudou até oitavo mês de gravidez e depois pegou licença, retornando quando a filha estava com três meses (Clara ficava com a avó). Na metade do ano, quando cursava a quinta série, a adolescente desistiu porque voltava da escola tarde da noite, buscava a filha na casa da mãe (que ficava num morro) e precisava descer uma escadaria ocupada por traficantes e usuários de drogas. Depois disso, ainda atravessava uma avenida sozinha para chegar a sua casa. A preocupação com o risco diário que ela e a filha corriam fez com que Juliana desistisse, mas no momento da entrevista ela fazia planos para cursar um supletivo e conseguir um emprego.

O marido de Juliana trabalhava fazendo calçamentos e recebia R\$ 1.200,00, no período em que a entrevista foi realizada, ocupação que sempre exigiu que ele passasse alguns dias longe de casa, o que despertava desconfianças e ciúmes em Juliana. Por reclamação dela, ele chegou a trocar de emprego, passando a exercer uma função com horário regular, mas cujos vencimentos eram de R\$ 550,00. A queda no rendimento da família fez com que ele retornasse ao antigo emprego com o consentimento da adolescente.

Com relação à experiência do parto, Juliana contou que começou a sentir as dores e quando chegou à maternidade a bolsa estourou no exame de toque e ela ganhou em seguida. “E daí ganhei bem rapidinho, assim, não sofri nada. Não sofri nada, graças a Deus, correu tudo bem.” A adolescente sentiu-se bem atendida pela equipe, mas ficou triste porque a filha não “pegou o peito”, apesar dos esforços dela e da equipe. Os seios ficaram “empedrados” e machucados, ela relatou que sofreu muito e gritava de dor. Fazia massagens com um pente embaixo do chuveiro, mas levou seis meses para sarar. A filha passou a tomar o NAN, que ela tentou, mas não conseguiu adquirir na assistência social, sendo que o marido passou a assumir a despesa, comprando com desconto no trabalho.

Sobre as mudanças ocorridas em sua vida após a gravidez, Juliana contou que amadureceu e passou a brigar menos com o marido. Segundo a adolescente, antes ela era muito levada, tolinha e criança, acreditava em qualquer coisa que falavam e brigava com o marido por qualquer coisa. Na época em que concedeu a entrevista, ela contou que procurava não ligar para o que os outros falavam e acreditava que muitos parentes inventavam histórias (sobre traições do marido) porque tinham inveja da dedicação dele pela família.

Juliana também disse que o relacionamento com a família não mudou após a gravidez. Os pais continuavam sendo carinhosos com ela e existia solidariedade entre eles quando alguma das famílias precisa de alguma coisa. Com a família do marido também achava que tudo está normal. Apenas o relacionamento de casal que, segundo a adolescente, mudou bastante, porque antes o marido era “desmiolado” e após o nascimento da filha passou a ficar mais em casa.

Antes de engravidar, Juliana contou que não fazia planos, não pensava sequer em namorar. No momento da entrevista, a filha do casal estava com 1 ano e 11 meses e a família residia numa casa alugada, o que despertou na adolescente o desejo pela casa própria. Questionada sobre planos para outro filho, ela contou que o marido até gostaria, mas que para ela a compra de uma casa era prioridade. Embora não tenha se arrependido da gravidez, Juliana disse que se pudesse voltar no tempo, teria adiado a maternidade para uns 18, 19 anos.

Juliana mostrou-se satisfeita com o marido e a filha, com quem se dá bem. Contou que a gravidez aconteceu porque ela quis e que tudo mudou pra melhor em sua vida:

“Ai, tudo... tudo... Deus me livre! Ela é tudo pra mim. Ela é uma companheirinha pra
201

mim. Assim, às vezes eu imagino, meu Deus, de primeiro quando eu era sozinha, ele trabalhava acampado eu era bem sozinha, sabe? Eu ficava sozinha em casa. E agora não. Agora eu tenho ela, né, pra ficar comigo. Ela é tudo pra mim, meu Deus” (Juliana, 16 anos).

ADOLESCENTE 3

Miriam, 18 anos, começou a ficar com Lucas aos 13 anos e logo foi morar com ele. “A gente se conheceu numa semana e ele já pensou em casar”. A adolescente, que tomava pílula desde os 12 anos, acabou interrompendo o uso, pois não acreditava que iria engravidar tão nova. Quando começou a enjoar toda manhã, aos 14 anos, ficou desconfiada e foi fazer um exame, confirmando a gravidez de três meses.

A alegria que sentiu por saber da gravidez misturou-se ao receio de revelar a notícia para a família, especialmente ao pai, que Miriam temia que pudesse ficar triste com ela. A preocupação baseava-se na experiência da irmã, que foi mãe solteira, uma vez que o namorado não assumiu o bebê. Assim, o marido, que após o “choque” inicial também ficou feliz, ajudou a adolescente a dar a notícia aos pais dela. Contrariamente a expectativa da adolescente, os pais aceitaram com certa facilidade, o que ela acredita que aconteceu por ela já estar “casada”.

A mãe, no entanto, perguntou à filha porque ela não havia se cuidado e comentou que ainda era muito nova. Miriam contou que interpretou essa fala como se a mãe não quisesse que ela tivesse o filho, o que provocou na adolescente um sentimento de rejeição em relação à sua gravidez. “Minha mãe não quer que eu tenha esse filho (...) eu não quero mais esse filho”. Apesar desses sentimentos, Miriam contou que nunca pensou em abortar e mais tarde, numa conversa com a mãe, esclareceram o mal entendido, com a mãe explicando que não queria que ela “tirasse” o filho, mas que ela tivesse se cuidado. Após esses acontecimentos, todos ficaram felizes, especialmente quando souberam que o bebê seria um menino, já que só havia mulheres na família da adolescente.

Em função da gravidez de Miriam ser considerada de risco, ela foi acompanhada na Maternidade Carmela Dutra, que também procurou no final da gravidez, assim que começou a sentir dores. Segundo a adolescente, ela foi colocada no soro e recebeu orientação de voltar para

casa. Quando compareceu à consulta na semana seguinte com sua médica, a mesma afirmou que a equipe não devia ter feito isso, orientando a adolescente a retornar para a maternidade assim que sentisse algo. No início do nono mês teve um pouco de sangramento. A bolsa já havia rompido, mas Miriam não percebeu porque confundiu com urina.

A adolescente contou que foi para a maternidade, sentiu muita dor e passou a noite toda esperando por um parto normal. Quando fez um exame na manhã seguinte, a médica que havia lhe acompanhado durante toda a gravidez se assustou e fez uma cesariana. O bebê não chorou quando nasceu e a adolescente disse que teria perdido o filho se o parto tivesse demorado mais. Miriam passou mal e vomitou bastante, mas sentiu-se bem assistida pela equipe.

O período seguinte transcorreu sem dificuldades, Miriam contou que ter cuidado da sobrinha ajudou bastante, apesar de ter se surpreendido por achar que seria mais fácil cuidar do filho. Ela explicou que dava mama, cuidava, brincava e levava a sobrinha para passear, mas quando estava doente era a mãe que cuidava e ela quase não prestava atenção. Quando teve seu filho percebeu que “mãe fica com medo” e que a experiência era diferente. Ela diz que apanhou um pouco e aprendeu que nunca se sabe tudo, sempre é possível aprender um pouco mais. A mãe e irmã também estiveram presentes neste momento, dando apoio e ajudando no que era necessário.

Quando Célio estava com três meses de vida, a mãe da adolescente faleceu inesperadamente, de problemas cardíacos. Ela contou que foi muito difícil e não sentia mais vontade de cuidar do bebê. A irmã conversava com ela e dizia que a mãe gostaria que ela cuidasse de Célio. Miriam contou que ficou muito mal uma semana, cuidava do bebê, mas “sem aquele carinho todo”. Aos poucos foi voltando ao normal e no momento da entrevista, apesar de sentir muita falta e saudade da mãe considerava-se bem, sendo que ficou mais próxima e amiga da irmã.

Miriam também passou por alguns sustos com Célio, quando levou-o em uma médica para tratar uma afta e ela, ao auscultar o menino, disse que ele estava com “sopro no coração”. A adolescente marcou uma consulta com um cardiologista pediatra, que descartou o diagnóstico, mas ela contou que ficou muito assustada com a possibilidade de que o filho também pudesse estar com problemas cardíacos. “*A gente fica preocupada, imagina, a minha mãe já faleceu por causa do coração. A gente... meu Deus, não queria que acontecesse isso com o meu filho, né?*”.

A adolescente relatou que, na época em que concedeu a entrevista, seu relacionamento com o filho era bom, ela não achava difícil cuidar dele, principalmente porque ele já estava maior e mais independente. Ela contou que a relação incluía carinho, conversas e abraços. A satisfação também estava presente no relacionamento com o marido, que era eletricitista e trabalha fora o dia inteiro – a família vivia em casa própria com renda de R\$ 1.400,00 do trabalho dele. Segundo Miriam, o marido passou a ficar mais em casa após o nascimento do filho e o relacionamento dos dois melhorou.

O casal, que antes brincava que iria ter dois, três filhos, passou a considerar que um só estava bom. Miriam achava que ter um casal seria legal e que o marido ficaria feliz se ela engravidasse novamente, mas a adolescente se preocupava com a violência e as dificuldades para se criar um filho. Assim, procurava se cuidar tomando a pílula porque não confiava na injeção – segundo ela, a irmã engravidou novamente fazendo uso de injeção. Também tinha vontade de ter uma casa nova, porque a deles estava muito velha.

Questionada sobre planos de vida, ela disse que antes de engravidar não pensava muito nisso, apenas queria estudar e cursar uma faculdade, meta que foi mantida – fazia planos para cursar pedagogia. Miriam fez supletivo de quinta a oitava e, no momento da entrevista, cursava o primeiro ano do segundo grau, à noite, enquanto Célio ficava com a sogra e o marido. Ela contou que gostava de estudar, mas quando engravidou acabou despertando a curiosidade dos colegas porque era muito nova e o excesso de perguntas constrangedoras a fizeram desistir. “De tanto que eles perguntavam, queriam saber como que eu engravidei, perguntavam coisas assim sem noção. Aí eu parei de estudar, porque eu não queria mais, não queria nem passar na frente da escola.”

Assim, a adolescente parou de estudar no começo da gravidez e voltou a estudar depois que o filho fez três anos, porque quis cuidar dele. Chegou a colocá-lo na creche aos dois anos para poder trabalhar e pagar o supletivo. Apesar de ter ficado atrasada, Miriam achou que a relação com os estudos melhorou depois que ela ganhou bebê, porque ela passou a compreender que tinha que estudar para conseguir uma coisa boa, para ir pra frente, poder comprar coisas para a família e cuidar do filho. Apesar de não ter se arrependido da gravidez, que ela considerou a melhor coisa que já lhe aconteceu, se pudesse voltar atrás no tempo, a adolescente teria terminado os estudos e deixado a maternidade para o período em que concedeu a entrevista, quando já teria emprego fixo.

A ocorrência da gravidez, que Miriam atribuiu à falta de cuidado e expectativa de que seria fácil cuidar do bebê, fez com que ela tivesse que mudar. “Não por obrigação, mas a gente muda, quando a gente vê, a gente muda”. Ela contou que passou a pensar primeiro no filho quando ia fazer qualquer coisa. Mas a mudança que a adolescente considerou mais importante foi em relação à liberdade perdida. Antes podia sair bastante, ir aonde quisesse. Quando concedeu a entrevista era raro o casal sair, geralmente o filho queria ir junto e eles davam preferência para programas onde pudessem levá-lo. Apesar disso, Miriam considerou que ela e o marido estavam mais próximos e seu relacionamento melhorou, sendo que Célio trouxe muita alegria.

“Ah, ele é tudo, né? Porque, antes, assim, ele e a minha mãe, né? Porque pai, também, mas não é igual amor de mãe, né? E agora pra mim ele é tudo, a única coisa importante, tem minhas irmãs, tudo, mas ele é a coisa mais importante pra mim, ele é o principal. Eu dou tudo por ele, dou minha vida por ele, ele é a coisa mais importante. A única coisa que eu tenho, assim, é a única coisa que é minha. Que tem a minha mãe, eu sei que tem o meu marido, mas... pra mim ele é a única coisa mais importante, fazer qualquer coisa por ele” (Miriam, 18 anos).

ADOLESCENTE 4

Leila, 18 anos, começou a namorar Fábio com 13 anos, sendo que o casal namorou durante seis meses. A adolescente, que freqüentava um programa socioassistencial no turno oposto à escola, contava com a ajuda de um irmão para enganar a família, dizendo que ia pra esse programa, enquanto desviava o caminho para se encontrar com Fábio na casa da mãe dele. Ela contou, no entanto, que esses encontros não eram muito freqüentes e que o casal fazia uso de preservativos (não usava a pílula porque ela tinha medo que os pais descobrissem), sendo que até hoje não entendiam como a gravidez ocorreu, pois nunca esqueceram. Ela se encontrava com o irmão no horário de saída do programa e eles retornavam juntos para casa.

Ainda sobre este período, ela contou que a primeira relação sexual deles foi a primeira vez dos dois, “marinheiros de primeira

viagem”, como diz Leila. Como ela não teve sangramento, Fábio desconfiou que Leila não fosse realmente virgem. Ela ficou magoada e ofendida, conversou com uma professora que explicou que isto podia acontecer e juntas encontraram e imprimiram um material da internet com todas as explicações. Leila entregou tudo para Fábio, que leu, entendeu e desculpou-se pelo mal entendido.

Quando desconfiou da gravidez, o casal foi (escondido) até uma unidade de saúde em busca de um exame. Leila quis entrar sozinha e foi atendida por uma enfermeira que, pensava, iria lhe dar uma bronca, mas ao contrário, recebeu apoio e até hoje essa profissional é a única pessoa com quem a adolescente aceitava fazer o preventivo. Foi Fábio, na época com 17 anos, que buscou o resultado do exame e conforme combinado anteriormente com Leila, chegou à escola dela de bicicleta, balançando o papel, enquanto ela estava na sala de aula. Leila, que estava com 14 anos, contou que ficou apavorada.

Confirmada a gravidez, a reação de Leila foi sair de casa, indo morar na casa de Fábio, mas inicialmente não contou o porquê desta atitude à sua família. A mãe passou mal e teve que ser levada ao hospital em função de problemas cardíacos. No outro dia a adolescente falou da gravidez e a mãe não sabia se chorava de felicidade ou de tristeza, mas deu muito apoio para o casal, providenciando móveis e boa parte do enxoval do neto. O pai de Leila deu “Graças a Deus” porque ela estava saindo de casa, que era uma a menos para comer. Leila contou que o pai nunca a suportou, pois ela sempre defendeu a mãe quando ele, bêbado, tentava agredi-la.

Os pais de Leila se separaram quando ela estava com dois meses de gravidez, segundo a adolescente, porque ele não suportou ver que Leila e seu marido continuavam a proteger a mãe – ficavam em casa com ela ou levavam-na para a casa deles. A mãe de Leila voltou a casar e a adolescente deu-se muito bem com o padrasto, que ajudava nos cuidados com o filho e em tudo que era preciso, além de tratar bem a mãe.

A sogra também reagiu mal à notícia, principalmente porque não aprovava o namoro de Leila e Fábio (divergências religiosas). Leila contou que ela queria mandar o casal para Concórdia porque lá eles iriam ver o que era sofrimento e criariam juízo. Foi a mãe de Leila quem disse que não havia feito filha para sofrer e ajudou o casal a se organizar, auxiliando Fábio a buscar trabalho, e conseguindo móveis e roupas para o bebê.

Como a convivência entre Leila e a sogra não era boa, depois de um mês o casal foi viver no porão da casa da mãe da adolescente, onde

residiam quando o filho nasceu. Leila contou que este começo foi muito difícil porque tanto ela quanto o marido eram menores de idade e não podiam pegar empregos “fixados”. Para se sustentar, ela trabalhou grávida em duas casas (como faxineira) e o marido ganhava pouco num programa de primeiro emprego que oferecia uma bolsa para dar monitoria em colégios. A mãe de Leila foi a única pessoa que apoiou o casal neste começo, ajudando Fábio a pagar o transporte para fazer o curso obrigatório para conseguir a vaga neste programa. Segundo a adolescente, o que ganhavam só dava pra comer e comprar algumas coisas pra Theo.

A experiência do parto foi assustadora para Leila. Após o rompimento da bolsa, ela sentiu muita dor e procurou a maternidade. Como já havia feito um exame de toque em momento anterior, e tendo considerado a experiência horrível, ela recusou-se a ser examinada dizendo “eu não quero que ninguém fique mexendo em mim”, o que gerou algumas discussões entre ela e o médico de plantão. Durante o trabalho de parto, que foi acompanhado pelo marido, a adolescente desmaiou duas vezes e falou coisas sem sentido. Após sofrer a noite toda com contrações, uma médica que chegou pela manhã determinou que ela fosse levada imediatamente para tentar o parto normal ou seria realizada cesariana. O filho acabou nascendo de parto normal, sem que o exame de toque fosse realizado.

O período de pós-parto também foi bastante difícil para Leila. Ela contou que depois de três ou quatro dias começou a sentir muitas dores nos pontos e precisou ficar sentada num travesseiro de penas. Os seios também produziram grande quantidade de leite, deixando a adolescente dolorida. Ela disse que só não teve figo porque cuidou muito. Ao relatar a experiência da maternidade, Leila repetiu expressões como “sofri pra caramba” e “sacrifício”, acrescentando:

*“É por isso que eu digo, eu não quero mais filho, pelo amor de Deus. Porque já tá difícil pra criar um, a gente não pode dar tudo que quer. Imagina dois, três... Sofri, sofri, sofri. E eu aviso as meninas ‘não faz filho, não faz filho... vocês vão sofrer, vocês vão ver’”
(Leila, 18 anos).*

Após nascer, Theo ainda precisou de cuidados especiais porque teve bronquite. Leila disse que a internação foi muito difícil, pois ela nem sabia colocar fraldas direito. Também sentia muito cansaço, pois

não tinha ninguém da família para revezar, passando a noite em claro por causa dos procedimentos e sendo repreendida pelas enfermeiras do dia porque cochilava e às vezes não percebia o filho chorar. A adolescente também acabou adoecendo e foi medicada pela equipe (“pontada no pulmão”). As incursões ao Hospital Infantil se tornariam uma constante na vida da família, uma vez que Theo desenvolveu asma e faz uso regular de medicação. De vez enquanto entrava em crise e precisa ser levado ao hospital.

Quando Theo estava com dois meses, o casal comprou “uma casinha velha, caindo aos pedaços”, em frente à casa da mãe de Leila. A residência ficava no morro, bem acima da escadaria, que era ponto de drogas. Ela contou que os “drogados” quebravam as lâmpadas dos postes e à noite não se enxergava nada. “Se achar que é bandido, eles te atiram, não tão nem aí. Então é um sobe e desce de drogado na escada. Tu não pode sair, das nove, dez horas, tu não sai mais de dentro de casa, porque é aquele sobe e desce e aquele cheiro de droga.” Questionada sobre uma possível emergência com o filho, ela contou que você tinha que arrumar um carro, porque se chamasse a polícia sem avisar os traficantes, eles quebravam toda a sua casa.

Além dessa situação, os moradores também enfrentavam o problema de falta de água, pois a rede de abastecimento não chegava até as casas. Segundo Leila, eles acordavam de madrugada para instalar mangueiras numa caixa e puxar água com motor. Ela relatou que uma vez ocorreu um tiroteio em frente à sua casa. A casa da mãe já estava cheia e Fábio levou Leila e o filho para dentro do banheiro para conseguir protegê-los (a casa era de madeira e o banheiro de alvenaria), sendo que dormiram lá naquela noite. Ela conta que ouviu muita gente gritando e correndo. Quando saíram viram pessoas mortas e um homem estava cheio de tiros, com os braços e pernas quebrados e torcidos. “Aquilo dali não é vida. É muito sofrido tudo ali. Na frente da minha casa”.

O casal vendeu a casa, colocou o dinheiro no banco e vinha pagando aluguel numa residência composta por um quarto e sala, no momento da entrevista. Ela precisou desfazer-se do berço de Theo por falta de espaço e ele dormia no sofá. Apesar da insatisfação por pagar aluguel porque, segundo ela, era um dinheiro perdido que poderia ser investido, ela sentia-se mais segura e satisfeita por não morar mais no morro. “Lá acima só quem não tem condições de uma vida melhor, de pagar aluguel porque lá, não dá. Quem não pensa em ir pra frente ou não tem condições de ir pra frente pra ficar lá”. Além de Leila, sua mãe e a sogra também já deixaram de residir no morro.

Quando Leila falava sobre os cuidados com o filho, ficava evidente a participação de sua mãe na vida de Theo. A adolescente contou que o menino foi amamentado ao seio até dois anos e meio, sendo que ela sentiu muitas dificuldades para efetuar o desmame. Após algumas tentativas sem sucesso, ela acabou deixando o filho com a mãe durante um mês (só o via quando ele estava dormindo de modo que ele não a visse), para que ele parasse de querer mamar. Os seios começaram a rachar em função do leite que se acumulou e a adolescente contou que sofreu bastante. A criança também teve dificuldades para se adaptar na creche, chorava muito e os responsáveis foram chamados várias vezes para buscá-lo antes da hora. No momento da entrevista, Theo estava com três anos e já havia se acostumado com a creche, ficando o dia inteiro. Leila achou que ficou mais fácil cuidar dele, porque na creche as professoras ensinavam a guardar os brinquedos e ele estava mais obediente.

Theo também demonstrava muito afeto pela avó e padrasto, não saindo da casa deles, o que às vezes deixa Leila com ciúmes, especialmente porque o filho não a obedecia. Ela fica magoada, a mãe e o marido diziam que era porque ela dava muita “barda” e nunca dizia “não” para ele. Leila contou que após o nascimento do filho, tornou-se mais próxima da mãe, que antes não conversava muito com ela, mas na época em que a entrevista foi realizada, as duas não tinham vergonha de falar o que sentiam. Também se sentiu mais próxima dos irmãos que, segundo ela, foram crescendo juntos e se apoiando.

Com relação ao casamento, ela disse que não tinha do que se queixar, pois Fábio era um bom marido, trabalhador e dedicado. O relacionamento entre eles modificou-se bastante após a vinda de Theo. Leila contou que antes ela era uma criança, falava besteiras, brigava por qualquer motivo, fazia escândalos e não tinha responsabilidades. “Às vezes eu chegava oito horas, ficava na casa da vizinha, passeando. Bem fora de si, sabe? Sem responsabilidade. E daí às vezes eu fazia a janta, às vezes eu não fazia. Daí sempre bem desnordeada, sabe?”. Ela contou que agora sabia que tinha que ajudar para ir pra frente. Depois que mudou de atitude, ela disse que Fábio, que às vezes chegava em casa, não a encontrava e ir para o bar, também mudou e passou a ficar mais com a família, sendo que no momento da entrevista o casal estava bem.

Ainda sobre as mudanças provocadas pelo nascimento do filho em sua vida, Leila disse sentir muitas dores no corpo, fazendo uso constante de analgésicos. Segundo ela, antes não tinha dor nenhuma, os problemas surgiram porque ela mexia muito na água quando estava grávida de Theo e ficou com este problema. Ela revelou que o

nascimento do filho tornou-a mais responsável e cuidadosa no trato com as pessoas. “Antes falava na cara dura, assim, eu era muito fria. (...) Agora não, eu falo as coisas sem magoar as pessoas.”

Com relação à escola, Leila estudou até o oitavo mês de gravidez e contou que foi ficando difícil porque começou a inchar, suas roupas não serviam mais e ela sentia-se constrangida e com dores nas pernas. Concluiu a sexta série e quando Theo estava com um ano começou a sétima e oitava supletivos. Fábio entrou na oitava e vem estudando junto com Leila, sendo que Theo fica com a avó materna no período em que os dois estão na escola (pela noite). A adolescente contou que é difícil estudar cansada do trabalho, mas que eles têm acompanhado.

