

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA

CARLA DENARI GIULIANI

**TRAMAS E DRAMAS DA MATERNIDADE NA ADOLESCÊNCIA:
GÊNERO, PODER E CULTURA (UBERLÂNDIA 2000-2010).**

**Uberlândia
2012**

CARLA DENARI GIULIANI

**TRAMAS E DRAMAS DA MATERNIDADE NA ADOLESCÊNCIA:
GÊNERO, PODER E CULTURA (UBERLÂNDIA 2000-2010).**

Tese de doutorado apresentada ao programa de Pós-Graduação em História Social, Instituto de História da Universidade Federal de Uberlândia como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de doutor em História.

Linha de Pesquisa: História Cultura.

Orientadora: Profa. Dra Vera Lúcia Puga

**Uberlândia
2012**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Sistema de Bibliotecas da UFU, MG, Brasil.

G537t
2012

Giuliani, Carla Denari, 1973-

Tramas e dramas da maternidade na adolescência : gênero, poder e cultura (Uberlândia 2000-2010). / Carla Denari Giuliani. - Uberlândia, 2012.

190 f.

Orientadora: Vera Lúcia Puga.

Tese (doutorado) – Universidade Federal de Uberlândia, Programa de Pós-Graduação em História.

Inclui bibliografia.

1. História - Teses. 2. História social - Teses. 3. Uberlândia (MG) - História - Teses. 4. Gravidez na adolescência - Teses. 5. Adolescência - Aspectos sociais - Teses. I. Puga, Vera Lúcia. II. Universidade Federal de Uberlândia. Programa de Pós-Graduação em História. III. Título.

CDU: 930

CARLA DENARI GIULIANI

**TRAMAS E DRAMAS DA MATERNIDADE NA ADOLESCÊNCIA:
GÊNERO, PODER E CULTURA (UBERLÂNDIA 2000-2010)**

Uberlândia, 25 de maio de 2012

Banca Examinadora:

Dra. Vera Lúcia Puga (Orientadora)
INHIS/UFU

Dra Maria Clara Tomaz Machado
INHIS/UFU

Dra Eliana Faria de Angelice Biffi
FAMED/UFU

Dra Leila Aparecida Kauchakje Pedrosa
UFTM

Dr. Miguel Rodrigues de Sousa Neto
UFMS

Para Alexandre, Enrico e Carolina

AGRACEDIMENTOS

Foram muitos os caminhos que me levaram até esta tese. Um caminho longo, e árduo, porém gratificante pelos estímulos recebidos no percorrer deste trajeto. Muitos anos de dedicações às disciplinas, pesquisa, de escrita e reescrita do texto, e é chegada o momento de agradecer àqueles que de alguma forma, cruzaram o meu caminho.

Sou grata e carinhosamente à orientadora Vera Lúcia Puga, pelos estímulos e paciência. Sua erudição, afeto e amizade foram essenciais para que esse trabalho fosse realizado. O meu convívio intelectual e humano com você nos últimos 4 anos e meio foram essenciais para meu aprendizado como historiadora. Sou extremamente grata ao meu Departamento de Enfermagem, aos colegas de colegiado do Curso de enfermagem que me liberaram para que este trabalho acontecesse e aos meus Coordenadores de Curso Arthur e Maria Cristina que sempre me incentivaram me ajudaram nos momentos mais difíceis da minha caminhada. Agradeço aos professores do instituto de história da Universidade Federal de Uberlândia, em especial a professora Dra. Christina da Silva Roquete Lopreato, Dra. Heloisa Helena Pacheco Cardoso, Dr. Aldalberto Paranhos. As suas aulas na pós foram essenciais para poder pensar a maternidade na adolescência na população carente e na formação do problema que é a gravidez para a área da saúde. Os questionamentos foram essenciais para formação do corpo desta tese. Então agradeço imensamente todos eles que me fizeram parar pensar e questionar sobre a problemática da minha tese.

Agradeço ainda a professora Dra Maria Clara Tomaz Machado por ter sido minha mestre e amiga todo tempo desta caminhada. Não posso deixar de lembrar a Prof (a) Dra Eliane de Faria Angelice Biffi, amiga companheira de lutas dentro da enfermagem e do Curso de Graduação em Enfermagem na Universidade Federal de Uberlândia. Ela foi uma das grandes responsáveis por me encontrar neste lugar hoje, pois foi através dela que eu conheci o Núcleo de Estudos de Gênero e pesquisa sobre a Mulher (NEGUEM) e a História. Quero agradecer ao meu grupo de pesquisa que pertence o NEGUEM pelos diálogos constantes e o incentivo principalmente na figura da amiga constante: Dulcina Tereza Bonati Borges. Sou eternamente agradecido à prefeitura de Uberlândia em especial a Secretaria Municipal de Saúde por ter proporcionado a abertura das portas dos PSFs para que este trabalho ocorresse. Agradeço também a todas as Enfermeiras e Agentes de Saúde dos PSFs que passei, pela paciência, disposição e companheirismo durante todas as entrevistas.

Minha gratidão a todos os meninos e meninas (adolescentes), bem como suas famílias que se dispuseram a falar para esta pesquisa com paciência e disponibilidade tempo, contando

suas histórias tão ricas e tão motivadoras. Sou grata ao meu amigo e companheiro de disciplina e diálogos constantes Paulo Sérgio Moreira Filho. Sou grata ao meu pai, a madrastra, a minha linda mãe que acredito estar presente sempre ao meu lado, meu irmão, minha cunhada e minha querida prima Joseline que mesmo distantes sempre acompanharam a minha trajetória acadêmica. Agradeço ao Paulo e Rosa, meus sogros, que sempre torceram por mim. Obrigado em especial Rosa que além de ser sogra é minha segunda mãe pelos cuidados com pequena Carolina, enquanto pesquisava e escrevia meu trabalho você sempre esteve ao meu lado. Quero agradecer profundamente minhas duas ajudantes Maria e Carla que sempre nos momentos de maior aperto estavam sempre do meu lado para dar mão, braço e perna, ou seja, tudo por este trabalho.

Sou eternamente grata ao meu esposo, Alexandre Marletta, companheiro de várias lutas e conquistas. Sempre ao meu lado nos momentos mais difíceis desta tese não deixando esmorecer, mesmo quando as coisas apertavam, ou quando o negócio estava mais frouxo ele sempre que me coloca de volta ao trilho da pesquisa. Meu amor de tantas vidas obrigado mesmo, pela eterna paciência. Aos meus queridos filhos Enrico e Carolina que me surpreendem a cada dia. A habilidade de cativar foi essencial nos momentos em que a escrita quase não saía. Quero aqui deixar meus eternos agradecimentos à amiga de todo às horas Maria Amélia pelos seus questionamentos e suas conversas. Ainda quero agradecer a Maria Beatriz Vilela de Oliveira e Maira pelas intensas correções da língua portuguesa e de formatação em toda a tese. Quero ainda lembrar a minha eterna companheira, minha cachorra Nina que esteve comigo aos meus pés durante toda a feitura desta tese e toda a equipe que indireta ou diretamente fez com que esta tese tomasse corpo e se materializasse. Segundo a Vera, minha orientadora eu me tornei objeto de minha própria pesquisa à medida que também engravidei neste período. Nem assim me atrasei na entrega da tese, foi uma batalha dura árdua, pois além da gravidez a mudança de área, foi algo complicado no que se refere à narrativa das coisas, mas acho que eu consegui superar todos os obstáculos, essa tese é coroação de todo o meu esforço, muito obrigado a todos que estiveram comigo nesta caminhada.

RESUMO

A vida adulta alterou-se muito nas sociedades ocidentais modernas. O redimensionamento da autoridade parental, novas normas educativas, transformações nas relações de gênero e entre gerações compõem novo cenário social e familiar. Chegamos ao século XXI com a família pós-moderna ou pluralista, ao individualismo e às relações descompromissadas. Neste viés quando pensamos no nosso objeto de estudo: o ato de engravidar das adolescentes no século XXI, depois da revolução da pílula e do nascimento do feminismo, torna-se claro o pensar que sentido tem essa maternidade neste tempo de fluidez, efemeridade do individual, da cultura contemporânea que se sobrepõe linguagens, paradigmas e projetos. Que sentido tem esse contrapoder exercido por elas quando se opõem às políticas públicas e ao modelo estabelecido pela sociedade contemporânea, que traduz a gravidez na adolescência como um problema e ou erro. Esse estudo foi desenvolvido a partir de fontes escritas e orais obtidas com entrevistas das gestantes adolescentes seus companheiros e suas famílias, localizada na cidade de Uberlândia MG. Observamos que apesar do pensamento “hegemônico”, de erro ou problema traduzido pela mídia, pelos programas de saúde, pelo próprio ensinamento médico, e pelo mundo contemporâneo, as pessoas resistem e reescrevem novos juízos de valores.

Palavras chaves: Adolescentes. Gravidez. Maternidade.

ABSTRACT

He adult life was altered very much in the western modern societies. The redimensionamento of the parental authority, new educative standards, transformations in the relations of type and between generations they compose new social and familiar scenery. We bring modern-powders or pluralist near to the century XXI with the family, to the individualism and the relations descompromissada. In this slant when we think about our object of study: of making pregnant of adolescents in the century XXI, after the revolution of the pill and of the birth of the feminism, the act turns clear thinking which sense has this motherhood in this time of fluidity, ephemerality of the individual one, of the contemporary culture that puts languages, paradigms and projects on top. Which sense has this counter-power practised by them when they are opposed to the public politics and to a model established by the contemporary society, which translates the pregnancy in the adolescence like a problem and or I wander. This study was developed from written and oral fountains obtained with interviews you give adolescent pregnant women his companions and, when MG was located in the city of Uberlândia, We Notice his families that in spite of the thought "hegemônico", of mistake or problem translated by the media, by the programs of health, by the medical teaching itself, and for the contemporary world, the persons hold out and rewrite new judgements of values.

Keywords: Adolescents. Pregnancy. Motherhood.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1 -	Número de mães e gestantes adolescentes dos bairros versus o número de entrevistas realizadas	30
Gráfico 2 -	Número de partos de adolescentes de 2000 a 2009	45
Gráfico 3 -	Número de partos de adolescentes de 2000 a 2009, segundo as regiões do Brasil	45
Gráfico 4 -	Número de gestantes e mães adolescentes por idade	108
Gráfico 5 -	Idade das gestantes e mães adolescentes por bairros	108
Gráfico 6 -	Número de gestantes e mães adolescentes segundo etnia	109
Gráfico 7 -	Número de gestantes e mães adolescentes segundo a profissão	110
Gráfico 8 -	Companheiros das gestantes e mãe adolescentes segundo a profissão	111
Gráfico 9 -	Número de gestantes e mães segundo o estado civil	114
Gráfico 10 -	Número de gestantes e mães adolescentes que consideram o casamento importante	115
Gráfico 11 -	Número de gestantes e mães adolescentes que planejaram ou não a gravidez na adolescência	119
Gráfico 12 -	Número de gestantes e mães adolescentes que consideram ou não que filho na adolescência é um problema	119
Gráfico 13 -	Número de gestações de gestantes e mães adolescentes	120
Gráfico 14 -	Número de gestantes e mães adolescentes que tiveram ou não apoio da família no processo de gravidez na adolescência	120
Gráfico 15 -	Número de gestantes e mães adolescentes que tinham familiares ou conhecidas que engravidaram na adolescência	121
Gráfico 16 -	Frequência de consultas nas unidades de saúde antes da gravidez	127
Gráfico 17 -	Frequência do segundo filho em adolescentes	160
Gráfico 18 -	Número de mães que sofreram abortos durante as gestações	161

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Número de filhos por mulheres desde a década de 1950	41
Tabela 2 -	Mãe adolescentes	41
Tabela 3 -	Relação de escolaridade X número de filhos no Brasil em mulheres (15-49 anos)	42

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAPES	Centro de Atendimento Psicosocial
CDA'S	Centros Docente Assistenciais
CELADE	Centro Latino-Americano e Caribenho de Demografia
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CEPAL	Comissão Econômica para América Latina e Caribe
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COMIN	Coordenação Materno-Infantil
DIU	Dispositivos Intra-Uterinos
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
ECOSOC	Conselho Econômico e Social das Nações Unidas
FioCruz	Fundação Oswaldo Cruz
FNUAP	Fundo das Nações Unidas para a População
HCU/UFU	Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDSUS	Índice de Desempenho do SUS
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
INSS	Instituto Nacional de Seguridade Social
MDB	Movimento Democrático Brasileiro
NEGUEM	Núcleo de Estudos de Gênero e pesquisa sobre a Mulher
OIJ	Organização Ibero-americana da Juventude
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Nações Unidas
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PNDS	Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde
PROSAD	Programa Saúde do Adolescente
PSE	Programa Saúde na Escola
PSF	Programa de Saúde da Família
SASAD	Serviço de Assistência à Saúde do Adolescente
SMS	Serviço Municipal de Saúde
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UAI	Unidades de Atendimento Integral Saúde
UBSF	Unidade Básica de Saúde da Família
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO	14
Capítulo 1	GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA, SABER MÉDICO E POLÍTICAS PÚBLICAS	34
1.1	Gravidez na adolescência do problema à incidência	35
1.2	O Programa Saúde do Adolescente (PROSAD): prevenção de gravidez e saber médico institucionalizado	49
1.2.1	<i>Participação juvenil</i>	<i>53</i>
1.2.2	<i>Equidade de gêneros e direitos sexuais e reprodutivos</i>	<i>54</i>
1.2.3	<i>Projeto de vida, cultura de paz, ética e cidadania, igualdade racial e étnica</i>	<i>57</i>
1.3	Políticas públicas em Uberlândia: diversidades	70
1.3.1	<i>População por Distrito</i>	<i>74</i>
1.4	Políticas públicas em Minas: a semelhanças entre a capital e o interior	79
Capítulo 2	AS CONSTRUÇÕES E REPRESENTAÇÕES DA MATERNIDADE E DO ADOLESCER	81
2.1	Criação do conceito adolescência (1974) e Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA)	82
2.2	Movimentos sanitários, políticas públicas instauradas: Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), Sistema Único de Saúde (SUS)	90
2.3	Construções do imaginário social: representações frente à sexualidade, maternidade e políticas públicas	100
2.4	Relação entre as normas e as experiências vividas das adolescentes	107
Capítulo 3	AS REPRESENTAÇÕES DA GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA: FAMÍLIA E PROFISSIONAIS DE SAÚDE	130
3.1	Construção da família	131
3.2	Famílias pobres e gravidez na adolescência	139
3.3	Diálogos entre a atuação dos profissionais de saúde e a população de adolescentes usuárias do Sistema Único de Saúde em Uberlândia	148
3.4	Gravidezes sequenciais na adolescência o drama para a saúde pública	155
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	163
	FONTES	167
	REFERÊNCIAS	174
	APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para menores de 18 anos	187
	APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para maiores de 18 anos	188
	APÊNDICE C - Entrevista semi-estruturada com as gestantes, companheiros, cuidadores e profissionais de saúde	189

INTRODUÇÃO

INTRODUÇÃO

Esta pesquisa teve seu início ao me indagar por que meus procedimentos técnicos não eram suficientes para suprir o aumento da incidência de gravidez na adolescência em uma comunidade de periferia de Uberlândia em que eu trabalhava como enfermeira e docente da Universidade Federal de Uberlândia. Desse modo, a História surgiu como alternativa do conhecimento desse outro, as adolescentes que engravidavam. A escolha, então, de abordar sob uma perspectiva histórica o tema gravidez na adolescência se deve a minha percepção de que os procedimentos técnicos existente na área de saúde não eram mais suficientes para compreender o sentido do engravidar em pleno século XXI, depois da revolução da pílula e do nascimento do feminismo. Partindo dessa nova visão, a gravidez na adolescência deve ser considerada como um fato social revelador dos paradoxos inerentes à socialização do adolescente, na qual se forja um delicado e tênue equilíbrio entre a aquisição gradativa da autonomia juvenil e a afirmação da heteronomia consoante à função educativa parental.

Desse modo, entender as representações que os próprios adolescentes usuários do Sistema Público de Saúde constroem sobre família, maternidade, paternidade no século XXI *versus* a forma com são é construídos os programas de proteção à saúde dos adolescentes, bem como o conhecimento médico, é o cerne desta pesquisa. Nesse sentido, ela busca refletir sobre os conceitos e os significados que a população Usuária do Sistema Único de Saúde (SUS) faz da Maternidade, paternidade e família, entendendo esses significados a partir das diversas dimensões das práticas culturais, com o objetivo de identificar, nas diferentes formações e representações simbólicas tanto desses usuários quanto dos profissionais de saúde, as relações de gênero e poder.

Novos comportamentos e valores sexuais convivem com antigas prescrições de gênero. As tensões entre normatização da sexualidade e possibilidades de construção da autonomia por meio do aprendizado da sexualidade sugerem visões distintas sobre cada segmento social. A juventude é contemporaneamente considerada como a melhor fase da vida e, ao mesmo tempo, período de grande risco. Riscos físicos e psíquicos. A sexualidade se apresenta na juventude como uma das esferas de aquisição de autonomia individual em relação à família de origem. Portanto, estudar esse tema com olhar histórico, com ênfase em gênero e cultura, pressupõe que a construção dos modos de interação sexual derivam de prescrições culturais que mudam conforme o tempo histórico, o meio social e o gênero. Assim, abordar juventude, sexualidade,

gênero e reprodução sob uma ótica pluridisciplinar amplia a compreensão dos processos de aprendizado da sexualidade, das formas de interação afetivas e sexuais entre os parceiros, das prescrições dos papéis de gênero e, por fim, do desenrolar das trajetórias juvenis, em face dos eventos relativos à saúde, reprodução e sexualidade.

Dessa forma, esta pesquisa joga luz nas etapas da vida do ser humano mais extraordinário segundo Francisco Cardona Lira¹, a “adolescência”. É nela, afirma o autor, que a pessoa descobre a sua identidade e define a sua personalidade. Nesse processo, manifesta-se uma crise, na qual se reformulam os valores adquiridos na infância e se assimila numa nova estrutura mais madura. A adolescência é uma época de imaturidade em busca de maturidade. Mas como é difícil para os pais e para os profissionais de saúde esse novo período, principalmente no que se refere à educação sexual dos jovens meninos e meninas! Para o adolescente, nada é estável nem definitivo, porque se encontra numa época de transição.

Nesta transição a sociedade tende a colocar regras e também definições como a da Organização Mundial de Saúde de que adolescência é um período de vida que começa aos 10 e vai até os 19 anos. Entretanto, a realidade vem demonstrando que seu término tem sido protelado, principalmente na classe média alta, sendo comum jovens de até 27 ou 28 anos de idade ainda morarem com seus pais, sem sair de casa ou assumir sua independência financeira, não sendo capazes de formar um novo núcleo familiar². Porém a realidade da classe baixa usuária do SUS é oposta à da classe média alta, pois seus adolescentes têm, desde muito cedo que buscar o seu próprio sustento e de sua família, sendo muitas vezes a única saída para uma vida melhor a formação de um novo núcleo familiar.

Desse modo, a adolescência é uma atitude ou postura do ser humano perante as transformações psicobiológicas diretamente influenciada pelo meio familiar e cultural. Portanto essa etapa do desenvolvimento humano é caracterizada por alterações físicas, psíquicas e sociais, sendo que as duas últimas recebem interpretações e significados diferentes conforme a época e a cultura.

Daniel Sampaio³ define adolescência como uma etapa do desenvolvimento que ocorre desde a puberdade até a idade adulta, ou seja, desde o momento em que as alterações psicobiológicas iniciam a maturação sexual até a idade em que um sistema de valores e crenças se enquadra numa identidade estabelecida.

¹ CARDONA, Lira Francisco. **Etapas da adolescência**. São Paulo: Paulinas, 2004. (Coleção Adolescer).

² POMMÉ, Eliana. **Gravidez na adolescência**: muitas histórias para compreender e lidar com a sua história. São Paulo: Paulinas, 2003. (Coleção Adolescer).

³ SAMPAIO, Daniel. **Ninguém morre sozinho**: adolescente e suicídio. 5. ed. Lisboa: Caminho, 1994.

A adolescência é, então, quase sempre simultânea à puberdade. A puberdade está ligada aos aspectos físicos, como crescimento e maturação sexual, vivenciados de forma semelhante por todos os indivíduos. Quanto às dimensões psicológica e social, elas são vivenciadas de maneira diferente em cada sociedade, em cada geração e em cada família, sendo singulares até mesmo para cada indivíduo.

Atualmente, o conceito mais aceito é o de que não existe adolescência, e sim adolescências, em função do político, do social, do momento e do contexto em que está inserido o adolescente. A adolescência guarda ainda especificidades em termos de gênero, classe e etnia.

No mundo todo hoje, se estima que haja 1 bilhão de pessoas vivendo a adolescência, ou seja, quase 20% da população mundial. No Brasil, há cerca de 34 milhões de adolescentes, ou seja, 21,84% da população total do país. Entretanto eles, 1,1 milhão são analfabetos., 76,5% dos quais se encontram no nordeste, 2,7 milhões de 07 a 14 anos estão fora da escola (10% da faixa etária), 4,6 milhões de 10 a 17 anos estudam e trabalham, 2,7 milhões de 10 a 17 anos só trabalham. Desses dois último grupos, 3,5 milhões trabalham mais de 40 horas semanais.

Assim, a adolescência se relaciona, fundamentalmente, à busca de uma identidade, à aceleração do desenvolvimento intelectual e à evolução da sexualidade. Nesse viés, trago a foco, nesta tese, o debate de um dos mais inquietantes problemas dentro da área da saúde em todo o mundo: a gravidez na adolescência e a construção dessa gravidez como um problema social e de saúde. Destaca-se, no Brasil e também no mundo, a preocupação com a alta incidência de gravidez na adolescência. Nos Estados Unidos a gravidez teve um aumento de 8,8% em 1980 para 9,6% em 1990 na população de 15 a 19 anos, e de 7,4% em 1980 para 8,4% em 1990 na população com menos de 15 anos⁴. No Brasil tem sido referido aumento da incidência da gravidez nessa faixa etária, com cifras que vão de 14 a 22%⁵. Alguns estudos têm sugerido a necessidade de estratégias para a sua prevenção devido às repercussões negativas sobre a saúde do binômio mãe-filho e, principalmente, sobre as perspectivas de vida futura de ambos. Na prática clínica dos profissionais da área de saúde, associa-se a gravidez na adolescência a um problema, devido à alta probabilidade de aumento das intercorrências e morte materna, assim como a índices elevados de prematuridade, mortalidade neonatal e baixo peso dos recém-nascidos, entre outras consequências.

⁴ YAZLLE, Marta Edna Holanda Diógenes. Gravidez na adolescência. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 8, p. 443-445, ago. 2006. Editorial.

⁵ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Datasus**. Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS). Brasília, DF, 2004.

Corrêa⁶ relata que as adolescentes têm maior risco de toxemia, pré-eclampsia, anemia, desproporção céfalo-pélvico, hemorragia, parto prolongado e morte materna.

Segundo Rouquayrol⁷, as adolescentes que levam a gravidez até o final podem apresentar, tanto na gestação como no parto, complicações importantes, como as nutricionais. Segundo esse mesmo autor, como as meninas ainda não completaram o seu crescimento, esse pode ser comprometido devido às necessidade de satisfazer as demandas nutricionais do feto. Além disso, se o corpo da adolescente é pequeno, pode haver dificuldade na passagem do feto durante o parto e assim maiores chances de intercorrências para mãe e para feto.

Existem ainda, segundo a prática clínica, tanto riscos físicos, imediatos, quanto psicossociais, que se manifestam em longo prazo, nos filhos dessas adolescentes. Segundo os profissionais da área saúde, a adolescente apresenta ainda dificuldade em adaptar-se a sua nova condição. A mãe adolescente pode vir a abandonar o filho, dando-o à adoção, ou, quando o recém-nascido não é abandonado, está mais sujeito, em relação à população em geral, a maus tratos.

Esses estudos sugerem, portanto que a gravidez na adolescência possibilita riscos físicos e psicológicos tanto para a adolescente quanto para o filho. Isso demonstra que os saberes institucionalizados ligados à área de saúde (saber medico/políticas públicas) desaprovam esse fato nessa fase da vida, não só pelos riscos para a adolescente e o filho, mas também pelos elevados custos que acarreta para o SUS, pois o sistema considera a gravidez na adolescência de alto risco. Desse modo, a presente pesquisa tem como objetivo principal compreender por que a sociedade contemporânea brasileira considera a gravidez na adolescência um problema social e de saúde pública. Para quem realmente ela é um problema. E, nesse sentido, se a gravidez na adolescência não assinalaria uma forma de assumir um poder diante a sociedade atual e de suas formas disciplinares, configurando, para a adolescente usuária dos SUS, um rito de passagem para o mundo adulto.

Além disso, esta pesquisa visa identificar se houve mudanças no significado de engravidar, reconhecendo a nova reconfiguração familiar, sua autoridade parental, as relações de gênero e gerações e as novas normas educativas que compõem cenário social contemporâneo. Assim, busca contextualizar, por meio da historiografia, as transformações pelas quais se evidencia um novo perfil social das mulheres/adolescentes, as novas

⁶ CORRÊA, M. D. Riscos médicos da gravidez na adolescência. In: LIPPI, J. R. da S. (Org). **Psiquiatria infantil**: estudo multidisciplinar: Belo Horizonte: ABENEPI, 1997. p. 152-166.

⁷ ROUQUAYRO, M. Z. **Epidemiologia e saúde**. 4. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1994.

configurações familiares e, no tempo atual, as múltiplas possibilidades do gestar, de ser mãe. E é com o olhar orientado por esse contexto social que esta pesquisa discute o adolecer e sua maternidade. Atenta, portanto, às diferenças socioeconômicas, correlaciona os projetos nacionais de saúde da infância e adolescência com as propostas efetivas e vivenciadas pelo gestor de saúde local, confrontando a diversidade da experiência na aplicação, adesão e conscientização de acordo com a localização periférica ou central das Unidades de Saúde.

Assim questiona-se por que, mesmo frente às evidências de alto risco na gravidez na adolescência (mãe e feto), existe resistência aos programas de sua prevenção e ao saber médico. Pode isso ser atribuído à ignorância? Ou a diferentes modos de vida, de representações do que é adolecer, enfim, de cultura e tradições, de um lado, por parte da população usuária do SUS, como o adolescente e sua família, e, do outro, por parte do saber médico institucionalizado?

Com essa perspectiva inicia-se a busca das representações dessa vivência, da historicidade dessas adolescentes grávidas usuária do SUS e do sentido que tem a gravidez para esses “meninos” e “meninas” em Uberlândia - Minas Gerais. Para encontrar resposta para esses questionamentos, a esta pesquisa baseia-se metodologicamente, na História Oral, conforme as orientações do teórico Portelli⁸.

No Brasil, como em diversos outros países, a História Oral é a metodologia que mais se expandiu nas últimas décadas, possivelmente pela difusão do uso do gravador, como também pelo grande volume de pesquisas que consideram o depoimento oral fonte de pesquisa e do conhecimento do outro.

A História Oral, como metodologia de pesquisa, se ocupa em conhecer e aprofundar conhecimentos sobre determinada realidade – os padrões culturais – estruturas sociais e processos históricos, obtidos através de conversas com pessoas com relatos orais, que, ao focalizarem suas lembranças pessoais, constroem também uma visão mais concreta da dinâmica de funcionamento e das várias etapas da trajetória do grupo social ao qual pertencem, ponderando esses fatos pela importância deles em sua vida.

Nas belas palavras de Ferrarotti⁹,

[...] cada vida individual, todas las vidas individuales, son documentos de una humanidad más amplia con sus discontinuidades históricas. El hilo que

⁸ PORTELLI, Alessandro. O que faz a história oral diferente. **Projeto História**: Revista do Programa de Estudos Pós-Graduação em História, São Paulo, n. 14, p. 25-39, 1997.

⁹ FERRAROTTI, Franco. Industrialización e historias de vida. **Historia, Antropología y Fuente Oral**, Barcelona, n. 9, p. 183, 1993.

une estos mosaicos biográficos, singulares o colectivos, en sus diferentes perspectivas, es la articulación del tiempo recogida en su doble aspecto de experiencia individual y colectiva, de los momentos que se integran recíprocamente.

Para a História Oral, a narrativa constitui a matéria prima. O narrador que conta sua história, seu relato, ou dá seu depoimento de vida não se constitui, ele próprio, no objeto de estudo, mas sim seus relatos de vida, sua realidade vivida, apresentando subjetivamente os eventos vistos sob seu prisma e o crivo perceptivo, possibilitando conhecer as relações sociais e as dinâmicas que se inserem ao objeto de estudo.

Assim, buscam-se versões dos fatos, pressupondo a existência de lacunas espaciais e temporais e aceitando a subjetividade implícita no relato, tanto da parte do narrador, quanto do pesquisador que procede a sua coleta.¹⁰

A peculiaridade da fonte oral reside na riqueza oferecida pela rede de signos, sentimentos, significados e emoções, expressa pelo narrador ao pesquisador, em forma de dados coligidos, expressando em si mesma, tanto abundância como qualidade. Revela-se – quando o pesquisador permite – que se apreenda seus significados e conotações, sejam pelo tom, ritmo e volume imprimidos pelo narrador, os quais, muitas vezes, não são expostos na forma escrita.

Muitas vezes, as narrativas orais

[...] mostram-se contraditórias, conforme a entonação conferida pelo relator, principalmente quando há observância rígida das regras e lógicas gramaticais, sem se atentar para o teor emocional existentes nos conteúdos das narrativas, quanto a velocidade, pausa, pontuação, intenção, mudanças de discursos e oscilações, que se desvelam mais pelo ato de ouvir, que de escrever.¹¹

No entanto, não considerar tais elementos implica em

[...] equalizar o conteúdo emocional das narrativas ao nível da objetividade das fontes escritas, desconsiderando o fator primordial da subjetividade do expositor das fontes orais, pois estas não são objetivas, cujas características essenciais incidem em serem artificiais, variáveis e parciais. Fontes orais contam-nos o lado psicológico emocional do povo, quanto não só ao que fez, mas o que queria fazer, o que acreditava estar fazendo e o que agora pensa que fez.¹²

¹⁰ CASSAB, Latif. A. História oral: miúdas considerações para pesquisa em serviço social. . **Revista Serviço Social UEL**, São Paulo, Social, v.5, n.2, Jan/Jun, p.71-90, 2003.

¹¹ PORTELLI, 1997, p. 28.

¹² Ibidem, p. 31.

Isso pressupõe que ‘o movimento’ contido nas fontes orais permite contar mais sobre os significados que sobre os eventos, expressando grande diferença em relação à escrita padrão, utilizada em textos normalmente objetivos e estáticos.

As fontes orais podem apresentar-se como histórias orais de vida, relatos orais de vida e depoimentos orais. As duas primeiras formas referem-se a situações em que o próprio narrador relata sua vida e experiência. Na outra, o narrador informa fatos ou informações presenciados por ele. No caso da pesquisa em questão utilizamos como fonte o depoimento oral, entendendo que o narrador desta pesquisa é identificador de sua vida e experiências.

Segundo Lang,¹³

[...] a história oral de vida é o relato de um narrador sobre sua existência através do tempo. Os acontecimentos vivenciados são relatados, experiências e valores transmitidos, a par dos fatos da vida pessoal. Através da narrativa de uma história de vida, se delineiam as relações com os membros de seu grupo, de sua profissão, de sua camada social, da sociedade global, que cabe ao pesquisador desvendar.

É preciso considerar que

[...] O relato de uma vida, de parte de uma vida, ou mesmo o depoimento sobre um fato, não significam tão somente a perspectiva do indivíduo, pois esta é informada pelo grupo desde os primórdios do processo de socialização. A versão do indivíduo tem portanto um conteúdo marcado pelo coletivo ao lado certamente de aspectos decorrentes de peculiaridades individuais.¹⁴

Assim posto, possibilita que indivíduos pertencentes a segmentos sociais geralmente excluídos possam ser ouvidos e terem registradas suas próprias visões de mundo e aquela do grupo social a que pertencem, visto que, enquanto a classe hegemônica tem na escrita o seu marco essencial, o seu suporte para contar sua história, não oferece à classe não hegemônica as mesmas condições para desenvolver o dom da escrita e contar sobre sua vida.

Nesse fazer, as narrativas orais constituem-se na principal fonte desta pesquisa, tando permitido, em situação de entrevista, da coleta de dados. Isto, entretanto, não excluiu a consultas a outras fontes de informação sobre o tema em estudo, como jornais, revistas, DVDs, e sites na internet que abordavam a sobre gravidez na adolescência.

Assim, percebo que a escrita e as narrativas orais não são fontes excludentes entre si, mas complementam-se mutuamente, encerrando, cada uma, características e funções

¹³ LANG, 1996, p. 34.

¹⁴ Ibidem, p. 45.

específicas, bem como exigindo instrumentos interpretativos próprios. As fontes orais não são meros sustentáculos das formas escritas tradicionais, pois são diferentes em sua constituição interna e utilidade inerente, apesar de muitas das fontes escritas estarem baseadas nas fontes orais, como também, muito das fontes orais modernas estar saturado de escrita. As fontes escritas permitem emitir um determinado conteúdo engessado, enquanto as fontes orais se caracterizam pela transmissão de conteúdos.

Portando, com o depoimento oral buscou-se obter dados informativos e factuais através de referências mais diretas ao objeto estudado (gravidez na adolescência). Nos depoimentos, os narradores prestaram testemunho de sua vivência ou de sua participação em determinadas situações da vida cotidiana que a pesquisadora queria estudar.¹⁵

A coleta dos dados orais foi realizada em forma de entrevista, ou seja, através de uma conversa entre narradores e pesquisadora. Não se buscou a uniformidade absoluta, “[...] a padronização dos relatos, mas a riqueza que cada entrevistado tem a contar – riqueza que não se traduz na extensão das falas, mas às vezes na citação de um fato desconhecido, na descrição de um fato corriqueiro.”¹⁶

A metodologia da História Oral possibilitou-me como entrevistadora, romper a clausura acadêmica que transformou a entrevista em simples suporte documental na pesquisa social e histórica, propiciando desvelar

[...] a riqueza inesgotável do depoimento oral em si mesmo, como fonte não apenas informativa, mas, sobretudo, como instrumento de compreensão mais ampla e globalizante do significado da ação humana; de suas relações com a sociedade organizada, com as redes de sociabilidade, com o poder e o contrapoder, existentes, e com os processos culturais que constituem o ambiente dentro do qual se movem os atores e os personagens deste grande problema que é a aceitação da gravidez na adolescência como ato de busca de uma vida melhor. E não como problema de saúde ou social.¹⁷

Os conteúdos obtidos foram resultado de uma situação de encontro entre seres humanos conscientes da objetividade do encontro e também de sua subjetividade.

Nesse encontro, as entrevistas ganharam maior dimensão, havendo real parceria entre entrevistadora e entrevistados, o que possibilitou a ambos construir uma relação de adesão ao processo de questionamento, compreensão, crítica e, por fim, reconstituição do objeto da pesquisa, sendo o resultado fruto dessa relação social.

¹⁵ PORTELLI, 1997.

¹⁶ DEMARTINI, Zeila de Brito Fabri. **Trabalhando com relatos orais**: reflexões a partir de uma trajetória de pesquisa: reflexões sobre a pesquisa sociológica. São Paulo: CERU, 1992. (Coleção Textos, n. 3).

¹⁷ ALBERTI, Verena. **História oral**: a experiência do CPDOC. Rio de Janeiro: Ed. FGV, 1990.

A própria dinâmica da entrevista permitiu que ambos os sujeitos se investigassem mutuamente, aproximando-se e conhecendo-se, possibilitando desvelarem suas visões de mundo e relações de poder, as quais nunca são unidirecionais, mas dialéticas, estando presentes as categorias poder, igualdade e diversidade.

Assim, nas entrevistas foi importante a postura ‘aberta’ da pesquisadora e seu modo de formular as questões em momentos ‘certos’, o que dependeu não somente de sua experiência, mas dos conhecimentos acumulados ao longo do processo da pesquisa.

Para isso foi estabelecido um roteiro semiestruturado, não rígido, somente para servir de caminho ao diálogo, pois “É um processo acumulativo, que resulta da escuta atenta e da reflexão sobre as informações que vão sendo coletadas, e que implicam em novos questionamentos nas entrevistas subsequentes”.¹⁸ Entretanto, embora deixasse os narradores livres para falarem o que quisessem, foi necessário aprofundar determinados aspectos, relevantes para a pesquisa, que foram surgindo no decorrer da entrevista.

A proposição das questões a serem estudadas, a coleta e a análise dos dados dependeu em grande parte do grau de assimilação crítica das teorias, eleitas previamente por mim, pesquisadora, sobre os conjuntos de abstrações que se foram construindo no decorrer do trabalho.

A coleta do depoimento oral se traduz, também, em uma ocasião em que o entrevistado reflete sobre sua vida, sobre sua trajetória, antes mesmo da realização da entrevista¹⁹. Percebe-se, nesse processo, que “[...] a verdadeira imagem do passado perpassa veloz”, e que o passado “só se deixa ficar, como imagem que relampeja irreversivelmente, no momento em que é reconhecido.”²⁰

Após a coleta, as narrativas orais foram transcritas e, em seguida, se fez um fichamento detalhado dos relatos obtidos com as entrevistas, em conjunto, relacionado-as a outros tipos de material usado como fonte, como já citado anteriormente.

Dermartine²¹ considera ser indispensável ao pesquisador a consciência de que, durante a pesquisa, estará trabalhando com dois materiais distintos: as memórias faladas, que o pesquisador registra em sua própria memória, e que até inconscientemente estão presentes durante a análise, e o material escrito, que lhe exige novas atenções. Se as entrevistas faladas são ricas e cheias de elementos novos que vão se apresentando às vezes aos poucos, à medida

¹⁸ DEMARTINI, 1992.

¹⁹ LANG, 1996.

²⁰ BENJAMIN, Walter. **Magia e técnica, arte e política**. Ensaio sobre literatura e história da cultura. Trad. Sérgio Paulo Rouanet. 7. ed. São Paulo: Brasiliense, 1994.

²¹ DEMARTINI, 1992.

que se escuta várias vezes cada gravação, o material transcrito, por outro lado permite uma visão de conjunto e um trabalho com as memórias de forma mais dinâmica.

Tal condição possibilitou a visualização simultânea do conjunto das entrevistas, permitindo, assim, identificar as diversas informações prestadas sobre um mesmo assunto, o que se torna praticamente impossível somente com as gravações.

A escolha dessa técnica resultou na captação dos dados, e essas informações foram correspondendo ao objetivo a ser alcançado. E esses serviram, de base na elaboração do texto dessa pesquisa.

Durante todo o processo de coleta, ou seja, em todas as fases da investigação, a reflexão e análise se fizeram presente, concomitantemente, propiciando a cada entrevista singularidade e possibilidades de alterações do processo de captação dos dados. A atitude de reflexão foi intrínseca ao processo da pesquisa, proporcionando que dúvidas fossem esclarecidas e outras suscitadas; que certezas fossem reafirmadas e outras questionadas, configurando-se em um movimento dialético,

Segundo Bertaux,²² a análise se realiza ao longo da pesquisa, consistindo em construir progressivamente uma “representação” do objeto sociológico.

A escolha dos informantes (adolescentes gestantes e mãe), localidades, e unidades de saúde mais favorável a pesquisa, se deu dentro da Secretaria de Saúde de Uberlândia na transformação do questionamento dos próprios funcionários da Secretaria de Saúde de Uberlândia, na rotina de descobrir indícios de processos até então não percebidos e de organizar os elementos de informação em uma representação coerente, que se mostra a qualidade da análise. Enfatiza ainda Bertaux que, é no aproximar-se do material coletado que se consegue conhecer o nível das relações sociais, sendo estas a verdadeira substância do conhecimento.

Segundo Lang,²³ o pesquisador, ao apreender as relações sociais por meio das fontes orais, não deve se a ter apenas nos conhecimentos dos fatos, mas, através deles, dirigir seu olhar às relações sociais e processos que os engendram, ou seja, partir do conhecimento da micro realidade à totalidade social, da conjuntura à estrutura: “É no indivíduo que a História Oral encontra sua fonte de dados, mas sua referência não se esgota nele, dado que aponta para a sociedade”.

²² BERTAUX, Daniel. L'Approche Biographique: De la Validité Méthodologique, Ses Potentialités. **Cahiers Internationaux de Sociologie**, v. 69, p. 213-214, 1980.

²³ LANG, 1996, p. 36.

Após as 84 entrevistas, as linhas desta pesquisa foram estabelecidas, os problemas todos definidos, mas só a análise da transcrição, nos permitiu conhecer os detalhes e questões tratadas em cada entrevista. Nesta pesquisa procurou-se sempre o ponto de concordância e de discordância entre os depoimentos, sobre os mais variados aspectos; descobrir aspectos novos que apenas com a comparação conseguimos perceber foi o mais árduo trabalho, pois muitas vezes os elementos necessários ao entendimento de determinadas situações surgem não só na análise do que foi dito no conjunto dos relatos, mas também do que não foi dito, como afirma Demartini em seu trabalho.²⁴

O indizível!

Valorizou-se a relação entre passado e presente, entre história e temporalidade, destacando a importância da memória para se compreender a intensa relação entre objeto e tempo nessa busca da verdade para se conhecer e criticar a realidade, descobrindo em sua constituição “[...] os rastros de uma outra configuração ideal de cuja memória os nomes são os grandes guardiões”.²⁵

Segundo Borelli²⁶

[...] evidenciar o passado no presente imediato das pessoas, através dos depoimentos orais, constitui essa possibilidade de reconstrução e compreensão da história humana. Neste sentido, a memória, a experiência e o tempo são fundamentais para essa recuperação do vivido conforme concebido por quem viveu. Memória no sentido de fonte do passado no presente, como busca daquele tempo no agora, transcendendo a mera cronologia, mas como nas palavras de Walter Benjamin, ‘como musa da narratividade, que se constrói na experiência de vida’, possibilitando assim, revisitar o passado no presente, ‘restabelecer uma ligação com o passado, e que este possa ser salvo naquilo que tem de fundamental. O movimento de mergulhar em busca da experiência perdida, de saltar para trás em direção ao passado, poderá permitir a erupção de algo novo.

Ao invocar a memória, como pesquisadora, tive o cuidado de utilizar o termo “memória coletiva”, visto que o propósito era o de registrar as lembranças compartilhadas e aproveitadas por dada coletividade. Foi necessário cautela ao registrar tais dados e situá-los fora do indivíduo, sob o termo “memória coletiva”, pois as “[...] recordações podem ser semelhantes, contraditórias ou sobrepostas. Porém, em hipótese alguma, as lembranças de

²⁴ DEMARTINI, 1992.

²⁵ GAGNEBIN, Jeanine Marie. **História e narração em Walter Benjamin**. Campinas, SP: Ed. Unicamp, 1994. (Coleção Estudos, n. 142).

²⁶ BORELLI, Silvia Helena S. **Memória e temporalidade: diálogo entre Walter Benjamin e Henri Bergson**. São Paulo: EDUC, 1992. p. 81.

duas pessoas são – assim como as impressões digitais, ou, a bem da verdade, como as vozes – exatamente iguais”.²⁷

Ao trabalhar com a memória, mesmo a recente, outro aspecto se apresenta – existe sempre a possibilidade de ela falhar. Em um relato, há esquecimentos e omissões que podem ser ou não intencionais. Coube a mim, como pesquisadora, fazer uma leitura minuciosa de cada relato obtido, indagando sobre possíveis lacunas existentes, ligando um assunto a outro.

Ao optar pela metodologia de pesquisa de História Oral, eu como pesquisadora adotei cuidados importantes no trato com os sujeitos da pesquisa e com o material coletado, os quais se relacionaram com os procedimentos específicos dessa metodologia investigativa.

No trabalho de campo, foi importante seguindo uma das primeiras lições de ética, respeitar e valorizar cada indivíduo. “Cada pessoa é um amálgama de grande número de histórias em potencial, de possibilidades imaginadas e não escolhidas, de perigos iminentes, contornados e por pouco evitados”.²⁸

Nesse sentido – a atribuição de respeito e importância a cada sujeito – está presente o reconhecimento dos elementos de diferença e de igualdade em toda a pesquisa.

Para Portelli²⁹, diferença e igualdade representam os dois lados de uma mesma moeda, denominada ‘liberdade’. Liberdade foi entendida como possibilidade de escolha, inclusive a de ser diferente. Tal situação, porém, requereu a condição de um estado igualitário, ou seja, a liberdade de escolha compartilhada por todos nas mesmas proporções – as diferenças universais têm como base os direitos universais. A condição de ser diferente só poderá ser preservada em condição de igualdade. No entanto, mesmo o ser diferente acalenta a necessidade de compartilhar, participar e se comunicar.

Dessa forma, preconizou-se para este trabalho de campo um estado de igualdade, oferecendo condições para que o elemento diferente se desvele e se possam estabelecer diferenças, plenas de significados, como também instituir, entre os sujeitos pesquisados, os aspectos comuns que possibilitam trocas.

Para a História Oral, o trabalho de campo se institui como momento fundamental para toda a pesquisa. Nessa fase existe um significado na relação social e humana entre pesquisador e sujeitos da pesquisa que está intimamente relacionado à ética que o profissional confere a seu proceder. “Tudo que escrever ou disser não apenas lançará luz sobre pessoas e personagem históricos, mas trará consequências imediatas para as existências dos informantes

²⁷ PORTELLI, 1997.

²⁸ Ibidem.

²⁹ Ibidem.

e seus círculos familiares, sociais e profissionais”.³⁰ Ainda que informações vividas de quaisquer pessoas mesmo distantes ou desconhecidas mereçam todo respeito possível, atenção redobrada e necessário quanto à apresentação das informações prestadas por pessoas, com as quais se estabeleceram relações concretas, pessoais, cujos rostos e existência conhece. “Diante disso, impossível é não vivenciar um profundo sentimento de responsabilidade, cuja origem remonta à mesma fonte de todas as preocupações éticas: as relações humanas”³¹

Para relação satisfatória entre pesquisador e sujeito, foram necessárias também outras condições. Os sujeitos sentiram-se à vontade em seus relatos orais e estabeleceram, livremente os limites e o conteúdo de suas narrativas. Eu, como pesquisadora, assumi uma postura e discurso o mais honesto possível. Estabeleceu-se uma conversa franca, na qual os interlocutores se sentiram à vontade para expressar seus sentimentos, crenças, opiniões, diferenças e contradições. À diversidade de opiniões de vida não foi atribuído um significado de desrespeito ou conflito havendo um clima de tolerância e respeito mútuo. Um dos grandes desafios encontra-se justamente nesse momento, tão particular, de não confronto, mas encontro entre seres humanos com objetivos distintos.

Nas relações estabelecidas entre investigador e entrevistados, no decorrer do trabalho, eu, como pesquisadora envolvida pelo ambiente das entrevistas, criei em alguns deles fortes laços de admiração, amizade e amor, e por outros senti antipatia, rejeição. Pelas próprias histórias ali contadas, pela emoção das evocações, muitas vezes foi difícil esquecer do papel profissional de enfermeira, pois muitas vezes o entrevistado necessita de um conselho amigo, pedia orientações sobre saúde, ou mesmo apenas um ombro amigo que acolhesse suas angústias. Essa foi uma das grandes dificuldades desta pesquisa. Amado³² comenta que em geral de forma inconsciente para pesquisador, determinados trechos de entrevistas, que por exemplo “embelezam” os feitos dos informantes com os quais o historiador simpatiza podem ser citados, repetidos ou estendidos, enquanto outros, que prejudicam a imagem do informante, podem ser negligenciados, resumidos ou afastados para notas.