Antes de engravidar, Leila não pensava sequer em namorar porque não queria casar e ter filhos. Ela já havia feito curso de informática e manicure, seu desejo era trabalhar num escritório, meta que continuava buscando. No momento da entrevista, ela recebia R\$ 500,00 trabalhando com limpeza numa empresa, mas já tinha vaga assegurada como atendente, assim que concluísse o segundo grau e passaria a receber R\$ 2.000,00. Ela estava cursando o supletivo e devia concluir o ensino médio neste ano. Leila também não via a hora de comprar uma casa. O marido, que ganhava R\$ 800,00 como carpinteiro, dizia que ainda não dava e ela fazia planos para começar a construir em meados de 2010, quando já estaria ganhando melhor. O casal decidiu que não queria mais filhos e fazia uso de preservativo e anticoncepcional (pílula).

Leila contou que a gravidez foi fruto da falta de reflexão, própria da adolescência, como ilustra sua fala:

“Não é por falta de experiência que a minha mãe sempre falou. Mas eu acho que ser adolescente, assim, fazer as coisas sem pensar, não pensar no que vai acontecer amanhã, né? Que os adolescentes fazem hoje e começam a pensar amanhã. Pensam tudo depois” (Leila, 18 anos).

A adolescente se arrependeu de ter engravidado, no momento da entrevista, menos do que antes, mas sentia falta de sair. Ela considerava que a vida de casada também não era fácil, pois requeria paciência e compreensão, mas avaliou que amadureceu.

Apesar de todo o sofrimento e das dificuldades, Leila referiu-se ao filho com carinho quando questionada sobre o significado que ele tinha para ela, conforme relato:

“Ah, o Theo? Ah, é uma coisa assim que, sei lá. Se eu perder ele eu acho que eu perco a minha vida junto. A minha vizinha aqui perdeu o menino dela com dois anos, que ele tinha leucemia, né? Então eu vejo assim, eu disse meu Deus, dá até uma vontade de chorar. Ela chorava tanto, tanto, que parecia que ia morrer junto com ele. E a gente nem imagina que vai ter esse afeto, assim, que... né? E daí eu digo, daí o meu marido pergunta ‘ah, parece que tu gosta mais do Theo do que de mim’ ‘é claro que eu gosto mais do Theo’ (risos) ‘Tá ficando louca?’, não sei o quê. ‘Claro, primeiro ele, depois tu, depois a mãe’ (risos) O pai e a mãe ficam por último. (...) Que o meu marido que botou o nome dele. Eu disse ‘não, tu não vai botar Theo, que não sei o quê, que não sei o quê’ E acabou que o Theo pra mim, assim, é tudo, eu não posso perder de vista, senão... e eu nem imaginava que ia ter todo esse afeto por ele. Não dá nem pra explicar” (Leila, 18 anos).

ADOLESCENTE 5

Tatiane, 18 anos, namorou três meses com Evandro e foi viver com ele aos 12 anos, após engravidar pela primeira vez, quando não fazia uso de anticoncepcionais. Todos reagiram bem diante da notícia, inclusive Evandro que foi o primeiro a desconfiar da gravidez porque ela enjoou de um perfume que ele estava usando. Quando Tatiane e sua mãe foram até o posto de saúde, os profissionais ofereceram um remédio abortivo, dizendo que como ela estava no começo da gravidez poderia interromper. A adolescente não quis mais pisar no posto e só aceitou fazer o pré-natal em outra unidade de saúde.

A gravidez transcorreu com certa dificuldade porque a adolescente tinha dificuldades para se alimentar, “não parava nada no

estômago”. A médica chegou a sugerir uma internação, mas a adolescente não aceitou. No quarto mês de gestação, aos 13 anos, Tatiane teve um aborto espontâneo. Ao falar sobre esse assunto, ela ficou com os olhos cheios de lágrimas e contou que levou um grande susto na casa da sogra, quando uns parentes dispararam tiros para o alto (por brincadeira). Ela sentiu a bolsa romper e a água escorrer. Quando foi no banheiro, desceu uma bola de sangue e ela pode ver a criança. Foi atendida no hospital em função do sangramento que não cessava e dois dias depois voltou para casa.

Após o aborto, a adolescente chegou a tomar injeção contraceptiva, mas interrompeu porque sentia vontade de repor a perda do primeiro filho. Em três meses estava grávida novamente. A gestação de Micheli foi tranquila, ela nasceu no prazo, de parto normal e Tatiane sentiu-se bem atendida pela equipe médica. A adolescente não achou difícil cuidar da filha porque, sendo a segunda de oito filhos, já havia ajudado a criar os irmãos, principalmente os três menores. Enquanto os pais catavam papelão, ela fazia comida e cuidava dos mais novos. A mudança maior foi dar de mamar e levantar de madrugada para cuidar, porque ela só cuidava dos irmãos durante o dia.

Sobre a escola, Tatiane contou que era uma aluna regular até reprovar na sexta série. Quando recomeçou engravidou e foi ficando difícil estudar porque sentia dores. Estudou até o sétimo mês de gravidez e depois continuou em regime domiciliar. Só que desistiu porque não conseguia entender a matéria sozinha e não conseguia fazer as provas. Chegou a retornar quando Micheli estava com dois anos, cursando um supletivo, mas desistiu faltando poucas semanas para terminar porque engravidou novamente (não se cuidou num período que trocou de pílula). Ela diz que pretende voltar a estudar, pra poder incentivar os filhos e conseguir um emprego melhor.

A adolescente chegou a trabalhar em dois momentos: quando Micheli tinha um ano e pouco e depois dos dois anos. Ela trabalhava como servente. Saiu porque achava o serviço muito pesado e não estava dando atenção para os filhos. Achou melhor porque se ficasse trabalhando não ia ver o crescimento deles. Quando concedeu a entrevista, ela, o marido e os filhos viviam num morro onde o tráfico de drogas e a violência eram presenças constantes (a pesquisadora precisou ser acompanhada por duas agentes de saúde no local). Evandro trabalhava como ajudante de eletricista e ganhava cerca de R\$ 600,00 por mês, enquanto ela ficava em casa cuidando das crianças. O casal achava que dois filhos estava bom, porque o custo de vida estava muito

alto, sendo que Tatiane tomava injeções anticoncepcionais porque achava o comprimido fácil de esquecer.

Tatiane contou que a vida mudou totalmente depois dos filhos, ela passou de adolescente à mulher, e ao invés de fazer um serviço, fazia vários. Não se arrependeu de ter engravidado e acha que aconteceu porque ela quis, foi atrás. Lembrou-se de uma passagem, quando o marido perguntou se ela queria estudar ou ter um filho e ela preferiu a segunda opção, para poder ter uma companhia. Mas se pudesse voltar no tempo, ela teria deixado a maternidade para um pouco mais tarde, em torno dos 15 anos, porque já teria terminado metade dos estudos. A adolescente, que não fazia planos para o futuro antes de seus filhos nascerem, disse no momento da entrevista que pretendia “levar a vida do jeito que leva” e que pretendia dar bom estudo aos filhos, apesar de achar que não adiantava querer dar mais porque não teria.

O relacionamento com a família também mudou, de acordo com seu ponto de vista. Os parentes dela e do marido mostraram-se mais próximos, dando apoio quando o casal necessitava. Mas o carinho do marido, que antes era pra ela, foi para os filhos. Quanto ao pai de Tatiane, ela contou que ele ficava brabo se ela brigava ou dava umas palmadas em Micheli, dizendo que não adiantava bater e tirando-a do castigo quando os pais colocavam. Em relação ao marido, Tatiane disse que Evandro era um pai amoroso, que dava bastante carinho e às vezes mimava demais os filhos. Também sentia que ele dava mais atenção para as crianças do que para ela. “Antes a atenção era toda pra mim, agora eu tenho que dividir com eles. O resto não mudou muita coisa não”.

Sobre o relacionamento com a filha, Tatiane mostrou concordar com o marido quando disse que elas não tinham um relacionamento de mãe e filha, mas sim de irmãs. “... quando eu começo a falar de alguma coisa, nós discutimos, nós duas”. Ela disse que também tentava ser amiga da filha e esperava fazer por ela o que sua mãe fez e um pouco mais. Segundo a adolescente, sua mãe explicava que tinha que se cuidar quando namora, mas a adolescente escondeu coisas da mãe quando começou a namorar por medo de levar um puxão de orelha. No momento da entrevista, pensava que se tivesse contado, a mãe poderia ter lhe ajudado, porque informações estão disponíveis na televisão, adolescente só engravidada se quiser.

Tatiane achou que a vinda dos filhos mudou sua vida pra melhor, e modificou principalmente seu modo de pensar. Enquanto antes pensava em festa, no momento da entrevista mostrou-se preocupada em dar o melhor pra eles, dizendo que a mulher que não se modifica é

porque não gosta dos filhos. Questionada sobre o significado de Micheli para ela, Tatiane disse que “Ah, tudo, né? Ela é tudo pra mãe, né filha? Isso aqui é... tudo o que a gente quer, os filhos, né?”.

A respeito da maternidade, ela ainda ressaltou que não concebia tirar um filho e acrescentou que:

“a maternidade depois que acontece não vale a pena tirar, né? Eles não pediram pra vim. Se eles viessem “ó, eu quero vir, eu quero nascer, quero que vocês me façam...”, daí podia, mas eles não pedem. A gente faz porque quer ou porque não pensa lá na hora. Mas... que, pense depois que ta feito não adianta tirar. Que... bastante gente diz pra tirar. Eu já desde ali, eu cansei de pensar que no dia que eu ficasse grávida de novo eu tirava. Só que não... não. A gente não pensa nisso. A gente vê tanta gente que quer filho e não pode, aí joga fora, mata. Então, meus filhos são tudo pra mim” (Tatiane, 18 anos).

ADOLESCENTE 6

Luana, 16 anos, namorou Bruno durante dois anos, “um namoro bem tranquilo”, com aceitação das duas famílias. Apesar de ter conhecimento sobre métodos contraceptivos não utilizava por medo de que a mãe tivesse certeza que já vinha se relacionando sexualmente com Bruno. Ela disse que a mãe devia imaginar, mas que ela nunca contou. Como a adolescente sempre teve um ciclo menstrual bem regulado, a mãe estranhou o atraso. Um exame confirmou a gravidez, aos 14 anos. A adolescente e Bruno ficaram bastante assustados, mas contou que de certa forma já esperavam porque “quem não se cuida resulta nisso”. Como ela não tomava comprimido, nem usavam preservativos, uma hora ou outra iria acontecer. Ele sempre lhe deu apoio, nunca pediu para “tirar” e propôs casamento.

A mãe de Luana não aceitava de jeito nenhum. Com o pai foi mais tranquilo, deu apoio e disse que podia contar com ele para o que precisasse. Bruno conversou com eles, disse que iria assumir e a mãe começou a aceitar. A adolescente precisou decidir, então, se ficaria na casa dos pais ou iria morar com a família de Bruno. Sua mãe preferia que o casal vivesse com eles, já o pai achava que se ela fez, tinha que

criar. Bruno deixou Luana à vontade para decidir (ele a acompanharia) e a adolescente achou melhor morar com Bruno e sua família, principalmente porque ela e a mãe sempre tiveram alguns conflitos e ela pensou que não daria certo.

O começo foi muito difícil, Luana sentia muita falta do pai, da mãe e de seus irmãos, que ajudou a cuidar para a mãe poder trabalhar. Contou que foi muito bem recebida na casa do marido, mas que não era a mesma coisa que a casa da mãe. Além disso, o irmão de Bruno bebia e a adolescente sentia dificuldades para lidar com esse problema. Quando concedeu a entrevista, ela se considerava bem adaptada, dando-se bem com todos e pensando que fez a melhor opção.

Durante a gravidez, Luana teve pressão alta, engordou bastante e precisou cuidar muito da alimentação. Ela achou que foi difícil para Bruno quando ficou grávida, porque antes o dinheiro era só dele e depois passou a atender as despesas da família, mas contou que o convívio entre eles já era bem intenso e que o marido participou ativamente da gravidez, indo nas consultas e fazendo suas vontades. “Ele chorou no ultrason quando soube que seria uma menina, ficou todo bobo.”

Quando começou a sentir as dores do parto, Luana tinha ido a uma consulta pela manhã, sendo o médico disse que ainda faltavam uns seis dias. Mas quando chegou em casa começou a sangrar muito e o marido a levou para o hospital. Ficou sozinha num quarto porque, segundo ela, não permitiram que o marido entrasse e disseram que iria demorar uma meia hora. Enquanto Bruno buscava a mãe dela, foi realizada uma cesariana (tão rápida que Luana sentiu lhe cortarem) e Amanda nasceu já sem ar. A adolescente explicou que a placenta estourou e ela engoliu partes dela, ficando vários minutos sem respirar e necessitando de reanimação.

Assim, a criança ficou internada por duas semanas, correndo risco de morrer. Teve cinco paradas cardíacas e problemas respiratórios. Ela contou que quando viu a filha, a pequena estava cheia de aparelhos, tinha uma agulha enorme na cabeça, aparelho no nariz para respirar e uma sonda para tirar o sangue do estômago. “Daí quando ela vomitava, meu Deus, era uma benção, né? Que quanto mais ela vomitava, mais sangue vinha, que com a sonda vinha bem pouquinho, bem pouquinho.” Era muito frágil e teve uma clavícula quebrada quando foi puxada, nasceu toda roxinha. Como estava numa incubadora, Luana não podia lhe tocar, tinha que entrar com luvas e touca. A adolescente também assistiu os médicos fazendo os procedimentos de reanimação na filha, após o parto, o que foi muito difícil.

Um dos médicos chegou a dizer para Luana que o ocorrido com ela e Amanda havia sido um erro médico e ela poderia processar o hospital se quisesse, pois estava com a razão. A adolescente, no entanto, achou melhor deixar por isso mesmo pra não se incomodar. No momento da entrevista, Luana ainda sofria quando lembrava do quanto sentiu-se sozinha na hora do parto e da filha emtubada na UTI. Sua mãe dizia que ela ia esquecer, mas Luana afirmou que não esquece e, se algum dia precisar, levará a filha para qualquer hospital, menos para esse. Durante o período de internação Luana sentiu-se bastante sozinha, pois o marido que ficara com ela nos primeiros cinco dias, precisou retornar ao trabalho. Durante essas duas semanas, a adolescente continuou ocupando um leito no hospital porque não tinha coragem de deixar a filha lá sozinha e participou de um grupo para acompanhantes de pacientes da UTI. A alta foi muito comemorada.

Como Luana também teve problemas na recuperação, não podia amamentar a cada três horas e seu leite era dado na mamadeira, de modo que Amanda se acostumou com a mamadeira e não mamava bem no peito, mesmo quando Luana esperava ela ficar com bastante fome. A adolescente tirou seu leite e deu na mamadeira para a filha até os cinco meses, quando então começou a dar Nan. A criança também precisou operar duas vezes o canal lacrimal e tem bronquite asmática. “Mas o resto não me incomoda com nada, bem tranquila.”

Depois que foram pra casa, Luana conta que ela e a filha só melhoraram. A sogra não queria que ela fizesse nada, mas como o cunhado ficou um mês no hospital ela teve que assumir a casa, mas não teve prejuízos por causa disso. A adolescente contou que se dá muito bem com a sogra, que adora Amanda e relaciona-se bem com a menina. Também demonstrou satisfação com o marido, dizendo que o casamento era “bem bom”. Bruno, que era motorista e ganhava R\$ 1.300,00 por mês, também se dava muito bem com a família de Luana e foi considerado um bom pai e ótimo marido pela adolescente. Brincava com a filha, dava mamadeira, banho, trocava fraldas e colocava pra dormir.

A vida escolar de Luana foi bastante afetada pelo nascimento da filha. A adolescente, que sempre foi boa aluna e passava de ano sem ficar em provas finais, estudou durante toda a gravidez, concluindo o primeiro ano do ensino médio. Começou o segundo ano no final da gravidez e ainda estudou dois meses após o nascimento da filha, sendo que a sogra levava a criança no recreio para ela amamentar. No entanto, a adolescente achou difícil conciliar os estudos e demandas de trabalhos escolares com a maternidade, optando por interromper os estudos. No momento da entrevista, Amanda estava com um ano e Luana fazia

planos para retomar seu projeto de vida antes de engravidar, que era concluir o ensino médio e fazer faculdade de pedagogia. A adolescente também fazia uso de pílula para evitar uma nova gravidez, planejando conciliar estudos, trabalho e os cuidados com a casa e a filha.

Ainda neste período, o casal, que morava com a família de Bruno e passava os fins de semana com a família de Luana, também fazia planos para se mudar, já que o pai de Luana (pedreiro) estava construindo uma casa para eles no seu terreno. Luana já tinha todos os móveis, que a avó deixou para ela quando faleceu, uma vez que a neta havia morado com ela e auxiliado em seus cuidados, desejo este que foi acolhido pelos filhos da avó. Luana se emocionou bastante quando falou sobre esta perda. Ela contou que a avó a apoiou bastante na gravidez e deu muitos presentes para o enxoval da Amanda. Após o nascimento, insistiu muito para que a menina fosse batizada e faleceu inesperadamente dias após isso acontecer. “A gente batizou a Amanda num domingo e ela se enterrou no outro domingo”. Luana contou que sentia muita falta da avó, que era uma pessoa próxima.

Ao falar de outras modificações nos relacionamentos familiares, a adolescente confirmou que houve mudanças após a gravidez e disse que passou a sentir-se mais amada. O convívio com a família ficou bem melhor e todos papricavam muito Amanda, que foi a primeira neta. Entre o casal, o relacionamento também melhorou, fazia tempo que não brigavam, e faziam tudo juntos. A adolescente também ressaltou que seu comportamento e modo de pensar também mudaram muito após a gravidez, que antes pensava apenas no agora e no momento da entrevista mostrou preocupar-se com o futuro, pensando no casamento, na educação da filha e em seu relacionamento com ela. Também contou que amadureceu bastante. “Eu era bem criança, assim, tinha 14 pra 15 anos, mas era bem criança, assim, namorava tudo, mas pra mim era tudo uma grande brincadeira, sabe? Daí assim que eu fiquei grávida eu tive que colocar os pés no chão.”

Luana afirmou que a vinda de Amanda mudou tudo em sua vida, principalmente seu modo de pensar e sua rotina. “Porque... eu pensava, eu acordava a hora que eu queria, eu fazia o que eu queria... agora não, agora eu faço o que a Amanda me deixa fazer... (risos) Eu durmo a hora que ela dorme... eu vivo mais em função dela.” Também precisou se acostumar a dizer que era casada e que a expressão “lá em casa” passou a se aplicar à residência da sogra.

Quanto ao relacionamento entre ela e a filha, Luana disse que era muito bom. “Ser mãe é maravilhoso. É uma sensação única, quem não é mãe não sabe.” Ela disse que a filha era teimosa e insistia em mexer no

que não podia. Luana brigava, mas depois ficava com pena quando via Amanda com os olhinhos cheios de lágrimas. Também contou que desde ela começou a sentar colocava a filha num tapete com os brinquedinhos e ela fica brincando, não incomodava e era bem calminha. A adolescente contou que se surpreendeu com sua dedicação pela filha, como explicitou o relato a seguir:

“Eu não imaginei que eu ia ser tão dedicada como eu sou. Eu sou bem dedicada a ela, tudo o que eu faço é pensando nela, tudo o que eu compro, se eu compro uma roupa pra ela eu compro pra mim, prefiro dar tudo pra ela do que pra mim. Antes eu pensava só em mim. Hoje eu só penso nela. Eu me surpreendi bastante.” Além disso, Luana cuida pessoalmente da filha e reluta em deixá-la com outras pessoas para “não incomodar” (Luana, 16 anos).

Assim, a adolescente considerou que sua vida mudou para melhor e que a gravidez aconteceu porque o casal não se cuidou, mas não se arrependeu de ter tido Amanda, conforme a fala:

“Ah, ela é tudo pra mim. Ela é minha razão de viver. Sem ela, meu Deus, ela pequeninha, na UTI quando ela nasceu... ah, pra mim já era bem difícil, assim, pensar que ela podia morrer, que eu podia ficar sem ela. Imagina agora... que faz o quê, um ano... Ela é tudo pra mim. Um dia eu tive que ir numa festa, não podia levar ela. Deixei ela com a minha mãe. E vim dormir em casa, não dormi lá na minha mãe. Aí a noite eu acordava e olhava pro berço, ela não tava ali, é bem difícil ficar sem ela. Ela convive dia e noite comigo, então pra mim ficar sem ela é bem difícil. Ah, ela é tudo pra mim” (Luana, 16 anos)

ADOLESCENTE 7

Paola, 17 anos, começou a namorar Douglas contra a vontade dos pais. Namoraram uns cinco meses e quando sua mãe descobriu, mandou que ela fosse viver com ele. Paola foi morar na casa da sogra e foi lá que a gravidez aconteceu, quando a adolescente estava com 14 anos. Ela contou que Douglas queria ter um filho e, por isso, não usava preservativos. Paola disse que não queria engravidar, mas quando a mãe comprou um anticoncepcional para ela, recusou-se a usar alegando que não iria tomar um remédio sem falar com o médico (que também não procurou).

A descoberta deu-se no quarto mês de gestação, quando a adolescente, que estava com a menstruação atrasada há três meses, fez um exame, confirmando as suspeitas. Nesta época, Paola já não estava mais estudando e saiu do emprego numa creche, onde cuidava de crianças, pois a proprietária tinha avisado que não ia querer mais se ela engravidasse.

A reação do marido, ao saber da notícia, foi rir e dizer que “já sabia”. Os pais de Paola ficaram sabendo durante a comemoração do aniversário de 15 anos da adolescente, na casa da sogra. A notícia foi dada pela sogra porque Paola não queria contar. “Meu pai arregalou os olhos, ficou assim, assustado.” Depois falou “eu não acredito, tanto que eu falei pra tu se cuidar”. A mãe ficou nervosa e ria, já estava desconfiada.

Durante a gravidez de Paola, Douglas foi preso. Apesar de não revelar o motivo da prisão, a adolescente contou que já imaginava que isto pudesse acontecer. Após este acontecimento, ela voltou a residir na casa de seus pais, onde estava quando Thiago nasceu. Ela ganhou o filho de parto normal e teve um começo de hemorragia, chegando a desmaiar. Conta que o resto foi normal e que sentiu-se bem atendida pela equipe. Sobre seus sentimentos em relação ao filho, ela conta que no começo sentiu-se estranha. “Eu não me sentia mãe ainda. Eu não... Parecia que não era meu.” Ela confirmou que sentiu-se triste e com muita vontade de chorar, sendo que foi horrível ficar sozinha, sem o marido, contando apenas com o apoio dos pais. Aos poucos foi melhorando e amamentou Thiago até um ano e pouco.

Paola contou que hoje está tudo bem entre ela e a família. A mãe ajudava nos cuidados com Thiago, buscando ele no final da tarde e esperando a filha chegar do trabalho, por volta das 22:30h. E o pai, segundo ela, gostava mais de Thiago do que dela. O relacionamento entre Paola e Thiago, segundo a adolescente, foi bom no começo, mas

depois que ela começou a trabalhar piorou (na data da entrevista, fazia um mês que ela havia voltado a trabalhar). Ele ficava na casa de uma mulher que Paola veio a descobrir, através de uma criança, que “judiava” dele. Colocou em outra mulher e disse que estava melhor, só que na hora que Paola saía ele fazia “aquele berreiro”.

Paola relatou que mudou tudo em sua vida após a gravidez. “Do jeito que era antes, era brincadeira direto, saía com os amigos, bebia um monte. Agora é muito ruim, agora é só pra eles, deu.” Ela contou que sentia falta de sair, mas não saía, mesmo tendo com quem deixar o filho e sabendo que ele ficaria bem. Por fim, contou que antes da gravidez também não saía muito. A adolescente concluiu que sua vida mudou para pior depois que casou, pois antes o marido a tratava melhor. Se pudesse voltar no tempo, ela teria aproveitado mais, estudado e adiado a maternidade para os 22 anos.