A busca do significado dos fatos, na a representação e interpretação, daquilo que realmente aconteceu, pelas vozes dos outros que o vivenciaram, foi sempre o objetivo desta pesquisa.

O reconhecimento das múltiplas abordagens da verdade impõe responsabilidades maiores, principalmente na tarefa de interpretá-las e explica-las. As palavras proferidas pela

³⁰ AMADO, Janaína. A culpa nossa de cada dia: ética e história oral. **Projeto História**: Revista do Programa de Estudos Pós-Graduação em História, São Paulo, n. 15, p. 145-155, abr. 1997.

³¹ Ibidem.

³² AMADO, 1997, p. 148.

fonte compõem material citado constantemente neste trabalho, oferecendo oportunidade ao leitor de não apenas confrontar as interpretações formuladas pelo sujeito e pelo pesquisador, mas também de ele mesmo, o leitor, emitir seu próprio parecer sobre a matéria. Assim, a responsabilidade em relação ao material coletado inclui transcrever as palavras textuais da fonte para o texto, como forma de comprovação da análise crítica.

Outro momento de responsabilidade é o da restituição deste material coletado aos sujeitos com quem se encetou o diálogo.

Segundo Amado³³, a relação de troca entre pesquisador e sujeitos, inicia-se no momento em que o entrevistado concorda com a realização da entrevista ao fazê-lo obedecendo à motivação diversa, com objetivos concretos a atingir, fornecer informações é um ato voluntário, parte de um complexo universo de interesses e estratégias. Erra o pesquisador que supõe, ao realizar entrevistas com pessoas pobres e marginalizadas social e culturalmente, que estas não possuem objetivos e interesses próprios quanto à entrevista. Tais objetivos podem não se expressar de forma explícita, porém sempre os há.

Nesse sentido, Benjamin³⁴ afirma que “[...] o cronista que narra os acontecimentos, sem distinguir entre os grandes e os pequenos, leva em conta a verdade de que nada do que um dia aconteceu pode ser considerado perdido para a história”.

No entanto, mais do que uma devolução de materiais, devolve-se uma organização de interpretações com significados múltiplos que não devem ser expostas somente a quem as formulou, mas, acima de tudo, se deve dá-las a conhecer a outros, até pela riqueza do conhecimento produzido, expresso pela experiência de vida e pelos desdobramentos que decorreram, em várias áreas de trânsito do ser humano. Essa restituição tem o compromisso de mostrar a diversidade, a diferença e também aquilo que deixou de acontecer, ou seja, a opção por outros fazeres.

Considero que a ética perpassou todo o processo metodológico e técnico ao trabalhar com História Oral, o que se evidencia pela fidelidade da pesquisadora às palavras e sentido da entrevista, não citando trechos onde apenas uma parte das opiniões é revelada e assim não lhes alterando o significado global; pela explicitação para os informantes, dos objetivos do trabalho e os possíveis usos que fará da entrevista; pelo respeito às solicitações dos entrevistados; como o sigilo da identidade (através de pseudônimo de flores e/ou ocultamento de informações que possam levar à identificação do informante); por diferenciar a fala de cada

³³ AMADO, 1997.

³⁴ BENJAMIN, 1994, p. 222.

um dos narradores, não os diluindo em um conjunto homogêneo, indiferenciado internamente e distinguindo claramente a voz do pesquisador das dos entrevistados.³⁵

Assim, mesmo seguindo todo um processo ético na pesquisa, como o trabalho em questão lidava como o ser humano, o procedimento habitual dentro da Universidade Federal de Uberlândia é submetê-lo apreciação do Conselho de Ética em Pesquisa. Após a aprovação do conselho, inicia-se o trabalho de campo para coleta de dados. Essa fase passou por duas etapas, a primeira etapa das quais na Secretaria Municipal de Saúde, com objetivo de ter uma visão geral da incidência de gravidez na adolescência em Uberlândia. Alio a assistente social responsável pelo Programa de Planejamento Familiar forneceu não só dados sobre a incidência de gravidez em Uberlândia, como também sobre os locais mais afetados pelo problema e ainda as pessoas mais indicadas dentro da Secretaria para tratar sobre o assunto.

As quatro primeiras entrevistas foram feitas com profissionais de Saúde ligados à Secretaria Municipal de Saúde que, direta ou indiretamente, estavam em contato com a população afetada pela gravidez na adolescência. Nessas entrevistas ficou evidenciado que a incidência geral da gravidez em Uberlândia era relativamente baixa: 15%. A primeira impressão, portanto, foi que Uberlândia é uma cidade eficiente na prevenção da gravidez na adolescência, pois a Organização Mundial da Saúde preconiza incidência de 25% da população adolescente. Entretanto fui advertida por esses profissionais de que a realidade não era bem essa nas localidades mais carentes de Uberlândia. Identificaram-me dois dos Distritos Sanitários³⁶ com maior incidência de gravidez na adolescência o leste e o Oeste, e informaram que esses Distritos eram propensos a outros agravos, entre o quais como drogas e violência.

Ao indagar, qual seria o local dentro da área de saúde mais propício para encontrar essa população, tive a grata surpresa de receber como resposta que eram os PSFs³⁷ (Programa de

³⁵ AMADO, 1997.

³⁶ Uberlândia foi dividida em 4 Distritos Sanitários obedecendo à divisão político – administrativa: Distrito Sanitário Central-Norte, Distrito Sanitário Leste, Distrito Sanitário Oeste, Distrito Sanitário Sul. Esse processo desencadeou uma ação intersetorial, pois os Diretores de Distritos – Autoridades Sanitárias integraram-se com os responsáveis por outros setores sociais. Cada Distrito elegeu seu Conselheiro de Saúde Distrital, sendo que a formação e atuação seguem as mesmas características e filosofia de trabalho do Conselho Municipal de Saúde. Os Distritos foram subdivididos tendo como referência a área de abrangência de cada uma de suas Unidades Básicas de Saúde, delimitando assim um território de coresponsabilidade pela saúde entre população e serviço.

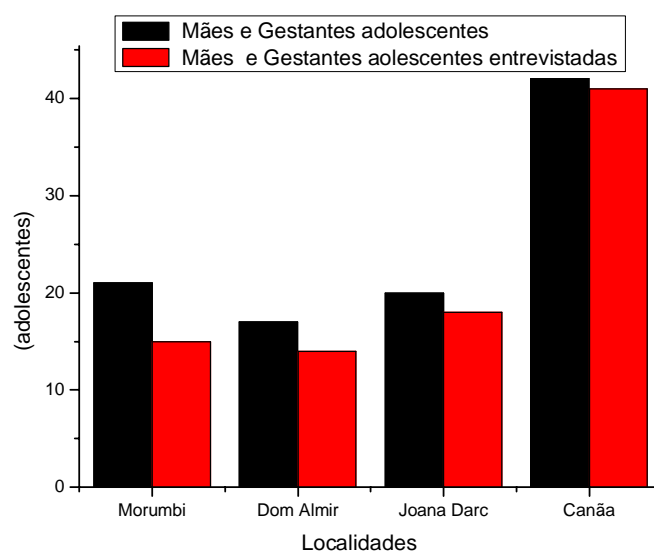
³⁷ A origem do Programa Saúde da Família ou PSF, no Brasil, conhecido hoje como "Estratégia da Saúde da Família", por não se tratar mais apenas de um "programa", teve início em 1994 como um dos programas propostos pelo governo federal aos municípios para implementar a atenção primária. A Estratégia de Saúde da Família visa à reversão do modelo assistencial vigente, em que predomina o atendimento emergencial ao doente, na maioria das vezes em grandes hospitais. A família passa, a partir daí, a ser o objeto de atenção, no ambiente em que vive, permitindo uma compreensão ampliada do processo saúde/doença. O programa inclui ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes. No âmbito da reorganização dos serviços de saúde, a estratégia de saúde da Família vai ao encontro dos debates e análises

Saúde da Família) nos quais há tempos atrás eu havia tido a experiência de coordenar um projeto de extensão que foi o estopim para mudança de meu olhar e conseguinte assim entrada no Programa de Pós-graduação em História. Esse local seria mais apropriado, segundo a Secretaria da Saúde, por unir meu objetivo ao objetivo do Programa, que é reorganizar a prática assistencial em novas bases e critérios, tendo a atenção centrada na família entendida e percebida a partir de seu ambiente físico e social. Assim se iniciou a busca da trama da história através de rastros, das histórias de vida que se apresentavam naquele momento, tendo como base metodológica a história oral e como fonte principal os depoimentos orais. Portanto, os depoimentos orais iniciaram-se nas Unidades do Programa de Família dos Distritos Leste e Oeste de Uberlândia, primeiramente no PSF do Morumbi III, onde havia, no ano anterior, feito o trabalho de extensão que serviu de base para a construção da problemática desta tese. Sucessivamente, as gestantes, mães adolescentes, companheiros e cuidadores foram entrevistados nas Unidades de Saúde do Morumbi I, II, III e IV, Dom Almir, Joana D'Arc, Canaã I, II e III. As entrevistas eram feitas, com prévia marcação, nas casas das adolescentes, às vezes juntamente com a família (pai, mãe, companheiro), outras vezes não. Desse modo foram computados 84 depoimentos orais cada um com duração de 30 a 60 minutos em média somando mais ou menos 3.360 minutos, ou seja, 56 horas de gravação. Das entrevistas 38 eram gestantes e 46 mães adolescentes de 1 filho ou mais. Além delas, foram entrevistados 5 companheiros e 6 cuidadores (família). A grande maioria de gestantes adolescentes se

referentes ao processo de mudança do paradigma que orienta o modelo de atenção à saúde vigente e que vem sendo contestado, desde a década de 1970, pelo conjunto de atores e sujeitos sociais comprometidos com um novo modelo que valorize as ações de promoção e proteção da saúde, prevenção das doenças e atenção integral às pessoas. Esses pressupostos, tidos como capazes de produzir um impacto positivo na orientação do novo modelo e na superação do anterior, calcado na supervalorização das práticas da assistência curativa, especializada e hospitalar, e que induz ao excesso de procedimentos tecnológicos e medicamentosos e, sobretudo, na fragmentação do cuidado, enfrenta, em relação aos recursos humanos para o Sistema Único de Saúde (SUS), um grande desafio. A origem do PSF remonta à criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em 1991, como parte do processo de reforma do setor previsto na Constituição de 1988, com intenção de aumentar a acessibilidade ao sistema de saúde e incrementar as ações de prevenção e promoção da saúde. Em 1994 o Ministério da Saúde, lançou o PSF como política nacional de atenção básica, com caráter organizativo e substitutivo, fazendo frente ao modelo tradicional de assistência primária baseada em profissionais médicos especialistas focais. Percebendo a expansão do Programa Saúde da Família que se consolidou como estratégia prioritária para a reorganização da Atenção Básica no Brasil, o governo emitiu a Portaria nº 648, de 28 de março de 2006, onde ficava estabelecido que o PSF é a estratégia prioritária do Ministério da Saúde para organizar a Atenção Básica, que tem como um dos seus fundamentos *possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade*, reafirmando os princípios básicos do SUS: universalização, equidade, descentralização, integralidade e participação da comunidade mediante o cadastramento e a vinculação dos usuários. Como consequência de um processo de desospitalização e humanização do Sistema Único de Saúde, o programa tem como ponto positivo a valorização dos aspectos que influenciam a saúde das pessoas fora do ambiente hospitalar.

localizava no bairro Canaã, que contava, em seu PSF, com 137 gestantes, 42 delas adolescentes e dessas foram entrevistadas 41, como mostra o Gráfico 1 .

Gráfico 1 - Número de mães e gestantes adolescentes dos bairros versus o número de entrevistas realizadas



Fonte: Dados retirados das entrevistas realizadas pela autora de maio a dezembro de 2010.

O Gráfico 1 mostra por região número total de gestantes adolescentes em cada unidade do Programa de Saúde da Família comparado com a quantidade de gestantes adolescentes entrevistadas. Observa-se através dele que 80 a 90% das adolescentes grávidas pertencentes aos PSFs de origem foram entrevistadas, fruto do grande esforço da pesquisadora em conseguir o máximo de adolescentes para dar maior fidedignidade aos resultados apresentados.

Utilizou-se como instrumento para coleta de dados com as/os adolescentes uma entrevista semi-estruturada (Apêndice A) e, como explicado anteriormente, não como um roteiro rígido, mas sim suporte para entrevistador. Essas entrevistas foram compostas de duas partes, a primeira com dados (quantitativos) que caracterizavam a gestante, e a segunda (qualitativa) relacionada à compreensão, a partir das fontes orais (gestantes, companheiros e cuidadores), dos processos simbólicos e das relações que interferem nas questões da gravidez na adolescência. As falas foram gravadas no coletivo, ou seja, no mesmo horário pai, gestantes e companheiros relataram suas memórias e as suas histórias. O roteiro contendo as questões norteadoras para a entrevista semiestruturada foi elaborado com base na minha

vivência profissional, como enfermeira, como docente do Curso de Enfermagem pesquisadora sobre gravidez na adolescência.

As entrevistas deram-se da seguinte forma: a princípio a pesquisadora entrevistadora se apresentou e convidou as gestantes adolescentes, pais e profissionais de saúde a participar do estudo, explicando brevemente os objetivos da pesquisa. Tendo sido explicado aos presentes a sua liberdade de participar ou não da pesquisa e seu direito de se retirar dela a qualquer momento, foi solicitado, àqueles que aceitaram participar, que assinassem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B), por eles próprios, ou como responsáveis, caso o participante fosse menor de idade.

Após ser assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B), a entrevista (Apêndice A) com cada gestante ou mãe teve início em sua residência. A entrevistadora fez verbalmente as perguntas norteadoras e gravou toda a conversa, que foi posteriormente, transcrita ressaltando-se que, após o encerramento desse processo, as gravações serão de uso exclusivamente científico sem a identificação de nomes ou lugares. Os dados coletados pelas entrevistas semiestruturadas foram analisados dentro de uma perspectiva qualitativa.

Desse modo, os passos para a análise de dados foram iniciados a partir da interpretação minuciosa do material coletado. Como também já mostrado relacionando as duas fontes documentais: escrita, com consultas de revistas, livros, jornais, internet, relatórios da Secretaria de Saúde de Uberlândia num espaço temporal de 1998 a 2010, e oral (história de vida) representada pelos depoimentos orais feitos com as gestantes adolescentes atendidas na Unidade do Programa da Saúde da Família, bem como seus companheiros, familiares e os profissionais de saúde. Essa metodologia permitiu compreender como indivíduos experimentam e interpretam acontecimentos, situações e modos de vida de um grupo ou da sociedade em geral, o que tornou o estudo mais concreto e próximo, facilitando a apreensão pelas gerações futuras e a compreensão das experiências vividas por outros.

As entrevistas semiestruturadas permitiram aos entrevistados maior liberdade de expressão, revelando a real opinião a respeito do processo simbólico e representações sobre reprodução humana na adolescência no século XXI, e o sentido da maternidade, da família e do que é adolescer para essa população usuária do SUS. Para que todas as informações necessárias fossem obtidas, foi utilizado um conjunto de questões, sendo sua função instigar os participantes a falar livremente sobre os assuntos abordados.

Assim, a pesquisa procurou compreender a experiência humana na forma como ela é vivida, analisando narrativas e fatos subjetivos. E resultou em informações ricas e profundas, conseguindo esclarecer múltiplas dimensões de um fenômeno complexo.

A opção, neste estudo, foi a valorização da experiência vivida. No estudo qualitativo, o pesquisador deve primeiro situar o fenômeno por intermédio de um sujeito que descreva a sua experiência vivida, ou seja, é a fala dele que irá responder às interrogações sobre aquilo que o pesquisador quer apreender, e só a partir daí ele poderá alcançar a compreensão do fenômeno em questão.

Além disso, meu trabalho foi estruturado com três conceitos fundamentais ao seu desenvolvimento: o primeiro é o conceito de relações de gênero o qual pedi emprestado a Scott.³⁸ Segundo Scott conceito de gênero se alicerça em duas proposições: o gênero é um elemento constitutivo de relações sociais fundadas sobre as diferenças percebidas entre os sexos, e o gênero é um primeiro modo de dar significado às relações de poder; o segundo é está ligado ao poder, esse, referido ao conceito de Foucault,³⁹ nesta pesquisa entende-se poder como relações de poder. No entender de Foucault, o poder é uma realidade dinâmica que ajuda o ser humano a manifestar sua liberdade com responsabilidade. A ideia tradicional de um poder estático, que habita em um lugar determinado, de um poder piramidal, exercido de cima para baixo, em Foucault é transformada. Ele acredita no poder como um instrumento de diálogo entre os indivíduos de uma sociedade. A noção de poder onisciente, onipotente e onipresente não tem sentido na nova versão, pois tal visão somente servia para alimentar uma concepção negativa do poder. No caso das adolescentes, um conjunto de recursos, de natureza psicológica, material ou econômica, existentes na sociedade, são usados nessas relações de poder para burlarem e recriarem uma nova ordem; e o terceiro e último conceito o de cultura, esse foi importante para entender o porquê da permanência da gravidez adolescente nos bairros periféricos de Uberlândia, utilizei o conceito de Stuart Hall⁴⁰.

Portanto, a presente pesquisa visou compreender, a partir das fontes obtidas, os procedimentos simbólicos e as relações de poder que interferem na questão da gravidez na adolescência na sociedade contemporânea, mais especificamente na cidade de Uberlândia Minas Gerais. Prioriza as questões de gênero, sexualidade e suas subjetividades a partir da gestante adolescente, usuária do Sistema Único de Saúde, cadastradas nos Programas de

³⁸ Sobre este conceito conferir: SCOTT, Joan W. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. **Educação e Realidade**, Porto Alegre, v. 16, n. 2, p. 5-22, jul./dez. 1990; SCOTT, Joan W. História das mulheres. In: BURKE, Peter (Org.). **A escrita da história: novas perspectivas**. São Paulo: Unesp, 1992. p. 64-65.

³⁹ FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. 2. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

⁴⁰ HALL, Stuart. **A identidade cultural na pós-modernidade**. 3. ed. Rio de Janeiro: DP&A, 1999.

Saúde da Família da cidade Uberlândia-MG, seus cuidadores e companheiros. Quando optei pela utilização da história oral como alternativa metodológica, presumi que essa seria uma maneira de dar voz àqueles atores sociais que não têm acesso às formas divulgação escrita.

A análise dos resultados levou à distribuição da tese em três capítulos. O primeiro, intitulado Saber Médico, Gravidez na Adolescência e Políticas Públicas, começa a desnudar a concepção construída nas últimas décadas quanto à gravidez e na adolescência ser um problema social e de saúde pública. Nesse viés, a partir do conceito de problema, trata também da elaboração de programas para prevenção dessa gravidez de como isso se dá em Minas Gerais e Uberlândia. O segundo capítulo se intitula A Construção e Representações da Maternidade na Sociedade Brasileira. Nele está o núcleo da pesquisa, a construção do imaginário ou representações de a sexualidade, maternidade, paternidade e família pelos adolescentes “meninos” e “meninas” usuários do SUS. O terceiro e último capítulo caracteriza pela discussão das representações sobre a gravidez na adolescência para família e os profissionais de saúde, discutindo os pensamentos de ambas, frente à maternidade na adolescência. E por fim correlacionando a dicotomia destes dois pensamentos com as políticas públicas e construção do que é adolecer para essas famílias e saúde.



CAPÍTULO 1

GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA, SABER MÉDICO E POLÍTICAS PÚBLICAS



Fotos sobre gravidez na adolescência e saber médico.

Fonte: Autor desconhecido. 1 foto, color. Disponível em: <<https://encrypted.google.com>>. Acesso em: 30 ago. 2011.

1 GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA, SABER MÉDICO E POLÍTICAS PÚBLICAS

1.1 Gravidezes na adolescência do problema à incidência

De início, convém esclarecer como no mundo ocidental, a gravidez na adolescência, ao longo do tempo, passa de natural e aceitável para um problema social e de saúde pública. Para tanto, será feito o cruzamento de dados epidemiológicos e históricos, observando como aconteceu a construção da gravidez adolescente no discurso dos sujeitos ligados a saúde, desde a revolução sanitária até os dias hoje.

A gravidez na “adolescência”⁴¹ não constitui fenômeno recente na história da humanidade. Conforme Bellomo⁴², na Roma antiga numa época em que a perspectiva média de vida era inferior a 25 anos, as mulheres casavam-se em média aos 12 anos e os rapazes aos 14. Portanto, tendo uma expectativa de vida baixa, a manutenção da espécie só era possível aproveitando-se precocemente a fecundidade. As mulheres iniciavam a vida sexual após a menarca⁴³ e os homens, tão logo despertassem os instintos sexuais e a capacidade de fecundar⁴⁴. Cabe lembrar que o casamento⁴⁵ para os romanos era um assunto muito sério, pois implicava a criação de uma família, o lar de futuros cidadãos (e estes tinham como dever criar uma nova geração). Portanto não devia ser deixado nas mãos dos interessados, que poderiam vir a casar por razões tão levianas como os seus sentimentos. Procuravam, então, fazer alianças políticas favoráveis às famílias, de forma que as propriedades e as fortunas não saíssem do interior dos gens⁴⁶, porque imperava o direito paterno, que excluía as mulheres da

⁴¹ A expressão “gravidez na adolescência” foi criada e passou a ser amplamente aceita na Organização Mundial de Saúde em 1974, para caracterizar a gravidez jovem, generalizadamente valorizada na Antiguidade.

⁴² BELLOMO, Harry R. Amor e sexualidade na Roma antiga. In: FLORES, Moacyr (Org.). **Mundo grego-romano, sagrado e o profano**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2006. p. 15-50.

⁴³ Menarca significa primeiro ciclo menstrual.

⁴⁴ COSTA, M. C. O. Fecundidade na adolescência: perspectiva histórica e atual. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 74, n. 2, p. 87-90, 1998.

⁴⁵ Segundo Bellomo, o casamento ou matrimônio é o vínculo estabelecido entre duas pessoas mediante o reconhecimento governamental, religioso ou social e que pressupõe uma relação interpessoal de intimidade, cuja representação arquetípica é a sexual. As pessoas casam-se por várias razões, mas normalmente o fazem para dar visibilidade à sua relação afetiva, para buscar estabilidade econômica e social, para formar família, procriar, educar seus filhos e legitimar o relacionamento sexual. Um casamento é frequentemente iniciado pela celebração de uma boda, que pode ser oficiada por um ministro religioso (padre, rabino, pastor etc.), por um oficial do registro civil (normalmente juiz de casamentos) ou por um indivíduo que goza da confiança das duas pessoas que pretendem se unirem. Hoje o casamento é visto como relação de cumplicidade, sendo a questão legal muitas vezes deixada de lado.

⁴⁶ Segundo Bellomo o gens pode ser definido como uma comunidade formada por um grupo extenso de pessoas que se reconhecem como descendentes de um antepassado comum e que organizam sua vida econômica e social baseada na solidariedade. O gens romano, entretanto, não tinha características de comunidade igualitária, pois constituía uma organização aristocrática, muitas vezes proprietária de escravos.

herança, uma vez que, a partir do casamento, deixavam de pertencer ao gens paterno para se vincularem ao do marido.

Costa⁴⁷ adverte que, mesmo com baixa expectativa de vida e necessidade de manutenção da espécie, a anticoncepção sempre teve papel importante para a humanidade e que muitas mulheres e homens valiam-se de ervas abortivas, subvertendo os preceitos estabelecidos na sociedade, para se libertar de uma maternidade ou paternidade indesejada. A historiografia traz que Hipócrates (460-377 a.C.)⁴⁸ já sabia que a semente da cenoura selvagem era capaz de prevenir a gravidez. No mesmo período, Aristóteles mencionou a utilização da *Mentha Pulegium* como anticoncepcional.⁴⁹ O uso de anticoncepcionais feitos de plantas naturais parece ter sido tão difundido na região do Mediterrâneo, que no século II a.C. Políbio⁵⁰ escreveu que as "famílias gregas estavam limitando-se a ter apenas um ou dois filhos." Os antigos egípcios utilizavam tampões vaginais ou tampas feitas de excremento de crocodilo, linho e folhas comprimidas. A anticoncepção masculina também era praticada na Antiguidade. No século I a.C. Dioscórides afirmou que tomar extratos de uma planta considerada variação da madressilva (*Lonicera periclymenum*) durante 36 dias podia causar a esterilidade masculina.

Mas a maternidade e o casamento continuaram sendo algo essencial e primordial para essas sociedades. A historiografia informa que a escolha do noivo era uma questão de família.⁵¹ A sociedade antiga entendia que a melhor maneira de as mulheres aproveitarem sua vida era ao lado de um homem, pois eram consideradas pelo clero como criaturas débeis e suscetíveis às tentações do diabo, motivo pela qual deveriam estar sempre sob a tutela masculina.⁵² A mulher era a propriedade, usada para obter vantagens. Os casamentos geralmente visavam ao aumento de riqueza. Nas classes sociais mais abastadas, as "meninas" eram casadas com a idade de oito anos. A mulher era vista como objeto de seu marido, devendo a ele obediência e fidelidade.

⁴⁷ COSTA, 1998.

⁴⁸ TAYLOR apud BAYER HEALTHCARE: Science for a better life. **Breve história da anticoncepção.** Disponível em: <<http://www.bayerscheringpharma.com.br/site/jovens/controledefertilidade/metodoscontraceptivos/brevehistoria daanticoncepcao.fss>>. Acesso em: 13 maio 2009.

⁴⁹ TANNAHILL REAY apud BAYER HEALTHCARE: Science for a better life. **Breve história da anticoncepção.** Disponível em: <<http://www.bayerscheringpharma.com.br/site/jovens/controledefertilidade/metodoscontraceptivos/brevehistoria daanticoncepcao.fss>>. Acesso em: 13 maio 2009.

⁵⁰ TAYLOR, Timothy. **The prehistory of sex.** 4th ed. London: [s.n.], 1996.

⁵¹ O CASAMENTO e o amor na Idade Média. Disponível em: <http://marged.vilabol.uol.com.br/medieval_casamentoeamor.html>. Acesso em: 11 ago. 2008.

⁵² CARVALHO, Fabrícia A. T. de. **A mulher na Idade Média a construção de um modelo de submissão.** Disponível em: <<http://www.ifcs.ufrj.br/~frazao/mulher.html>>. Acesso em: 11 ago. 2008.

Deste modo, historicamente, se constrói um retrato em que o papel da mulher é restrito à maternidade e a ser instrumento, seja para manter dinastias e acordos políticos, seja como fonte de prazer e força de trabalho. No Brasil, país de cultura fortemente patriarcal, estabeleceu-se para a mulher a função social de reprodutora e criadora dos filhos. Durante séculos as “meninas” eram educadas para se tornarem esposas e mães logo após a menarca. Portanto, até o início do século XX a gravidez precoce era um acontecimento habitual.

Neste viés, Reis⁵³ relata que era norma da aristocracia escravista no Brasil casar “meninas” com 12 e 13 em média, mas não era raro que essa mesma aristocracia permitisse, infringindo suas próprias leis, que suas filhas se casassem até com oito anos de idade. Na educação a elas dispensada observava-se um atraso de um século ou mais em relação à realidade europeia. Das sinhás-moças só se esperava o casamento e a maternidade.⁵⁴ Consequentemente, elas não só desconheciam a instituição escolar, como muitos pais, em casa, impediam-lhes o acesso às primeiras letras. Criadas em ambiente rigorosamente patriarcal, viviam sob a mais dura tirania dos pais, depois substituída pela tirania dos maridos.

Segundo Freyre⁵⁵, as belas meninas, cuja primeira comunhão marcava a entrada na vida adulta, tornavam-se, muito cedo, feias matronas de dezoito anos, carregadas de muito ouro, braceletes e pentes para disfarçar a velhice precoce.

Portanto, de acordo com os historiadores das mentalidades, como Philippe Ariés, até o século XVIII a menina saía da infância e adentrava o mundo adulto logo após a primeira menstruação, inexistindo, pois, a fase de adolescência. A sociedade via mal a criança e, pior ainda, a adolescente⁵⁶. Para Ariés, essa ideia confirmou-se quando a pesquisa histórica se revelou capaz de demonstrar que, embora em períodos anteriores à Idade Média tenha existido uma organização da comunidade por classes de idade, dessa época até o século XVIII a cultura ocidental aboliu as distinções etárias.

As drásticas mudanças socioeconômicas do Século XVIII permitiram que a noção de idade e de infância assumisse uma dimensão social mais significativa⁵⁷. Isto aconteceu devido à preocupação da sociedade industrial com futuro o trabalhador de suas fábricas. Igualmente Donzelot⁵⁸ associa a ideia de família com a preocupação com a criança, com o papel definido para mulheres a partir da constituição da sociedade burguesa. A criança alvo de educação,

⁵³ REIS, Alberto O. A.; ZIONI, F. O lugar do feminino na construção do conceito de adolescência. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 27, n. 6, p. 472-477, 1993.

⁵⁴ Ibidem.

⁵⁵ FREYRE, G. **Casa grande e senzala**: formação da família brasileira sob o regime de economia patriarcal. 13. ed. Rio de Janeiro: J. Olympio, 1966.

⁵⁶ ARIÉS, Philippe. **História social da criança e da família**. Rio de Janeiro: Guanabara, 1981.

⁵⁷ DONZELOT, Jacques. **A política das famílias**. Rio de Janeiro: Graal, 1980.

⁵⁸ Ibidem.

puericultura, cuidados para futura mão de obra. Ao mesmo tempo Foucault⁵⁹ entende que a sociedade formula a disciplina, controle e dispositivos para criar o cidadão trabalhador responsável e instituições axilares para separar o joio do trigo. Enquanto na Europa do século XIX esses dispositivos estavam bem formulados, o sentimento moderno de infância já havia há muito se instalado e se difundido e a adolescência começava a despontar diferenciando-se da criancice, no Brasil esse processo se constituiu mais lento e ainda mais recente. A distinção entre os tempos de vida, notadamente entre a infância e a idade adulta, dos escravos machos e fêmeos, dos homens e das mulheres brancas, ocorreram quase no beiral do século XX, numa outra cadência e seguindo determinações relativamente diferentes das da Europa, embora guardassem características globais análogas àquelas de lá.⁶⁰

De fato, o envelhecimento precoce das brasileiras devia-se, entre outras razões, à higiene escassa, à alimentação desequilibrada, à maternidade precoce e desassistida, à moleza e à ociosidade que o sistema social escravocrata impunha como norma ao corpo feminino. Quanto à menina escrava, sua situação pode ser inferida da leitura de um manual de fazendeiros do século XIX, segundo o qual a parte mais produtiva da propriedade escrava era o ventre gerador. Dessa forma, o próprio interesse econômico favorecia uma vida sexual precoce e promíscua para as meninas negras, na medida em que suscitava, nos proprietários, imoderado desejo de possuir o maior número de crias⁶¹. Escravas negras ou brancas livres, em condições sociais distintas, entravam no universo do sexo e da reprodução biológica em igual compasso e sob um registro em que primava a ausência de toda e qualquer valorização especial. Essa situação de não reconhecimento só se transformou a partir do momento em que a criança pequena e a mãe entraram na mira do movimento “higienista”.⁶²

No Brasil, a inclusão feminina no âmbito de experiências socialmente valorizadas e, conseqüentemente, dotadas de visibilidade, foi inaugurada pelo movimento higienista⁶³, que criou condições - pelo menos parciais - para que, posteriormente, o conceito de adolescência fosse estendido ao mundo das mulheres. Esse movimento, cuja tem sua chegada ao Brasil ocorreu entre o fim do século XIX, e início do século XX tinha como propostas a defesa da saúde, a educação pública e o ensino de novos hábitos higiênicos. Sua ideia central era valorizar a população como um bem, como capital, como recurso principal da nação.⁶⁴ A ideia

⁵⁹ FOUCAULT, Michel. **Vigiar e punir**: história da violência nas prisões. Petrópolis: Vozes, 1997.

⁶⁰ COSTA, Jurandir Freire. **Ordem médica e norma familiar**. Rio de Janeiro: Graal, 2004.

⁶¹ Ibidem.

⁶² Ibidem.

⁶³ HOSCHMAN, Gilberto. **A era do saneamento**. São Paulo: Hucitec, 1998.

⁶⁴ GÓIS JÚNIOR, Edivaldo; LOVISOLO, HUGO Rodolfo. Descontinuidades e continuidades do movimento higienista no Brasil do século XX. **Ciência Esporte**, Campinas, SP, v. 25, n. 1, p. 41-54, set. 2003.

de que um povo educado e com saúde é a principal riqueza da nação, perdura até os dias de hoje. E nesse processo a mulher é recuperada como fonte de reparação e de defesa da saúde e dos bons costumes. Ela passa a ter um objetivo: cuidar da casa, dos filhos, da alimentação do trabalhador.⁶⁵ Também Margareth Rago enfatiza os procedimentos disciplinadores utilizados pela classe burguesa para formar o modelo de mulher mãe/dona-de-casa. Mas também salienta que os jornais operários “constroem duas imagens femininas que contrastam frontalmente. Uma mulher submissa, que não sabe como lutar e, ao mesmo tempo, uma figura combativa que sai às ruas e enfrenta sem reservas as autoridades públicas e policiais”⁶⁶.

Neste viés da construção, da valorização da população pelo Estado, Lenharo⁶⁷ aponta que o Estado Novo foi responsável pela construção de "um novo conceito de trabalho e trabalhador, uma contrapartida do que já se praticava no setor urbano industrial: o forjamento do trabalhador despolitizado, disciplinado e produtivo". Desse modo o Estado buscava disciplinar trabalhadores, mulheres e crianças, ditando, por meio do movimento higienista, regras do bem viver em sociedade.

Nessa efervescência de transformações sociais e culturais, o conceito de adolescência⁶⁸ foi definido e amplamente aceito na Reunião da Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre a gravidez e o aborto na adolescência, realizada em 1974. Em uma leitura mais transversal, esse conceito traduz algumas dificuldades, a primeira das quais remete às dimensões biofisiológica, psicológica e econômica. No plano da consciência⁶⁹, é raro encontrar pessoas de uma mesma faixa etária cujas transformações biopsicossociais ocorram de modo articulado e simultâneo. Em termos da exigência de homogeneidade do objeto considerado, a definição de adolescência se torna mais confusa, pois nenhum ser humano é igual a outro. Dessa forma, o ritual de adolescer não é o mesmo para todos. Para muitos, o adolescer não é um momento de experimentação ou curtição, e sim de aquisição de responsabilidades, financeiras e familiares.

⁶⁵ MACHADO, Roberto. **Danação da norma**: a medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

⁶⁶ RAGO, Luzia Margareth. **Do cabaré ao lar**: a utopia da cidade disciplinar: Brasil 1890-1930. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1985.

⁶⁷ LENHARO, Alcir. **Sacralização da política**. 2. ed. Campinas, SP: Ed. Unicamp; São Paulo: Papirus, 1986.

⁶⁸ RAMOS, Flavia Regina Souza; PEREIRA, Silvana Maria; ROCHA, Cláudia Regina Menezes da. Viver e adolescer com qualidade: o conceito de adolescência e qualidade de vida. **Revista Adolescer**. Acesso em: <<http://www.abennacional.org.br/revista/cap1.2.html>>. Disponível em: 6 jan. 2009. Define que a adolescência é o período da vida caracterizado por intenso crescimento e desenvolvimento, que se manifesta por transformações anatômicas, fisiológicas, psicológicas e sociais.

⁶⁹ Edmund Husserl (1859-1938) - filósofo, matemático e lógico – é o fundador da Fenomenologia como método de investigação filosófica e estabeleceu os principais conceitos e métodos que seriam amplamente usados pelos filósofos dessa tradição.

Desse modo, o fenômeno da gravidez na juventude não se constitui uma novidade. O que é novidade é, nas últimas décadas ela se tornar um problema social e de saúde pública. Por que será que de uma hora para outra a gravidez se tornou um problema? Para quem realmente ela é um problema? Trabalhando em campo de estágio⁷⁰ com adolescentes de periferia, percebi que a gravidez em si não é um problema, mas muitas vezes a solução para vislumbrar uma nova vida. O problema se encontrava no enfrentamento dessa gravidez perante a sociedade contemporânea que desconstrói a maternidade nessa fase.

O mundo ocidental construiu uma preocupação com a prevenção das altas taxas de gravidez na adolescência. Entretanto nos EUA, onde mais de 1.000.000 de adolescentes com idade menor que 20 anos engravidam anualmente, resultando em cerca de 50% de todos os nascimentos. Ainda nos EUA, a taxa de gravidez entre adolescentes de 15 a 19 anos é de 57/1.000 nascimentos. Em outros países também desenvolvidos chega a ser menor, como no Japão (4/1.000 nascimentos), Alemanha (10/1.000), Canadá (26/1.000), Grã-Bretanha (32/1.000) e Noruega (32/1.000) nascimentos. O Brasil, segundo o relatório da Organização das Nações Unidas (ONU), tem a segunda maior taxa de gravidez entre jovens de 15 a 19 anos da América do Sul. Entre 10 a 14 anos, a taxa quando comparados com os adolescentes de 15 a 19 anos é menor, mas não menos preocupante. Para 2008, o índice aponta 89 nascimentos para cada 1000 mulheres nesta faixa etária no País.⁷¹

Em 1999, o Sistema Único de Saúde (SUS) realizou 756.553 partos em adolescentes de 10 a 19 anos, o que corresponde a 27% do total de partos realizados pelo Sistema. Entre 1993 e 1999 houve aumento de aproximadamente 30% do número de partos feitos no SUS em adolescentes mais jovens, entre 10 a 14 anos. O parto normal é atualmente a principal causa de internação de brasileiras entre 10 e 14 anos. De acordo com uma pesquisa feita pelo IBGE⁷² feita em alguns estados em 1996, cerca de 10% das adolescentes tinham pelo menos dois filhos aos 19 anos. A taxa de gravidez em mulheres adultas está caindo. Em 1940, a média de filhos por mulher era de 6. Essa média, no ano de 2000, caiu para 2,3 filhos para cada mulher (Tabela 1). Porém o mesmo não acontece com as adolescentes.

⁷⁰ Desde o ano 2000 o Curso de Graduação em Enfermagem/FAMED da UFU desenvolve, com um grupo da comunidade, um trabalho de educação em saúde junto às gestantes matriculadas na Instituição Filantrópica denominada de Lar de Veneranda, localizada na cidade de Uberlândia MG, Nesta Instituição os alunos do curso de graduação em enfermagem desenvolvem atividades ocupacionais para gestantes, palestras etc.

⁷¹ ONU BR: Nações Unidas no Brasil. Disponível em: <<http://www.onu-brasil.org.br/>>. Acesso em: 29 abr. 2000.

⁷² INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. 2000. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/>>. Acesso em: 29 abr. 2000.

Tabela 1 - Número de filhos por mulheres desde a década de 1950

ANO	BRASIL
1950	6,21
1960	6,28
1970	5,76
1980	4,35
1991	2,73
1995	2,49
2000	2,30

Fonte: IBGE (2000).

Enquanto a taxa de gravidez em mulheres adultas cai, aumenta o número de casos de gravidez na adolescência e diminui a idade das adolescentes grávidas. Os altos índices de nascimentos entre mães de até 20 anos ocorrem apesar de o índice de natalidade em todas as faixas etárias na América Latina estar abaixo da média mundial. Em média, cada mulher da América Latina tem 2,4 filhos, enquanto no resto do mundo desenvolvido essa média é de 2,6 filhos. No Brasil, a média atual é de 1,8 filhos por mulher.

Segundo os dados do IBGE, desde 1980 o número de adolescentes (15 a 19 anos) grávidas aumentou 15%. Isso significa que, no Brasil, anualmente, pelo menos 700 mil jovens têm filho, sendo que 1,3% delas têm idade entre 10 e 14 anos.⁷³ A taxa de gravidez na adolescência no país varia muito, dependendo da localidade, mas estima-se que 20 a 25 % do total de mulheres grávidas sejam adolescentes⁷⁴.

A Tabela 2 apresenta a quantidade adolescentes grávidas nas no Brasil em 1990 e 2001.

Tabela 2 - Mãe adolescentes

ANO	BRASIL
1990	189.173
2001	259.329

Fonte: IBGE (2000).

⁷³ FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Agência Fiocruz Notícias. **Notícias**. Disponível em: <<http://www.fiocruz.br/ccs/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?tpl=home>>. Acesso em: 1 fev. 2007.

⁷⁴ SANTOS JUNIOR, J. D. Fatores etiológicos relacionados à gravidez na adolescência: vulnerabilidade à maternidade. In: SCHOR, N.; MOTA, M. S. F. T.; BRANCO, V. C. **Cadernos juventude, saúde e desenvolvimento**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, ago.1999. v. 1, p. 223-229.

Segundo essa tabela houve um aumento considerável de 1990 a 2001. Isto levou o Sistema Único de Saúde a dobrar seu gasto em relação ao pré-natal normal, pois, considerando que a gravidez na adolescência se caracteriza por alto risco para mãe e para o feto, necessita-se de maior intervenção médica e, assim, maior número de exames complementares devido a intercorrências que possam surgir durante o pré-natal ou pós-parto com a mãe ou o feto/criança. Dessa forma se constrói um quadro perverso no que se refere à aceitação da gravidez na adolescência, pois, por um lado, o saber médico como fato uma perda socioemocional significativa tanto para o feto quanto para a adolescente, e a sociedade, por outro, a transforma em um problema a ser solucionado.

A Tabela 3 mostra que, quanto maior a escolaridade, menor o número de filhos no Brasil.

Tabela 3 - Relação de escolaridade X número de filhos no Brasil em mulheres (15-49 anos)

ANOS DE ESTUDO	NÚMERO DE FILHOS
Menos de quatro	3,1
De quatro a sete	2,6
Oito ou mais	1,6

Fonte: Zero Hora de 18/01/2003

Neeru Gupta e Iuri da Costa Leites⁷⁵ mostram em sua pesquisa que o nível de educação da mulher é o fator predominante e está correlacionado à probabilidade de ter o primeiro filho na adolescência. Segundo Neeru, as meninas sem acesso à escola e à informação tem maiores chances de engravidar, pois elas buscam, por meio desta gravidez o reconhecimento social que teriam com a escola e a conhecimento. Assim, a maternidade se torna um sistema de representação social de reconhecimento para essa população.

Segundo o estudo da Organização Mundial da Saúde (OMS) a incidência de recém-nascidos com baixo peso gerados por mães adolescentes é duas vezes maior se comparado com os de mães adultas. E a taxa de morte neonatal é três vezes maior no caso das adolescentes. Esses são apenas alguns dos problemas da gestação na adolescência apresentados pela OMS. Além disso, as “meninas” que ficam grávidas acabam abandonando os estudos para cuidar do bebê.⁷⁶

⁷⁵ GUPTA, Neeru; LEITE, Iuri da Costa. Tendências e determinantes da fecundidade entre adolescentes no Nordeste do Brasil. **Perspectiva Internacional de Planejamento Familiar**, [s.l.], número especial, p. 24-29, 2001.

⁷⁶ G1: Jornal Virtual. São Paulo, 2 fev. 2006. Disponível em: <http://www.g1.com>>. Acesso em: 11 ago. 2008.

Um estudo divulgado pela Comissão Econômica para América Latina e Caribe (CEPAL)⁷⁷, ligada à ONU, revela que 25% das adolescentes da América Latina foram mães antes de completar 20 anos. O número é considerado alto pelos especialistas e foi influenciado, principalmente, pelos altos índices de gravidez na adolescência no Brasil e na Colômbia.

Segundo o sociólogo e demógrafo Jorge Rodríguez, que trabalhou no estudo e pertence ao Centro Latino-Americano e Caribenho de Demografia (CELADE), ligado à Cepal⁷⁸, "a situação no Brasil teve uma leve melhora entre 1996 e 2006, mas os números ainda são altos", afirmou. Segundo o mesmo sociólogo, a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS), do Ministério da Saúde demonstra que a porcentagem de mulheres que têm filhos antes dos 20 anos é de 32,8%, bem acima dos 25% da média do continente. Nesse mesmo viés, a pesquisa mostra que na América Latina há 76,2 nascimentos para cada mil adolescentes com idades entre 15 e 19 anos, enquanto no resto do mundo a média é de 52,6 nascimentos por mil. No Brasil, a média é de 83 nascimentos a cada mil adolescentes, uma melhora em relação a 1996, quando a cifra era de 86 filhos a cada mil. Mas a situação no Brasil continua mais delicada do que em alguns dos países vizinhos. No Paraguai, a média é de 63 nascimentos a cada mil adolescentes. No Chile, onde a média era de 80 nascimentos a cada mil entre 1986 e 1996, esse número caiu para 50 nascimentos a cada mil adolescentes, apesar de esse ter sido um dos últimos países da região a permitir campanha pelo uso de preservativo. A situação é mais crítica nos países da América Central, como Guatemala (114

⁷⁷ A Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (CEPAL) foi criada em 25 de fevereiro de 1948, pelo Conselho Econômico e Social das Nações Unidas (ECOSOC), e tem sua sede em Santiago, Chile. A CEPAL é uma das cinco comissões econômicas regionais das Nações Unidas (ONU). Foi criada para monitorar as políticas direcionadas à promoção do desenvolvimento econômico da região latino-americana, assessorar as ações encaminhadas para sua promoção e contribuir para reforçar as relações econômicas dos países da área, tanto entre si como com as demais nações do mundo. Posteriormente, seu trabalho ampliou-se para os países do Caribe e se incorporou o objetivo de promover o desenvolvimento social e sustentável. Todos os países da América Latina e do Caribe são membros da CEPAL, junto com algumas nações desenvolvidas, tanto da América do Norte como da Europa, que mantêm fortes vínculos históricos, econômicos e culturais com a região. No total, os Estados-membros da Comissão são 44 e 8 membros associados, condição jurídica acordada para alguns territórios não-independentes do Caribe. Os Estados-membros são: Alemanha, Antígua e Barbuda, Argentina, Bahamas, Barbados, Belize, Bolívia, Brasil, Canadá, Chile, Colômbia, Costa Rica, Cuba, Dominica, Equador, El Salvador, Espanha, Estados Unidos da América, França, Granada, Guatemala, Guiana, Haiti, Honduras, Itália, Jamaica, Japão, México, Nicarágua, Países Baixos, Panamá, Paraguai, Peru, Portugal, Reino Unido da Grã-Bretanha e Irlanda do Norte, República Dominicana, República da Coreia, Santa Lúcia, São Cristóvão e Neves, São Vicente e Granadinas, Suriname, Trinidad e Tobago, Uruguai e Venezuela.

⁷⁸ BERTOLINO, Osvaldo. Relatório da Cepal aponta dados alarmantes sobre a gravidez na adolescência. **O Outro Lado da Notícia**. 31 out. 2008. Disponível em: <<http://outroladodanoticia.wordpress.com/2008/10/31/relatorio-da-cepal-aponta-dados-alarmantes-sobre-gravidez-na-adolescencia/>>. Acesso em: 31 out. 2008.

nascimentos por mil) e República Dominicana, que registra o percentual mais alto: 116 nascimentos a cada mil.