Antes de engravidar, seus planos não incluíam casamento, mas desejava ser mãe aos 22 anos, após terminar os estudos. No momento da entrevista, a adolescente ansiava por mudar-se de endereço porque não gostava do lugar onde residia, o que incluía a casa (própria) e a vizinhança. Também manifestou interesse de fazer um supletivo, mas acreditava que seria difícil conseguir realizar este plano. Paola disse que a renda do casal era suficiente para a família, já que ele ganha R\$ 2.000,00 mensais como azulejista e ela R\$ 548,00.

Paola concluiu dizendo que não estava feliz com sua vida e contou que o relacionamento com o marido precisaria melhorar para ela sentir-se feliz. Também achava que precisaria ter mais paciência com o filho. Apesar de tudo, ela disse que não se arrependia de ter tido Thiago e que tornou-se mais responsável, pensando e vivendo em função do filho, que é tudo pra ela. “É a única coisa que eu tenho. Filho é... meu Deus!”

ADOLESCENTE 8

Samara, 17 anos, namorava Marlon quando engravidou, aos 14 anos. Ela contou que, naquela época, já tinha conhecimentos sobre métodos contraceptivos, mas não usava, nem pensava nisso. Samara desconfiou da gravidez por causa do atraso de algumas semanas na data esperada da menstruação. Fez um exame de sangue, que deu positivo. Marlon reagiu bem, até gostou da notícia. A adolescente, que no momento da entrevista esperava o segundo filho, disse que aceitou melhor a primeira gravidez e estava com muitas dificuldades em relação ao segundo filho.

Samara disse que foi bem difícil contar para os pais sobre a gravidez. O pai, que já estava desconfiado por ter visto a adolescente vomitar, perguntou se ela estava grávida antes de Samara falar. “Ah, nas duas primeiras semanas ele ficou sem falar naquilo, aí depois ele já aceitou numa boa. Ele adorou, né?” A mãe de Samara, no começo, falou um monte de coisas, perguntou porque ela não se cuidava, que ela já tinha falado pra tomar remédio e usar preservativos. Depois aceitou numa boa.

A adolescente concluiu o primeiro ano do ensino médio e o filho nasceu em janeiro. Ela ficou dois anos sem estudar e voltou quando Caique fez dois anos, quando também começou a trabalhar. Ela concluiu o segundo ano e parou novamente os estudos, desta vez em função do trabalho. Samara e Marlon casaram na igreja quando ela estava no sexto mês de gravidez, passando a residir numa casa que foi construída no mesmo terreno em que vivem os pais de Samara.

Caique nasceu de cesariana porque era muito grande, mas o parto normal foi tentado durante 12 horas em função de Samara ter, aparentemente, boas condições para tanto – dilatação, contrações, bolsa que rompeu espontaneamente. A cesariana foi feita na última hora e a adolescente chegou a ficar com medo de que a demora tivesse prejudicado o filho, mas deu tudo certo. Quanto ao relacionamento com a família, ela considerou que o mesmo não mudou após a gravidez. Com Marlon mudou para melhor. Ela destacou que sua família se dá muito bem com o marido, especialmente o pai. Quando concedeu a entrevista, Marlon trabalhava numa empresa de ar-condicionado e ganhava R\$ 1.300,00 por mês. Ele e os pais de Samara eram as pessoas que mais lhe davam apoio.

Samara relatou que a gravidez de Caique aconteceu porque ela não se cuidava. “Não tava nem pensando em me cuidar... não tava pensando em ficar grávida... tava só... aproveitando.” Após o nascimento de Caique, ela passou a fazer uso de pílula, mas mesmo assim voltou a engravidar. Samara levantou a possibilidade de que o tratamento que fez por causa de uma “feridinha no colo do útero” possa ter “cortado” o efeito do anticoncepcional.

A adolescente estava assustada com a segunda gravidez, especialmente porque já estava acostumada com um filho, tinha voltado a trabalhar e ia voltar a estudar, sendo que agora teria que parar tudo novamente. O companheiro aceitou numa boa, assim como o restante da família. “Acho que a pessoa que está menos aceitando sou eu”, conclui Samara. Ela imaginava que o mais difícil nesta segunda gravidez seria parar de trabalhar para ficar cuidando do bebê. Acreditava que seria

difícil voltar ao trabalho depois da licença porque o bebê seria muito novo para colocar em algum lugar para cuidar e na creche não aceitariam.

Samara também contou que muitas vezes sentia vontade de chorar porque não queria essa segunda gravidez. Ficava triste, chorava e pensava que o segundo filho veio numa hora ruim. Na primeira gravidez, ela contou que esperava pelo momento do nascimento contando os dias e gostava de cuidar do filho depois que ele nasceu. “Agora só tô... esperando. (chora)”. A adolescente achou que a maior mudança que ocorreu em sua vida foi a tristeza e o rápido amadurecimento pelo qual passou. Contou que a vinda de Caique mudou tudo em sua vida. “Mudou, que tudo o que eu faço é pra ele. Tudo o que eu vou fazer, penso em fazer, tudo é pensando nele, tudo, tudo, tudo. As minhas atitudes, que eu vou tomar... qualquer coisa que eu vou fazer eu penso, assim, nele.”

O relacionamento com o filho, que no momento da entrevista estava com três anos, foi descrito como “ótimo”, mas ele vinha demonstrando um pouco de ciúmes do bebê que ia nascer, o que Samara percebia através de suas atitudes, que ficaram mais manhosas. Caique, que sempre foi muito homenzinho e independente, estava tendo atitudes infantis e procurava a mãe para fazer as coisas para ele.

Antes da gravidez, Samara queria terminar os estudos e fazer faculdade de pedagogia. Depois da segunda gravidez, ela achava que será difícil retomar os estudos. “Ah, por enquanto eu não to fazendo planos. Não tô pensando... não tô fazendo planos... tô esperando, cada dia vai acontecendo. Não tô fazendo planos.”

Após o término da entrevista, a pesquisadora realizou atendimento clínico da adolescente a fim de investigar e encaminhar a suspeita de depressão que foi surgindo no decorrer da entrevista. Samara contou que os sentimentos de tristeza (e culpa) estavam bastante frequentes e que não havia falado sobre isso com ninguém, recusando-se a contar os problemas para os familiares, de quem escondia seus sentimentos. Aceitou, no entanto, a sugestão da psicóloga para que conversasse com médica sobre o assunto na consulta que aconteceria a seguir.

A sugestão veio acompanhada de explicações sobre a frequência com que outras mulheres grávidas também se sentiam assim, bem como a necessidade de avaliar melhor a evolução do que Samara estava sentindo para que recebesse atendimento médico e psicológico caso fosse necessário. A psicóloga também se colocou a disposição da adolescente para atendê-la outras vezes se a mesma sentisse

necessidade, deixando seus telefones de contato. Após despedir-se de Samara, a pesquisadora ainda alertou o enfermeiro responsável sobre suas suspeitas, de maneira bastante breve e colocando-se a disposição em caso de necessidade.

ADOLESCENTE 9

Melissa, 18 anos, começou a namorar Maicon quando estava com 11 anos – ele já tinha 18. Ela contou que o namoro com Maicon era bom e apesar das amigas dizerem que ela estava perdendo sua juventude ao lado dele, a adolescente mencionou que aproveitou ao lado dele. Contou que vários amigos que já morreram curtindo a vida por aí, sozinhos, e que Maicon, apesar de usar drogas (cocaína), nunca lhe ofereceu, era cabeça e lhe dava conselhos. “Então ele tinha consciência que não era... que ele não conseguia ficar sem, mas pra mim não... ele sabe que fazia mal pra ele, então pra mim ele não queria.” Ela contou que ele sempre a levava em casa quando saíam juntos, ao passo que várias amigas se arriscavam pegando carona com estranhos.

Após dois anos de namoro, o casal planejou a gravidez, quando Melissa ainda morava na casa dos pais. Ela contou que ficou um ano e meio tentando. A mãe queria levar a adolescente para tomar anticoncepcional, mas ela dizia que não ia porque era muito nova. Melissa nunca admitiu seus planos para mãe, mas contou que ela sabia porque uma vez falou “tu pensa que eu não sei que tu e o Maicon estão fazendo as camisinhas que eu te dou de balão? Pensa que eu não sei? Tu achas que tu me enganas?” A mãe dizia que filho não era fácil e que Melissa ia se arrepender, ao que a adolescente reagia negando suas intenções de engravidar.

Foi a mãe de Melissa quem desconfiou da gravidez da filha, uma vez que os absorventes começaram a “sobrar” em seu armário. “... porque ela marcava todo mês no calendário, ela comprava absorvente pra mim, botava dentro do guarda-roupa dela. Pra mim pedir pra ela, pra ela saber o dia que veio. Ela marcava. Porque... claro que se eu quisesse, eu podia pegar e mentir que eu fiquei, né? Mas ela fazia isso, marcava no calendário todo mês.” Quando a adolescente parou de solicitar os absorventes, a mãe desconfiou e levou a filha pra fazer um exame. Aos 14 anos, Melissa foi buscar o resultado sozinha e começou a chorar desesperada quando soube. “Ah, meu Deus, um apavor no coração, já começou a disparar, já comecei a chorar. (...) Porque, imagina, na hora a ficha não caiu, né? Eu não acreditava. Mas tive que aceitar, não, tive que aceitar não, eu queria, né?”

A adolescente chegou em casa chorando e a mãe entendeu que o resultado foi positivo. Abraçou a filha e também começou a chorar, dizendo que sabia que isso ia acontecer, mas que agora era tarde demais para chorar. Quando Maicon chegou em casa, sua sogra contou que ele ia ser papai, ao que ele reagiu com “um sorriso que ia na orelha”. Alguns dias após saber da gravidez, Melissa optou por viver com Maicon, na casa da família dele, que foi dividida em duas residências separadas. Em uma delas, passaram a residir Maicon, Melissa e Patrick. Na outra, residia a irmã de Maicon com sua filha.

O pai de Melissa, que separou-se da esposa quando a filha tinha nove anos, havia casado novamente com uma mulher jovem, que engravidou na mesma época que Melissa. Ela disse que ele ficou sabendo “pela boca dos outros” e contou para ela que já sabia da gravidez, desejando boa sorte. A relação entre Melissa e seu pai era tensa, e uma vez ele disse “ah, quando o teu filho nascer, diz pra ele que o vô dele morreu” “Então tá. Eu vou dizer que o avô dele morreu, não te preocupa”, respondeu a adolescente. Durante a gravidez, Melissa contou que se irritava com tudo e qualquer coisa a incomodava. “Chorava muito, chorava muito, me trancava no quarto, ficava um dia sem comer nada, por birra não comia.” Ao mesmo tempo, gostava de estar grávida.

Patrick nasceu de oito meses, de parto normal, mas foi para a UTI após o nascimento porque teve insuficiência respiratória. Melissa passou mal e desmaiou quando soube da notícia. Melissa ainda sentiu-se mal por uns dias. “Eu sentia muito medo, medo, medo, eu tinha um medo enorme, medo. (...) Medo dele morrer, de acontecer alguma coisa, porque ele ficou na UTI, acho que foi dois dias ou três.” A adolescente contou que escondeu esses sentimentos de todos, ficou inchada uns dois dias e tremia muito. “... cheguei em casa só queria tá dentro do quarto, janela fechada, porta fechada, tudo fechado... tudo. Não dormia, ficava a noite toda acordada... Toda hora olhando ele, toda hora colocando a mão pra ver se ele tá respirando...”

Patrick mamou no peito até três meses, mas Melissa contou que o leite não sustentava, ele chorava muito. A médica não queria que ela tirasse ele do peito, mas a adolescente dizia que o filho estava com fome e tinha que dar comida pra ele. “Aí eu dei o Nan pra ele, fui pra casa da mãe... ele dormiu a tarde toda.” Quando Patrick estava com cerca de quatro meses de vida, Maicon foi internado para tratamento contra dependência química. Melissa contou que foi difícil, passou o natal sozinha, mas a internação foi necessária. Mas disse que não adiantou, pois ele voltou a usar a droga depois que saiu da clínica. Melissa ameaçou ir embora porque “do jeito que tava, não dava mais”. Ele sumia

e ficava dias sem aparecer, vendia as coisas da casa, saía quando Melissa estava dormindo. No momento da entrevista, fazia alguns meses que ele começara a frequentar os narcóticos anônimos e três meses que não usa drogas.

Quando Maicon foi internado para tratamento, o pai de Melissa, junto com a mãe, ajudou a filha, comprando leite e fraldas para Patrick. O pai, que havia dito pra ela dizer ao filho que estava morto, passou a paparicar e brincar com o neto quando o via. Atualmente, no entanto, a relação entre os dois voltou a ficar distante, pois Melissa disse que é sempre ela que o procura e decidiu não procurar mais.

No período em que concedeu a entrevista, Melissa estava trabalhando numa fábrica, onde ganhava R\$ 515,00 e Maicon recebia R\$ 1.300,00. Ela achava que era suficiente para sustentar a família porque eles não pagavam aluguel. Enquanto trabalhavam, Patrick ficava com a sogra. Na primeira vez que colocou ele na creche, aos dois meses, foi muito difícil, ele chorava muito e a mãe de Melissa precisou buscá-lo mais cedo várias vezes. No momento da entrevista, Patrick já estava com três anos, mas Melissa tinha certeza de que ele iria chorar um monte se fosse novamente pra creche.

Enquanto dava seu depoimento, Melissa negou que estivesse usando anticoncepcionais, mas quando a pesquisadora questiona se o casal está querendo outro filho ela negou, dizendo que eles se cuidam usando preservativos e que ia marcar médico para começar a tomar a pílula. Contou que por Maicon até teriam outro filho, mas que ela deseja trabalhar, quem sabe quando Patrick estivesse com uns 10 anos. Quando questionada sobre o relacionamento de Patrick e Maicon, ela sorriu e disse “meu Deus do céu, é tudo pra ele, né?” Ela contou que o casal se separou um pouco depois dele sair da clínica, porque Melissa não aguentava mais, brigavam muito. A adolescente foi morar na casa da mãe e voltou a estudar, mas acabou interrompendo. Durante este período, Maicon viu Patrick todos os dias, “sempre foi assim, louco por ele.” Faz dois anos que reataram e Melissa contou que eles sempre se gostaram e estava satisfeita com sua vida.

Sobre a escola, a adolescente contou que parou de estudar antes de engravidar, porque ficou muito “descabeçada”, gazeava aula, levava suspensão, advertência, castigo. Retornou para a escola durante o primeiro ano de vida do filho e disse que percebeu mudanças, porque dessa vez ia pra estudar. “Antes eu ia pra avacalhar. Ia e, às vezes, nem ia, ia pra outro lugar... mas hoje em dia não, né? Hoje em dia é bem diferente.” No momento da entrevista ela estudava à noite, inserida num programa do Governo Federal que alia o supletivo de primeiro grau à

capacitação profissional, e, diferente da época anterior à gravidez quando não fazia planos, planejava continuar estudando para cursar contabilidade.

Melissa considerou que o relacionamento com a mãe e os irmãos mudou após a gravidez, principalmente porque ela própria ficou mais “cabeça”. “Antes eu era muito descabeçada, eu não dava valor pra nada, não ouvia ela.” Ela contou que antes também discutia muito com os irmãos e que hoje eles brincam um monte com o Patrick. Melissa contou que a relação com o pai também mudou, apesar de não se verem muito, principalmente as conversas porque passou a pensar de outro modo. Com o filho, ela revelou não ter muita paciência, o que ficou demonstrado durante a entrevista, quando ela gritava ou respondia rispidamente ao menino. “Eu não tenho muita paciência, já pego ele, já dou-lhe uns tapas, já boto de castigo mesmo.” Ela falou sobre a preocupação de dar limites ao filho enquanto ele era pequeno, senão depois não conseguiria mais segurá-lo.

Sobre as mudanças provocadas pela gravidez em sua vida, Melissa contou que passou a ter mais responsabilidade e compromisso em função dos cuidados com o filho. Ela considerou que a gravidez aconteceu porque era para acontecer, mesmo ela sendo muito nova. No entanto, se pudesse voltar atrás, Melissa teria terminado os estudos e deixado a maternidade para mais tarde. Apesar disso, não se arrependeu de ter engravidado. A adolescente, que já disse para as pessoas que lhe achavam muito nova para ser mãe irem cuidar de suas próprias vidas, salientou que nunca sentiu o filho como um peso e que ser nova não significava ser incapaz para cuidar. Sobre o significado de Patrick para ela, Melissa afirmou:

“Ah, ele é tudo, né? Eu não vivo sem ele, Deus me livre. Eu não gosto nem de deixar ele dormir uma noite na casa da minha mãe. De vez enquanto ele ficava na minha sogra ‘deixa ele aqui, daí ele não precisa acordar amanhã de manhã’ ‘não’ Eu chego a tirar ele da cama dormindo... pra levar ele.”
(Melissa, 18 anos)

ADOLESCENTE 10

Sônia, 18 anos, foi viver com Caio quando tinha 12 anos, na casa da mãe dela. Naquela época, a adolescente já tinha conhecimento sobre

métodos contraceptivos e tomava pílula com prescrição médica. Mas a adolescente costumava esquecer-se de tomar os comprimidos, principalmente depois que começou a viver com Caio, e acabou engravidando. Ela contou que sua mãe desconfiou da gravidez porque a menstruação da adolescente, que sempre foi regular, atrasou e ela estava enjoando. “Ah, já que tu ta tendo relação já e não ta tomando remédio certo, tu ta grávida”. O exame de sangue confirmou as suspeitas.

Sônia contou que saber da gravidez, aos 14 anos, foi um choque porque ela era muito nova e ainda estava estudando. Caio, que foi junto buscar o resultado do exame, ficou feliz. A mãe de Sônia, no entanto, ficou bem chateada, principalmente porque Caio estava desempregado e porque, ela própria, havia engravidado aos 14 anos e foi abandonada pelo pai de Sônia. Passou necessidade, dormia na rua e ia para a praia catar berbigões para comer. Ela tinha medo que a história se repetisse com a filha, perguntou ao casal porque não se cuidaram e brigou com Caio, que foi embora de casa, mas acabou retornando empregado. Aos poucos a mãe de Sônia foi vendo que Caio era diferente do ex-marido e ficou tudo bem entre eles.

Durante a gravidez, Caio foi bastante atencioso e procurou agradar Sônia fazendo tudo o que ela pedia. Ficou muito feliz quando soube que seria um menino. “Porque todo homem quer ter um filho homem.” A adolescente contou que ele reagiu da mesma forma quando ela engravidou da segunda vez, de Lucca. Sônia desistiu de estudar quando engravidou de Hugo, porque enjoava muito e não podia sair toda hora para vomitar. Sua própria mãe disse que “assim não vai dar” e aconselhou-a a interromper os estudos. Ela retornou para fazer supletivo, só que voltou a interromper os estudos em função da segunda gravidez. A mãe de Sônia tinha problemas graves de saúde e a adolescente achava que o filho incomodava. Como não tinha mais ninguém com quem contar, Sônia achava difícil conseguir retomar os estudos.

Os dois filhos de Sônia nasceram de parto normal e ela contou que nas duas ocasiões correu tudo bem, sentiu-se bem atendida pela equipe. Hugo, o filho mais velho que no período da entrevista estava com três anos, nasceu com a cabeça inchada e um pouco roxinho, mas depois melhorou. Hugo mamou até pouco tempo atrás, só que Lucca não quis mamar. “Por isso que dizem que cada criança é diferente”. Após o primeiro filho, Sônia, havia passado a tomar injeções contraceptivas, para evitar os esquecimentos que aconteciam com a pílula. Mas mesmo assim acabou engravidando novamente. Ela contou que a injeção era mensal e ela sempre tomou direitinho. Como engravidou mesmo assim,

o marido, que já tem duas meninas de outro relacionamento e agora dois meninos, pretendia fazer vasectomia – Sônia também não desejava mais filhos.

Quando Hugo estava com seis, sete meses, Caio construiu uma pequena casinha no terreno da avó de Sônia, com madeiras de um galinheiro que foi desmontado. Assim, no momento da entrevista o casal vivia num espaço próprio e se dava bem com a família. O marido era Marceneiro e estava cumprindo aviso prévio em uma empresa, assim, logo ficaria desempregado e a família teria que se manter com a renda do seguro-desemprego.

Sobre as mudanças provocadas nos relacionamentos após a gravidez, ela conta que o relacionamento com a família só mudou no comecinho, mas depois voltou ao normal. A mãe de Sônia é a única pessoa com quem o casal pode contar. Conversa com eles quando brigam e ajuda quando falta alguma coisa. A família de Caio também mora perto, mas não ajudam em nada.

Em relação ao casal, ela também acha que não houve alterações após os dois filhos. “Nenhum momento mudou, continua a mesma coisa, como dois namorados.” Ela acha que o casamento é bom, de vez enquanto eles brigam como qualquer casal, mas está satisfeita. Sônia ainda conta que Caio se preocupa em ensinar o filho a não dizer “nomes”, o que é freqüente entre os moradores da vizinhança. O filho, que é descrito pela mãe como um “terrorzinho”, também costuma levar uns “cascudos” do pai, que procura educá-lo.

Sônia conta que seu relacionamento com Hugo está bem, mas agora o menino está muito hiperativo e responde muito. Ela acredita que o comportamento tem relação com fato de que Hugo é muito sozinho e não tem outra criança pra brincar com ele – só na creche, onde vai no período da tarde. Sônia também acha que ele pode estar com ciúmes de Lucca, que atualmente está com dois meses. “Assim, ele fica toda hora pra gente ‘ô mãe, ô pai, te amo.’ Que a gente tá dando mais atenção a esse, ele ficou assim bem revoltado, briga com todo mundo, com a gente. Principalmente com a minha mãe, ele briga.” Sônia conclui que antes Hugo era o bebê da casa e que a atenção era toda pra ele. Ficou “revoltadinho” com o nascimento do irmão.

Antes de engravidar, Sônia tinha planos de estudar e arrumar um emprego para poder fazer uma casa decente. Hoje, os planos da adolescente incluem a vasectomia do marido, além do desejo de arrumar um emprego para construir a casa. “Eu to com o mesmo conceito, daí eu boto eles na creche, arrumo emprego, daí ajudo ele a pagar as contas pra gente fazer uma casa decente.”

Sobre as mudanças provocadas pela gravidez na vida de Sônia, ela conta que mudou seu jeito de ser, que hoje está mais voltado para o cuidado com os filhos. Ela conta que o casal sai menos e que a presença dos filhos no mesmo cômodo onde eles dormem, também afetou a relação – ela gostaria de ter um quarto só para os filhos na casa que pretendem construir. Os filhos também modificaram a maneira da adolescente ver os estudos. Ela conta que antes de engravidar era bagunceira na escola e ao invés de estudar, ia pra bagunçar e namorar. Hoje arrepende-se de não ter estudado. “Nem fala, né? Por que que eu não estudei? Aí a gente não tava passando trabalho agora, que filho é fralda, é isso, é aquilo, é doença, é gripe, essas coisas.” Quando voltou a estudar, após o nascimento de Hugo, estava levando a sério, mas precisou interromper e acha difícil conseguir retomar.

Se pudesse voltar atrás, Sônia teria adiado a maternidade para os 25 anos, quando já teria uma casa e trabalho bons. Ela se arrepende de ter engravidado e acha que a gravidez de Hugo aconteceu por descuido. Apesar disso, ela revela a importância que os filhos têm em sua vida. “Ah, é a minha vida, né? É um pedaço da gente. Se eles ficam doente eu já fico, assim, meia preocupada, tudo. Principalmente o primeiro, que agora ele fica mais sentido por causa do outro, eu já tenho que dar mais atenção a esse. Ele já é meio, assim, mas ele fica todo hora “mãe, eu te amo”.