Segundo a Cepal, a maternidade entre as adolescentes da América Latina ocorre devido à falta de programas de educação sexual e de políticas públicas de saúde para responder ao início, cada vez mais precoce, da vida sexual, além da falta de políticas públicas de saúde e sexualidades. "No mundo inteiro, as adolescentes começam a vida sexual cada vez mais cedo. A diferença é que, nos países desenvolvidos, a atividade sexual na adolescência é acompanhada por anticoncepcionais", diz o estudo da Cepal.

Na América Latina a situação é diferente. "A informação sobre o uso de contraceptivos começa depois que a jovem teve o primeiro filho. Parece que começam a reconhecer a mulher como sujeito sexual depois que ela é mãe" diz o estudo da Comissão.

Para a Cepal, o quadro é resultado de "estigma social" e "rejeição familiar", que impedem que a adolescente procure informações e o serviço adequado para se prevenir. Ao mesmo tempo, o estudo ressalta que a maternidade entre adolescentes é registrada, principalmente, nas classes mais pobres.

A pesquisa da Cepal e da Organização Ibero-americana da Juventude (OIJ) -- "Juventude e Coesão Social na Iberoamérica: um Modelo para Montar" (numa tradução livre) -- foi divulgado na 18ª Reunião Ibero-americana realizada em San Salvador, em El Salvador. O levantamento destaca que a maternidade antes dos 20 anos contribui para a geração de pobreza. "A maternidade leva estas adolescentes a deixarem os estudos, se ainda não os deixaram", disse o sociólogo e demógrafo Jorge Rodríguez. A pesquisa foi realizada no Brasil, Bolívia, Peru, Colômbia, Guatemala, Honduras, Nicarágua e República Dominicana. Rodríguez informou que o estudo se baseou nos últimos dados divulgados em cada país.⁷⁹

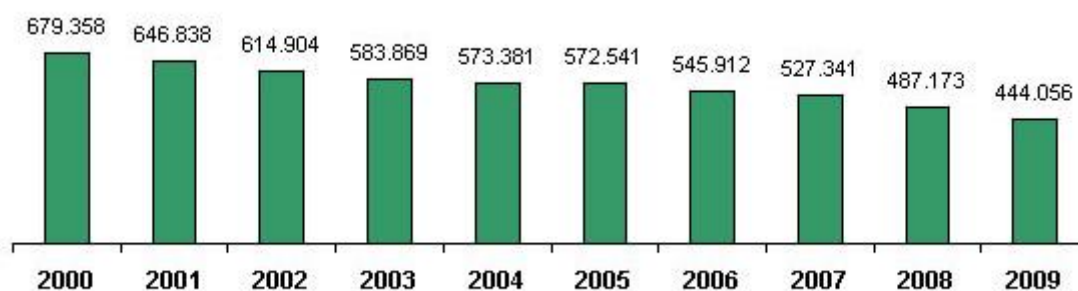
Por essa situação percebe-se que se delineia um movimento no Brasil e no mundo para prevenir a gravidez na adolescência, pois ela, segundo os órgãos governamentais, Organizações de Saúde e ONGs, causa prejuízos tanto para mãe quanto para filho.

Mas, segundo dados atuais, essa realidade tende a mudar. Dados mais recentes do Ministério da Saúde, no Brasil, demonstram queda de partos de adolescentes entre 10 a 19 anos: entre 2005 e 2009 a taxa diminuiu 22,4%. Na primeira metade da década passada, a redução foi de 15,6%. De 2000 a 2009, a maior taxa de queda anual ocorreu em 2009, quando foram realizados 444.056 partos em todo o País – 8,9% a menos que em 2008. Em 2005

⁷⁹ CARMO, Márcia. Uma em quatro mulheres na América Latina é mãe antes dos 20 anos, diz Cepal. **Folha.com**, 31 out. 2008. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/folha/bbc/ult272u462675.shtml>>. Acesso em: 31 out. 2008.

foram registrados 572.541. Ao longo da década, a redução total foi de 34,6%. Os Gráficos 2 e 3 e as Tabelas 1 e 2 demonstram essa queda.

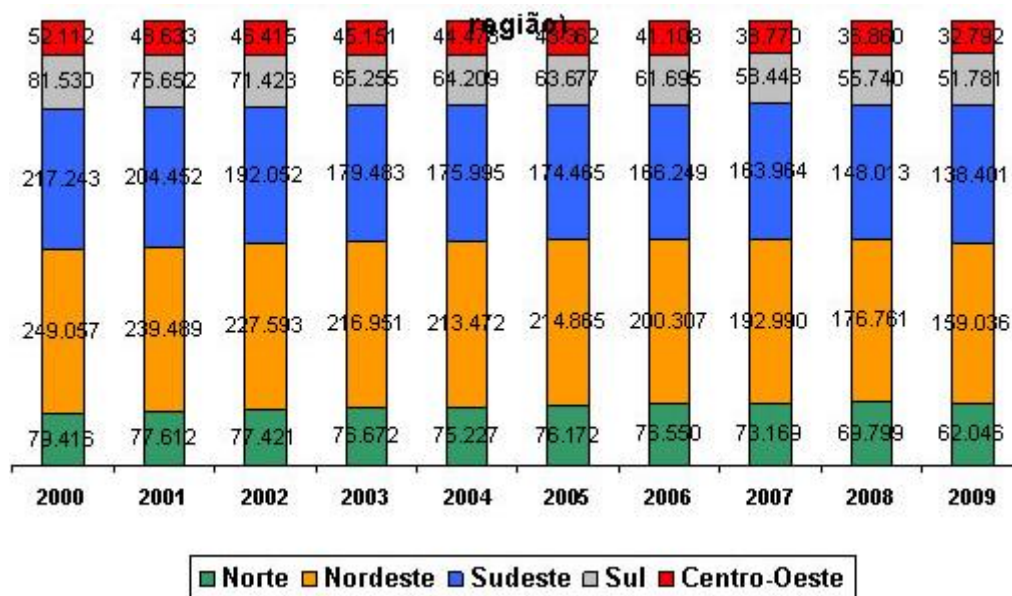
Gráfico 2 - Número de partos de adolescentes de 2000 a 2009



Fonte: Brasil (8 mar. 2010).

Essa queda reflete a preocupação do governo com as altas taxas de gravidez constatada durante o período de 1999 a 2000. Ela se deve a intensas campanhas de educação e saúde nos Postos de Saúde e nas escolas, reforçando o uso de preservativos e dos métodos contraceptivos, que passaram a ser oferecidos nos Postos de Saúde gratuitamente. Ao analisar a diminuição das taxas de gravidez, percebe-se que a região centro-oeste, foi a que obteve a menor queda, quando comparado as outras regiões do Brasil, como mostra o Gráfico 3.

Gráfico 3 - Número de partos de adolescentes de 2000 a 2009, segundo as regiões do Brasil



Fonte: Brasil (8 mar. 2010).

No Brasil, a quantidade de partos em adolescentes caiu 30,6% no mesmo período. O total de nascimentos com mães nessa faixa etária registrado pelo Sistema Único de Saúde (SUS) no ano passado, em todo o território nacional, foi 485,64 mil. Essa queda como já foi mencionado, deve-se, principalmente, ao acesso às políticas de prevenção e orientação sobre saúde sexual. Os Postos de Saúde no país disponibilizam, gratuitamente, métodos contraceptivos. A compra pelo Ministério da Saúde de preservativos masculinos, por exemplo, chegou a um bilhão em 2008, a maior feita por um governo no mundo. Grande parte deles é distribuída em campanhas como a do carnaval, cujo foco é a população de adolescentes e jovens. Antes do carnaval de 2009, foram entregues aos estados 19,5 milhões de preservativos (camisinhas). O aumento no número de equipes de Saúde da Família também se reflete no acesso a informações sobre planejamento familiar nas comunidades das capitais e cidades do interior. Atualmente, esses profissionais atendem 49% da população, levando informações sobre prevenção de gravidez e saúde sexual e reprodutiva aos adolescentes e jovens das cidades atendidas. Em 2000, o índice de cobertura era 15,7%. O total de equipes trabalhando em todo o país saltou de 7,6 mil para 29,7 mil nos últimos nove anos. “Por causa dessas iniciativas, meninas e meninos estão mais informados sobre saúde sexual e reprodutiva e têm mais acesso a preservativos e métodos contraceptivos”, afirma a coordenadora da área de Saúde do Adolescente e do Jovem do Ministério da Saúde, Thereza de Lamare.⁸⁰

O Ministério da Saúde atribui essa diminuição das taxa gravidez na adolescência às campanhas destinadas aos adolescentes e à ampliação do acesso ao planejamento familiar. Só no ano passado, foram investidos R\$ 3,3 milhões nas ações de educação sexual e reforço na oferta de preservativos aos jovens brasileiros. Nos últimos dois anos, 871,2 milhões de camisinhas foram distribuídos para toda a população, podendo qualquer pessoa retirá-las nos postos de saúde no Brasil. Aos adolescentes também é oferecido o apoio de um profissional de saúde para avaliar qual seria o método contraceptivo mais adequado ao estilo de vida dos parceiros. Entre as opções, estão as pílulas anticoncepcionais, a injeção de hormônios e o DIU. A dupla proteção – o uso do método contraceptivo associado ao preservativo – é recomendada para que, além de evitar uma gravidez, os jovens se previnam de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e AIDS.

Thereza de Lamare avalia que o sistema público está cada vez mais preparado para receber adolescentes e dar orientações sobre a saúde sexual deles. Mesmo assim, o planejamento familiar nessa faixa etária ainda enfrenta resistência por causa de preconceito:

⁸⁰ A informação obtida da coordenadora da área de Saúde do Adolescente e do Jovem do Ministério da Saúde, Thereza de Lamare Tereza, retirada do estudo da Cepal.

“Até hoje, alguns adultos têm dificuldade de compreender que o adolescente é um indivíduo sexuado e, em seu processo de crescimento, ele vai descobrir e ter relações afetivas. Reconhecer os direitos sexuais e reprodutivos desse grupo é uma conquista do Brasil”.⁸¹ Atualmente, os adolescentes do sexo masculino vêm procurando cada vez mais o serviço público de saúde no intuito de retirar os preservativos. “Nossa prioridade agora é para que o rapaz seja envolvido em outras ações, inclusive nas situações de gravidez da parceira ou da namorada. Estimulamos que ele acompanhe o pré-natal e o parto, participando do dia a dia da companhia e cuidando da própria saúde”, diz Thereza de Lamare.⁸²

Em 2003, o Governo Federal iniciou uma série de ações de prevenção de DSTs em colégios públicos. Por meio de uma parceria entre os Ministérios da Saúde e Educação, profissionais das equipes da Saúde da Família tornaram-se parceiros dos professores da rede pública e levaram para a sala de aula conteúdos de saúde sexual e reprodutiva. As atividades foram incorporadas pelo Programa Saúde na Escola (PSE) em 2008. Atualmente, o PSE é uma das ferramentas de conscientização dos estudantes de ensino médio para prevenir DSTs e evitar gravidez indesejada. Mais de 8 milhões de alunos de 54 mil escolas já foram orientados. Dessas, quase dez mil distribuem preservativos. O programa alcança atualmente 1.306 municípios brasileiros.

Além disso, o Ministério da Saúde começou a produzir no ano passado, as Cadernetas de Saúde do Adolescente que foram enviadas as unidades de saúde de todo o país. A cartilha contém informações sobre temas essenciais para os mais jovens, como alimentação, saúde sexual e reprodutiva e uso de drogas. No total, foram entregues 4 milhões de cadernetas em 451 municípios, um total suficiente para abastecer as unidades de saúde. A previsão para 2010 era de distribuir mais 5 milhões nos postos de saúde. O Ministério da Educação também enviou 6 milhões de cartilhas para as unidades básicas de saúde dos municípios onde foi implementado o PSE.

A maior redução no número de partos de adolescentes, nos últimos cinco anos, ocorreu na Região Nordeste (26%). Em 2005, foram 214.865 procedimentos contra 159.036 no ano passado. O Centro-Oeste vem em seguida, com 32.792 partos – 24,4% a menos que em 2005. Abaixo da taxa média de queda estão o Sudeste (20,7%), o Sul (18,7%) e o Norte (18,50).

⁸¹ A informação obtida da coordenadora da área de Saúde do Adolescente e do Jovem do Ministério da Saúde, Thereza de Lamare Tereza, retirada do estudo da Cepal.

⁸² A afirmação da coordenadora da área de Saúde do Adolescente e do Jovem do Ministério da Saúde, Thereza de Lamare Tereza foi retirada do estudo da Cepal.

Mas uma pesquisa⁸³ realizada entre 2007 e 2010 em 5633 municípios analisou a acessibilidade à estrutura apresentada anteriormente e revelou que 0,1% das cidades brasileiras alcançaram notas superiores a 8 na avaliação do Sistema Único de Saúde. Essa nota foi estabelecida por um novo indicador criado pelo Ministério da Saúde que avalia o sistema público de saúde do país. Índice de desempenho do SUS (Idsus), é resultado do cruzamento de 24 indicadores, sendo 14 ligados ao acesso a serviço do SUS e outros 10 que apuram a efetividade dos serviços. Assim se criou a escala de 0 a 10 e apenas seis cidades receberam a classificação máxima. Quatro delas estão na região Sul e duas na região Sudeste. Dessa forma a pesquisa mostra que o grande desafio do governo é proporcionar acessibilidade e qualidade aos programas implementados, ou seja, uma coisa é o plano “vendido” pelo governo e a outra é o que ele realiza.

Em Minas Gerais a preocupação com prevenção da gravidez na adolescência também tem dado alguns resultados. O número de partos realizados na rede pública do estado em meninas entre 10 e 19 anos caiu 33,2% nos últimos dez anos. De acordo com dados do Ministério da Saúde, em 2008 foram feitos 42,13 mil partos no estado contra 63,07 mil em 1998. Uberlândia não destoa dessa realidade. Com grande preocupação com o jovem e principalmente com o aumento da gravidez na adolescência, investiu grande parte de seu orçamento em programa de combate à gravidez na adolescência conseguindo índices invejáveis. A Secretaria Municipal de Saúde de Uberlândia destaca que, das crianças nascidas em Uberlândia, em 2006 17% foram de mães adolescentes, enquanto no Brasil foram cerca de 25%. O que chama mais a atenção é a redução de meninas grávidas menores de 14 anos no município que, em 2004, eram 58 casos e, em 2006, 35 casos. Em 2009 a reportagem do jornal o Correio de Uberlândia⁸⁴ revelou que, de 2000 a 2008, o número de partos em jovens com idade entre 13 e 19 anos realizados em Uberlândia caiu 34%.

Mas, na avaliação do SUS (Idsus), Uberlândia está entre os piores índices do país. Segundo o jornal Correio de Uberlândia de 3 março de 2012 a rede de saúde pública de Uberlândia está entre as dez piores no ranking do Idsus, ocupando o município a 7ª colocação entre os piores e está abaixo da média nacional, que foi de 5,47. Isso demonstra a dificuldade de acesso e má qualidade do SUS. Mesmo com a redução das taxas gerais de gravidez na adolescência Uberlândia ainda apresenta um grande problema no acesso a saúde e a qualidade

⁸³ APENAS 6 cidades do Brasil recebem a nota máxima do SUS. **Notícias br**. Disponível em: <<http://www.noticiasbr.com.br/apenas-6-cidades-no-brasil-recebem-avaliacao-maxima-do-sus-44251.html>>. Acesso em: 5 mar. 2012.

⁸⁴ CAEM 34% a taxa de gravidez na adolescência em Uberlândia. **Correio de Uberlândia**, Uberlândia, 21 jun. 2009. Seção Cidade.

de vida, principalmente pela população mais carente. Como confirma no trabalho de Nogueira⁸⁵ que observou em Belo Horizonte que as taxas de gravidez na adolescência se concentram nos bolsões de pobreza da cidade.

Portanto, ao confrontar todos esses dados, percebe-se que a cultura e o próprio ambiente social tendem a exercer um controle sobre o comportamento do grupo, mas que nem sempre esse controle é efetivo. A cultura é a característica mais forte que diferencia um indivíduo de outro, pois possui importante influência para determinar os costumes cotidianos de uma dada população, que são compartilhados e passados pelo grupo de geração a geração. Nesse viés, percebe-se que o conceito de maternidade na juventude vem sendo (des)construído ao longo do tempo. Assim, a prevenção se torna necessária. Torna-se claro então, que a construção do problema se dá devido a mudanças culturais ocorridas na sociedade moderna, principalmente no que se refere ao adolecer.

Desse modo, falar em gravidez na adolescência e no conceito de problema que se instaura na contemporaneidade é falar do que está intrínseco em cada ser humano: a cultura e a educação como alavanca para fazer ou não o que se quer. A construção da cultura e/ou educação se dá a partir das representações da realidade de cada adolescente frente à maternidade. Nessa perspectiva, as políticas públicas de prevenção atualmente existentes deveriam buscar compreender melhor o processo histórico e as representações dessas adolescentes frente à maternidade, seus embates e seus jogos de poder, conhecendo os segmentos sociais, a educação e, por conseguinte, o ser humano e a sociedade.

1.2 O Programa Saúde do Adolescente (PROSAD): prevenção de gravidez e saber médico institucionalizado

O Programa Saúde do adolescente foi estabelecido depois de muitas lutas sociais principalmente de médicos que trabalham com infância e adolescência, mas a sociedade foi pouco envolvida na sua formulação. Assim, depois de muita luta, principalmente dos trabalhadores da saúde no ano de 1986, por meio da Divisão Materno Infantil, o Ministério da Saúde resolveu englobar a assistência primária à saúde dos adolescentes entre suas funções. Para essa finalidade, foram reunidos profissionais de saúde de vários estados, experientes com adolescentes, que apresentaram propostas de ações de saúde para esse segmento populacional

⁸⁵ NOGUEIRA, José Maria et al. Análise da distribuição espacial da gravidez adolescente no Município de Belo Horizonte. **Revista Brasileira Epidemiologia**, São Paulo, v. 12, n. 3, p. 297-312, 2009.

e iniciaram a elaboração e distribuição, para todo o país, de Normas Técnicas para o seu atendimento. Entre 1986 e 1989 o Programa foi coordenado pelo Dr. Marcos dos Santos Pragana; em 21 de dezembro de 1989 foi criado o Programa de Saúde do Adolescente (PROSAD), fundamentado numa política de promoção de saúde, de identificação de grupos de risco, detecção precoce dos agravos, tratamento adequado e reabilitação foi coordenado pela Dra. Raquel Niskier Sanches entre 1989 e 1993.

A partir de novembro de 1995, assumiu a coordenação a Dra. Rosa Maria Maciel M. A. Carneiro. Durante todos esses anos, desde a criação do programa no nível de Ministério Federal, foram efetuados inúmeros treinamentos de sensibilização e de capacitação de equipes multiprofissionais e formação de adolescentes como agentes multiplicadores de saúde e distribuído de material educativo. Em 1996 o Serviço de Assistência à Saúde do Adolescente (SASAD) concentrou esforços na definição de critérios para oficializar centros de referência já existentes, além de criar novos centros que, nessa proposta, passaram a ser denominados Centros Docente Assistenciais (CDA'S) em Saúde do Adolescente. A finalidade da criação dos CDA'S é a de agilizar o desenvolvimento das ações do Ministério; assim, entre suas funções, constam participar com o SASAD na elaboração e divulgação de normas técnicas, material educativo, informativo e instrucional, bem como desencadear outras ações nas áreas prioritárias.

O Programa Saúde do Adolescente objetiva dar aos jovens brasileiros “meninos” e “meninas” acesso universal à educação e saúde, benefícios aos quais a população tem direito e que a Constituição contempla, visando reverter o estado de saúde em que eles se encontram no Brasil⁸⁶. Assim sendo, em cumprimento à Constituição promulgada em 5 de outubro de 1988, o Ministério da Saúde oficializou o Programa do Adolescente e apresentou as suas Bases Programáticas através da Coordenação Materno-Infantil (COMIN).

Como foi explicitado, consideramos a adolescência um período da vida caracterizado por intenso crescimento e desenvolvimento, que se manifesta por transformações anatômicas, fisiológicas, psicológicas e sociais. Há importância demográfica desse grupo no Brasil, conforme o censo de 2002: corresponde a de 51.429.397 pessoas – 30,3% da população brasileira –, sendo 35.287.882 adolescentes de 10 a 19 anos e 16.141.515 jovens com idades entre 15 e 24 anos⁸⁷, o que se reflete na prevenção da vulnerabilidade aos agravos de saúde, bem como nas questões econômicas e sociais, nas suas vertentes de educação, cultura,

⁸⁶ BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Saúde do Adolescente. **Bases programáticas**. dez. 2009. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd03_05.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2010.

⁸⁷ IBGE, 2002.

trabalho, justiça, esporte, lazer e outros, que a necessitam de atenção mais específica e abrangente. Os adolescentes brasileiros têm, como cidadãos, direito à saúde, e as acesso a ela de forma universalizada hierarquizada e regionalizada, dentro dos preceitos do SUS.

Dessa forma, o Ministério da Saúde define objetivos, diretrizes e estratégias para o PROSAD, contemplando a promoção, integração, apoio e incentivo às práticas nos locais onde já vêm sendo desenvolvidas, atividades preventivas ao agravos, tanto nos estados, municípios, universidades, organizações não-governamentais quanto em outras instituições. O PROSAD deve interagir com outros setores no sentido da promoção da saúde, da identificação dos grupos de risco, detecção precoce dos agravos, tratamento adequado e reabilitação dos indivíduos dessa faixa etária, sempre de forma integral, multissetorial e interdisciplinar. Baseia-se na convicção de que a solução para os problemas de todos os segmentos populacionais passa pela reestruturação das políticas sociais e econômicas e pela verdadeira participação comunitária, reiterando a importância do trabalho da equipe multidisciplinar.

Entretanto, o Programa do Adolescente não é perfeito. Podemos analisar criticamente algumas questões específicas em relação ao uso desse programa sob o enfoque de risco. O Programa do Adolescente se organiza para delimitação da população, através do critério “idade”, e perspectiva risco/patologia, critério que parece ser insuficiente, quando se amplia para noção de risco psicossocial. É importante não perder de vista que a adolescência é um fenômeno social e traz consigo questões amplas que vão além do setor saúde, sendo esse sendo apenas parte da questão.

Com a ampliação desse olhar, percebe-se que o adolescer não pode ser baseado somente em risco e patologias, e que o aspecto social e cultural de cada estrato social tem que ser considerado para que essa assistência ao adolescente seja realmente efetiva. Isso se deve ao fato de que cada jovem vive seu adolescer de acordo com seus costumes e, portanto, sua cultura. Tais condições é que irão determinar seu modo de ser e de agir em sociedade. Logicamente, diretrizes baseadas somente em risco e patologias não abarcam essa diversidade da sociedade.

Por tais motivos, o governo Federal, com o objetivo de prevenção de agravos da esses jovens, com a intenção de os tornar adultos sadios, formulou, em 1988, diretrizes para implementação do Programa de Saúde do Adolescente.

Cabe ressaltar que na década de 1980 a situação socioeconômica do país se agravou e grande parte da população brasileira, incluindo os adolescentes, passou a viver em estado de extrema pobreza. Na assistência à saúde, os adolescentes estavam incluídos de forma diluída

no Programa de Assistência Materno-Infantil, não se constituindo como foco prioritário, tanto no subprograma de Assistência à Criança, na Saúde do Escolar, quanto no de Assistência à Saúde Materna. Neste viés, as ações voltadas à saúde do adolescente se deram inicialmente de forma isolada e também por iniciativa não-governamental. Nesse período foram criados vários Comitês Estaduais de Adolescência, vinculados às Sociedades de Pediatria locais. Em 1986, o Ministério da Saúde resolveu englobar a saúde dos adolescentes às funções da assistência primária, por meio da Divisão Materno-Infantil. No Brasil, a Constituição de 1988 demarca legalmente um novo modelo de atenção à saúde como já citado anteriormente, com a instituição do SUS para o setor público, cujos princípios doutrinários (universalização, equidade e integralidade) e organizacionais (regionalização, hierarquização por níveis de assistência e descentralização do poder com controle social) atravessam os princípios da atenção primária, enfatizando os sistemas locais de saúde, e a organização da assistência segundo a realidade epidemiológico-social local ⁸⁸. Especificamente, essa Constituição assegura direitos à criança e ao adolescente, reafirmando os compromissos firmados na Convenção da ONU.

Mas, segundo Abramovay e outros,⁸⁹ mesmo com alguns problemas abriu-se, entre os anos de 2000 e 2010, uma janela de oportunidades, sendo o momento mais favorável para se investir na juventude como integrante e sujeito da aceleração do crescimento econômico nacional. É preciso ressaltar que são esses mesmos jovens os que estão expostos às mais elevadas taxas de mortalidade por causas externas. E, no caso das “meninas”, é a fecundidade das mulheres de 13 a 19 anos que, atualmente, mais tem contribuído para o aumento da gravidez adolescente no Brasil.

Nesse sentido, para programar a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes nos Estados e Municípios, usam-se como diretrizes os seguintes temas, sendo eles também a base para implementação do PROSAD: participação juvenil, equidade de gêneros, direitos sexuais e direitos reprodutivos, projeto de vida, cultura de paz, ética e cidadania, igualdade racial e étnica⁹⁰.

⁸⁸ CAMPOS, Estela Marcia S. **A estratégia de saúde da família e sua proposta de (re) estruturação do modelo assistencial do SUS: a perspectiva de quem molda a sua operacionalização**. 2007. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.

⁸⁹ ABRAMOVAY, M.; CASTRO, M. G.; LEON, A. P. de. Juventude, tempo presente ou tempo futuro? Dilemas em propostas de políticas de juventude. São Paulo: GIFE, 2007.

⁹⁰ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. **Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde**. Brasília, DF, 2010. (Série A. Normas e manuais técnicos).

1.2.1 Participação juvenil

Adolescentes e jovens têm o desejo de ser escutados e a necessidade de serem reconhecidos em suas capacidades. Considerados enquanto sujeitos plenos de direito, eles precisam ser vistos de modo concreto como cidadãos, capazes de posicionamento nos diversos níveis do cotidiano em que estão imersos. Um grande número de pessoas jovens tem ideal de transformar a sociedade em algo mais humano e justo, mas não tem ideia de como concretizá-lo, nem recebe qualquer incentivo nesse sentido. O conceito de participação juvenil proposta pelo ministério busca uma forma de ajudar adolescentes e jovens a construírem a sua autonomia, através da geração de espaços e situações propiciadoras da sua participação criativa, construtiva e solidária na solução de problemas reais, seja na escola, na comunidade seja na vida social mais ampla.⁹¹

Segundo a diretriz colocada no programa atenção integral aos adolescentes, favorecer a participação juvenil é uma estratégia eficaz de promoção da saúde. Seus benefícios são vários. O primeiro é a contribuição para a auto-estima do adolescente e do jovem, a sua assertividade e a formulação de um projeto de vida. Esses aprendizados constituem-se um elemento chave segundo a diretriz, de qualquer estratégia de prevenção à violência, bem como ao abuso de drogas à DTS/AIDS, nessa faixa etária.⁹²

Portanto, no nível individual, participação não é somente um enfoque para se obter uma adolescência e juventude socialmente mais responsável e mais cooperativa. É mais: é o caminho para o desenvolvimento de uma pessoa socialmente sã e, como segundo benefício, pressupões levar adolescentes e jovens a se tornaram participantes importantes das ações que buscam promover a cidadania e não apenas eventuais usuários de tais programas, que embora objetivem promover a cidadania, talvez os induzam à de tutela e subordinação social. O terceiro benefício, segundo ainda essas diretrizes, é acreditar que participação juvenil não é apenas uma maneira de trazer os jovens para boas ações, desviando-os dos maus caminhos, mas acreditar que os adolescentes e jovens são promotores de transformação social. O quarto benefício envolve a participação ativa e autônoma de jovens no planejamento, execução e avaliação das ações de saúde o que contribuirá decisivamente para a eficácia, a resolutividade e impacto social delas. Em síntese, tanto os adolescentes quanto o setor saúde são beneficiados por esse processo, além da comunidade local e da sociedade como um todo. Mas

⁹¹ BRASIL, 2010. **Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde.**

⁹² BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Normas de Atenção à Saúde Integral do Adolescente.** Brasília, DF, 1993. 3 v.

o que é visto na realidade é que uma pequena parcela da juventude brasileira participa como propõem as diretrizes. Grupos como culturais, desportivos, ONG's, movimentos estudantis, ecológicos, sociais ou comunitários e serviços voluntários promovem alguma participação juvenil. Entretanto, nem todos esses grupos conseguem efetiva participação juvenil. Vários ainda se baseiam na concepção de algo que é feito para o adolescente e não de algo feito com o adolescente ou, o que seria melhor ainda, algo feito pelo próprio adolescente.

1.2.2 Equidade de gêneros e direitos sexuais e reprodutivos

A relação entre homens e mulheres ainda é caracterizada pela desigualdade e opressão. Esse padrão foi historicamente construído, pertencendo, portanto, ao âmbito da cultura e dos valores sociais, e não à dimensão biológica. A História tem descrito os processos de gênero⁹³ como se estas posições normativas fossem produtos de consenso e não de um conflito na sociedade. Assim, para nós, a proposta relacional de gênero de Scott⁹⁴ aponta a rejeição da noção de determinismo biológico e, realçando o caráter relacional das definições de feminino-masculino, refere-se à organização social das relações entre os sexos, ou seja, o “gênero” sublinha o aspecto relacional entre as mulheres e os homens e, para compreender qualquer um dos dois pode é impossível os considerá-los totalmente em separado.⁹⁵ Nessa perspectiva, estamos em consonância com os trabalhos de Maria Izilda⁹⁶ e Sohiet,⁹⁷ que propõem um debate mais voltado para pressupostos da história social que tem como eixo a investigação das relações de poder travadas entre os sujeitos. Essas autoras destacam a importância do trabalho com a categoria de gênero nos estudos referentes aos interesses de jogos de poder relativos às políticas de estado e demais instituições sociais. Porém a sua ênfase, como a deste trabalho, está na necessidade voltar-se para a história do cotidiano e das mulheres e homens, de forma a garantir maior visibilidade dos processos sociais em que estão vivendo “papeis informais, situações inéditas e atípicas”. Insistem, portanto, nos estudos de investigação das relações de gênero e de poder travadas pelos sujeitos sociais.

⁹³ Segundo Scott conceito de gênero se alicerça em duas proposições: o gênero é um elemento constitutivo de relações sociais fundadas sobre as diferenças percebidas entre os sexos, e o gênero é um primeiro modo de dar significado às relações de poder. Sobre este conceito conferir: Scott (1990, 1992).

⁹⁴ SCOTT, 1990.

⁹⁵ Idem, 1992.

⁹⁶ MATOS, Maria Izilda Santos de. **Gênero em debate**: trajetória e perspectiva na historiografia contemporânea São Paulo: Educ, 1997.

⁹⁷ SOHIET, Raquel. **História das mulheres**. Domínios da história: ensaios de teoria e metodologia. Organizado por Ciro Flamarion Cardoso e Ronaldo Vainfas. Rio de Janeiro: Campus, 1997.

Neste viés, observa-se na construção de valores que fundamenta a cultura sexista, o masculino representa a supremacia e o poder, enquanto o feminino é associado à fraqueza e à dependência. De acordo com a construção sociocultural dos gêneros que prevalece na tradição ocidental, a reprodução seria um assunto feminino, em decorrência da natureza da mulher, e o campo da sexualidade seria essencialmente masculino, em decorrência da natureza do homem⁹⁸.

No que se refere aos adolescentes e jovens do sexo masculino, pode-se dizer que sua identidade implica reprimir as partes de sua própria personalidade consideradas femininas, ou seja, o choro, a fraqueza, a covardia não podem fazer parte do ser jovem masculino. Além disso, o valor da “honra masculina” gera a necessidade de comprovar a sua virilidade por meio de demonstrações de força física, valentia, enfrentamento de perigos e brigas, aumentando os riscos de sofrerem ou praticarem violência. Os homens, ainda hoje, são mais expostos a riscos cotidianos do que as mulheres, por questões de trabalho, lazer, locomoção, entre outros, contribuindo para a formação de comportamentos estressantes e agressivos.

Cabe ressaltar aqui, Segundo Stuart Hall⁹⁹, que uma identidade cultural enfatiza aspectos relacionados à nossa pertença a culturas étnicas, raciais, linguísticas, religiosas, regionais e/ou nacionais. Portanto, para ele, a nação é, além de uma entidade política – o Estado –, também um sistema de representação cultural. Noutros termos, a nação é composta de representações e símbolos que fundamentam a constituição de uma dada identidade nacional. Segundo o mesmo autor, as culturas nacionais produzem sentidos com os quais podemos nos identificar e constroem, desta forma, suas identidades. Esses sentidos estão contidos em histórias, memórias e imagens que servem de referências, de nexos para a constituição de uma identidade da nação. Entretanto, segundo Hall, vivemos atualmente numa “crise de identidade” que é decorrente do amplo processo de mudanças ocorridas nas sociedades modernas. Tais mudanças se caracterizam pelo deslocamento das estruturas e processos centrais dessas sociedades, abalando os antigos quadros de referência que proporcionavam aos indivíduos uma estabilidade no mundo social. A modernidade propicia a fragmentação da identidade. Conforme ele, as paisagens culturais de classe, gênero, sexualidade, etnia, raça e nacionalidade não mais fornecem “sólidas localizações” para os indivíduos. O que existe agora é descentramento, deslocamentos e ausência de referentes fixos ou sólidos para as identidades, inclusive as que se baseiam numa ideia de nação. Mas para os programas saúde, bem como para o saber médico institucionalizado e a população de

⁹⁸ PORTELA, V.; PORTELA, A. A. V. **Gravidez na adolescência**. Brasília, DF: MS. No prelo Brasil.

⁹⁹ HALL, 1999.

baixa renda, mesmo com tal crise da modernidade estas identidades de gênero (masculino e feminino) fornecem sólidas localizações para indivíduo e sociedade.

Ao observar-se os adolescentes de baixa renda, percebe-se que as representações culturais, no que se refere às velhas identidades do ser masculino e do ser feminino se mantêm, mesmo na contemporaneidade o homem é macho, forte, viril e provedor do lar, a mulher é a figura meiga, desprotegida, cuidadora do lar.

De uma maneira geral, à medida que rapazes e moças crescem, vão criando expectativas diferenciadas sobre eles e elas e sobre as suas vidas, contudo as, diferenças culturalmente instituídas e construídas entre os sexos influenciam, com frequência, a vida de adolescentes e jovens nos campos da sexualidade, da saúde e da inserção social.

Em diversos contextos sociais as moças estão condicionadas a se casar e a se tornarem donas de casa, enquanto os rapazes são formados para serem os provedores da família. O uso da imagem da mulher pela mídia como símbolo sexual contribui para fortalecer a desigualdade entre os sexos. As desigualdades sociais e a pobreza também são fatores importantes para aprofundar as iniquidades de gênero.

Essas diferenças de expectativas e papéis sociais são incorporadas e internalizadas por crianças e adolescentes, refletindo-se em seus comportamentos atuais e futuros, principalmente no que diz respeito à sexualidade, às relações pessoais, com namorados e cônjuges, bem como acesso a informações e serviços de saúde sexual e saúde reprodutiva oferecidas antes e depois do casamento.

Um dos avanços principais em relação à sexualidade e reprodução, trazidos pela IV Conferência Internacional sobre a Mulher¹⁰⁰, realizada em Pequim em 1995, foi definir como diretriz a “prevenção das restrições de direito que favorecem a vulnerabilidade das pessoas”. Assim, conforme consta no Marco Referencial¹⁰¹, em Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva de Adolescentes e de Jovens, avançou-se nessa conferência com a definição dos direitos reprodutivos e direitos sexuais como direitos humanos. Além disso, foi dada maior visibilidade aos direitos sexuais, que foram expressos de maneira mais autônoma em relação aos direitos reprodutivos, sendo ambos considerados como condição para a conquista da igualdade de gênero.

¹⁰⁰ Comunicação da Comissão ao Conselho de 1 de Junho de 1995: uma nova parceria entre as mulheres e os homens, partilha das tarefas e igualdade de participação; as prioridades da Comunidade Europeia tendo em vista a 4ª Conferência Mundial das Nações Unidas sobre as mulheres (Beijing/Pequim, setembro de 1995) [COM(1995) 221 - Não publicada no Jornal Oficial].

¹⁰¹ Ibidem.

É notório, no entanto, que até hoje se avançou mais em termos de discurso e prática no campo dos direitos reprodutivos do que no dos direitos sexuais.

Nessa Conferência em Pequim, os direitos sexuais e direitos reprodutivos foram definidos como:

[...] Direito de controle e decisão, de forma livre e responsável, sobre questões relacionadas à sexualidade, incluindo-se a saúde sexual e reprodutiva, livre de coerção, discriminação e violência. A igualdade entre mulheres e homens, 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 conseqüências.¹⁰²

Então, tais direitos, por definição, não se restringem ao campo da saúde, mas se expressam e se realizam em diferentes dimensões da vida social que afetam a expressão da sexualidade e a experiência da reprodução.¹⁰³ No caso das adolescentes grávidas, é permissível pensar o conceito do intolerável quando se reflete sobre maternidade na adolescência. Para Louro¹⁰⁴, conviver com sistema de leis, de normas e de preceitos jurídicos, religiosos, morais ou educacionais que descriminam o sujeito porque suas práticas não condizem com a regra é intolerável. Vale a pena observar também que a gravidez na juventude é mais que um problema de atitude. Essa é uma questão que se enraíza e se constitui nas instituições, nas normas, nos discursos, nas práticas que circulam e dão sentido a uma sociedade burguesa – neste caso a nossa. As formas de viver a maternidade a paternidade e a construção da família precisam ser compreendidos como problemas ou questões da sociedade e da cultura em que se insere cada grupo social.

1.2.3 Projeto de vida, cultura de paz, ética e cidadania, igualdade racial e étnica

O fortalecimento da identidade pessoal e cultural é um processo que envolve a construção do ser, o conhecer-se a si mesmo, o resgate história de vida familiar e comunitária, assim como de suas raízes culturais e étnicas, o reconhecimento do outro e a reflexão sobre seus valores pessoais. É também um processo que se dá em rede, nas interações pessoais, no diálogo e nos conflitos. Há um momento, nesse processo, em que o adolescente se descobre *autor* de sua própria vida; começa a olhar para a frente e perguntar-se como garantir um

¹⁰² Conferência Internacional sobre a Mulher (1995).

¹⁰³ BRASIL, 2010. Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde.

¹⁰⁴ LOURO, Guaraciara Lopes. **Gênero, sexualidade e educação**: das afinidades políticas às tensões teóricas-metodológicas. Petrópolis: Vozes, 1997.

futuro melhor. Em outros termos, o jovem começa a pensar no que tem sido chamado “projeto de vida”.¹⁰⁵

Na perspectiva tradicional da Saúde Pública, reconhecem-se apenas três papéis que o adolescente pode assumir em relação à violência – autor, vítima ou testemunha. As abordagens preventivas objetivam *evitar* ou *reduzir os riscos* de o jovem assumir um desses lugares. Mas elas não deixam claro que “outro” lugar o adolescente deve ocupar, pois negam a violência, mas não afirmam algo positivo e propositivo. Um quarto papel para o adolescente frente ao fenômeno das violências começa a ser reconhecido, o de agente da paz.

Em outras palavras, quando o jovem tem a oportunidade de desenvolver as suas potencialidades individuais e habilidades sociais, torna-se capaz de desempenhar um papel protagônico na promoção de uma cultura de paz. Trata-se de um novo lugar social que vai lentamente se delineando no horizonte cívico do Brasil, como emergência de inúmeras práticas sociais em curso, em programas de educação em saúde, escolas, ONGs e grupos juvenis como, por exemplo: ONG’s de Arte e Cultura cobram eficiência e ação conjunta entre órgãos que trabalham na proteção à criança e ao adolescente e A missão Sal da terra em Uberlândia que se organizou como uma ONG de caráter filantrópico, em centros educacionais e trabalha na formação integral das crianças nos aspectos físico e intelectual. O Estatuto da Criança e do Adolescente, em seu Artigo 3, estabelece que se deva assegurar “todas as oportunidades e facilidades”, no intuito de “facultar o desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social” de crianças e adolescentes.

Esse estatuto é reconhecido mundialmente como avanço no campo sóciopolítico quando o assunto é infância e adolescência, sendo percebido, por muitos, como resultado de organizações e lutas¹⁰⁶ da sociedade civil. Segundo os preceitos do Eca o adolescente é socialmente responsável pelos seus atos e, ao cometer uma infração é responsabilizado através de medidas sócio-educativas. Além disso, essa lei também criou um mecanismo de proteção na defesa de menores, quando a agressão é praticada por seus cuidadores.¹⁰⁷ Mas o que

¹⁰⁵ Cf. LIBÓRIO, Renata Maria Coimbra; KOLLER Sílvia Helena. **Adolescência e juventude: risco e proteção na realidade brasileira**. 1. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010; DIMENSTEIN, Gilberto. **O cidadão de papel: infância, a adolescência e os direitos humanos no Brasil**. São Paulo: Ática, 2002. p. 184; ABRERASTURY, Arminda. **Adolescência normal**. 1. ed. Porto Alegre: Artmed, 1981.

¹⁰⁶ A organização e lutas travadas por instituições como a Pastoral do Menor, O movimento nacional de Meninos e Meninas de Rua e diversos outros entidades de todo o país conseguiram a inclusão dos artigos 227 e 228 na constituição Federal 1988 e a criação da Eca. GRACIANI, Maria Stela Santos. Um novo olhar para a criança e o adolescente. **Mundo Novo**, n. 331, out. 2000. Entrevista. Disponível em: <<http://www.mundojovem.com.br/entrevista-10-2000.php>>. Acesso em: 26 out. 2011.

¹⁰⁷ MARTINS, Maria da Conceição Rodrigues. As medidas sócias educativas da ECA: conquista ideal ou paliativo real? **Revista Eletrônica Arma da Crítica**, ano 2, n. 2, mar. 2010. Disponível em:

podemos constatar, através do que se observa nas ruas, jornais e televisão entre outros meios de comunicação, é que o Eca, assim como a constituição de 1998 e tantos outros instrumentos legais brasileiros, não trouxe soluções contundentes, embora tenha alcançado alguns avanços. Todavia, sobretudo percebo que o Eca é uma tentativa de resgatar uma parte da dívida social que o Brasil mantém com a infância e a adolescência. Ora, a cidadania não pode ser resumida na questão uniforme de direitos e deveres. Devemos considerar que muitas contradições são postas à realidade objetiva e acabam desmentindo os princípios legais do Estado democrático. Sabemos que, nesse modelo sociedade em que vivemos, a presença da desigualdade humana apresenta-se como um fato concreto. Assim, igualdade jurídica encontra-se distante da igualdade real.

Nesse viés, compreender o desenvolvimento e o bem-estar humanos em sua multidimensionalidade constitui-se desafio ainda por vencer. Tradicionalmente, o Setor de Saúde tem reconhecido e trabalhado as dimensões física, mental, emocional e social. Há, no entanto, um conjunto de necessidades humanas que não dizem respeito ao corpo, à mente ou às emoções. São necessidades de dimensão espiritual, como, por exemplo: transcendência; tomar decisões baseadas em princípios éticos e morais, ser responsável por suas escolhas morais; altruísmo; identificar um propósito para a vida¹⁰⁸.

Os dados censitários brasileiros mostram que 44% da população constituem-se de afrodescendentes que, ainda hoje, sofrem as consequências perversas dos efeitos e da persistência das práticas e das estruturas advindas da época colonial, principalmente da escravidão, na continuidade das desigualdades sociais e econômicas reveladas pela distribuição desigual de riqueza, pela marginalização e pela exclusão social.¹⁰⁹

A situação de desigualdade social e de marginalização, associada à raça e à etnia, repercute hoje na adolescência e na juventude que enfrentam dificuldades das mais diversas ordens, principalmente no que se refere à saúde. Assim, o principal grupo de risco para mortalidade por homicídio na população brasileira é composto por adolescentes e jovens do sexo masculino, afrodescendentes, que residem em bairros pobres ou nas periferias das metrópoles, com baixa escolaridade e pouca qualificação profissional¹¹⁰. Frequentemente, no entanto, os violentados passam a ser encarados como os violentos, devido aos preconceitos e à

<<http://www.armadacritica.ufc.br/phocadownload/11-%20as%20medidas%20socio-educativas%20do%20eca-%20maria%20conceicao.pdf>>. Acesso em: 11 ago. 2010.

¹⁰⁸ BEUST, L. H. Ética, valores humanos e proteção à infância e juventude. In: KONZEN, A. A. **Pela justiça na educação**. Brasília, DF: MEC, Fundescola, 2000. p. 7-49.

¹⁰⁹ IBGE, 2000.

¹¹⁰ MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R. É possível prevenir a violência? Reflexões a partir do campo da Saúde Pública. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 7-32, 1999.

discriminação presentes em nossa sociedade¹¹¹. Os preconceitos e o racismo, portanto, acrescentam à vida desses adolescentes a exclusão moral e a econômica. Como parte desse movimento também é encontrado na literatura que meninas afrodescendentes residentes em bairros pobres, com baixa escolaridade são mais afetadas pela gravidez na adolescência¹¹².

Assim, o Ministério da Saúde considera que, além de essas Diretrizes servirem de base para formulação do Programa de Saúde do Adolescente nos estados e municípios, é fundamental que as regiões que apresentarem maiores percentuais de partos e outros agravos juvenis tenham uma atenção diferenciada. Esse panorama aponta para a necessidade premente de que as políticas públicas, notadamente as de saúde, dirijam um olhar especial para as necessidades e as demandas específicas de cada região, em especial à saúde reprodutiva das adolescentes, para que se elaborem estratégias intersetoriais voltadas à redução da vulnerabilidade ocasionada por situações em que as variáveis de garantia de direitos e de inserção social possam ser desfavoráveis para a qualidade de vida dessa população.

O Ministério da Saúde segue a convenção elaborada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que delimita o período entre 10 e 19 anos, 11 meses e 29 dias de idade como adolescência, e o situado entre 15 e 24 anos como juventude. Há, portanto, uma interseção entre a segunda metade da adolescência e os primeiros anos da juventude. Essa Agência adota ainda o termo “pessoas jovens” para se referir ao conjunto de adolescentes e jovens, ou seja, à abrangente faixa compreendida entre 10 e 24 anos.

Portela¹¹³ considera que as fronteiras etárias são um marco abstrato útil para a delimitação de políticas e de estratégias, mas, na vida concreta e na experiência individual das pessoas, a delimitação da adolescência e da juventude não está dada de modo homogêneo e fixo. Desse modo, parece ser mais adequado falar em adolescências e juventudes, levando-se em conta os diferentes grupos populacionais, porque essa etapa dentro do *continuum* da vida implicará experiências diferenciadas e significados específicos.

Além dessa diversidade, é importante considerar adolescência e juventude como processos complexos de emancipação, com fronteiras plásticas e móveis, que não se restringem à passagem da escola para o trabalho e envolvem três dimensões interdependentes: a macrossocial, na qual se situam as desigualdades sociais como as de classe, gênero e etnia; a dimensão dos dispositivos institucionais, que reúne os sistemas de ensino, as relações

¹¹¹ CRUZ NETO, O.; MOREIRA, M. R. A concretização de políticas públicas em direção à prevenção da violência estrutural. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 33-52, 1999.