ENTREVISTA E MAPA DE REDES COM A ADOLESCENTE 1

Dados de Identificação

Janaína, 15 anos, engravidou aos 13 anos, após seis meses de tentativas, quando já vivia com o pai do bebê na casa da sogra. Interrompeu os estudos após o nascimento do filho, em 2008 e voltou a estudar em 2009, cursando o 1º ano do 2º grau e fazendo planos para concluir o ensino médio em 2010, através de supletivo. Na ocasião da entrevista, seu filho Júlio estava com 1 ano e 4 meses e a adolescente vivia em união estável com Peter, o pai do bebê, sendo os três os únicos residentes da moradia alugada. A família vivia com uma renda de R\$1.250,00 mensais. A mãe de Janaína teve o primeiro filho com 23 anos.

Convite para participação no estudo – 08.04.09

Conforme previamente agendado por telefone, a pesquisadora compareceu às 8h na Unidade de Saúde C para encontrar com a Agente Comunitária de Saúde (ACS) que a acompanharia à residência de Janaína. A ACS mostrou-se bastante receptiva e no trajeto falou um pouco sobre a adolescente, dizendo que era uma menina muito querida e que estava passando um “cortado” com a criança, pois o pequeno dava febres e tinha convulsões. A pesquisadora questionou sobre a situação de residência da adolescente e a ACS contou que Janaína estava morando com o pai do bebê, que antes morava com a avó que foi quem a criou. Durante o trajeto a pesquisadora também perguntou à ACS se ela havia pensado em como apresentá-la, ao que a mesma sorriu, dizendo que a menina era tranquila e não era necessário preocupar-se.

Ao chegar à residência, a ACS chamou por Janaína que logo apareceu na porta, pegando o filho no colo para vir conversar no portão. A ACS disse que a pesquisadora era uma psicóloga que estava estudando meninas que haviam ficado grávidas com 14 anos. Janaína convidou as duas para entrar. Nesse primeiro momento, a pesquisadora interagiu um pouco com a criança e perguntou a Janaína seu nome e idade. Já acomodadas no sofá da sala, a pesquisadora disse: “Oi, Janaína. Então, como disse a... (ACS), eu me chamo Rejane, sou psicóloga, e faz tempo que venho trabalhando com adolescentes. Eu estou fazendo um estudo sobre meninas que ficaram grávidas mais

novinhas, para a gente poder ajudar os profissionais a entender e trabalhar melhor com as adolescentes. Eu gostaria de saber se você gostaria de participar...”. Janaína concordou prontamente, balançando a cabeça e dizendo que participaria.

A pesquisadora ainda explicou como funcionaria o estudo, que viria num outro dia para ter uma conversa com ela e perguntaria como tinha sido na época da gravidez, que coisas mudaram na vida dela etc. Janaína voltou a afirmar que participaria. A pesquisadora, então, perguntou sobre o responsável. A adolescente disse que era o marido que vinha se responsabilizando por ela na escola, onde ela prosseguia com os estudos. A pesquisadora perguntou se eles eram legalmente casados, ao que Janaína respondeu que não, pois precisaria ter 16 anos. A pesquisadora falou, então, que teria que ser a mãe e perguntou se poderia conversar com ela. Janaína disse que ela assinaria sem problemas e que ela mesma falaria com ela.

O termo de consentimento esclarecido foi mostrado à adolescente, e seu conteúdo explicado. Janaína voltou a afirmar que não teria problemas, que a mãe assinaria. A pesquisadora deixou dois telefones de contato e Janaína deixou um celular, ficando combinado que a pesquisadora telefonaria no domingo para confirmar a assinatura do Termo e viria na segunda-feira. A pesquisadora agradeceu Janaína por recebê-la e aceitar participar do estudo, se colocando à disposição dos pais ou do marido para mais esclarecimentos.

Já do lado de fora da casa, Janaína comentou com a ACS que estava dando remédio para o filho, mas que era difícil porque o gosto era ruim:

“Eu já coloquei um pouquinho na minha boca para sentir o gosto e é muito ruim. E se eu diluir com água, ele não toma. Então eu coloco de uma vez com a seringa e depois dou água. E o pior é que vai até os três anos. Ah, eu já disse pro Peter (o marido) que eu não quero ter outro filho. Ele falava que quando esse estivesse com 10 anos a gente podia ter outro, mas eu não quero. Porque é muito sofrimento. O médico diz que ele não sente dor, mas é horrível quando dá (as convulsões). Agora que ele tá tomando o remédio não deu mais. Só que ele fica todo mole, anda torto, o remédio é muito forte. O médico disse pra eu dar mais tarde, só que eu dou antes de eu ir pra aula” (Janaína, 15 anos).

A pesquisadora perguntou com quem a criança ficava quando ela estava na escola e Janaína contou que o filho ficava com o pai, mas que este não dava o remédio porque a adolescente tinha medo e preferia dar antes de sair. “Ah, mas é muito difícil, eu não quero outro, não. Já decidi. Porque se eu tiver outro, eu tenho 10% de chance dele ter esse problema, mais do que as outras pessoas. As outras pessoas tem 3% , eu tenho 10%. E ele também (referindo-se ao filho), os filhos dele...”.

Quando Janaína deu o assunto por encerrado, a pesquisadora agradeceu mais uma vez, despedindo-se dela e da criança. No retorno ao posto, combinou com a ACS que iria direto à casa de Janaína, por ter achado o trajeto fácil. Também conversou sobre o encontro que a pesquisadora e o enfermeiro da unidade de saúde estavam organizando para as ACS sobre psicologia da gestação e despediu-se dizendo que possivelmente voltariam a se encontrar lá.

Entrevista – 13.04.09

Na manhã do dia 13, a pesquisadora telefonou para Janaína e justificou que não ligou no dia anterior porque chegou tarde. Janaína disse que não tinha problema e que a mãe já tinha assinado o termo de consentimento esclarecido. A pesquisadora avisou que chegaria dentro de aproximadamente uma hora.

Ao chegar, a pesquisadora percebeu que Júlio não estava e perguntou por ele. Janaína respondeu que estava na casa de um tio. Após acomodar-se no sofá, a pesquisadora agradeceu novamente a participação da adolescente e pediu autorização para gravar a entrevista, o que foi concedido pela jovem. Segue-se a transcrição da entrevista:

P: Eu quero que tu fique bem à vontade, ta? Não tem pergunta difícil, nem certo e errado, é pra mim te conhecer, saber o que tu pensas, ta bom?

J: Tá bom.

P: E qualquer coisa tu me perguntas. Eu queria saber como é que... pra tu me contar um pouquinho da tua experiência, como é que foi pra ti ficar grávida?

J: Assim, ó. Foi bom. Porque eu quis engravidar. Eu fiquei... eu casei, daí depois de seis meses é que eu fui engravidar. Desde que eu casei, depois de dois meses que eu casei, eu falei assim: ah, eu vou engravidar. Mas se eu pudesse ter voltado, eu não teria engravidado.

P: Ah, é?

J: Eu quis.

P: Por quê?

J: Ah, porque eu pensei que era uma coisa, mas é outra.

P: O quê que tu pensou que era? Antes de engravidar, o quê tu imaginavas?

J: Eu imaginava que era mais fácil cuidar do neném. Era bem mais fácil, eu imaginava. Eu imaginava assim, que o casamento ia ficar a mesma coisa, mas muda, porque daí tem mais outra pessoa. E não é a mesma coisa, assim, que nem, tanto essa pess... tu e ele, é só tu e ele. Senão, não, daí muda, daí o Júlio chorava muito de madrugada, daí assim muda bastante do jeito que a gente vivia até agora. Muda muitas coisas, daí... daí eu estranhei um pouco.

P: Sim.

J: Porque assim, se fosse antes, não é que era melhor, porque assim, antes quando eu queria sair eu simplesmente saía. Agora não, agora se eu quiser sair assim pra algum lugar, pra alguma festa eu tenho que pedir pra aquela pessoa pra ficar... Daí muito estranho, muito diferente. Assim, eu pra mim, né? Mas se eu pudesse voltar atrás eu não teria engravidado. E eu engravidei porque eu quis.

P: Sim...

J: Mas se eu pudesse eu não teria...

P: Entendi.

J: Assim, muda entendeu? Daí assim, pra estudar... eu podia ter engravidado, mas terminado os estudos, porque pra estudar é muito ruim. Porque ele fica com o Peter, só que daí... homem não tem a mesma paciência que a gente. Daí se ele ta gripado eu já não vou pra aula. Porque ele já não vai saber cuidar se der uma febre. E mesmo assim... mesmo... ele fala que sabe, mas eu não tenho confiança, assim, em deixar, entendeu? Daí eu já falto aula, daí é sempre assim, mas ainda bem que a escola ta me entendendo, quando eu preciso faltar eu falto.

P: Mas o Peter também queria, assim, era um plano de vocês ou só tu que querias?

J: Não, ele queria. Eu não queria muito, mas ele queria mais. Ele queria mais, porque ele já tem 22. No caso, ele tinha 20.

P: Ah, ta.

J: Daí ele queria. Eu pensei: aí, não sei o que eu faço, acho que vamo. Daí eu parei de tomar comprimido. E... eu engravidei. Mas eu levei cinco meses para tentar engravidar.

P: Ahã... Entendi...

J: Daí eu falando: “Se eu ficar só no primeiro mês e não conseguir, né, podia ter começado a cuidar”.

P: Mas naquela época tu tinhas, então, conhecimento sobre métodos anticoncepcionais?

J: Ahã. Eu tava tomando. Quando eu namorava com ele eu tomava, quando eu casei eu tomava, só que daí eu parei de tomar pra mim engravidar. Eu parei.

P: Entendi...

J: E a mãe também. Foi lá, queria que eu me cuidasse. Minha mãe não queria que eu engravidasse. Daí quando eu engravidei, todo mundo da minha família começou a falar um monte pra mim. Porque eu falei que queria engravidar, mas assim, só tava entre eu e ele, entendeu? Eu não contei pra ninguém que eu queria engravidar. Mas depois que eu engravidei, assim... ah, porque tu engravidou? Porque eu quis. Daí eles ficaram bem brabos.

P: Ah é?

J: Ahã. A mãe ficou... a mãe não ficou brava, a mãe ficou triste.

P: Sei...

J: E a vó, não. A vó ficou bem brava. Eu fiquei um tempão sem ir na casa dela.

P: Ah, é?

J: Daí quando ele nasceu ficou todo mundo paparicando ele.

P: Mas como é que foi quando tu contasse? Tu lembra?

J: Foi assim, ó. Eu achei que eu tava grávida. Eu tava morando na minha sogra ainda. Porque eu fiz duas peças atrás da casa da minha sogra. E eu tava morando lá. Daí eu peguei... a minha sogra já sabia, daí minha sogra ficou bem feliz... Daí... eu peguei, cheguei na vó, que a vó morava no J. (bairro), eu peguei, cheguei na vó. Daí eu primeiro que decidi fazer um exame. Daí assim, no primeiro mês eu fiquei menstruada, normal... só fiquei um dia assim e logo parou. Daí no segundo dia... daí no segundo mês faltou, daí quando eu fui descobrir que tava grávida já tava de três meses. Que eu não tinha certeza porque eu falei assim... “ah, tanto mês tentando, então acho que...” Daí quando eu consegui... daí quando eu fui lá fazer o exame, daí quando eu cheguei do exame, eu peguei, falei pro Peter, o Peter ficou feliz, tudo, daí quando eu cheguei em ca... daí eu peguei e fui lá contar pra vó. Que eu fiz exame e deu. Daí ela falou assim: “ui, credo, mais uma coisa pra incomodar”, ela falando assim. Que ela ficou braba porque ela não queria que eu engravidasse, por causa... “tu é nova, tu não vai saber cuidar”, que não sei o quê. Daí eu disse: “o problema é meu, mas eu quis engravidar”. Daí ela: “hum, não sei pra quê. Por quê tu não se cuidou?”, bem assim. “Porque eu não quis”, eu queria... Daí ela assim... ah, ta. Eu peguei e sai, briguei com ela e saí assim. Daí quando eu falei pra mãe, daí no outro dia a mãe foi ali

em casa. Daí eu peguei e falei pra mãe, daí a mãe ficou triste, daí a mãe chorou, daí ela falou: “meu Deus, o que tu fez da tua vida?”. Eu bem assim: “Ah, não fiz nada, né?” “Tu engravidou” “Ah, vocês tão fazendo o fim do mundo, né? É só um filho...” Eu falei assim: “É só um filho”. Achando que era simples...

P: Ahã.

J: É só um filho. Assim, é claro que eu sabia como é que se cuidava, porque eu tinha o meu sobrinho lá, e eu cuidava dele, do meu sobrinho, só que ele já tinha 1 ano e meio. Daí assim, eu sabia como se cuidava, mas eu não achei que era tanto trabalho. Porque ele não dormia, ele só chorava, só chorava... e ele não mamava.

P: Ah, não?

J: Não, ele não mamou nem na maternidade. Ele tomava no copinho, daí era só o NAN. Daí já mais despesa... porque o NAN era caro. Daí... e ainda quando ele nasceu, eu morava lá, eu gastei dinheiro, fiz, tipo assim, uma casinha só com três pecinhas na casa da minha sogra, né? Do lado, tudo. Daí eu e o meu sogro se brigamos. Daí ele mandou a gente sair de lá. Eu tive que pagar aluguel. Daí eu recém tinha... daí eu tava grávida de sete meses.

P: Mas vocês brigaram por causa da gravidez?

J: Não, foi por outra coisa. Eu já tava grávida de sete meses.

P: Ah, ta.

J: Daí eu tive que sair. Daí eu fui pagar aluguel, daí já era mais uma despesa. Daí o Júlio tomando o NAN, o NAN é muito caro. Daí eles não tavam nem dando, nem deram lá na época. Só dei até dois meses depois eu parei de dar. Comecei com Mucilom e com leite de caixinha mesmo.

P: E hoje, essa casa que vocês vivem é alugada?

J: Ahã.

P: Ah, daí tu viestes pra cá, então?

J: É. Daí eu tava lá, daí eles venderam aquela casa, daí eu fui pra casa nos fundos, na rua da mãe.

P: Deixa eu ver se eu entendi. Quando tu ficastes grávida tu já estavas vivendo com o Peter...

J: Ahã.

P: Lá perto do teu sogro? Era lá que tu moravas?

J: Quando eu casei, eu fui morar com a v..., eu fui morar com a minha sogra. No dia que eu casei, de noite. Daí no outro dia de tarde, a mãe foi lá. Mandou eu voltar pra vó. Então eu fiquei morando com a vó. Morei três meses com a vó.

P: Tu e o Peter?

J: É. Eu e o Peter. Na casa da vó. Daí eu tinha o meu quarto, né? Eu fiquei morando lá. Daí não dava certo, daí eu peguei...

P: Por que não dava certo, J.?

J: Porque a minha vó é muito chata, eu e ela se brigamos muito. Assim, eu e ela brigamos demais, assim eu e ela não se damo, assim, eu tenho gênio ruim, ela também tem. Daí quando eu tava com... eu não tava grávida ainda. Daí eu peguei e fui morar ca minha sogra, só que daí era um quarto bem grande separado só pra mim. Tinha uma cozinha, um quarto, só usava o banheiro dela. Daí lá que eu engravidei, depois de três meses morando lá.

P: Daí tu ficastes lá até sete meses, é isso?

J: Ahã, daí eu construí, tudo, fiquei lá até sete meses.

P: Daí tu brigou com o teu sogro... e vocês vieram pra cá?

J: Não, daí eu fui lá pros fundos, lá pra baixo. Daí eu ganhei o Júlio lá. Quando o Júlio tava com dois meses eu me mudei pra rua da mãe, que era aquela casa da rua de baixo. Eu me mudei pra rua da mãe. Daí quando o Júlio tava com... com 1 ano e 1 mês... 1 ano e uns 10 dias, daí eu me mudei pra cá.

P: Ah, ta.

J: Antes eu ficava lá, daí eu vim pra cá. Mas eu consultava sempre nesse postinho, porque eu tava na família da vó. Daí na gravidez, tudo, eu fiquei acompanhada... Não, na gravidez eu acompanhei só um pedacinho, só o finalzinho aqui. Acompanhei uns quatro meses aqui. Mas só que daí, logo me encaminharam pro HU. Porque era uma gravidez de risco, né? Eu tava com 14... daí foi indo...

P: Sim... E como é que foi o parto? Foi tudo bem?

J: Ahã. Foi bem bom.

P: Ganhasses de parto normal?

J: Ahã. Assim, ó. Eu não sofri muito pra ganhar ele. Porque eu tinha... eu tinha a dilatação, mas eu não tinha tanta dilatação. Só dava uma em dez minutos. Era bem pouco. Daí quando estourou a bolsa eu fiquei meia hora com dor, daí eu ganhei ele. Só que assim ó, o meu tampão saiu com... é... com 36 semanas e era um pouco prematuro, né? Daí tentaram segurar o neném. Eu ganhei o Júlio com 37 semanas, ainda prematuro um pouco, né? Mais ou menos...

P: No comecinho do prazo, né?

J: É, porque o meu prazo era pra 15 de janeiro. Ele nasceu dia 19 de dezembro. Só que eu não sabia que eu ia ganhar, eu tava preparando tudo pra passar o carnaval... não carnaval não, natal... o reveilon, tudo, com ela ainda, né? Só que daí ele veio antes, daí... uma semana antes ainda, daí o médico falou assim: "Ah, o tampão estourou, mas daí tu vai

pra casa e descansa, só descansa. Fica de repouso”, né? Por causa que ele já... era pra segurar o neném, só que daí não segurou, daí ele nasceu. Daí eu cheguei em casa e lavei um montão de roupa dele, né? Que eu não tava preparada ainda, né? Daí eu cheguei em casa e lavei um monte, um monte, um monte de roupa. Porque minha cunhada tem dois meninos, daí a roupa foi passando. E minhas primas tudo ganharam quatro, as minhas quatro primas ganharam tudo quatro meninos, tinha mais dois da minha cunhada, daí eu fiquei com roupa delas tudo. Deram tudo pra mim, porque não tinha pra quem dar, deram tudo pra mim. E roupa de neném sempre é limpinha, né? Daí eu peguei, cheguei, lavei roupa, lavei, lavei roupa, lavei acho que uma... fiquei o dia todo lavando. Daí no... domingo... no sábado eu fiquei o dia todo lavando, no domingo eu fiquei o dia todo passando. Daí depois estourou o tampão. Daí eu fui... Daí depois de quatro dias eu ganhei ele. Só que daí não tava bem, bem no prazo. Era de 37 semanas e o certo é ganhar de 40 semanas.

P: Tem assim... uma faixa, né?

J: É, é de 40 semanas a 42.

P: Geralmente de 38 a 42.

J: É. Daí eu peguei. Só que daí quando ele nasceu, ele nasceu todo roxinho. Daí ele... daí eu fiquei bem assim, daí ele nasceu, né? Daí botaram ele encima de mim. Daí começou a sair um monte de catarro do nariz, da boca dele. Um monte assim, bem amarelo. Daí quando ele nasceu ele ficou todo roxo. Daí ele tava todo gelado, daí eu achei que ele ia ficar ali comigo, né? Mas eles pegaram e tiraram ele de mim. Daí eu peguei e o Peter não quis ficar no meu parto. Porque ele tinha... ele desmaia quando vê sangue. Daí eu bem assim, daí ele ficava todo nervoso, daí ele tava chorando. Daí eu quase não tinha dor, eu tava bem calma. Daí ele só tava chorando, daí eu falava: “Então vai pra lá, que se tu ficar aqui vai me deixar mais nervosa. Né? Se for pra ficar mais nervosa, mais vale eu ficar sozinha”. Daí minha cunhada ficou comigo. Daí ele ficava chorando na rua, daí eu pedia pra enfermeira ir lá ver como ele tava. (risos) Em vez dela cuidar de mim, ela tinha que ver ele.

P: E elas iam?

J: Elas iam. Porque eu ficava assim “ah, por favor, por favor, senão eu vou ficar nervosa”. Daí elas assim: “Ô mãezinha, a gente ta aqui pra cuidar de ti” Daí eu bem assim “Ah, mas só dá uma olhadinha” (risos). Tava ele e a vó, a vó chorando também. Daí eu ficava lá.

P: E tu se sentiu bem cuidada pelas pessoas que te atenderam lá?

J: Ahã. Elas foram bem, assim, bem calmas, porque eu achava que na hora eu ia ter vergonha de fazer o exame de toque, mas na hora tu quer

que nasça de uma vez, que nem... daí eu fiquei bem calma. Daí as mulher conversavam, assim, bem direitinho, mandava a gente respirar, assim sabe (demonstrou), daí botaram eu naquele cavalinho, sabe? Daí botaram eu na bola... porque eu fiquei bastante tempo pra ganhar ele. Eu fiquei das duas e meia... da madrugada até... até quatro horas. Mas isso aí, no outro dia eu já tinha ficado internada o dia todo.

P: Quatro horas da tarde?

J: Ahã. Mas no outro dia eu já tinha ficado internada o dia todo pra ganhar ele. Na quarta, mas na terça eu já tinha ficado internada o dia todo. Fiquei das 8 às 5 da manha. Daí depois eles me liberaram. Porque tava dando contração, e a contração tava diminuindo.

P: Sei.

J: Daí depois eu não tinha dilatação, só tinha contração. Daí quando eu fui ganhar ele eu só tinha dilatação, não tinha contração. Daí eu peguei e fiquei bastante tempo, tipo assim, eu não tinha tanta dor, assim, porque eu ficava mais quieta, sabe? Ficava guardando a dor pra mim, mas assim, eu fiquei bastante tempo com dor, porque desde que estourou o tampão, não uma dor assim, uma coisa chata, que tu não dorme, que tu fica assim incomodada. Domingo quando estourou o tampão começou a dor, daí, porque geralmente quando estoura o tampão logo nasce, né? O meu não, foi só o tampão, não deu dilatação, daí eles não podiam deixar eu lá, né? E também não tava no prazo.

P: Mas tu diz assim, que a dor era uma coisa suportável...

J: Ahã.

P: ... que não era uma dor enorme.

J: Não, era uma dor que eu suportava. Assim, todo mundo fala que eu suporte bastante, mas era uma dor que eu conseguia ficar quieta na minha, só era uma coisa chata, assim, que tu não deitava... que tu... eu só queria andar, daí eu só ficava andando. Daí a dor passava... assim, que eu acho que eu me distraia, daí a dor ficava... menos dor. Daí que, como eu tava falando, que quando ele nasceu... daí ele ficou todo roxinho, assim, daí ele nasceu com a volta no pescoço também, daí ele nasceu todo roxinho, daí ele nasceu, nasceu todo roxo. Daí depois ele ficou bem roxo, bem roxo e levaram ele pra UTI, né? Daí ele ficou, acho que, três horas na UTI. Daí botaram um negocinho na mão dele pra ele não mexer e botaram uma máscara assim nele, pra ele respirar. Daí ele tava ficando todo gelado, daí botaram lá pra ele se aquecer.

P: E por quê?

J: Não sei, até hoje eu não sei. Daí depois que eu fiquei com medo, porque daí eu fiz o teste do pezinho. Daí deu alteração. Aí me mandaram fazer outro. Daí eu fiz outro. Daí deu alteração. Daí

mandaram fazer outro. Daí eu fiz outro, daí deu alteração de novo. Daí eles mandaram pro Infantil, pra fazer o teste do suor. Não sei se você já ouviu falar...

P: Não.

J: Eu também não tinha visto. Daí é tipo assim ó, é tipo uma capinha de relógio que coloca aqui na criança, só que tem um... é tipo assim, uma capinha de um relógio, daí prende com durex ali... e botam uma mangueirinha. Daí tem que entrar o suor dentro daquela mangueirinha. Pra ver se ele tem problema de pulmão. Porque, assim, eles achavam que... todas as crianças que tavam lá tinha nascido de 37 semanas e as crianças, as prematuras podem ter chance de ter problema no pulmão, né?

P: Ahã.