¹¹² Ibidem.

¹¹³ PORTELA; PORTELA, No prelo.

produtivas e o mercado de trabalho e, finalmente, a dimensão biográfica, ou seja, as particularidades da trajetória pessoal de cada indivíduo¹¹⁴.

Considerando esse contexto, os valores, atitudes, hábitos e comportamentos que marcam a vida de adolescentes e de jovens encontram-se em processo de formação e cristalização. Os valores e o comportamento dos amigos ganham importância crescente na medida em que surge um natural distanciamento dos pais em direção a uma maior independência. Ao mesmo tempo, a sociedade e a família passam a exigir do indivíduo, ainda em crescimento e maturação, maiores responsabilidades com relação a sua própria vida. Também os elementos que compõem o meio em que vivem adolescentes e os jovens, como os veículos de comunicação de massa, a indústria do entretenimento, as instituições comunitárias e religiosas e o sistema legal e político exercem influência sobre o modo como eles pensam e se comportam. De outra parte, estão as necessidades de grande importância para o desenvolvimento desse segmento, representadas pelo acesso à educação formal, aos serviços de saúde, às atividades recreativas, ao desenvolvimento vocacional e às oportunidades de trabalho.

Muito frequentemente a pobreza e o preconceito privam adolescentes e jovens de tais acessos. Acrescenta-se a enorme exposição desse grupo populacional aos riscos associados à violência física, aos distúrbios sociais, às migrações e aos conflitos armados, somando-se, ainda, a curiosidade de quem está descobrindo o mundo e, às vezes, sente o desejo de experimentar tudo o que se apresenta como novo.

Essa situação, na qual se imbricam fatores biológicos e psicológicos, culturais, socioeconômicos, políticos, étnicos e raciais, pode aumentar a vulnerabilidade desse segmento populacional aos mais diversificados agravos à saúde, especialmente em situações em que não haja a garantia dos direitos de cidadania. Os fatores de vulnerabilidade não se distribuem de forma homogênea no espaço geográfico, mesmo no âmbito de cada município. Em geral, os bairros mais pobres são marcados pela ausência de opções de lazer e cultura, bem como de espaços públicos para o convívio comunitário e a prática desportiva. Essas desigualdades afetam as diferentes dimensões da vida social de adolescentes e de jovens – em particular em relação à saúde – e reverberam de modo perverso nos dados referentes a elas sobre mortalidade e morbidade, incluindo fortemente o que se refere à saúde sexual e à saúde

¹¹⁴ CRUZ NETO; MOREIRA, 1999.

reprodutiva, ao uso abusivo de álcool e outras drogas, violências e outros agravos à saúde¹¹⁵. Em 2001, apenas 41,3% dos jovens vivia em famílias com renda familiar *per capita* acima de 1 salário mínimo, sendo que 12,2% (4,2 milhões) viviam em famílias com renda *per capita* de até ¼ de salário mínimo. No mesmo ano, mais da metade dos jovens entre 15 e 24 anos não estudava e apenas 42% chegavam ao Ensino Médio. De outro lado, a histórica desigualdade racial no Brasil ocasiona maior vulnerabilidade de adolescentes e jovens negros em relação à saúde, à educação e ao mercado de trabalho¹¹⁶.

Nesse contexto, o Programa Atenção à Saúde do Adolescente, cujo foco principal é o crescimento e o desenvolvimento de pessoas jovens, é valorizado nos serviços de saúde como fator de proteção e de prevenção de doenças resultantes das desarmonias nesses quesitos, entre elas as doenças adquiridas por hábitos não saudáveis e agravo, como os que são ocasionados pelas violências e gravidez.

Assim o PROSAD e o saber médico consideram que a fase da adolescência não seria propícia para se dar vida a outro ser. De acordo com o conhecimento médico, as adolescentes vão ter problemas de crescimento, desenvolvimento, emocionais e comportamentais, educacionais e de aprendizado, além de complicações da gravidez e parto na medida em que os tabus, inibições e conservadorismo vão diminuindo, a atividade sexual e a gravidez na infância/adolescência vão aumentando, sendo que o despertar sexual tem surgido cada vez mais cedo. Assim diz o Dr. José Antônio do Nascimento Filho, membro da Sociedade de Ginecologia e Obstetrícia:

[...] A grande maioria destas adolescentes não tem situação financeira adequada, não tem equilíbrio emocional, há uma maior repressão familiar, muitas fogem de casa, quase todas abandonam os estudos e muitas delas ainda são premiadas injustamente com DST's. Assim para mim isto se torna um problema social e de saúde pública.¹¹⁷

¹¹⁵ CASTRO, J. A.; AQUINO, L. (Org.). **Juventude e políticas sociais no Brasil**. Brasília, DF: IPEA, 2008. (Texto para discussão, n. 1.335).

¹¹⁶ Os dados aqui referendados são do Instituto Cidadania. Ao longo da sua história, o Instituto Cidadania teve várias fases, que acompanharam a trajetória política de Luiz Inácio Lula da Silva até chegar à Presidência. A origem do Instituto foi uma experiência do chamado Governo Paralelo, que se estruturou sob a liderança de Lula após a derrota de 1989, entre 1990 e 1992, para apresentar propostas alternativas de políticas públicas, enquanto acompanhava, criticamente, o governo Fernando Collor de Mello. Nessa primeira fase, ofereceu suporte estrutural e jurídico para o Governo Paralelo. Depois vieram as Caravanas da Cidadania e as atividades de debate, estudos, pesquisas, informação e elaboração de políticas públicas em profundidade, sempre com o cuidado de assegurar o pluralismo de enfoques que deve marcar uma instituição suprapartidária (1993 a 2010).

¹¹⁷ BRAZÃO, Tiana. Para médico, gravidez na adolescência é problema social. **Fato Real**. Disponível em: <<http://www.fatoreal.blog.br/politica/para-medico-gravidez-na-adolescencia-e-problema>>. Acesso em: 28 abr. 2011.

A medicina moderna considera que, na maioria dos casos, as adolescentes não estão preparadas física e psiquicamente para essas alterações em sua vida. Por conta disso, as campanhas do Ministério da Saúde e de outras instituições quanto à conscientização sobre sexo, uso de camisinha e acompanhamento da gravidez são consideradas muito importantes no Brasil.

Para Sueli Raposo, ginecologista do Delboni Auriemo Medicina Diagnóstica, na adolescência o pré-natal é ainda mais significativo, já que muitas vezes o corpo pode estar ainda em desenvolvimento e não preparado para gerar um bebê. “É importante que as adolescentes entendam que uma gravidez com complicações pode trazer riscos para sua própria vida. A gestação precoce aumenta os riscos de hipertensão e parto prematuro”.¹¹⁸

Os últimos 30 anos assistiram a mudanças na visão científica em relação à adolescência. Vários trabalhos enfocaram o desenvolvimento como um processo contínuo e evidenciaram uma importância maior dos fatores psicossociais associados aos neuroendócrinos. Em vez de “crise na adolescência”, o enfoque mais recente define essa fase como de intensas transformações, sujeita a alterações psicológicas leves e transitórias¹¹⁹. O conceito segue o princípio de que o adolescente é fundamentalmente saudável, porém os processos de questionamento, descoberta de novos sentimentos, alterações hormonais, conscientização da sexualidade, busca de uma nova identidade física, psíquica e social o expõem a situações de risco que podem transformar esse processo em patológico.

Até os anos 1940, não se discutia sexualidade na adolescência. Naquela época, as pessoas casavam-se muito mais cedo e as mulheres engravidavam ainda bem jovens. O que não se admitia era que a mulher, adolescente ou não, tivesse relações sexuais antes do casamento. Isto era encarado como uma prática imoral e, portanto, proibida. Essa atitude persistiu até o final da década de 1950, a despeito do número crescente de adolescentes grávidas antes do casamento, cujos filhos eram considerados “ilegítimos”.¹²⁰ No trabalho de Puga¹²¹, na região do Triângulo Mineiro, anos 1960, a educação formal e informal levava as jovens a pensar no casamento como objetivo de vida. E na pesquisa de seu doutorado em

¹¹⁸ GRAVIDEZ na adolescência coloca saúde em risco e preocupa médicos. Disponível em: <<http://www.emporto.com.br/index/saude-aberta/id/5279>>. Acesso em: 11 ago. 2010.

¹¹⁹ MIRANDA, Ana Tereza Cavalcanti de; BOUZAS, Isabel Cristina da Silva. **Gravidez: a saúde de adolescentes e jovens: competências e habilidades**. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/multimedia/adolescente/textos_comp/tc_18.html>. Acesso em: 10 dez. 2010.

¹²⁰ Ibidem.

¹²¹ PUGA, Vera Lúcia. **Paixão, sedução e violência, 1960-1980**. 1998. Tese (Doutorado) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 1998; PUGA, Vera Lúcia. **Entre o bem e o mal (educação e sexualidade no Triângulo Mineiro - anos 60)**. 1990. Dissertação (Mestrado em História Social) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 1990.

Uberlândia, anos 1960 a 1980, dentro os 461 processos criminais pesquisados que consideravam como a “vítima” a mulher, quase 50% eram de sedução. Ou seja, a proteção do hímen, da virgindade era um valor inquestionável para essa sociedade.

No limiar dos anos 1960, graças à revolução dos costumes, a atitude moralista começou a ceder espaço para a abordagem “científica” e a gravidez na adolescência passaria a apresentar-se como um problema médico. De fato, a análise dos trabalhos publicados até os anos 1970 revela tendência a classificar o resultado da gravidez na adolescência como desfavorável: maior índice de complicações obstétricas, partos prematuros, cesarianas e mortes maternas e perinatais, justificando assim a implantação de serviços especializados no atendimento à adolescente gestante, considerada de alto risco.¹²²

Desta forma, na passagem de 1980 a 1990, Claudia Guerra¹²³, em seu trabalho de mestrado, observa que os processos por crime de sedução têm uma queda acentuada e começa a aparecer e a crescer a incidência de processos por crimes de lesões corporais, pois a mulher deixa o mundo privado da casa e passa para o mundo público, o do trabalho.

No início dos anos 1980, observa-se a maior utilização de técnicas de análise multivariada, possibilitando o controle dos efeitos de variáveis de paridade, nível socioeconômico, assistência pré-natal. Portanto, introduziu-se um novo conceito: o risco da gestação na adolescência está associado muito mais aos efeitos da primiparidade, do baixo nível socioeconômico e, principalmente, da falta de assistência pré-natal adequada do que à idade materna em si. Em outras palavras, a gestação na adolescência não é necessariamente de alto risco, desde que haja assistência pré-natal de boa qualidade. Identificada a possibilidade de se controlar o risco obstétrico, o discurso passa a ser predominantemente psicossocial: a gravidez nessa fase é inoportuna, está associada ao fracasso escolar e limita de forma dramática as oportunidades futuras da gestante. A gravidez constitui uma situação de risco não apenas para a adolescente, mas também para a família e a sociedade, sendo altamente recomendável o investimento em programas de prevenção.

Neste viés, a gravidez na adolescência é sempre considerada pela medicina moderna de alto risco. O planejamento do cuidado à adolescente grávida requer, de início, a avaliação meticulosa do risco gestacional, abrangendo necessariamente os aspectos clínico-obstétricos, psicológicos e sociais. Algumas patologias, como anemia e doença hipertensiva específica da

¹²² MIRANDA; BOUZAS, 2010.

¹²³ GUERRA, Claudia Costa. **Descortinando o poder e a violência nas relações de gênero: Uberlândia-MG (1980-1995)**. 1998. Dissertação (Mestrado) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 1998; GUERRA, Cláudia Costa. Violência e poder nas relações de gênero: as cenas. **Caderno Espaço Feminino**, Uberlândia, v. 4, p. 4-27, 1998; GUERRA, Cláudia Costa. Breves considerações sobre a violência conjugal. **Gênero em Pesquisa**, Uberlândia, v. 12, p. 4, 1998.

gravidez, podem conduzir a maus prognósticos, entre eles a prematuridade e o baixo peso ao nascer. Essas situações estão associadas à morbimortalidade materna e perinatal, sendo de natureza multifatorial, com contribuição importante das condições socioeconômicas. Todas elas podem ser modificadas pela qualidade da assistência pré-natal¹²⁴. Cabe lembrar que em um passado bem próximo a gravidez juvenil não era vista pela medicina como um risco. Muito pelo contrário, as meninas jovens mãe de família eram vistas pela medicina social como aliadas na obtenção da ordem e das condutas estabelecidas por ela. Desse modo, percebe-se que esse conhecimento sobre risco da gravidez juvenil é uma construção da medicina moderna e da própria sociedade contemporânea, que estabelece outras prioridades no adolescer para essa época, não devendo a gravidez fazer parte dessa juventude.

Com relação aos riscos da gravidez adolescente, no que diz respeito ao conhecimento do peso ao nascer, formulado após estudo de Zuckerman¹²⁵ e outros, após análise de 275 mães adolescentes, comparativamente aos de 423 mães adultas, conclui-se que os filhos das adolescentes pesavam, em média, 94g a menos do que os das adultas. Todavia quando controlaram outras variáveis, observou-se que a baixa idade, por si só, não foi suficiente para predizer o risco de baixo peso ou prematuridade.

Estudos comparando a situação gestacional das adolescentes mais novas com as adolescentes mais velhas e as mulheres adultas constataram que os resultados das adolescentes de 17 e 18 anos se aproximam muito mais daqueles verificados entre as mulheres adultas do que das meninas muito jovens (de 14-15 anos), aparecendo como fator de risco para essas últimas a falta de assistência pré-natal adequada e oportuna.

Lee¹²⁶ e outros estudaram 184.567 certificados de nascimentos correspondentes a partos de 40 semanas de gestação, comparando menores de 15 anos com pacientes de 20 a 35 anos. Verificaram que a proporção de recém-nascidos de baixo peso entre as adolescentes correspondia ao dobro da observada no grupo das mulheres adultas. Entretanto, quando analisaram também outros fatores, como raça, estado civil, educação, paridade e cuidados pré-natais, encontraram uma relação significativa e independente entre esses fatores e o baixo peso ao nascer. O intervalo interpartal mais curto também pode estar associado ao baixo peso ao nascer entre filhos de adolescentes, provavelmente devido à síndrome de depleção

¹²⁴ EL-ROEIY, A.; GLEICHER, N. The immunologic concept of preeclampsia. In: RUBIN, P. C. (Ed.). **Hypertension in pregnancy**. New York: Elsevier Science, 1988. p. 241-257. (Handbook of hypertension, v. 10).

¹²⁵ ZUCKERMAN, B. et al. Neonatal outcome: Is adolescent pregnancy a risk factor? **Pediatrics**, Elk Grove Village, v. 71, n. 4, p. 489, 1983.

¹²⁶ LEE, K. S. et al. Maternal age and low incidence of low-birth-weight at term: A population study. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, Saint Louis, v. 158, n. 1, p. 84-89, Jan. 1988.

materna¹²⁷. De fato, filhos de adolescentes múltiparas¹²⁸ têm maior incidência de baixo peso ao nascer do que os de primíparas¹²⁹. Outro fator importante, que certamente está associado ao trabalho de parto prematuro e ao baixo peso ao nascer, diz respeito ao estresse¹³⁰.

O ingresso tardio no pré-natal é frequentemente citado na literatura como um dos principais fatores associados ao prognóstico materno e perinatal¹³¹. O trabalho de Miranda¹³² demonstrou a influência dos cuidados pré-natais na determinação do prognóstico perinatal entre adolescentes.

Portanto, o resultado gestacional da adolescente pode ser especialmente modificado pela qualidade da assistência prestada desde o início da gravidez, abrangendo não apenas os aspectos clínico-obstétricos da assistência pré-natal, mas também a preparação para o parto, inclusive os aspectos psicossociais.

No que se refere ao parto, as publicações mais antigas apontavam maior risco de complicações, atribuindo esses problemas ao “incompleto desenvolvimento do organismo adolescente”¹³³. A maioria dos estudos recentes aponta bons resultados, tanto quanto ao prognóstico materno, como ao perinatal¹³⁴. Mirande e Bouzas¹³⁵ quase sempre relacionam os resultados desfavoráveis à falta de cuidado pré-natal adequado, e não à idade materna, como variável independente de risco. Em 1994, Lubarsky e cols compararam o parto de 261 adolescentes de idade inferior a 15 anos com um grupo de 261 parturientes de idades compreendidas entre 20 e 29 anos e observaram menor incidência de cesariana no primeiro grupo e duração do trabalho de parto semelhante nos dois grupos. Concluíram não haver diferença significativa entre adolescentes e mulheres adultas no que se refere ao risco de complicações intra-parto, mas sim na qualidade de cuidados durante o período de pré-natal.

Pesquisa realizada no Instituto Fernandes Figueira (Fundação Oswaldo Cruz), com 255 adolescentes assistidas na Maternidade Clovis Corrêa da Costa, não mostrou diferença

¹²⁷ Síndrome de depleção materna são os intervalos mais curtos entre os partos que não dão à mãe tempo suficiente para restaurar suas reservas nutritivas depois do parto e da amamentação.

¹²⁸ Múltipara diz-se de fêmea que pode dar à luz muitos filhos no mesmo parto. Diz-se de, ou mulher que teve mais de um filho.

¹²⁹ Primípara diz-se de fêmea que deu à luz ao primeiro filho.

¹³⁰ STEVENS-SIMON, C. et al. Adolescent pregnancy. *Pediatric Annals*, New York, v. 20, p. 322-331, 1991.

¹³¹ Ibidem.

¹³² MIRANDA, Ana Tereza Cavalcanti de. **Idade materna e risco perinatal**. 1988. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1988.

¹³³ MANGOLD, W. D. Age of mother and pregnancy outcome in the 1981 Arkansas birth cohort. *Social Biology*, Madison, v. 30, n. 2, p. 205-210, Summer 1983.

¹³⁴ MIRANDA; BOUZAS, 2010.

¹³⁵ Ibidem.

significativa na duração e tipo de parto dessas pacientes, quando comparadas com grupo controle de parturientes de 20 a 29 anos de idade ¹³⁶.

Esses dois trabalhos mostram a importância de se analisar com rigor a informação, pois são subsídios para formação de paradigmas que muitas vezes não correspondem à realidade. A gravidez na adolescência tem sido descrita como importante obstáculo ao desenvolvimento do indivíduo, “limitando de forma dramática suas oportunidades educacionais, econômicas e sociais”. Grimes¹³⁷, Emans e outros¹³⁸ citam pobreza, depressão e isolamento social como problemas frequentes entre mães adolescentes. O afastamento da escola está quase sempre entre as repercussões negativas da gravidez na adolescência, e ao mesmo tempo como a maior dificuldade de ingresso no mercado de trabalho¹³⁹. Elsteret e outros¹⁴⁰ verificaram, em 1983, maiores risco de dificuldades cognitivas e comportamentais entre filhos de adolescente, e recomendaram maior atenção e incentivo ao vínculo afetivo entre a mãe adolescente e seu filho. McAnarney¹⁴¹, em publicação mais recente, chama a atenção também para a dificuldade de comunicação verbal entre mães adolescentes e seus filhos no período de nove meses a um ano de idade. Entretanto, pesquisas recentes, de base qualitativa, levantam uma série de questões interessantes, como o questionamento sobre a abordagem estabelecida pelo saber médico sobre a maternidade nessa faixa etária representar uma situação de risco ¹⁴².

Para a medicina, a assistência à adolescente gestante e, o diagnóstico precoce são essenciais para a avaliação e o controle permanente do risco desde o início da gestação. Deve-se considerar de modo especial e integral a preparação para o parto e para a maternidade desde a primeira consulta pré-natal. O ingresso tardio no pré-natal é muitas vezes citado na literatura como um dos principais fatores associados ao prognóstico materno e perinatal¹⁴³. O início do pré-natal no primeiro trimestre minimiza os riscos obstétricos. O diagnóstico

¹³⁶ MIRANDA, 1988.

¹³⁷ GRIMES, D. A. Contraceptive services in high-school based clinics: the Baltimore experience. **The Contraception Report**, [s.l.], v. 4, n. 2, p. 4, 1993.

¹³⁸ EMANS, J. U. et al. **Paediatrics and adolescent Gynaecology**. London: Little, Brown & Co., 1990.

¹³⁹ MOTT, F. L. et al. Early childbearing and completion of high-school. **Family Planning Perspectives**, New York, v. 17, n. 5, p. 234-237, Sept./Oct. 1985.

¹⁴⁰ ELSTER, A. B. et al. Parental behavior of adolescent mothers. **Pediatrics**, Elk Grove Village, v. 71, p. 494-503, 1983.

¹⁴¹ McANARNEY, Elizabeth R. Adolescent brain development: forging new links? **The Journal of Adolescent Health**, New York, v. 42, n. 4, p. 321-323, 2008.

¹⁴² MOTTA, M. G. **O casal adolescente e a gravidez**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1998.

¹⁴³ KONJE, J. C. et al. Early teenager pregnancies in Huli. **British Journal of Obstetrics and Gynaecology**, London, v. 99, n. 12, p. 969, 1992; SCHOLL, T. O. et al. Young maternal age and parity. Influences on pregnancy outcome. **Annals of Epidemiology**, New York, v. 2, n. 5, p. 565-575, Sept. 1992; SETZER, J. R.; SMITH, D. P. Comprehensive school-based services for pregnant adolescents in West Dallas, Texas. **Journal of School Health**, Kent, v. 62, n. 3, p. 97-102, Mar. 1992.

precoce da gestação deve ser perseguido, sendo para isso necessário o preparo de toda a equipe que trabalha com Saúde do Adolescente, como as de PSFs e Unidades Básicas de Saúde, entre outras.

Ao estudarmos os motivos que levam as adolescentes a não prevenir a gravidez, podemos encontrar a negação da possibilidade da gestação, a falta de informação e o próprio desejo, consciente ou não, de engravidar. Tais fatos fazem com que muitas adolescentes não procurem os serviços médicos e escondam a gravidez.

Desta forma, nos últimos anos, muita ênfase vem sendo dada à importância de certas peculiaridades dos programas preventivos, como, por exemplo, a sua inserção dentro do espaço físico da escola e circunvizinhanças, para facilitar o acesso dos adolescentes à informação. Embora alguns relatos americanos assinalem excelentes resultados no que diz respeito à diminuição do número de gestações entre usuárias de tais programas⁴², tais resultados têm sido questionados por não conseguirem reduzir a incidência de gravidez na população carente de adolescentes¹⁴⁴.

No Brasil, os programas destinados à prevenção da gravidez na adolescência são problemáticos especialmente, no que se refere à eficiência e eficácia do atendimento prestado a população carente. Essa baixa eficiência entre esse grupo populacional parece estar associada ao pouco conhecimento dos reais motivos que levam a adolescente a ficar grávida e, em especial, do que representa de fato a gravidez para a adolescente e sua família. Milhões de reais são investidos em programas de prevenção da gravidez na adolescência, tendo por base o enfoque de risco e a orientação e distribuição de métodos anticoncepcionais como principais instrumentos de ação. O resultado muitas vezes não tem sido muito significativo nessa população, com grande índice de falha. Fica claro que o desconhecimento a respeito de métodos anticoncepcionais, além de não ser o único fator determinante da gravidez na adolescência, talvez nem mesmo seja o mais importante. É possível que muitas gestações, à primeira vista indesejadas e inoportunas, sejam, na realidade, planejadas por jovens que, na busca de afirmação de sua maturidade, não encontram em seu ambiente social outra perspectivas que não a maternidade. Como mostra os depoimentos abaixo de Lavanda¹⁴⁵ que tentou engravidar por um ano e conseguiu com 15 anos:

[...] Eu tenho 15 anos, meu marido tem 19 anos, ele trabalha de servente. Eu estou junto com meu marido há 2 anos, fiquei tentando engravidar por 1 ano

¹⁴⁴ KIRBY, D. et al. Six school-based clinics: Their reproductive health services and impact on sexual behaviour. **Family Planning Perspectives**, New York, v. 23, n. 1, p. 6-16, Jan./Feb. 1991.