J: Daí... eu peguei e fui. Daí... daí... daí ela não quis dizer pra mim o quê que tinha dado. Daí eu cheguei com a médica, a médica disse que deu tudo normal. Mas é uma coisa a mais pra deixar a gente nervosa...

P: Claro...

J: Eu fiquei bem... Daí ele também mas... veio com infecção hospitalar.

P: Ah, é?

J: Daquela epidemia bolha. Não sei se você já ouviu falar...

P: Não.

J: É uma bolha, que daí ela pega, fica bem grande, fica uma bolha de pus e estoura. Daí ela vai pro sangue. Daí ele tinha 15 dias, daí eu levei ele pro Infantil (Hospital). Daí eles receitaram antibiótico para ele. Daí já é mais uma coisa.

P: E quando que ele saiu? Que ganhou alta?

J: Não, ele ficou dois dias.

P: Dois dias? E foi pra casa?

J: Ahã, mas ele não tava mamando. Isso aí que eu achei errado, a única coisa que eu achei errado. Ele não tava mamando. Mandaram ele pra casa. Eu queria que ele mamasse, eu fazia de tudo pra ele mamar. Mas ele não tinha força pra pegar o peito.

P: Ah, não é porque tu não tinhas leite?

J: Não. Eu fiquei com leite até seis meses.

P: Ahã.

J: Só que eu tirava o leite e jogava encima do telhado, que dizem que seca. (ri) A vó diz né? Simpatia. Mas até seis meses eu fiquei com leite. E daí depois o meu peito ficou com uns caroço, por causa que eu acho que o leite ficou acumulado, né? Daí ainda... daí agora vai vir a mamografia, né, pá vê. Mas agora ta saindo, de tanto eu passar azeite quente assim e fazer aquele puxado... saiu. Mas mesmo assim eu vou

fazer porque pode ter ficado um caroço de leite por dentro né? Porque ele ficou dois dias lá e ele não mamou nada, nada.

P: E tu querias dar mamar?

J: Eu queria, eu sempre quis. Assim, o meu sonho era ele mamar. Eu sempre quis, porque também... é melhor, né? Mais... Daí eu fiquei lá. Eu ia pro banco de leite, daí elas tentavam fazer ele mamar, só que ele não mamava. Daí eu fui pro... daí ele não tinha mamado nem o colostro, né? Aquela... não tinha mamado nada. Daí o leite já tava crescendo, já tinha bastante leite, porque pra dois dias, né? Daí o meu peito ficou todo empedrado. Daí quando eu cheguei em casa, eu ia tirar o leite e dá mamadeira. Só que o meu leite já tava todo empedrado. Daí eu não consegui, daí doía muito.

P: Tu querias tirar pra dar o teu leite?

J: O meu leite na mamadeira. Daí eu dei duas mamadeiras pra ele. Só que só saia um pouquinho, porque o leite tava todo empedrado, o meu peito tava duro desde aqui de cima.

P: E como é que tu tentavas tirar, Janaína?

J: Cá... cá aquela bombona de tirar... (faz o gesto de apertar, como se segurasse a bombinha)

P: Aquela bombinha?

J: Ahã. Só que o meu peito já tava todo empedrado, porque eu tinha bastante leite, daí com dois dias o leite já empedra todo. Ficar dois dias sem mamar. Se ele tivesse mamado primeiro o colostro, ainda saia o colostro, aquela... tipo uma gosminha, sabe? Não o branco, branco. Depois de tempo começou a sair o branco. Daí ele só chorava de fome, chorava de fome, daí eu fui obrigada a dar o NAN. Porque eu não conseguia controlar ainda tirar o leite, dar pra ele. Daí eu dei na chuquinha pra ele.

P: Era difícil de tirar o leite...

J: Era muito difícil porque empedrou tudo. Daí ficou muito ruim. Porque daí eu pegava e tentava tirar e pegava e... daí só saia um pouquinho, daí eu botava na mamadeira o que eu conseguia tirar. Tirava e botava... Só que era pouco por causa que o leite empedrou. Daí eu tinha que fazer com azeite, pra desempedrar, só que daí ele não podia comer, tomar, né? Porque bota azeite, daí a vó que me ensina, né, botava azeite na mão, pra desempedrar, botava no fogo (faz os gestos) e passava no peito. Daí assim, escorria um monte de leite, mas ninguém podia tomar aquele leite por causa que tinha azeite, né? Daí ele não podia. Daí depois de três dias que ele começou... de quatro dias que o leite começou a desempedrar, de tanto a vó fazer a massagem.

P: A vó que fazia em ti?

J: Ahã. Por causa que eu fiquei na vô... por causa que... eu não morava com a mãe por causa que eu e o meu padrasto não se falamo, que ele não gosta de mim, daí eu e ele não se falamo. Daí...

P: Entendi...

J: Por isso que eu não moro com ela.

P: Daí quando tu ganhaste, então, apesar de tu já estar morando separado, ficou um tempo na casa da vô?

J: É, eu fiquei 15 dias.

P: Então tu voltou a falar com a tua vô.

J: Não, eu só fiquei assim, um mês, assim, brigada com ela, assim.

P: Ah, ta.

J: Mas até hoje eu falo pra ela, que ela ama ele, né? É o primeiro bisneto dela. Ela ama ele, é louca por ele. Ela fala que dá a vida por ele. Que é o magrinho, mas agora nasceu um outro neto dela, nasceu sexta-feira, chegou em casa hoje. Daí... mas ela fala que ele é o dela, né? O alemão dela, né? Daí eu falo assim: “é, agora tu gosta. Mas quando ele tava na barriga tu não queria ele”. Daí ela fala assim “Ah, deixa, ele não escutou” (risos). Daí eu bem assim: “Mas eu vou contar pra ele quando ele crescer” (risos) Daí ela fala assim “Ah, desculpa, desculpa, tico”, daí ela pede, ela chama ele de tico, daí ela pede desculpa pra ele. “Ah, desculpa, tico, desculpa”. Aí ele vai lá e desculpa ela. Daí eu falo assim “diz que não”, daí ele falou que não com a cabeça. Daí ele sempre fala que desculpa.

P: Mas aí... depois na gravidez ainda ela te deu apoio?

J: Ahã, não ela... Só na hora. Daí no outro dia ela já ligou pra mim. Daí ela falando “Ah, vem aqui em casa depois...”. Daí eu fiquei assim, umas três semanas sem ir na casa dela, mas ela ligava pra mim pra perguntar como eu tava. Só que a mãe ficou...

P: Tu ficasse braba com ela, mas ela não ficou contigo?

J: Não (risos), eu que fiquei com ela, por causa que ela não podia falar, né? Mas na gravidez eles eram bem chatos, tudo o que eu tinha vontade de comer, tudo que eu via passando eles me davam. E eu dizia que isso não era assim, não é bem assim... tudo que eu ver eu tenho que comer.

P: Ahã.

J: Eu como quando eu to com vontade. Eu quase não tinha desejo na gravidez. Só tive dois e um ainda não comi. Porque era quarta-feira, era uma hora da manhã e eu me acordei com vontade de comer coxinha. Daí... e não tinha coxinha, não tinha. Daí o Peter foi nos postos, os mercados tavam todos fechados, daí foi até lá no Angeloni pra ver se tinha, daí não tinha. De madrugada não tinha, não tinha mais aberto. Daí eu não comi. Daí depois no outro dia, sete horas da manhã, daí eu dormi

morrendo de dor na barriga, morrendo de vontade de comer coxinha. Daí, depois oito horas... sete horas da manhã ele foi lá e comprou coxinha pra mim, mas daí eu já tinha perdido a vontade, mas eu comi, mas eu já tinha perdido a vontade. Daí ele foi achar um risoles lá no Kobrasol, mas eu falei que eu não queria risoles, eu queria uma coxinha. (risos) Mas eu comi, mas eu não queria. Daí eu fiquei com vontade. Só isso aqui e o cachorro-quente que eu comi. Só isso, mais nada. Mas tudo o que eles viam passando na rua vendo eles davam pra eu comer. Daí a vó é cheia de simpatia né? Não passa encima da mangueira, não pode pular cerca... (fala baixinho)

P: Como é que eram as simpatias da vó?

J: É, é que não podia passar encima da mangueira, senão nasce com o cordão umbilical no pescoço. Não podia passar por cima de escama de peixe. Não podia passar perto de escada, não podia pular cerca, não podia passar pro pó de café, perto do pó de café, e eu não tava nem aí, daí ela ficava louca comigo. (risos) Ela falava que eu não podia andar de moto e eu andava de moto, né? Direto. Até no último mês...

P: O T. tinha moto?

J: Ele tem moto. Até no último mês eu andei de... não, no último mês não. Eu tava com o tampão estourado ainda tava andando de moto. Depois de dois dias é que eu... antes de dois dias de eu ganhar eu andava de moto. E a vó “não, porque tu não pode andar de moto, porque não sei o quê, não sei o quê, que esse neném vai ficar pulando”. Eu falava assim “Ah, deixa ele pular”. Daí quando eu descobri que... daí ela queria menino, né? E a minha mãe queria menina e a minha sogra queria menino. Todo mundo queria menino, só eu que queria uma menina. Aí quando eu vi, assim, que não era uma menina, eu fiquei, não fiquei triste, mas eu fiquei tipo, decepcionada, entendeu? Porque eu queria uma menina, eu queria muito uma menina. Daí ia ser minha companheira, né? Ele não, daqui a pouco ele já cresce. Daí ele já é bem mais agarrado com o Peter do que comigo.

P: Ah é?

J: E olha que eu fico o dia todo em casa com ele, o Peter chega de noite, mas ele é bem mais agarrado com o Peter do que comigo. Quando eu vou pra escola ele nem dá bola pra mim. Ela só dá tchau assim, só quando ta perto de dormir que ele me chama. Mas quando o Peter sai pra trabalhar é um berreiro todo dia de manhã, chora um monte. Ele sai e ele quer ir junto, né? Ele chora um monte. E eu não, eu saio... só no comecinho ele chorava, mas a vó levou porque ele tava chorando desde a hora que o Peter saiu. Daí ele fica todo triste, assim, todo dengoso. Daí ele pega e fica. Daí quando eu descobri que era um menino, eu fui lá

contar pra vó. Pra mãe, depois contei pra vó. Elas ficaram toda tola, toda feliz, daí a vó veio, ficou toda feliz. Daí ela já começou a... Daí logo depois que eu descobri que eu tava grávida eu fiz um ultrason pra ver direitinho. Daí ela ficou toda feliz, toda tola. A vó, a mãe, ficaram bem contentes.

P: Janaína, eu acho que tu já acabastes me respondendo de algum jeito, mas assim, hoje, como é que tu achas que ta o teu conhecimento sobre métodos anticoncepcionais?

J: Eu acho que... ta... ta bom.

P: Tu voltasse a usar?

J: Eu tomo injeção. Desde que o Júlio fez um mês eu tomo.

P: Ahã...

J: Daí assim... daí os meus planos, né, e do Peter a gente já fez. A gente vai ter um filho só mais, só mais um filho. Daqui a 15 anos, eu vou tentar o outro. Quando esse aqui já tiver um homem, daí eu vou ter outro filho. Se eu não engravidar, daí eu não engravidei, mas eu só vou ter outro daqui a 15 anos. A não ser que... que eu tomo injeção, né. Já tomo há um ano e três meses. A não ser que a injeção falhe e eu engravide, né? Porque eu não vou poder tirar, né? Mas o meu plano de para a injeção é só daqui a 15 anos. Enquanto isso eu e ele decidimos não ter mais. Eu penso assim, eu vou me dedicar aqui, é só ele. Ficar só com ele. Daí quando ele já tiver criado, porque 15 anos já é praticamente um homem, né? Homem não, um guri, né? Mais aí já não precisa mais da minha ajuda tanto assim, né? Que daí eu posso me dedicar a outro, mas se eu tiver outro, daí eu vou me dedicar menos a el... eu tenho que me dedicar aos dois. E eu não, eu só quero me dedicar só a ele. Até ele tiver os 15 anos, ou os 15 até os 18, quando já tiver terminado bem os estudos, sabe? Porque daí, quando ele tiver 15 anos eu vou ter 29. Eu ainda vou tar nova, né? Não nova, nova (risos), mas vou tar nova, né? Que eu tenho, eu vou fazer 16, eu me acho muito velha. No ano passado eu tinha 14, ia fazer 15. Mas, eu... quando ele tiver uns 20, quando ele tiver uns 18, ainda dá porque ele vai ta de maior, não vai mais precisar da minha ajuda, né? Daí sim que eu vou ver se eu engravidado, mas também se não engravidar... Que o Peter queria ficar só com ele, só com ele. Mas eu... daqui a 15 anos eu quero ver se eu consigo uma menina. Se o Júlio fosse uma menina eu não ia querer mais.

P: Entendi.

J: Mas se eu conseguir. Porque final do ano eu vou comprar aqui, daí eu vou construir a minha casa, primeiro eu quero ter tudo, daí terminar os estudos... porque eu queria fazer medicina.

P: Ah, é?

J: Primeiro eu vou fazer um curso de enfermagem. Que eu vou trabalhar só na enfermagem. Daí depois que eu vou fazer a medicina. Mas primeiro assim, eu quero fazer... eu não quero trabalhar agora, eu quero trabalhar quando ele tiver uns 10 anos. Que daí assim, se eu trabalhar, tipo, meio período, o meio período que ele vai pra escola. Daí eu quero trabalhar só meio período. Porque, assim, eu não quero deixar ele com os outros, sabe? Eu quero deixar... eu quero que eu crie ele. Não quero deixar ele com as outras pessoas. Daí, quer dizer, outro filho vai atrapalhar tudo meus planos, né? Daí, que nem o Júlio já atrapalhou um pouquinho, mas eu que quis ele.

P: Pois é, até tava olhando aqui. Tem uma pergunta se tu fez ou usou alguma coisa pra não engravidar? Tu não usou nada, tu parou?

J: Eu não usei nada, eu parei de tomar pra engravidar. Eu fiquei seis meses tentando engravidar. Que é difícil começar a engravidar às vezes. Às vezes numa vezinha só já engravida. Eu até achei que não podia ter filhos.

P: Ah, é?

J: Ahã. Por causa que eu fiquei seis meses tentando engravidar e tem pessoa que só em uma vez, ainda usando camisinha, camisinha estourando ainda, né, engravida. E eu não, ainda fiquei seis meses tentando direto.

P: E aí tu pensaste o quê, que tu não podias?

J: Ahã. Tanto que eu ia no médico, daí eu tinha vergonha de falar pra ele, que eu tinha 13 ainda, né? Tinha 13. Daí eu falei pra ele, eu tava querendo falar pra ele que eu queria engravidar, entendeu? Mas ele ia me dar... imagina o esporro que eu ia escutar dele, né? Daí eu falei assim: “Será que eu não posso ter filho?” Daí ele assim, ele é um médico bem conhecido, bem legal, que é lá do J. (Posto), daí ele me pegou pequena, no médico. Daí ele assim: “Ai, Janaína, tu deixa de ser louca, tu não vai engravidar menina. Tu vai tomar comprimido, tu vai usar camisinha, menina, tu não vai engravidar” “Não, não vou”. E eu querendo, né? Daí ele assim e eu “Será que não dá?” “Não, tem pessoas que demoram, mas tu ta demorando porque não é pra ti engravidar ainda, porque tu não tem um útero adequado ainda pra engravidar” “Tá bom, ta bom”. Mas eu fiquei menstruada com 9 anos, eu fiquei menstruada muito cedo. Daí ele falando, e eu “Não, tá bom, ta bom”.

P: Tu tinhas receio de contar que tu querias engravidar?

J: Ahã.

P: Só pros médicos ou pra todo mundo?

J: Pra todo mundo. Eu não falei pra ninguém. Só pro Peter. Só eu e ele que sabia, mais ninguém.

P: Mas tu tinhas esse receio porque tu achavas que as pessoas iam...

J: É. Quando eu falei que tava grávida, todo mundo começou a falar um monte. Daí falavam que eu era muito nova. Daí eu quis engravidar sozinha. Por causa que se eu falasse pra alguém, assim, não tem? Só pra madrinha dele, que falei que eu tava tentando, que eu já antes de engravidar eu já disse que ela ia ser madrinha de um filho que eu ia ter. Daí, que é minha tia. Só pra ela. E ela também tava torcendo um monte pra eu engravidar. Mas nem pros médicos eu não falei, daí eu só tirei assim... tentei... se era normal uma pessoa demorar. Daí ele assim, “Ah, Janaína, deixa de ser louca, menina. Tu não vai engravidar”. Daí depois de um tempinho eu apareci lá grávida. “Tu tavas tentando, né, guria?” Ele pra mim e eu rindo com ele. Daí eu falei assim “Eu tava, eu tava” “E conseguisse”, daí ele falando. “Agora a gente vai ter que te encaminhar pra outro médico, porque o teu útero é de criança ainda, não tá tão preparado”. Daí quando eu tava de quatro meses eu tinha feito 14, “não tá tão preparado ainda, né menina?”

P: Ah, então quando tu engravidou, tu tinhas 13 ainda né?

J: (Confirma com a cabeça) Que eu comecei a namorar com ele com 12, fiquei um ano namorando com ele. Daí eu casei com 13. Daí depois de seis meses que eu casei, daí eu engravidei.

P: Aí, durante a gravidez tu fez 14?

J: Daí durante a gravidez eu fiz 14.

P: Com quatro meses, no caso.

J: Ahã. Daí eu ganhei ele com 14. Daí com 15, quando eu fiz minha festa de 15 anos ele tinha seis meses. Daí todo mundo falava. Assim, quando ele nasceu ninguém ficou futucando, nada. Depois assim, foi só no começo, na primeira semana que o pessoal falava “ai, louca, louca, louca”. Porque eles achavam que eu não ia saber cuidar dele. Mas quando ele nasceu eu cuidei dele, assim, tudo nor... eu só vim pra vó por causa que era pra vó conseguir tirar o leite. E porque ele chorava muito, só queria dormir no colo. Só que daí quando ele nasceu todo mundo pegava ele no colo. Daí ele só queria colo, só colo, só colo. E eu dizia pra ninguém ficar pegando ele no colo, mas não, eles acostumaram ele no colo, daí ele só queria colo. Quando nasce não, mas depois já vai entendendo as coisas, só queria colo. Daí eu ficava, a gente revezava. Duas horas o Peter, daí nós tudo dormia e o Peter ficava com ele no colo. Ele dormia no colo, só no colo. Duas hora minha, duas hora da vó, daí tinha meu primo e minha prima, daí tinha o vô também. Todo mundo revezava. Cada um... ficava com ele um pouquinho.

P: Então vocês não colocavam ele na cama quando ele dormia?

J: Ele se acordava.

P: Tinha que ficar com ele no colo?

J: Ahã. Então eu dormia com ele sentada. Mas no colo ele tinha que ficar. Ah, porque ele era manhoso mesmo. Porque cólica não era, porque geralmente só dá cólica quando mama, né? Às vezes, né, só dá cólica quando mama, mas ele só queria colo mesmo de manhoso. Que daí era acostumado ali só nanando, daí vai querer dormir no chão? No colchão? Não vai né? Daí só queria... nem no carrinho! Mas eu dizia pra eles que não, só que eles pegavam né? Daí a família, como era aqui na vó, que ela morava aqui do lado, daí era eu, minha prima, minha outra prima, o vô e a vó. Daí todo mundo vinha de vez enquanto aqui vê ele, direto era vendo ele, daí ele não parava, de colo em colo, assim sabe? Nem vinha na cama. Quando eu fui pra casa, que daí eu fiquei 19 dias na vó, quando eu fui pra casa, daí sim, daí ele berrou lá comigo. Porque daí eu botei ele no berço e deixei. Disse “Quer berrar, berra”. Botei só ele de lado, pra ele não se afogar com a saliva e deixei. Daí depois de eu arrumar minha casa toda, daí eu só dava mamadeira, trocava fralda e botava ele na cama. Depois de eu arrumar minha casa toda, lavar minha roupa, fazer tudo, daí é que eu ia pra pegar ele no colo um pouquinho. Daí assim, eu arrumava, claro que eu não arrumava como a gente ta arrumando, com a paciência assim, eu arrumava bem rapidinho.

P: E ele chorava muito?

J: Ahã. Não parava de chorar. E deixava. Eu falava que era bom pra abrir o pulmão. Daí eu deixava. Daí ele chorava, ficava lá chorando. Mas daí um tempo ele ficava, né? Depois de tanto chorar ele ficava parado, daí ele não chorava mais. Ele podia ficar no berço ou senão eu levava ele no carrinho, que lá onde que eu morava era diferente. Onde que lavava roupa era embaixo da casa, daí eu levava ele lá com o carrinho e deixava ele lá comigo. Daí eu conversava com ele e ele só chorando, só vivia chorando. Só me via e chorava. Quando eu não tava perto ele não chorava. Daí eu virava o carrinho de costa pra mim, pra ele não me ver. Daí ele ficava assim só olhando as coisinhas pra não chorar. Mas eu deixava ele chorando, não dava muito arrego pra ele. Daí quando a mãe chegava lá, a mãe pegava ele “Ai, que mãe malvada, que não sei o quê, deixou o neném chorar”. Pegava ele e ficava com ele no colo, daí já voltava, daí depois botava no carrinho de novo. E já voltava, mas ela dava muita manha pra ele. Até hoje ele é muito confiado por causa dela, elas que estragam ele. Ela e o Peter. A única, daí eles falam que eu sou muito braba pra ele, mas eu sou a única que ensino o guri, as outras só dão... ninguém briga com ele. Já tem que brigar desde já. Eu já brigo desde já. Porque ele gosta de bater nos outros.

P: Ah, é?

J: Ahã. Assim, não nas pessoas, nas crianças. Se ele quer um brinquedo e tu não dá pra ele, ele te bate. Na criança assim, sabe. Daí ele morde, daí ele puxa o cabelo, daí ele belisca. E daí se der o brinquedo pra ele, ele não faz nada disso, daí ele fica brincando.

P: Mas daí tu diz que tu faz o quê? Que tu ensina?

J: Ahã. Eu digo não, não vai. É dele, é dele. Daí eu pego e ele vai bater nele, vai bater na criança, eu pego, seguro a mão dele e digo “não pode brincar, tu vai sentar aqui”. E daí ele fica sentadinho comigo e chorando. Mas eu não deixo ele pegar. Mas eles não, eles vão lá e dão. “Ah, dá logo pra ele”. Dá tudo pra ele. Dá o que ele quer. E daí ele pega, quando ele ta com um pedaço de pau ele gosta de correr atrás dos outros, com um pedaço de pau assim, com mangueira, assim, mas de criança, pra brincar sabe? Daí eu falo que não. Mas se deixar ele bate. Mas eu digo que não. Mas, assim... só que assim... mas não é criança pequena, porque o único pequeninho é ele, é tipo assim, oito, dez anos, assim sabe? Daí já são mais grandinhos. Mas mesmo assim, se eu não ensinar agora, né? Que depois eu quero ver se coloco ele na creche, só pra ele começar a se acostumar assim, com criança. Daí ele vai ficar batendo nos outros, na creche? Daí como que ele vai ficar na creche? Só que também na creche não dá de botar ele porque ele dá convulsão, daí eu tenho medo de botar ele. Eu ia botar, só que agora eu não boto mais, eu não vou botar mais. Assim, eu fico às vezes pra botar, mas eu não sei ainda... Porque assim, eu sei que eu não vou ficar tranqüila se eu botar ele. Porque eu tenho medo, né? De dar convulsão e elas não saberem, né? Também vai ser bem difícil delas pegar ele. Porque é uma responsabilidade a mais, né? Pra elas... porque elas não são médicas, só são... Porque elas não vão poder deixar, porque se tem, por exemplo, 10 professoras, mas cada sala tem sua professora, daí ela não vai deixar uma sala inteira sozinha só pra levar ele no hospital, né? Daí... ai, eu não sei, eu to pra botar e não to pra botar...

P: Ta pensando ainda...

J: To pensando. Assim, é difícil.

P: Puxa, eu acho que tu também já me respondesse, mas eu quero ver se tu queres comentar mais alguma coisa, ta? É, tu lembras como é que foi quando tu contasse a notícia da gravidez pra tua família, como é que eles reagiram?

J: É, eles reagiram daquele jeito assim, né? Eu falei, daí a vó ficou com raiva, assim, na hora, sabe? Ela falando assim “Não sei pra quê que tu vai arrumar isso aí, coisa pra te incomodar. Vai incomodar”. Ela falando assim. Daí eu fiquei braba com ela. A mãe não, a mãe só quando soube começou a chorar e chorar, chorar, chorar. Mas assim, a mãe também

não falou nada, daí ela assim “Tanto que eu te falei pra tu te cuidar, né Janaína, tanto que eu te falei”. “Mãe, mas não era a mãe falar, porque eu queria” Daí ela assim “Tanto que eu te falei”.

P: E o teu pai Janaína? Tu tens contato com ele?

J: Assim ó. Eu não conhecia ele. Eu fui conhecer ele quando... o Júlio tinha oito meses. Eu nunca tinha visto ele. E quando a mãe tinha me ganhado, de nove meses, daí ele deixou da mãe. E foi pra Joinville e deixou a mãe sozinha. Daí a mãe também não procurou ele. Daí agora que ele foi me procurar. Daí a mãe fala, né? Que a culpa de eu ter engravidado foi ela, sabe?

P: Foi ela?

J: É, ela fala que foi ela, por causa que, assim ó, eu e a vó não se entendia...

P: Tu sempre morou com a tua vó?

J: Desde os... cinco anos. Por causa que daí a minha mãe casou. Daí o meu padrasto, ele batia muito em mim, não gostava de mim quando eu era pequena. Daí a mãe mandou eu morar com a vó, pra não se separar dele, porque daí ela tava grávida, né? Daí ia ser outro menino, outro neném sem pai, né? Daí ela não queria, daí eu fui morar com a vó. Daí assim ó, no começo... daí assim, a gente começa a ficar adolescente, começa a... e vó é vó. Vó não entende isso, porque quando eles foram criados era de um jeito, né? A mãe já me entendia. Daí, eu peguei e briguei com a vó quando eu casei. Eu tava brigada com a vó. Eu tava já a duas semanas sem falar com o vô, que eu briguei com ele. Daí eu já não comia mais em casa, só comia de noite, quando eu via o Peter, que a gente fazia lanche. Daí eu peguei e comecei... e comecei a ficar assim... comecei... daí eu decidi que eu ia casar, por causa que eu e a vó não tava se entendendo. Não tava dando certo eu morar mais lá. Daí eu casei assim por causa... não por causa da vó, por causa assim que eu e ela se brigava muito, sabe? Daí, que ela tava mandando eu sair dali, né, mandando eu embora.

P: Ah, ela tava te pedindo pra sair?

J: É, mas daí quando eu saí, ela começou a chorar um monte pedindo para eu ficar, entendeu? Só que um monte de vez ela mandou eu sair. Só que daí eu e o meu padrasto não tava mais se falando. Daí eu não podia morar com a mãe. Daí eu peguei e fui morar com a... daí eu peguei e o Peter disse “então vamo morar comigo”.

P: Mas tu achas que se tu se desse bem com a tua vó, tu terias saído tão cedo?

J: Não! Não teria... tipo assim...

P: Teria esperado para casar?

J: Ahã. Que nem a mãe fala, se eu tivesse, se ela, ela não perdoa o meu pai, né? Até hoje eles não se falam. Faz, mais ou menos, nem um ano não faz que eu conheço ele, que eu vi ele sabe? Ela fala que a culpa disso tudo que aconteceu comigo, que eu não acho, né, que foi culpa dela e dele, entendeu? Porque se os dois tivessem criado... me criado juntos, tipo assim, ele falou pra mãe que ele tava separado da mulher dele. Que ele tem uma mulher lá em Joinville. E daí... na verdade ele tava separado. Daí ele e a mãe ficaram cinco anos juntos. Depois eu engravidei sem querer, entendeu? Foi camisinha estourada.

P: Quem engravidou sem querer?

J: A mãe engravidou de mim sem querer. Ela não queria, que ela não tava casada com ele ainda. Ela não queria, daí foi a camisinha que estourou, daí ela engravidou de mim, mas sem querer. Ela não queria, quando ela descobriu que tava grávida, ela chorou um monte. Ela não me queria (ri). Daí ele pegou e daí quando ela tava grávida, ela descobriu que ele já tava com as duas, entendeu? Daí ele quis separar dela e ficar com a mãe. Só que a mãe tava vendo que ele tava muito lá e pouco aqui. Daí a mãe decidiu mandar ele embora, porque não foi ele que foi, foi a mãe que mandou ele embora. Mas só que a mãe fala que ele podia ter ficado aqui pra ver ela, né? Pra me ver, né? Daí, tipo, eu tinha direito de pensão, tudo assim né, porque ele me registrou. Daí ela falou, ela preferiu que não, que ele não me via, ela tava com muita raiva dele...

P: Não queria nada dele...

J: Não queria nada dele. Mas ela falou que, pelo menos, ele podia me ver, né? Mesmo ela não querendo nada dele. Ele podia me ver.

P: E por que ela falou que acha que a culpa do que aconteceu contigo foi dela?

J: Porque ela fala que se ele tivesse criado eu e ele sozinho... porque ela sabe como é difícil morar com a vó, sabe? Então, ela fala pra mim que ela e a vó se brigava muito. Daí ela sabe como que era, porque ela também morou com a vó, ela é uma pessoa muito difícil de lidar. Daí ela falou que se tivesse ficado comigo, ela ia né, eu ia ficar com ela, porque eu e a mãe se damos muito bem. E também... mas se ela tivesse ficado comigo ia ser diferente, ela fala.

P: Tu também achas?

J: Eu acho.

P: E o quê que tu achas que seria diferente?

J: Eu acho que eu não teria casado.

P: Entendi...

J: Eu não teria casado, eu tenho certeza que eu não teria casado. Porque é claro que eu gostava dele assim, né? Mas eu já tava namorando com ele, eles deixavam, então...

P: Poderias ter continuado só namorando...

J: Só namorando. Que nem, a mãe deixou também quando eu comecei a namorar. Todo mundo deixou. Ele ia lá em casa, só não dormia lá em casa, que a vó é assim, muito chata, nem eu dormia na casa dele. Mas, assim, a gente tinha liberdade, a gente saía... Tudo bem que eu tinha hora pra chegar, mas assim até uma hora tarde...

P: Dava pra se divertir?

J: Dava. A gente saía bastante, assim, tava tudo bem, sabe? E ela não... Daí, então eu só casei mesmo porque eu e a vó, eu não tava mais conseguindo morar com ela, daí por isso que eu casei. Mas eu, se tivesse podendo assim ficar, assim, daí eu não teria casado.

P: Entendi...

J: Mas é porque eu e ela não tava mais dando certo. Daí por isso que a mãe fala. Que a culpa é dela e dele.

P: Então, naquela época tava bem assim... tinha bastante conflito, tu, a tua vó, né? E tua acha que o relacionamento com a tua família mudou depois da gravidez?

J: Ai, não sei. Eu acho que ficou melhor...

P: Tu achas que ficou melhor?

J: Que antes eu era bem mais explosiva sabe? Depois da gravidez eu acho que... eu me acalmei um pouco mais. Não tanto, mas eu me acalmei um pouco mais. Só assim, com o Peter que eu acho que piorou um pouco, sabe?

P: Ah, é?

J: Eu acho que piorou um pouco... Ele fala que não, mas eu acho.

P: Ele não acha?

J: Ele não. Mas eu acho, porque assim... é diferente do que como tu vivia antes, assim, porque a gente saía muito, saía bastante. Daí prende tudo, daí não pode sair pra lugar nenhum...

P: Tu sente falta de sair mais?

J: Eu sinto. Eu sinto falta da liberdade, assim, que eu tinha. Tudo bem que eu tenho carro, daí quando eu quero sair, eu saio, assim, com ele, com o Júlio, né, mas só que... ai, vou pra uma balada com ele? Não dá de ir pra balada com ele. Até fazer um lanche com ele é difícil. Porque ele vira, vira... Daí eu prefiro não, daí eu prefiro comprar e fazer em casa mesmo. No restaurante também é impossível com ele. Ele pega e joga tudo no chão. Daí assim... daí eu prefiro evitar pra mim não ficar mais estressada assim, sabe? Porque eu já me estressei bastante na

gravidez. Por causa que eu não to... mas acho que com a família melhorou um pouco. Que daí eu brigo menos, sabe? Vê mais, assim... e com a minha mãe, ficou na mesma coisa, porque a gente era bom antes, agora também. Só que antes, assim, a mãe conversava mais comigo, assim tipo, “não engravida, não engravida”, agora não, agora ela não fala mais nada assim. Porque ela sabe que eu me cuido, ela sabe que eu não quero mais agora, né? Naquela época, eu não falava pra ela que eu queria engravidar, mas ela perguntava “O que tu tas tomando pra se cuidar?” “Camisinha... to usando camisinha, mãe” Eu falava pra ela. Mas agora não, agora ela sabe que eu to usando certinho, daí ela fica mais tranquila. Que nem, mas agora ela falou que se eu quisesse ter outro filho, era pra mim ter agora, sabe, pra mim criar os dois juntos. Daí eu falo assim “não, mas eu não quero”. Então agora se eu engravidar, ninguém vai mais contra, mas agora quem não quer mais sou eu. Só... nem eu, nem ele, né? Só daqui a 15 anos. Que nem ela falou que daqui a 15 anos eu não vou ter coragem de engravidar. Não sei... eu tive coragem de ter esse (ri). Que daí o meu corpo já vai ta acostumado com a injeção, né, daí vai ser bem mais difícil eu engravidar, né? Que daí vai ser 15 anos tomando injeção né? Mas eu não quero mais.

P: E com o Peter, Janaína? Como é que foi? Tu estás me contando um pouquinho, tu achas que mudou?

J: Ahã. Eu acho assim... não sei... ele fala... eu acho que mudou só pra mim, sabe? Por que assim, depois que ele nasceu a gente briga mais. Porque assim... ele tem um pouco de ciúme que eu estude, sabe?

P: Ah, é?

J: Ahã. Ele não queria muito que eu estudasse. Eu acho assim... eu falo pra ele o que ele pensa. Eu acho que ele pensa... “ah, tu casou, tu engravidou, tu fica em casa, cuidando do filho. E eu trabalho, entendeu?”. Não que eu tenho que trabalh... que eu tenho que estudar, porque eu tenho primeiro que estudar, não adianta eu trabalhar, né, agora. Eu quero primeiro estudar pra mim trabalhar assim num serviço bom, né? Não adianta eu ir trabalhar agora de qualquer coisinha, eu não, eu primeiro quero estudar pra mim ir trabalhar num serviço bom. Daí eu acho que ele pensa que eu tinha que ficar em casa, sabe? Cuidando do Júlio, daí quando ele chegasse, que eu estudo de noite, daí é ruim, que daí eu vejo bem pouco ele. Que daí eu chegou dez e meia. Que ele vai me buscar. Daí, ele sai sete horas da manhã.

P: Ele vai te buscar?

J: Ele vai.

P: E o Júlio?

J: O Júlio, o Lorival, meu primo desce e olha ele.

P: Ah...

J: Porque ele já ta dormindo e o meu primo tem 15. Daí ele desce e olha ele. Pra me levar, as minhas vizinhas ficam. Que é no T.M. (nome da escola), é bem pertinho, é coisa de 5 minutos. Daí... humm... ele pega e vai me buscar. Daí as vezes ele vai, quando não tem ninguém ele vai de carro. Daí o Júlio vai atrás. Mas toda vida o Lorival desce. Porque daí o Lorival, meu primo, fica aqui com ele, pra ele não ficar sozinho, né? Mas aí, ele fica assim, às vezes com a cara meia amarrada, fechada sabe? Daí também, ele fica também meio assim comigo. Mas eu falo “Não, não adianta. Eu vou estudar e deu”. Por um lado eu acho bom, que eu sou muito teimosa. Quando eu digo que é aquilo, vai ser aquilo, entendeu? E eu teimo dizendo que eu vou estudar e eu vou estudar, entendeu? E eu já falei pra ele, independente do que ele quiser falar...

P: Mas ele já te falou que não queria?

J: No começo ele não queria. No começo ele não queria, mas eu falei que ia estudar e deu. Se tu não quiser que eu estude, eu falei assim, se tu não quiser que eu estude então a gente se separa. Porque eu vou estudar. Se tu não quiser, então tu vai e me deixa porque eu vou estudar.

P: Daí ele aceitou?

J: Daí ele aceitou. Que eu falei que deu. Assim, que é a coisa mais importante, né? Claro que a gente casa pra ficar toda vida, mas se um dia tu separa de mim? Daí eu fico lá com 20 anos, vou começar a estudar com 20 anos? Com 20 anos eu já posso ter um curso, né, pra mim profissionalizar em alguma coisa, né? Daí, senão ele vai lá, me deixa, daí eu vou ficar, daí no máximo que eu vou conseguir é ser faxineira, ganhar quatrocentos e pouco pra sustentar eu, o Júlio, daí não dá. Eu não, daí eu penso assim, se um dia assim, claro que a gente quer ficar pra toda vida, mas se um dia não der certo, daí, claro que ele tem que dar pensão pro filho dele, mas mesmo assim. E as minhas coisas, que eu quiser? Eu que vou ter que comprar pra mim. Então, eu tenho que estudar, trabalhar, pra mim conseguir as minhas coisas, né? A minha independência... Não só depender dele, tipo, assim, que ele fala assim, ah, tudo o que eu quero ele me dá. Assim, sabe? Se eu quero... tudo assim, que eu quero, ele me dá. E eu não, eu fico... eu sou satisfeita das coisas que ele me dá, mas eu quero assim, se um dia eu precisar, que eu quero ter, eu quero comprar sabe? Meu. Pode ser meio egoísta, mas eu quero que eu... sabe? Que eu comprei, eu comprei com o meu dinheiro. Daí eu quero assim, daí ele pensa assim que eu devia ficar só em casa, só em casa, só em casa. Não só em casa, sair com ele, mas tipo, não estudar... ficar só em casa. Também, ele queria que eu estudasse só

de tarde, mas a tarde é muito ruim porque eu tenho que deixar o Júlio com outra pessoa, sabe? Daí ele falou assim... “eu pago pra uma pessoa ficar”. Daí eu pensei “Não, tu que vai ficar, porque tu que é o pai dele”. Daí é melhor, né? Se ele precisa de alguma coisa assim, é melhor do que deixar com as outras pessoas. Daí eu peguei e falei “Não, tu vai ficar”. E ficou. Ele fica com o Júlio só que às vezes, quando eu chego, ele fica meio assim, mas com o tempo ele vai acostumando, até o fim do ano ele fica acostumado.

P: Tu voltou a estudar esse ano?

J: Esse ano.

P: Ah, tá. Porque tu parasse um ano, não é?

J: Ahã. Eu voltei a estudar esse ano, mas até o fim do ano ele tá acostumado. Daí pra ano que vem ele já tá bem acostumado (ri). Que daí falta três anos ainda, pra terminar. Mas ano que vem eu quero ver se eu faço o supletivo ali, né? Que daí eu faço o segundo e o terceiro. Na escola ali... daí faz o segundo e o terceiro ali. Daí já fica melhor, né, daí já acaba tudo ano que vem.

P: E aí tu tens planos de fazer o curso de enfermagem?

J: Ahã. Daí eu vou fazer. Daí depois que eu tiver, assim, vou ver se é mesmo isso que eu vou querer, sabe? Que enfermagem é um pouco medicina. Vou ver se é bem isso, daí se for eu vou fazer medicina. Eu quero ser obstetra.

P: Obstetra?

J: Ahã. Ah, eu acho muito legal, assim, poder dar assim... fazer as pessoas assim... ah, não sei. Eu acho legal, eu adoro os neném sabe? Ou, assim, eu queria também, ou senão, pediatra. Só que eu não tenho... eu tenho muita pena, assim sabe... se eu vejo uma pessoa, uma criança doente eu fico triste, sabe? Daí eu acho que eu não vou conseguir, entendeu? Ou senão neurologista.

P: Neurologista?

J: Por causa do Júlio, né? Que ele dá convulsão.

P: Ahã.

J: Daí, assim, eu vou entender um pouco mais o caso dele. Um pouco por isso também, mas se Deus quiser só vai dar até cinco anos. Depois pará né? Mas tem vezes que dá mais. Daí eu ainda não decidi qual dos três que eu vou ser. A mãe quer que eu seja jornalista. Então... porque eu gosto de falar bastante, eu falo muito. Daí a mãe quer que eu seja. “Mas eu não sei falar tão bem, mãe”. Porque eu falo mais um pouco de gíria. “Mas então, vai ser jornalista de... de adolescentes, né, de pessoas novas” “Não, não quero”. Fazer o quê? Assim, pelo menos, eu to tendo uma profissão. Eu quero ter uma profissão, né, eu vou ter, né. Daí ela

acha... ela acha, que nem quando eu comecei a estudar foi uma briga, sabe? Porque a vó, o vô, todo mundo falava “Ah, não sei pra quê tu voltar a estudar, não sei pra quê, não sei pra quê, não sei pra quê, não sei pra quê”. Assim, as minhas primas, a madrinha do Júlio, a única que me apoiou foi a mãe, sabe?

P: Eu ia te perguntar, Janaína. Quem que foram as pessoas que mais te deram apoio? Que tu sentes...

J: Na gravidez ou depois?

P: Na gravidez, depois da gravidez...

J: Ah, o Peter me apoiou bastante. A vó também, no começo ela... A mãe também me ajudou bastante, todo mundo, foi só no comecinho que elas não... só, assim, na primeira semana que eu falei, sabe, que foi um baque. Daí eu já tava a seis meses, ela achou que eu não ia engravidar mais, que eu não ia engravidar tão cedo.

P: Só no começo, mas depois te deram apoio...

J: Todo, todo mundo na família. A madrinha do Júlio, minha tia, minha sogra...

P: Daí tu tavas contando que quando tu resolveu voltar a estudar, como é que foi essa coisa do apoio?

J: Foi... foi assim, mais ou menos...

(Nesse momento chega um tio de Janaína para buscar o carro que está frente à porta da sala, onde está sendo realizada a pesquisa. Janaína conversa brevemente com ele, vai até o quarto buscar algo e depois retorna para o sofá)

J: O tio quer o carro?

(...)

Tio: O Peter não achou a chave, né?

J: Não.

Tio: Pendurei a chave aqui ó (mostra) e ele não achou. Eu vou passar lá na loja...

J: Ahã.

(O tio sai da casa e entra no carro. Janaína volta para a entrevista)

P: Tu estavas me contando da escola, né? Quando tu quisestes... daí foi a gravidez...

J: É, daí “Ah, não sei pra quê, não sei pra quê estudar”. O Peter também, não queria muito que eu estudasse. Só a mãe, a mãe falou “Vai estuda, não queira nem saber o que os outro quer. Vai, se tu quer, tu vai”. E ela deu a maior força, porque ela queria bastante que eu voltasse. A mãe queria...

P: A mãe...

J: Só a mãe, porque o resto “não sei pra quê estudar, não sei pra quê”.

(Nesse momento o tio liga o carro, que custa a pegar porque é a álcool, “morrendo” e sendo religado várias vezes).

J: Não, vai. Só a mãe. O resto dizia “não sei pra quê”, que nem a vó. O vô também falou um monte, ah, coisas que não importa, que não tem... já tá casada, já ta com o teu filho, vai querer estudar... por ninguém estudou, sabe? A mãe só foi até a oitava. Só esse meu tio que formou em contabilidade, só ele. Mas ninguém. Daí não adianta, né, eu vou e deu.

P: Bom nisso eles não te deram muito apoio, só a mãe...

J: Só a mãe.

P: Mas assim, com os cuidados com o Júlio...

J: Não, eles ajudaram bastante, foi.

(O ruído do motor do carro tentando ser ligado intensifica-se)

J: É que o carro é a álcool, daí é frio pra pegar, daí te que injetar...

(J. e a pesquisadora aguardam alguns segundos enquanto o tio tenta ligar e retirar o veículo da garagem)

J: Daí eu to aprendendo agora (a dirigir). Daí eu falo assim “Ah, tio. Daqui a pouco eu dou um banho no tio”. Daí agora ele tem que renovar a carteira dele, eu digo que não vão renovar. (risos)

P: Janaína, e tu lembra se tu tinhas algum plano, algum projeto pra tua vida antes de engravidar?

J: Ah, eu tinha assim ó, quando eu tava só namorando com o Peter. Eu tinha assim ó... que eu ia ficar... que eu ia estudar, daí quando eu tivesse 18 anos, eu e as minhas amigas, né, agora ta tudo casada, mas é só eu que tenho filho, mas já ta tudo casada. Que nós três ia morar, dividir um ap, nós três...

P: Com 18 anos...

J: Ahã. Daí a gente ia trabalhar e só que a gente ia fazer faculdade, mas não aqui, a gente ia lá pra São Paulo pra fazer a faculdade lá. Entendeu? (O carro “morre”. Risos)

J: Daí a gente ia fazer a faculdade lá, entendeu? E nós ia pra lá. Nós três. Mas agora, o nosso sonho já foi. E a gente ia montar uma banda também. A gente ia fazer a faculdade, ia trabalhar, daí a Suelen quer ser bióloga, queria ser bióloga né? Eu sempre quis ser médica, né? E a outra ia ser juíza. Cada um com a sua profissão. E nós íamos morar junto. Daí antes de eu começar a namorar eu ia comprar, daí tipo assim, uma ia ficar no vocal, outra ia ficar na... eu ia ser baixista e a outra ia sê na guitarra. Que a gente ia pra lá, entendeu? Montá... Não... ficar aqui. A gente não ia ficar aqui, a gente ia estudar pra fora.

P: Mas tu tocavas algum instrumento?

J: Não, eu só queria. Mas não tocava. Tipo assim, eu passava na loja e ficava só admirando, sabe? Só admirando. Mas assim, a gente... o plano maior não era estudar aqui, era estudar pra fora.

P: Entendi. Morar juntas...

J: Morar nós três. Tipo assim, só nós três. Mas agora todas casaram, eu fui a última a casar mas... fui a única que engravidei ainda. Uma engravidou só que ela perdeu. Mas o resto ta tudo... daí eu falando “daí agora a gente ta estudando”. Só uma que não ta estudando, né?. Que parou no segundo. Parou na primeira... parou na oitava, né? Não fez mais. Daí eu e a Suelen, ainda ta estudando, né? A gente agora ta na mesma sala (ri). Daí eu bem assim (rindo): “Ah, o nosso plano não deu”. Só que eu era mais nova, né? Uma tem 19, outra tem 17 e eu tinha 15.

P: Mas e hoje, quais que são os teus planos pro futuro?

J: São esses mesmos. Eu vou... primeiro terminar os meus estudos, fazer o curso de enfermagem. Fim do ano eu quero ver se compro a casa pra mim, fazer um curso de enferma... eu vou ver se eu compro aqui, daí até o fim do ano que vem a minha casa vai ta construída, né? Que daí eu vou ficar morando aqui atrás e vou construir a minha casa ali na frente.

P: Mas tu vais comprar este terreno?

J: Esse terreno.

P: Ah, ta. O dono quer vender?

J: Ahã. Só que daí ele pediu até janeiro, né? O prazo dele. Daí fim do ano o meu pai vai me dar, né? Que daí eu to juntando dinheiro no banco, pra mim conseguir comprar.

P: O pai vai ajudar?

J: Ahã. Que ele tem bastante dinheiro, sabe?

P: Ah, é?

J: Ahã. Daí a mãe ficou mais triste assim, que ela me criou sozinha, sabe, ela trabalhava... me criando, sabe? E ele... ele é bem rico. Daí ela ficava bem triste.

P: E ele vai ajudar a comprar e construir?

J: Ahã. Ele que ta guardando dinheiro pra mim no banco todo mês. Daí eu deixo lá, entendeu? Ele abriu a minha conta... e ta dando dinheiro pra mim.

P: E como é que foi essa... esse reencontro, porque agora tu estas vendo o teu pai?

J: É, eu fiquei assim...

P: Como é que foi pra ti?

J: Eu fiquei... com raiva. Eu fiquei... assim... mas a verdade é que eu tinha bastante curiosidade de conhecer ele, sabe? Bastante curiosidade. Mas assim, eu fiquei meia triste. Eu fiquei com raiva, eu fiquei com

tudo no mesmo tempo. Eu fiquei com raiva por ele não ter me procurado antes.

P: Ahã...

J: Daí eu fiquei triste porque, tipo assim, assim, por causa que... agora ele queria voltar com a mãe, sabe? Mas a mãe não quer mais ele. Daí eu fiquei triste assim também por causa que... que ele tinha tanto dinheiro, podia, assim, ter me ajudado antes, né. A mãe que diz, porque a mãe que me criou sozinha, trabalhando toda vida, sabe? E... ele tinha tanto dinheiro, porque ele não me ajudou antes, né? E a... ah, e fiquei feliz também por eu ter conhecido ele, né? Que eu não conhecia. Daí foi um monte de coisa, um monte de angústia, assim, daí foi bem... foi bom. foi bom! Foi bom, assim, sabe? Só que a mãe que ficou triste, assim, sabe, quando eu conheci ele. Porque a mãe falou que eu criei ele sozinho, mas eu que pedi pra ela se eu podia conhecer ele. Daí ela falou que eu podia, que ele que veio me procurar, sabe? Daí ela falou que podia, que ela deixava. Mas eu bem assim “ô mãe, se a mãe disser que não, eu não vou”. Daí ela assim “não, eu vou deixar porque é uma curiosidade tua, é um direito teu de conhecer ele, né? Porque ele não merece te conhecer, tu merece conhecer ele”. Por causa era um direito meu, né?

P: Mas ele que veio te procurar?

J: Ele que veio.

P: Como é que foi Janaína?

J: Ele sempre sabia, ele sempre sabia onde que a gente morava, entendeu? Só que daí antes a vó morava bem lá encima, bem lá no comecinho do J. (bairro). Daí ele foi lá, daí a mulher falou que ela morava aqui, daí ele pegou e veio aqui. Ele sempre soube aqui, sabe? Daí ele não vinha porque ele não queria. Daí ele sempre soube. Só que ele falou que tava sonhando muito comigo, sabe? Porque, a família dele não sabia que ele tinha eu.

P: Ah...

J: Ninguém da família dele sabia que ele tinha eu. Daí eu também descobri que eu tinha irmão. Que eu tinha... que eu tenho... eu, tipo assim, eu tenho uma irmã de 32 anos, um de 30 e um de 27. Sou a única de 15, sabe? Eu tenho um sobrinho de 14. Eu sou a única... que tenho... eu sou a mais nova deles. Só que a mulher dele não sabia que tinha eu, sabe?

P: E hoje ela sabe?

J: Hoje ela sabe. Por ela diz que quando ele veio pra cá ela descobriu, né? Que tinha eu. Mas ele, ela não sabia, nem os meus irmãos não sabiam nada que eu existia. Daí um dia ele contou e falou.

P: Já tinha uma família lá, então, quando ele conheceu a tua mãe?

J: Ahã. Ele já era casado há trinta anos, só que aí ele falou pra mãe que ele era separado. E a mãe não tinha como ir até lá pra ver, né? Se ele era ou não. E tipo, de vez enquanto ele tava aqui. Só que ele dizia pra mulher de lá que ele tava viajando. E pra mãe, quando ele tava lá, ele dizia que tava viajando também. Daí ficava com as duas. Só que daí na hora que a mãe descobriu, daí foi o dia que levou o acidente, daí ele pegou e falou assim ó... daí a mãe chegou e falou assim ó... “ah, é a mulher dele” “Não, a mulher dele, não, a mulher dele ta dentro do quarto com ele”. Daí foi que a mãe viu ela. E ela viu a mãe!

P: Ele se acidentou?

J: Ahã.

P: Daí foi hospitalizado?

J: É.

P: Ah, e daí quando a tua mãe foi lá...

J: Dizendo que era a mulher dele, disse “não, a mulher já tá aí dentro do quarto com ele”. Daí foi que a mãe viu ela.

P: Ah, entendi.

J: Daí ele pegou, daí a mãe descobriu. Daí a mãe... daí assim... daí a mãe pegou... e mesmo assim ficou com ele. Entendeu? Porque daí ele falou assim “Não, ela diz que é minha mulher, só que a gente ta separado, ela só foi ali porque diz que é minha mulher, mas a gente ta separado, a gente não ta junto...”. E a mãe acreditou nele. Só que depois que a mãe viu que não era, né? Daí quando a mãe viu que não era mesmo, ela pegou e mandou ele embora. Daí... mas ela pensou, tipo assim, ela pensou... tipo assim, porque a amante, praticamente era a mãe. Mas a mãe, pra mãe, a mãe era a mulher, entendeu? E ela era ex-mulher, só que ele tinha os filhos lá, ele tinha que ir lá ver os filhos. Daí ele dizia “ah, eu vou lá ver meus filhos, mas não”. Daí, tipo assim, a família dele pensou que era só amante, que ele não tinha engravidado com a mãe, sabe? Que ele não tinha engravidado da mãe, sabe? Mas a mãe não era, assim, que tipo assim, ele ia na casa da vó... tipo assim, igual a um namorado normal, assim, ficava com a vó... tudo assim, entendeu? Ele ficou cinco anos com a mãe. Dos 18 aos 23 anos. Daí ela fala que... não valeu de nada. Quando ela engravidar assim, né, sem querer, que ele fica com... deixar ela.

P: E agora, né? Como é que ta tu e ele?

J: Agora ta bem. A gente conversa bastante...

P: Ele vem?

J: Sim, agora... é que a minha irmã sofreu um acidente de carro. Daí ela ta lá no hospital ainda, na UTI, tudo, foi bem grave. Daí ele não veio mais. Mas ele me liga, ele deposita dinheiro, ele que paga o aluguel pra

mim. Daí eu to guardando... guardando dinheiro. Mas assim, ta bem bom. Agora ta assim, que, acho que faz quase um mês que eu não falo com ele. Só que ele ligou pra vó, só que o celular dele mudou daí eu não consegui pegar. Daí o meu celular também mudou, só que ele não pegou. Daí ta... mas agora ta melhor, assim, pelo menos a gente se fala, às vezes. Ele vinha bastante pra cá, só que agora ele não vem por causa dela, né? Que ela sofreu, daí ela ta lá com ela, né? Que só tem eu e ela de menin... é... duas meninas e dois guri. Tipo assim, agora ela ta com a mulher dele ainda. Ele ta a 35 anos com ela. Só que ele é bem galinha, sabe? Trai um monte ela. Bem mulherengo, assim, ele é. Daí, tipo, a mãe já sabia, né, como ele era. E também, tipo assim, ele tando com a mãe, ele traia um monte a mãe, sabe? A mãe perdoou um monte de vezes ele. Mas aí, a mãe achou que a mãe era a mulher dele, né? Que a mãe era a mulher dele, só que aí ele tinha aquela de lá. E ele sabia. Daí quando a mãe soube a mãe deixou dele, só que ele traia um monte a mãe, que a mãe perdoou ele um monte de vezes. E ele, assim, ele é bem mulherengo.

P: Janaína, e voltando naquele assunto da escola, é... como é que era antes de tu engravidar, na escola... tu achas que mudou alguma coisa depois que tu engravidou?

J: Ai, eu não sei, assim ó... antes, quando eu ia pra escola, eu ia mais pra brincar, assim, sabe? Assim... prestava menos atenção... Agora não! Agora que eu to indo, to indo bem... com bastante vontade. Eu sentava lá atrás, lá no fundo e fazia bagunça. Agora não, agora eu sento bem na frente, vou com bastante vontade, sabe? Porque eu sei que como ta difícil pra ir pra aula, entendeu? Então eu vou com bastante vontade, assim, sabe? Pra estudar mesmo.

P: Porque tu paraste um ano, né?

J: Ahã.

P: Me contasses que parasses um ano...

J: É, ano passado eu não fui por causa que eles é... daí assim, eu via todo mundo indo, daí eu fiquei assim bem triste que eu não fui, sabe? Só que ele tinha dois meses, era muito pequenininho pra deixar... mas eu fiquei bem triste. Daí agora que eu pude ir, daí eu fiquei feliz, daí eu peguei assim ó “eu vou, eu vou e pronto!”, pra estudar mesmo. Daí eu comecei a ir.

P: E como é que ta sendo? Tu sentes que tu consegues acompanhar?

J: Ahã. Por causa, tipo assim, ta bem bom assim, sabe? Eu fiquei bem feliz quando eu voltei...

P: É?

J: Foi, tipo assim, bem... “ah, agora eu vou”, sabe? Que daí eu pensava assim “ai, não vou, não vou, não vou”, que era muita pressão pra mim não ir. E quando eu disse “eu vou”, daí assim, eu estudei bastante sabe, comecei a estudar... agora, que antes eu achava assim ó, que a minha vida ia acabar nisso, sabe? Cuidando do V. e deu.

P: Que tu não ias mais poder estudar?

J: É. Tipo assim, só quando ele tiver uns cinco anos, entendeu? Que a vó falava assim: “volta a estudar quando tu for levar ele pra creche, pra escola. Daí ele vai pro primeiro e tu vai estudar”. Eu falava assim: “Não, até lá eu já posso ir fazer a minha faculdade e eu deixar ele na aula, né?”. Daí ela assim “ah, não sei, não sei, não sei”, ela falava um monte, daí “não, eu vou”. Daí assim, mas eu acompanho, tudo normal, assim, que é de noite, daí tem bastante pessoa, assim, mais velha. Mas eu acompanho bem normal, as aulas.

P: E tu sentes que mudou assim... não sei, era a mesma escola que tu já estudavas?

J: Não!

P: Antes de tu engravidar tu estudavas em outra escola?

J: Ahã. Mas quando eu tava grávida, eu estudei o tempo todo grávida, né, no dia da minha formatura eu tava ganhando o Júlio. Daí, só que daí no final eu não pude mais ir pra aula, né? Daí eu peguei e fazia trabalho em casa. Daí assim, ainda na gravidez ainda zoava um pouco, assim sabe, agora não, agora eu fico bem quieta, presto bastante atenção. Porque agora eu vou pra aula mesmo prá estudar! Antes a gente ia pra se divertir, né?

P: E quando tu tavas grávida, tu sentiu que mudou o pessoal contigo, os teus amigos ou os professores...

J: Não! Eles eram bem... todo mundo na minha sala me chamava de mãe. Todo mundo me chamava de mãe. Eu tinha um professor bem novinho, que até ele me chamava, até ele me chamava de mãe. Todo mundo me chamava de mãe. Daí eu adotei três filhas (ri), todo mundo me chamava de mãe. Eles assim... tipo assim, os professores colaboraram bastante comigo, assim sabe? Pra mim fazer os trabalhos bem certinho, pra mim... ele me dava a matéria que eu queria, eu entregava e dava o trabalho pra ele. Colaborava bastante comigo, pra mim poder terminar, sabe? Eles se esforçaram bastante pra mim poder terminar.

P: Te ajudaram, então.

J: É. E hoje tu ainda sentes que eles te ajudam?

J: Ah... sim... é, quer dizer... é, me ajudam, assim... quem mais me ajuda mesmo é o Peter, que fica com ele. Mas assim... assim... porque todo

mundo da minha sala, assim, a maioria, acho que umas cinco tem filho. Daí, tipo assim, tem uma pes... ã, três que são bem, assim, já tem 30 e poucos anos, tem outra de 40 e pouco. Então, já tão bem acostumada, assim, sabe? Então eu acho que, mas assim, quando eu preciso sair, assim, eu pego e saio, quando eu falo “ah, hoje eu não vou poder ir...” ou bem assim “ah, professor, ontem eu não vim, eu não pude entregar o trabalho porque ele tava doente”, daí eles vão lá e deixam eu fazer o trabalho, entregar o trabalho no outro dia, sabe? Eles sempre colaboram bastante, mas não é comigo, é com todo mundo, assim sabe? Todas as meninas que tem filho. Porque daí elas sabem... que a maioria são tudo mãe daí sabe como que é. Também se eu levasse o Júlio no colo elas também deixavam... só que daí é muito ruim. É pouco assim... daí eu quase não presto atenção nas aulas, né? Porque ele é pequeninho. Mas elas ajudam bastante, assim, toda a sala.

P: Janaína, e antes de tu engravidar... tu frequentavas algum posto de saúde ou algum projeto, assim, fora a escola?

J: Ahã. Não, eu ia no postinho, assim, por causa que eu tinha anemia, né, daí de vez enquanto eu ia pra ver como é que tava a minha anemia. Daí eles me davam, eles pegavam e mandavam tomar comprimido, daí eles me deram comprimido, me deram camisinha, tudo, pra mim usar.

P: Ah, eles te orientavam lá no posto?

J: Ahã. Eles me deram comprimido, tudo. Me deram... daí eles iam me dar injeção. Só não tomei por causa que tinha que ser no primeiro dia de menstruação. Então eu não tomei. Daí naquele mês mesmo eu engravidei. Daí eu não tomei mais. Mas eles iam lá, me davam comprimido, só que daí eu nem tomei, eu dei pra minha prima.

P: Porque tu não queria...

J: Porque eu não queria. Só que daí eu não falava pra ninguém que eu não queria. Eu pegava, mas eu não queria.

P: Tu não querias evitar a gravidez...

J: Ahã. Mas eu pegava. Tipo assim, nem eu, nem eles, né, daí eu falava, tipo assim, às vezes, lá um dia eu tomava um comprimido...

P: Mas também tomar um dia não vai...

J: É... só pra tomar, assim. Quando a mãe vinha lá em casa eu tomava um comprimidinho, para disfarçar pra ela. E daí deu.

P: E tu ias em algum projeto, em alguma outra coisa fora da escola? Tinha alguma atividade... fora da escola.

J: Não...

P: Era só a escola?

J: Ahã. Eu saía bastante, mas com as gurias.

P: Ah, tua saias... Tu gostavas de sair.

J: Ahã.

P: Com as tuas amigas?

J: Saía bastante com elas, assim, ia pra balada, pro shopping, fazia lanche.

P: E tu sente falta disso Janaína?

J: Ahã. Bastante. Bastante. Tipo assim, às vezes eu penso assim ó: “Nunca mais eu vou voltar, nunca mais, assim, do jeito que era antes”. Eu saía bastante. Tipo assim, eu e ela se encontramos, que a gente estuda na mesma sala e a gente fala bastante, daí a gente fala assim “nunca mais vai voltar”.

P: Tu sente que tu perdeu alguma coisa?

J: Não sei, porque eu comecei a sair muito cedo. Eu comecei a sair era 10 anos, eu comecei a sair. Eu sai muito cedo, mas eu não posso falar, porque eu curti bastante, sabe? Fui a bastante balada, sai muito, muito. Assim, namorei bastante também. Então, tipo, eu não posso falar assim: “ah, eu não aproveitei”. Eu aproveitei bastante. Mas, assim, eu acho que eu tinha aproveitado tanto que uma hora eu me cansei de tanto aproveitar, entendeu? Daí, mas agora eu to sentindo saudade. Mas, assim, quando eu casei, eu não tinha tanta saudade, porque eu saía também. Só depois que eu engravidei que eu comecei a sentir saudade, porque daí eu parei de sair um pouco. Um pouco não, parei de sair quase sempre, que daí tem o Júlio, daí é mais difícil, né? De ir pros lugar, assim, sair, de ir pra festa. Mas, tipo assim, se eu pedir pra ficar com a mãe, a mãe fica com ele.

P: Isso que eu ia te perguntar. Se tu quiser... pedir pra alguém...

J: Não, todo mundo assim, a madrinha dele fala assim “ah, deixa ele dois dias lá em casa”, mas eu não tenho coragem de deixar ele, que eu tenho muita dó de deixar ele. Tipo assim, daí eu fico lá, só pensando sabe? Daí eu volto. Daí, tipo assim, é pra pegar ele em dois dias, só de manhã, daí é meia noite eu to batendo lá pra pegar ele.

P: Às vezes tu faz isso, então. Tu deixas um pouquinho com a tua mãe?

J: Não, acho que eu deixei... duas vezes ca vó. Pra mim passar a virada de ano na praia, assim. Eu queria levar ele, sabe? Só que daí eu sei que é muito ruim. Porque daí também... coisa... é que muitas vezes eu levo ele, sabe? Tipo assim, pra mim ir pra praia, assim...

P: Tu levas?

J: Sim, não, assim, quando... quando eu saio, assim, eu levo ele pra todo lugar que eu vou, sabe? Mas só que elas falam “ah, deixa ele”. Mas eu levo, só que eu não aproveito nada. Entendeu? Porque, tipo assim, quando eu vou pra praia, como é que eu vou aproveitar com ele? Não dá pra aproveitar nada, porque eu tenho que ficar toda vida na sombra, não

posso me queimar, eu tenho que ficar só do lado dele, eu tenho que cuidar dele, tenho que cuidar pra ele não ir no mar, não posso ir pra praia, né?

P: E elas se oferecem pra ficar com ele, mas tu não consegues deixar?

J: Ahã. Não, porque eu fico triste. Dele ficar lá e eu aqui. Tipo assim, eu lá me divertindo... que ele gosta de ir, entendeu? Que ele é pequeno, mas eu sei que ele gosta. Daí eu fico triste porque ele quer ficar comigo, né? E ele não... eu não tenho coragem de deixar ele (risos). Mas elas se oferecem, assim, quando tem festa, quando tem tudo, assim, ela “ah, vai. Deixa ele lá em casa”. A mãe assim “ah, deixa ele lá, uns três dias lá em casa” (risos). Tem vez, esses dias eu ia deixar ele dois dias na madrinha dele. Eu levei ele de manhã, daí quatro hora da tarde eu fui lá pegar ele, que eu já não agüentava mais. Se ele fica assim... bem pouco... quando eu to na aula, eu fico pensando nele...

P: É?

J: Ahã. Quando eu fico só pensando nele, a hora que eu chegar, assim, e ver ele. Eu fico triste, eu queria levar ele, só que é muito ruim...

P: Ahã...

J: Mas eu só penso nele (ri). É muito difícil, eu não tenho coragem de deixar ele. Talvez daqui a mais tempo eu tenha coragem, mas agora eu ainda não tenho. Daí assim, às vezes eu vou, eu me arrumo toda, daí a hora que eu to saindo, assim, ele começa a chorar. Daí eu falo assim “ah, não vou” (risos). Daí eu pego e volto. Não vou mais. Daí eu fico triste dele ficar assim... Mas ele não chora assim com os outros assim, ele fica numa boa, mas eu que não tenho coragem mesmo.

P: Ahã... Janaína, e além dessas coisas que tu já me contasse, tu achas que mudou mais alguma coisa na tua vida, depois da gravidez?

J: Ah, bem mais responsabilidade. A responsabilidade aumentou bastante. Antes era bem menos, agora, assim... antes, assim... era... bem menos, assim, eu não sei como explicar. Assim, eu saia... não tinha hora de voltar... agora não, tipo assim, pegava chuva, pegava vento, assim, agora não, né? Agora se chove, já tem que... antes eu saia... tipo assim, comparando assim, eu não levava guarda-chuva. Agora não, se eu vejo que já ta preparando pra chover, se eu vou sair eu já levo um guardachuva. Antes eu saía, saía só com blusa de manga curta, se eu sentisse frio não me importava. Agora não, sempre tem que levar um casquinho na bolsa... pro Júlio. Isso toda vida que eu saio eu levo ele. Daí... até quando, se eu vou no centro comprar alguma coisa eu levo ele. Só pra ele ir comigo, sabe? Quase não ando com ele no colo, mas eu levo. Assim ó... eu não consigo deixar ele, entendeu? No meu eu, se eu tivesse coragem de deixar ele, mas eu não consigo deixar ele, eu fico

triste, entendeu? Daí eu levo ele atrás de mim, tudo onde que eu vou. Eu não consigo deixar ele.

P: O quê que tu achas que ele significa pra ti?

J: Ah, pra mim ele é tudo pra mim. Tudo, tudo, a coisa mais importante pra mim, sabe? Assim, tipo assim ó... se ele não existisse, tipo assim, se acontecesse alguma coisa com ele, eu digo que eu morro, entendeu? Mas sem ele eu não vivo, porque eu já to acostumada com ele. Agora ele já ta aqui, tipo, a vó pegou ele às oito e meia (pouco antes da entrevista começar). Mas eu já to morrendo de saudade dele. Eu não deixo ele, assim, com os outros, sabe? Eu sou muito chata, ele fica só comigo. Só que a minha avó fica ali na frente, logo depois eu já vou pegar ele. Que eu sou muito chata, eu só quero ele pra mim. Assim, pra mim, ele é a coisa mais importante, sabe, eu dou a minha vida por ele. E tipo assim, se um dia, assim... eu tiver que escolher entre ele e qualquer pessoa, eu escolho ele. Qualquer pessoa... não sei se por causa que a mãe preferiu meu padrasto e eu sei como é que é, tipo assim, mas a mãe sempre me deu todo o apoio, mas só que até hoje ela chora por isso, por ela ter preferido ele, entendeu, quando eu fui pequena. Mas eu digo que ele pra mim é tudo... tudo... Credo, se eu ficar sem ele eu me mato. Eu morro se eu ficar sem ele. Ele é tudo pra mim.

P: Por quê que tu achas que essa gravidez aconteceu?

J: Não sei... eu acho que é porque tinha que acontecer mesmo. Eu acho que era o meu destino mesmo. Tipo assim, eu acho que tudo... eu penso que tudo já tava escrito, sabe? Tudo. Tudo que acontece na nossa vida já tava escrito. Cada um pensa de um jeito, né? Eu penso, tava escrito, já tava escrito desde pequena, sabe? A mãe conhecer ele e eu não morar com ela e ficar ca vó, né, e conhecer o Peter, casar, ter filho cedo, já tava tudo escrito. Desde pequena, assim, lá no comecinho. Tipo assim, se bem lá no começo a mãe tivesse ficado... a mãe e o meu pai, que eu não chamo ele de pai, eu chamo de Eraldo. Se a mãe e ele tivesse ficado, desde lá no comecinho, se eles tivessem ficado o tempo todo junto, nada disso ia ter acontecido. Tipo assim, a mãe não ter ficado nem com ele, ter conhecido outra pessoa, sabe? Um cara certo, assim, pra ela ele era o cara certo, entendeu, mas depois que ela foi descobrir as coisas dele. Escolhido o cara certo, ter nascido, ter me criado junto, né, nós dois, ela também ter terminado os estudos dela, assim, ter tido uma profissão, tudo, já ia ser tudo diferente. Tudo diferente... eu acho que já tava escrito no começo tudo que ia acontecer. Eu penso assim... que assim... claro que, assim, eu acho que se eu tivesse me cuidado eu não teria engravidado. Mas tipo, fosse de eu querer engravidar na hora, entendeu? naquela época de eu querer engravidar. Eu penso assim... que era o

destino. Mesmo eu tendo me cuidado, claro que eu não ia engravidar, mas também eu me cuidando podia engravidar. E eu fiquei seis meses tentando. Tem pessoa que se cuida, se cuida e engravida. Não é verdade? E eu fiquei tentando e não conseguia. Mas naquele dia decerto foi a hora de eu poder ter filho.

P: O quê que tu achas que a vinda do Júlio mudou na tua vida?

J: Mudou tudo. Tipo assim, eu aprendi a ter mais calma, eu fiquei mais responsável, eu me dediquei, assim, mais a ele, sabe? Tipo assim, só que eu acho que mudou, que o Peter, antes eu me dedico mais, eu só me dedicava ao Peter, só a ele. Agora não, agora... 20% é ele, o resto tudo é o Júlio. Entendeu? Eu me dedico 100% a ele, entendeu? Fico mais com ele, só quero ele, sabe assim? Tipo assim, às vezes ele chora e quer dormir no nosso meio, daí eu deixo, entendeu? Daí mais é ele, entendeu? Daí mudou, assim, isso. Queria ficar mais com ele. Daí, assim... e ajudou um pouco assim, que daí tu tinha, assim... Tipo assim, que antes eu ficava muito sozinha, não sei se foi por isso que eu tentei engravidar, entendeu, que eu ficava sozinha, só eu sozinha...

P: Porque daí tu casou, né?

J: É. E eu ficava sozinha. Que eu queria uma companhia comigo, entendeu? Daí assim ó, a mãe morava, só que a mãe... morava assim, perto, só que eu ficava sozinha, entendeu? Daí eu queria uma companhia comigo, daí eu achei que um filho... achei não, né? Um filho é a nossa companhia. Só que eu também não pensei na hora como que eu ia fazer pra voltar a estudar, na hora eu não pensei, assim sabe? E eu tava estudando... daí eu não pensei assim, como é que eu ia fazer pra voltar a estudar, tudo assim... porque eu tava sozinha, daí eu queria uma companhia pra ficar comigo. Daí eu fiquei... eu engravidei... pra ter uma companhia.

P: Tem mais alguma coisa, assim, de tudo isso que tu viveu, né? Que por acaso eu não te perguntei e tu querias me contar...

J: Acho que não... assim, a coisa mais assim... que assim ó, que eu não me arrependo de ter tido ele, sabe? Eu não me arrependo, mas se eu pudesse engravidar, eu não engravidaria. Se fosse hoje...

P: Nunca, ou tu engravidarias mais tarde?

J: Não, eu engravidaria, mas mais tarde.

P: Tu achas, assim, hoje, com a cabeça que tu tens hoje, se tu pudesse voltar atrás, com que idade tu terias o Júlio?

J: 25.

P: 25?

J: 25 a 30 anos. Que, tipo assim, Já tava bom pra mim ter a minha profissão, tipo, se eu terminasse, eu ia terminar meus estudos com 17 e

começar a faculdade, com 23 eu teria mais ou menos terminado, já teria feito uns dois anos de profissão, já taria, né?

P: Trabalhando...

J: Já taria no ramo. Daí, tipo assim, quando eu engravidasse, que nem assim, eu sempre digo, quando eu engravidar eu vou me dedicar só a criança, entendeu? Só a ele, entendeu? Que agora, eu me dedico só a ele, só que eu estudo de noite, daí eu acho que eu me dedico pouco a ele.

P: Tu sentes que tu te dedica pouco?

J: Eu acho que eu me dedico pouco. Por que, assim, eu acho assim, que a partir da hora que eu quis engravidar, eu acho que toda pessoa, assim, eu acho mais errado assim... eu penso do meu jeito, cada um pensa do seu jeito, né?

P: Claro...

J: Que assim ó, tu engravidou, tu tens que dedicar só a ele. Dedicar assim... mas mais só a ele. Só nele, assim, sabe? Pensar nele, ficar com ele, se dedicar só a ele. É o que eu mais penso, assim, sabe? Que eu tinha que ficar só com ele. É... tipo, não estudar de noite, entendeu? Que eu fico triste de deixar ele sozinho quando eu saio de noite. Lógico, eu me dedico... não me dedico pouco, eu tinha que me dedicar mais. Tinha que ficar só com ele. Que nem, tipo, se eu tivesse 25, já teria a minha carreira pronta, né? Daí se um dia eu quisesse voltar a trabalhar, já tinha dois anos de profissão, daí se um dia eu quisesse voltar a trabalhar, daí...

P: Ia ser mais fácil...

J: Ahã.

P: Mas tu achas que daí, mesmo se tu tivesses 25, tu tinhas que para de trabalhar naquela época?

J: Eu acho. Que eu tinha que parar e ficar dedicando só a ele. Até ele ter uns cinco anos, mais ou menos. Tipo, daí ele ta... ter, assim, já, consciência, assim... Não com cinco, com uns cinco anos assim, com cinco não, com uns 10 anos. Pra ele ter consciência que eu tinha que ir trabalhar... que nem, eu quero só começar a trabalhar, só quando o Júlio tiver uns 10 anos, eu quero fazer tudo, os cursos que for possível, sabe? Meio período, sabe, tudo que for possível pra mim estudar, assim, sabe? Depois, quando o Júlio tiver uns 10 anos é que daí eu vou estudar... trabalhar! Enquanto isso eu não pretendo trabalhar. Só... se acontecer algum caso, assim, de eu precisar. Mas enquanto isso eu não pretendo. Só assim... quando ele tiver uns 10 anos, que ele puder ficar sozinho, já tiver consciência que eu tenho que trabalhar... daí sim que eu penso em trabalhar. Enquanto isso, não.

P: Olha só, eu vou te convidar pra fazer uma coisa diferente, tu vais me ajudar a colocar as pessoas que são importantes pra ti neste mapa. Tem uma parte que é para a família, comunidade, escola, profissionais da saúde e amizades e quanto mais próxima essa pessoa for de ti, mas perto desse ponto tu vais colocar. Mas eu queria te convidar agora, pra gente lembrar da época antes de tu ficar grávida, ta? E aí, assim, quem eram as pessoas importantes pra ti da tua família?

J: Só a minha mãe.

P: Só a tua mãe? Antes de tu engravidar?

J: Ahã.

P: E os teus amigos? Tinha algum amigo que era importante... Tinha alguma amiga que era mais próxima?

J: Ahã. Tinha a Suelen.

P: A Suelen...

J: E a mãe, também, porque, assim, tudo que eu conto, tudo que eu queria falar, eu contava pra ela. Tudo o que eu queria contar... até quando eu tirei a minha virgindade, eu bem assim: “mãe, eu acho que eu vou tirar a minha virgindade” “ai, não faz isso, por favor, tu só tem 13 anos” Eu assim “ai, mãe. Eu vou mãe.” E ela “não” “Eu vou mãe”. Ela assim “então ta, tu se cuida, tu usa camisinha” Daí ela foi lá e comprou camisinha pra mim. Daí eu bem assim: “Não mãe, não precisa comprar, ele tem”. Daí no primeiro dia claro que eu usei, né? Daí ela “Ai, tu se cuida... tu olha bem... se ele for muito grande pra ti, tu manda ele parar” (risos) Bem legal, sabe? Quando eu fui tirar o meu BV¹⁸ também. Eu contei pra ela... tudo eu contava pra ela. Quando eu tava namorando com um menino eu falava pra ela... Quando eu tava gostando de alguém eu falava pra ela... Tudo eu falava pra ela. Era como minha amiga, ela me entendia bastante. Até hoje ela me entende, assim. Ela fala que eu sou muito braba (risos). Mas ela me entende (risos), ela me entende bastante.

P: Mas parece que tu achas que tu ficou mais calma depois da gravidez...

J: É, fiquei mais calma, mas mesmo assim eu sou muito... geniosa, assim, sabe? O que eu digo é aquilo, é aquilo. Mas assim, eu acho que o gênio de cada pessoa, cada um tem seu gênio.

P: E a escola, Janaína? Tu tinhas alguma amiga, assim, que era bem próxima de ti?

J: A Suelen...

P: A Suelen era da escola, né? Mais alguém?

¹⁸ Boca Virgem. Expressão usada pelos adolescentes para designar alguém que nunca beijou na boca.

J: Ah, tinha a Deise.... Tinha a Marjorie.... Tinha... as gurias, assim, da escola. Até hoje elas me vê, assim, falam comigo. Desde que vejo elas que nenhuma delas engravidou ainda, só eu, sabe? Daí eu fico pensando “Meu Deus, se eu não tivesse engravidado eu podia ta estudando igual elas, né, sem se preocupar com nada”. Que eu casei, daí, no começo eu estudava assim, eu ia pra aula assim, sem me preocupar com nada. Agora não, agora eu vou pra aula preocupada com ele, entendeu? Por isso que eu falo, que eu não teria engravidado. Se eu pudesse pensar mesmo e ter voltado atrás. Eu teria né? Mas... agora não adianta mais voltar atrás. Que nem, às vezes eu choro, assim... ai, se eu não pudesse ter engravidado eu não teria... não teria engravidado assim, sabe? Quando ele fica doente e eu fico as noites passando em claro. Assim: “ah, eu poderia ta dormindo normal... (ri)”. Né? Quando eu vejo as meninas indo pra festa... Claro que se eu quiser ir, eu vou. Entendeu? Que é só dizer pra deixar ele com alguém. Mas eu não tenho coragem de deixar ele com as pessoa, assim, daí eu não vou. Eu bem assim ó, se eu não tivesse engravidado... mas assim, agora... no começo eu pensava bastante, agora eu não penso mais tanto, que agora eu acho que já me acostumei, sabe? Por que quando eu tava grávida eu ainda saia pro barzinho... mas agora... depois que o Júlio nasceu, eu parei um pouco. Mas aí fazê o quê, né? (ri)

P: E naquela época tu lembra se tu tinhas alguém lá do posto de saúde ou de outras instituições, que era uma pessoa que tu te sentias próxima, algum profissional...

J: É... o Dr. Yuri.

P: Dr. Yuri?

J: É o Yuri, né? Que a gente chama ele.

P: Antes de tu engravidar?

J: Ahã. Ele dizia “Se cuida, menina. Tu não vai...”

P: Ah, era esse?

J: Ahã (risos). “Não engravida...”

P: Era desse posto aqui, não?

J: Não, lá do J. (nome do bairro)

P: E na vizinhança, onde tu moravas... Tinha alguém, assim, que era bem próximo...

J: (...) (...) Não...

P: E tinha alguém que te dava apoio, que te dava conselhos naquela época?

J: Só a mãe. A vó nunca conversava com a gente sobre nada, sabia? Ela nunca falou... E ela também nunca conversou nada com a mãe, só que... a mãe conversava comigo. Isso que eu acho legal da mãe, porque... ela

não conversava com a mãe, mas a mãe conversava comigo, entendeu?
Só que a mãe sentia falta do que ela não conversava com ela.

P: Tinha mais alguém que era chegado antes de tu engravidar?

J: (Faz que não com a cabeça)

P: E o Peter?

J: É, o Peter também, né?

P: Vocês já namoravam...

J: Ahã.

P: Então eu vou te convidar pra dar uma olhadinha aqui comigo. Tem essa marca aqui no meio, né?

J: Ahã.

P: Tu vais fazer de conta que tu és essa daqui. E aí, assim, nós vamos ver a mãe. Onde tu vais colocar? Lembra que aqui nesse campo, tu vais colocar as pessoas que eram mais próximas, do coração. Aqui quem tu tinhas contanto, mas não era tão chegado e aqui quem era mais afastado. A mãe, onde é que tu colocarias?

J: Aqui.

P: Daí tu falasses da Suelen¹⁹, né? A Jq era tua amiga. Tu colocarias ela bem pertinho, mais ou menos ou mais longe? Antes de tu engravidar, né? (aponta) Daí vem a Deise e a Marjorie, que eram da escola, né?

J: Ahã.

P: E a Deise e a Marjorie? Onde é que tu colocarias?

J: Eu colocaria aqui.

P: E o Dr. Yuri? (aponta) E o Peter? Antes de tu engravidar? Vou botar aqui em “família”, ta? Antes de tu engravidar onde é que tu colocarias o Peter?

J: Quando eu tava namorando com ele ou quando eu não tava namorando com ele?

P: Não, tu já tavas... um pouco antes de tu engravidar...

J: Eu botava aqui.

P: Aqui também? Ok. Agora, vamos lembrar da gravidez. Fazer a mesma coisa, ta? Na gravidez, as pessoas que foram importantes da tua família.

J: Ah, assim ó. A minha mãe, né? O Peter.

P: Pode falar, todo mundo.

J: A minha sogra.

P: A sogra, como é que é o nome dela?

¹⁹ A Suelen foi colocada inicialmente no campo de amizades, mas posteriormente foi transferida pela pesquisadora para o campo escola por tratar-se de uma amizade da escola.

J: Marta (...) As minhas cunhadas...

P: Como é o nome das tuas cunhadas?

J: Raquel e Tina. As outras são pequeninhas. Mas quando souberam ficaram toda feliz.

P: E quem te dava apoio, assim...

J: A vó.

P: A vó...

J: A madrinha do Júlio, Lola.

P: É uma amiga tua?

J: Não, é minha tia. Tipo assim, o tio casou com ela, entendeu. Só que... eu devia chamar ela de tia, só que ela é nova, ela tem 26 anos. Quando ela casou com o tio eu já tava grande, daí eu não quis chamar ela de tia.

P: Entendi. Mais alguém?

J: O vô também. E só.

P: Esses da família?

J: Ahã.

P: E amigos? Amigas... também pode ser vizinhos...

J: Que assim, quando eu casei eu me mudei pra B. (bairro). Eu mudei de colégio, entendeu? Eu mudei assim... daí elas ficaram tudo lá e eu vim pra cá, entendeu?

P: Então durante a gravidez elas não estiveram presentes?

J: Não.

P: Tá.

J: Só assim, que eu considero minha amiga é minha prima, a Karen. Ela eu considero minha amiga, mas também é da família.

P: Então eu vou colocar aqui na amiga, a Karen. Porque daí tu já veio morar pra cá?

J: Não, eu tava morando no B. (bairro), tava morando com as minhas cunhadas.

P: Ah, ta. Então de amigas tu lembra da Karen, que durante a gravidez foi mais presente.

J: É, foi a única da minha família que ficou mais comigo.

P: E na escola, tu continuou ainda na escola na gravidez. né? Tinha alguém lá na escola? Que te dava apoio...

J: Tipo assim, todo mundo da escola, assim, ficava falando comigo, tipo assim, a Deise..., a outra Deise...

P: É outra, não aquela...

J: Não.

P: Mais alguém?

J: Assim, que era mais ligado, a Luciana.

P: Luciana... Essas duas?

J: Assim, todo mundo ficava, mas quem mais conversava era elas.

P: E dos profissionais da saúde ou lá da escola, professores... pessoas importantes pra ti...

J: A Amélia. A diretora.

P: Diretora?

J: Ahã. Daí, eu ainda consultava lá, com o Dr. Yuri.

P: Dr. Yuri? Ele era importante, então?

J: Ahã.

P: Esses dois?

J: Ahã.

P: Alguma professora?

J: Sim, os professores ajudavam bastante porque me ajudavam a fazer trabalho.

P: Mas marcaram?

J: O professor de português, o Marcos, era bem legal.

P: E na vizinhança?

J: É, eu tinha a minha vizinha, a Lena.

P: Mais alguém que te dava apoio ou conselhos durante a gravidez?

J: A minha sogra.

P: Mais alguém, que tu lembras que era bem chegado, que tu convivias?

J: Ah, o Peter, claro. E ca mãe, assim...

P: Então vamos fazer de novo aqui.

P: A mãe, onde é que tu colocarias a mãe? Durante a gravidez? (aponta) O Peter. (aponta) A tua sogra? (aponta) A Raquel. (aponta) A Tina. (aponta) A vó. (aponta) Não tem problema ta? (referindo-se ao pouco espaço da folha). Qualquer coisa, eu puxo uma flechinha. A Lola? (aponta) O vô? (aponta) A Karen? (aponta) A Deise? (aponta) A Luciana? (aponta) Ah, mas era da escola né? (A pesquisadora havia marcado no campo “amizades”). Deixa eu passar pra cá. (...) A Amélia? (aponta) O Dr. yuri.

J: (aponta) Ele me ajudou bastante.

P: O Marcos? (aponta)

P: É isso, né? Tua sogra, tua mãe. Então vamos pensar hoje, agora, na tua vida hoje. Quem são as pessoas importantes da tua família?

J: O Júlio (risos), Peter, mãe, a vó, a Bianca, o tio Jr.

P: Esse que tava aqui?

J: É? Que na época que eu tava grávida ele tava morando em Porto Alegre. Ele ficou bem longe. A Lola também. E só.

P: E as tuas amigas?

J: Pode ser daqui da vizinhança?

P: Pode ser.

J: Tem a Luana, Sofia, tem o Anderson também, tem a... ai, como é o nome dela? A Jose, tem duas Katianes.

P: As duas é com C?

J: As duas é com K.

P: Vou colocar 1 e 2, então.

J: Ahã. Só.

P: E fora daqui da vizinhança...

J: Da escola?

P: Pode ser da escola.

J: Tipo, tem a Suelen, que ta na minha sala agora. Só que a amizade não fica a mesma. Mais ela...

P: E fora da escola e da vizinhança?

J: A Lena. É minha prima, mas é minha amiga.

P: Sim. E hoje em dia, tem algum profissional da saúde ou da escola que seja importante pra ti?

J: Eu gostava da Dra. que trabalhava aqui, mas... agora. Agora eu quase não vou, eu gostava da Dra. Rose, só que agora...

P: Mas hoje?

J: Não.

P: E mais alguém que hoje em dia te dá apoio, te dá conselho?

J: A mãe. A mãe dá bastante.

P: Mais alguém que é bem chegado?

J: Ah, as meninas aqui, a Luana...

P: A Luana. Tu falou, né?

J: É, só. O Peter também.

P: Vamos ver aqui então? Onde é que tu botas as pessoas? O Júlio? (aponta) O Peter. (aponta) A mãe. (aponta) A vó. (aponta) A Bianca. (aponta) O Tio Jr. (aponta) E a Lola? (aponta) E agora... Lena. (aponta) E a Suelen? (aponta) E a Luana?

J: (aponta) Aqui.

P: O Anderson? (aponta) A Jose? As duas aqui (referindo-se também à Sofia) O resto tudo aqui. (No casos, Katiane1 e Katiane2).

P: Só pra mim entender, o pai não ta aqui mesmo? Não colocarias ele?

J: Não... Eu não tenho muito contato com ele?

P: Não, só pra mim confirmar. Então ta bom, eu acho que terminamos. Tem mais alguma coisa que tu querias me contar, me falar...

J: Ai, eu acho que não, falei tanto... (risos)

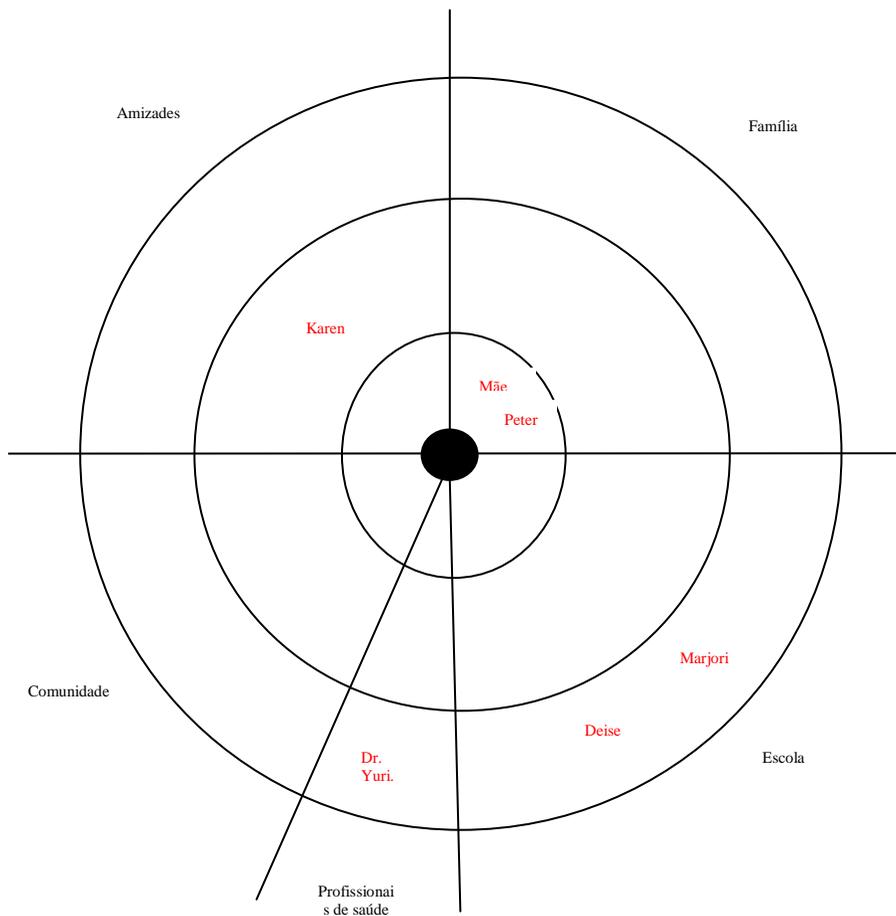
P: Então, ta. Eu queria te agradecer mais uma vez por tu teres participado, foi bem importante, eu acho que vai ajudar bastante...

(O gravador foi desligado)

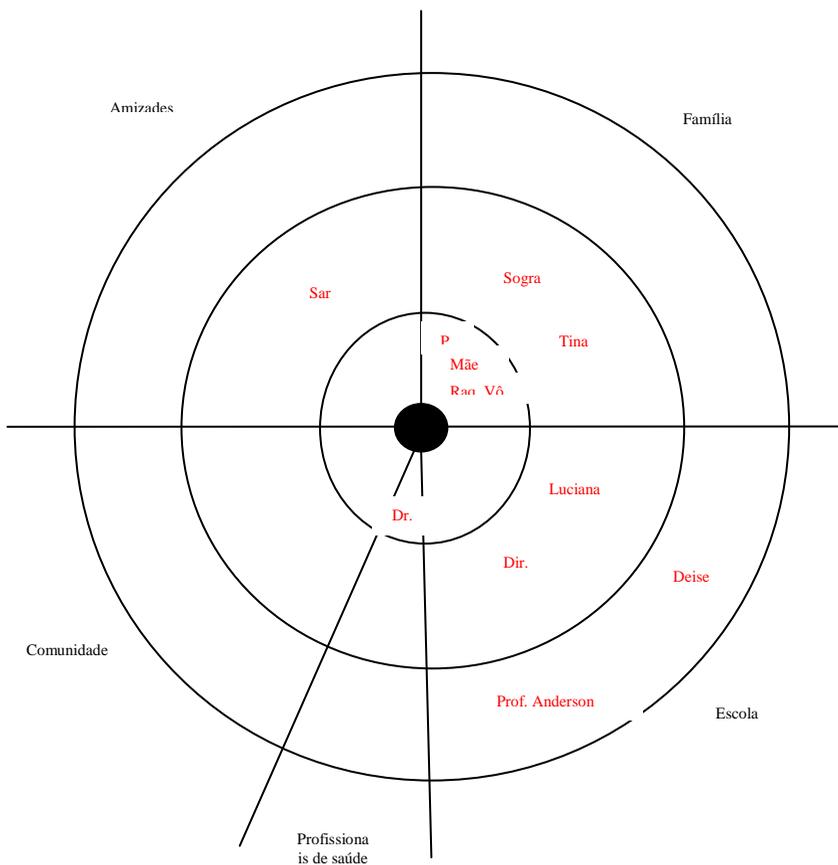
Duração da Entrevista: 1h50m

Após o término da entrevista, a pesquisadora parabelizou a adolescente por seu filho e expressou sua impressão de que a adolescente era uma mãe cuidadosa. Disse ainda que o gesto da adolescente estudar não era só pra ela, mas também para o filho, pois ela estava buscando um futuro melhor pra ele, ao que Janaína concordou. Por fim, a pesquisadora sugeriu que a adolescente não ficasse tão preocupada com os afastamentos eventuais do filho, pois isso também era bom pras crianças e ajudava no seu desenvolvimento. A adolescente recebeu bem as colocações e a pesquisadora agradeceu mais uma vez, dizendo que se ela sentisse necessidade poderia ligar para a pesquisadora.

Mapa de Redes - Antes da Gravidez – Janaína, 15 anos



Mapa de Redes - Durante a Gravidez – Janáína, 15 anos



Mapa de Redes - Momento Atual – Janaína, 15 anos