¹⁴⁵ Entrevista concedida por Lavanda na Unidade de PSF do Canãa II. Entrevista concedida dia 13/12/2010 em sua residência em Uberlândia - Minas Gerais.

inteiro, aí quando eu larguei de mão, eu engravidei. Acho que de tanto chorar querendo um filho, eu engravidei. Eu sempre quis ser mãe, é uma coisa que não sei explicar. Na família somos eu e meu irmão, eu não tive minha mãe por perto, pois ela trabalhava muito. Acho que casei cedo por muito sofrimento na casa do meu pai. Meu pai bebe e usa droga, aí não estava mais aguentando, ele já tinha me expulsado de casa 3 vezes, por causa das brigas minhas com ele, pelo uso dele das drogas. Minha mãe e meu irmão ainda estão com ele. Minha mãe bebe as pinga dela, mais só nas folgas do trabalho, mas não enche o saco de ninguém. Mas meu pai fica agressivo quando bebe e usa droga, aí quem tiver perto ele bate. Então minha vida melhorou muito depois que eu casei, meu marido é bom para mim, ele faz coisas que nem meu pai nem minha mãe nunca fizeram até hoje. Tenho paz e nos damos muito bem. (Lavanda)

O depoimento de Lavanda demonstra que a única saída para ela mudar de vida, como de fato aconteceu, seria a maternidade e a construção de nova família. Família está com presença de um pai e de uma mãe na vida dos filhos, tendo os filhos como espelho do próprio eu. Eu bem diferentes do eu dos pais, sem vícios, sem violência, com muita paz familiar, tendo à gravidez (maternidade) e consequentemente a construção de outra família como luz para vida melhor. Pensamento que se contrapõem padrões de construção de família e maternidade estabelecidas pelo governo e programas sociais.

Nesse sentido, Birch¹⁴⁶ chama a atenção para o fato de que, em certas situações, a gestação talvez não seja exatamente um problema, e sim a solução para um problema anterior. Podemos comprovar esse fato no relato de Lírios¹⁴⁷, que afirma ter encarado, no início a gravidez como um problema, hoje não concebe a vida sem sua filha:

[...] Para mim foi difícil, porque no começo me senti um pouco jogada de um lado para outro. Assim, a gravidez no início foi um problema para mim, hoje minha filha é alegria de minha casa. Para mim a vida com a gravidez mudou muito, agora tenho que pensar nela, não tenho tempo mais para sair, ir em festas, meu tempo se restringe em cuidar dela e de minha casa. Mas, apesar de tudo, tenho a certeza que isto foi a melhor coisa que me aconteceu, foi muito bom eu ter engravidado, pois se eu não tivesse minha filha, hoje eu estaria como muitas de minhas amigas, jogadas nas ruas e mexendo com drogas. Eu estou com meu marido há 1 ano. Nós se damos bem. Para mim a gravidez cedo não foi um problema, eu vou voltar a estudar, eu só amadureci mais cedo, e assim foi melhor. Uma filha muda muita a vida de uma pessoa para melhor. (Lírios)

Por meio desses depoimentos, percebe-se que é necessário, por parte da equipe de saúde que trabalha com esses adolescentes e suas famílias, como PSFs, um entendimento

¹⁴⁶ BIRCH, D. **Are you my sister, mummy?** London: Youth Support, 1992.

¹⁴⁷ Entrevista concedida pela Lírios, da Unidade de PSF do Canãa II, no dia 14/12/2010 em sua residência em Uberlândia - Minas Gerais.

global da questão em seus múltiplos aspectos, levando em conta o meio em que se está atuando, o contexto familiar e os recursos disponíveis para enfrentar a situação. As discussões com as adolescentes acerca de seu papel na sociedade, como mulher e adolescente, sobre o papel da maternidade na vida da mulher e, principalmente sobre o significado da maternidade na adolescência, são muito úteis, pois, na medida em que compreendem o que está acontecendo, podem lidar melhor com a situação e planejar o futuro. A gravidez na adolescência deve ser analisada num universo mais amplo, que é a saúde reprodutiva da adolescente, e engloba todas as variáveis, partindo de uma visão global para uma assistência individual.

1.3 Políticas públicas em Uberlândia: diversidades

O município de Uberlândia localiza-se na região do Triângulo Mineiro, no Estado de Minas Gerais. Com uma população de mais de 600 mil habitantes, a cidade possui uma estrutura e posição geográfica privilegiadas, localizando-se próximo aos grandes centros do país, como São Paulo, Rio de Janeiro, Belo Horizonte, Goiânia e Brasília. A equidistância desses centros facilita a comunicação, a troca de serviços e, conseqüentemente, o seu crescimento e desenvolvimento. Ocupa uma posição de destaque no estado sendo considerada a segunda maior cidade do interior do Brasil e a primeira do interior de Minas Gerais¹⁴⁸.

Uberlândia destaca-se como o maior centro atacadista do Brasil, e um dos três maiores da América Latina, apresentando um grande centro moveleiro, vasto comércio com grandes redes como Americanas, Leroy Merlin, e hipermercados como Wall Mart, Extra, Carrefour, 3 shoppings, uma Universidade Federal e várias faculdades e Universidades particulares como Católica, UNIUBE, UNITRI, UNIPAC, UNIESSA, ESAMC entre outras. Tudo isso acarreta uma migração constante para a cidade, que cresce demograficamente 5 a 6% ao ano, muito mais do que a maioria das cidades do interior. Mas essa migração traz consigo vários problemas sociais, como violência e tráfico de drogas, que cada vez mais se agravam.

No que se refere à saúde não poderia ser diferente. Seu Sistema de Saúde é predominantemente público, municipalizado, seguindo as diretrizes do Sistema Único de Saúde¹⁴⁹, contando com serviços básicos em escala muito superior à maioria dos municípios

¹⁴⁸ IBGE. **Estimativa populacional**. Rio de Janeiro, 2007.

¹⁴⁹ Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. o presidente da república, faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte lei: Art. 1º Esta lei regula, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter

brasileiros. O Sistema Único de Saúde em Uberlândia é composto basicamente por dois grandes prestadores públicos o Serviço Municipal de Saúde (SMS), Hospital Municipal de Saúde e Unidades de Atendimento Integral Saúde (UAI), Programas de Saúde da Família (PSF) e os serviços federais, Hospital Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia.

O SMS é representado por uma extensa rede de 08 (oito) Unidades de Saúde, onde é disponibilizado atendimento médico nas clínicas básicas: Clínica Geral, Pediatria e Ginecologia-Obstetrícia, localizadas nos seguintes bairros: Brasil, Custódio Pereira, Dona Zulmira, Guarani, Nossa Senhora das Graças, Patrimônio, Santa Rosa e Tocantins. 8 (oito) UAIs, que são unidades mistas, com Atendimento Ambulatorial na Atenção Básica e Pronto Atendimento, funcionando 24 horas por dia todos os dias da semana. Outra característica importante das UAIs é que elas oferecem consultas especializadas em Angiologia, Cardiologia, Cirurgia Geral, Cirurgia Infantil, Cirurgia Plástica, Dermatologia, Endocrinologia, Gastroenterologia, Infectologia, Mastologia, Nefrologia, Neurologia, Oncologia, Ortopedia, Otorrinolaringologia, Pneumologia, Proctologia, Psiquiatria, Urologia. Elas se localizam nos seguintes bairros: Pampulha, Tibery, Planalto, Luizote, Roosevelt, Martins, Morumbi (pronto atendimento) e São Jorge. Mesmo com essa estrutura, há grande dificuldade de acesso a esses serviços pela população, como mostrado no item anterior, com IDSUS, de 5,32, abaixo da média nacional, que é de 5,47. Desse modo, em Uberlândia uma consulta com especialistas pode demorar meses e exames como mamografia podem demorar até 2 anos, mostrando que a acessibilidade ainda é realmente o maior desafio para o SUS.

Além disso, o município conta com 42 equipes, distribuídas em 38 Unidades de Saúde, sendo 2 delas na Zona Rural, onde são oferecidos atendimentos básicos de saúde por Médico Generalista, Enfermeiro, Auxiliar de Enfermagem e Agente Comunitário de Saúde, totalizando 418 profissionais. A Equipe de Saúde da Família (PSF) tem como principal objetivo oferecer às famílias serviços de saúde preventiva e curativa em suas próprias

permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito Público ou privado. Art. 2º A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício. § 1º O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação. § 2º O dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade. Art. 3º A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País. Parágrafo único. Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social. BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Lei orgânica da saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 set. 1990.

comunidades, o que resulta melhora da qualidade de vida dos uberlandenses. Essas Unidades estão instaladas nos bairros Aclimação, Alvorada, Aurora, Canaã, Dom Almir, Granada, Ipanema, Jardim das Palmeiras, Joana D'Arc, Lagoinha, Laranjeiras, Mansour, Morada Nova, Morumbi, Santa Luzia, São Gabriel, São Jorge, São Lucas, Seringueiras, Shopping Park, Taiaman, Campo Alegre e nos distritos Tapuirama, Cruzeiro dos Peixotos, Martinésia e Miraporanga. Atendem 42.707 famílias, totalizando 153.151 pessoas. No ano de 2008 foram realizadas 181.516 consultas médicas e 429.725 visitas domiciliares. Toda essa estrutura é gerenciada pela Secretaria Municipal de Saúde, que foi criada na primeira gestão Zaire Resende (1982-1988). Até então e desde 1970, o Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia foi usado pelo município como porta-voz e lugar de cuidados médicos locais, eximindo-se o poder público de cumprir suas funções com relação à saúde. Só após 1988, com a redemocratização do país, e a implementação do SUS, esse assunto entrou na pauta política como direto de cidadania. Os conselhos municipais de saúde nasceram com Zaire Resende implementando em nível local várias atividades só mais tarde exigidas por lei como Centro de Atendimento Psicosocial (CAPES).

O outro prestador público é constituído pelo complexo da Universidade Federal de Uberlândia, Fundação de Assistência ao Ensino e à Pesquisa em Uberlândia (UFU/FAEPU) e o Hospital das Clínicas, que respondem parcialmente por ações de nível secundário¹⁵⁰ e, principalmente, pelas de nível terciário e quaternário¹⁵¹ de atenção à saúde. O Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (HCU/UFU) possui 510 leitos e mais de 50 mil m² de área construída. Em Minas Gerais e sexto no ranking dos maiores hospitais universitários da rede de ensino do Ministério da Educação, é referência em média e alta complexidade para 86 municípios da macro e micro regiões do Triângulo Norte. Construído como unidade de ensino para o ciclo profissionalizante do curso de Medicina da Escola de Medicina e Cirurgia de Uberlândia, foi inaugurada em 26 de agosto de 1970 e iniciou suas atividades em outubro do mesmo ano, com apenas 27 leitos. Com a Constituição de 1988, o HCU/UFU se transformou em um importante elo na rede do SUS, principalmente para atendimento de urgência e emergência e de alta complexidade sendo o único hospital público regional com porta de entrada aberta 24 horas para todos os níveis de atenção à saúde. Trinta e oito anos após sua inauguração, o HCU se transformou no único hospital público de referência para média e alta complexidade prestando atendimento para uma população de

¹⁵⁰ Níveis secundários fazem parte do sistema secundário os ambulatorios especializados.

¹⁵¹ Níveis terciários e quaternários fazem parte destes sistemas os hospitais municipais e parceiros e hospitais Universitários.

quase três milhões de pessoas do Triângulo Mineiro e do Alto Paranaíba. Com 3.385 funcionários, o hospital realiza por dia uma média de 2.659 atendimentos, sendo o maior hospital prestador de serviço pelo Sistema Único de Saúde de Minas Gerais.

Em 12 de fevereiro de 1996, o município de Uberlândia habilitou-se junto ao SUS na modalidade de “Gestão semiplena”, pela portaria nº 29 do Ministério da Saúde. O passo seguinte foi a habilitação em “Gestão plena do Sistema Municipal”, regulamentada pela Portaria nº 3.061, de 24 de junho de 1998. Esse foi um marco no processo evolutivo por que passa o setor de saúde não só em Uberlândia, mas também no País. A partir de 1998, o Município foi dividido em quatro grandes distritos sanitários: Distrito Sanitário Central-Norte, Distrito Sanitário Leste, Distrito Sanitário Oeste, Distrito Sanitário Sul, obedecendo à divisão políticoadministrativa já existente. Esse processo desencadeou uma ação intersetorial, pois os Diretores de Distritos (Autoridade Sanitária) integraram-se com os responsáveis por outros setores sociais. Cada Distrito elegeu o seu conselho de Saúde Distrital, cuja formação e atuação seguem as mesmas características e filosofia de trabalho do Conselho Municipal de Saúde¹⁵².

Os distritos foram subdivididos, tendo como referência a área de abrangência de cada uma das suas Unidades Básicas de Saúde, determinando um território de cor-responsabilidade pela saúde naquele espaço entre população e serviço de saúde.

Durante o ano 1999, sedimentou-se ainda mais essa filosofia administrativa. Hoje as avaliações de dados e condições de saúde da população são descritas de forma distrital, o que significa que se tenta cada vez mais alcançar as particularidades existentes, para assim produzir respostas efetivas aos problemas encontrados. Foram criados no ano de 1999 os Conselhos Distritais de Saúde, que são compostos por profissionais da área e pela população, que, dessa forma, torna-se agente ativo nas questões referentes à saúde, conhecendo a estrutura existente e, sobretudo, podendo interferir nas diretrizes, o que seria ideal mas nem sempre é real.

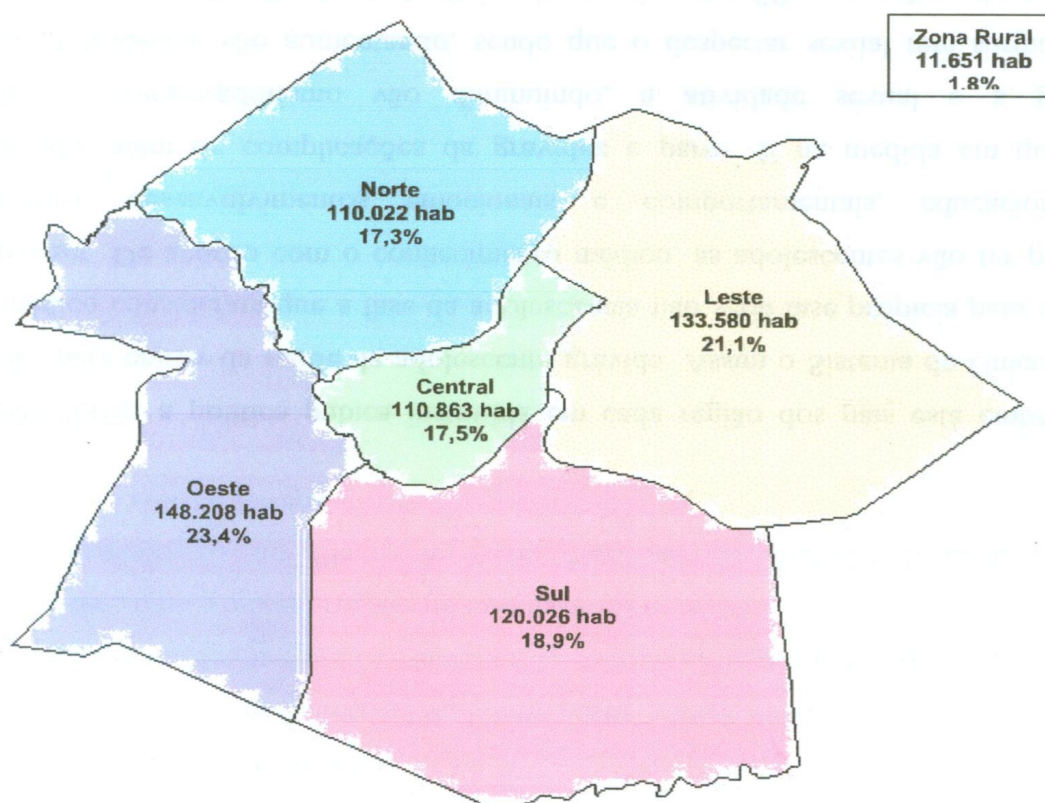
Uberlândia, portanto no que diz respeito à gestão do Sistema Único de Saúde apresenta um suporte estrutural de Unidades de Saúde e hospitais, bem formados no que diz respeito a questões físicas e pessoais, mas, como muitas cidades do País ainda tem muitos problemas em relação à referência e contrarreferência de uma unidade de saúde para outra.

¹⁵² O conselho é espaço dialógico entre a sociedade e o município, sendo a comunidade representada pela sociedade civil organizada e a administração pública através da possibilidade de consulta aos Conselhos de Saúde para decisão acerca das políticas públicas da área de saúde, possibilitando que o referido Conselho tenha papel de destaque decidindo, dentre outros assuntos, acerca da alocação de recursos financeiros constitucionalmente garantidos para a área.

Isso leva, muitas vezes, a prejuízos tanto para os órgãos públicos como para o próprio beneficiário ou usuário do Sistema Único de Saúde, acaba sendo atendido por várias vezes, em unidades diferentes sem resolução de seu problema.

1.3.1 População por Distrito

Figura 1 - População residente nos setores urbanos e zona rural
no município de Uberlândia em 2009



Fonte: Dados da Secretaria Municipal de Saúde de Uberlândia de 2009

A Secretaria Municipal de Saúde tem como principais atribuições formular e coordenar a política municipal de saúde e supervisionar sua execução nas instituições que integram sua área de competência, em coordenação com o Conselho Municipal de Saúde. Além disso, participam do planejamento, programação e organização da rede regionalizada e hierarquizada do SUS, no seu âmbito de atuação, em articulação com a direção estadual e nacional do Sistema. Dentro da Secretaria Municipal de Saúde há dois programas ligados diretamente à prevenção da gravidez na adolescência: Programa de Saúde da Criança e

Adolescente e Programa da Saúde da Mulher. O Programa de Saúde da Criança e do Adolescente está inserido em todas as unidades de saúde da rede municipal e visa “à promoção da saúde, à prevenção de doenças e à educação em saúde”. As diretrizes do Programa estão voltadas principalmente para a melhoria dos Indicadores de Saúde, contando com a participação efetiva da comunidade e dos profissionais da saúde. Ele atua ainda junto aos adolescentes, contribuindo para reduzir a gravidez nessa faixa etária. Observa-se que, das crianças nascidas em Uberlândia em 2006, 17% foram filhas de mães adolescentes e em 2008 esse percentual abaixou para 15%, enquanto que no Brasil está em torno de 25%. Existe uma continuidade na oferta de contraceptivos orais como preconizado pelo Programa de Governo – Saúde do Jovem – Atuar na Prevenção da Gravidez na Adolescência. O segundo programa relacionado com prevenção da gravidez na adolescência, o Programa da Saúde da Mulher, inclui acompanhamento da gravidez, prevenção do câncer de colo de útero e mama, planejamento familiar e funciona em todas as unidades de saúde. Foram realizadas em 2008 111.607 consultas de ginecologia e 31.760 exames de citopatologia. Como recurso de planejamento familiar, foram realizados 1.107 procedimentos de laqueadura e vasectomia e ainda disponibilizados à população feminina, contraceptivos orais e Dispositivos Intra-Uterinos (DIU). Esses dados demonstram a preocupação da Secretaria Municipal de Saúde com relação à proteção e à prevenção da gravidez na adolescência.

Em Uberlândia o Programa de Saúde da Criança e Adolescente tem sua base nas diretrizes gerais do ministério da saúde que contemplam os seguintes temas: participação juvenil, equidade de gêneros, direitos sexuais e direitos reprodutivos, projeto de vida, cultura de paz, ética e cidadania, igualdade racial e étnica. Suas diretrizes estão voltadas principalmente para os Indicadores de Saúde, contando com a participação efetiva da comunidade e dos profissionais da saúde, e os trabalhos são desenvolvidos baseados na Gestão de Patologias (Protocolos e Linhas Guias), ou seja, para a solução de cada problema e/ou patologia há um protocolo ou procedimentos previstos. Dentro da secretaria está sendo implantado um protocolo que ajudará na captação de meninas e meninos para participação nas atividades de proteção à saúde do adolescente. Esse protocolo é documento legal de procedimentos formulados por uma equipe multiprofissional do próprio serviço de saúde, que serão adotados por todas as unidades de saúde para a captação de meninos e meninas para essas unidades.

Assim a Dra X¹⁵³ explica como vê a função desse protocolo:

¹⁵³ Entrevista concedida por Dra X, médica ginecologista e obstetra responsável pelo Planejamento Familiar, concedida em 14/04/2010, na Secretaria Municipal de Saúde de Uberlândia Minas Gerais

[...] O protocolo facilita o acesso do adolescente na área. Já existe a lei que é marco legal, garantindo privacidade do adolescente que tem direito à prescrição da contracepção. Mas como existe um embate legal entre esta questão e o pai (cuidador) reclamar (processar) da questão do médico prescrever ou colher exame de gravidez ou mesmo instruir o uso de métodos anticoncepção orais sem seu consentimento do cuidador. Assim este protocolo veio para auxiliar equipe no embate entre cuidador e equipe de saúde. (Dra. X)

Segundo esta mesma médica, as unidades de saúde de Uberlândia tinham uma tendência a perder o atendimento dos adolescentes devido à falta de validação da lei já existente sobre proteção à saúde do adolescente. Ou seja, o adolescente só poderia ser atendido nas unidades de saúde se fosse acompanhado por um adulto ou responsável. Por isso, muitos adolescentes escapavam, principalmente meninas em busca de testes de gravidez. Desta forma, o sistema de saúde tinha a tendência a perder essas pacientes, pois elas não voltavam com a responsável para fazer o pedido de teste de gravidez, deixando de participar e de fazer o acompanhamento pré-natal nas unidades. O protocolo veio contribuir para que a captação dos adolescentes dentro das unidades seja mais efetiva e que os profissionais da área de saúde possam exercer suas funções com mais proteção.

Ainda nas palavras da Dra X:

[...] Com o protocolo não se perde a oportunidade de atender o adolescente, pois antes o que acontecia era que o adolescente chegava à unidade à procura de contracepção ou teste de gravidez e era informado que necessitava para seu atendimento de um adulto. Assim, ela não voltava, pois você acha que ela (adolescente) vai contar para mãe que está transando. Hoje, não há mais a possibilidade da mãe processar o profissional de saúde que prescreveu anticoncepcional para sua filha, o protocolo tende a proteger o profissional de saúde. Deste modo ele se sente mais protegido para exercer sua função. (Dra X)¹⁵⁴

Segundo essa médica, o cruzamento de alguns pontos facilitou a diminuição da incidência de gravidez em Uberlândia. Um primeiro ponto é a implementação do Programa da Saúde da Família, que tornou mais fácil, para os bairros mais afastados o acesso à rede pública de saúde. O segundo ponto é a implementação nas redes de saúde do programa da farmácia popular, que proporciona anticoncepcionais injetáveis mais baratos, facilitando o acesso dos adolescentes a esse produto. Além disso, um terceiro ponto é o Programa de Planejamento Familiar que faz parte do Programa da Saúde da Mulher e é responsável pela

¹⁵⁴ Entrevista concedida por Dr X medica ginecologista e obstetra responsável pelo Planejamento Familiar, concedida em 14/04/2010, na Secretaria Municipal de Saúde de Uberlândia- Minas Gerais.

assistência em contracepção. A ele compete dar informações sobre todas as alternativas possíveis em termos de métodos anticoncepcionais reversíveis ou irreversíveis, bem como o conhecimento de suas indicações, contra-indicações e implicações de uso, garantindo à mulher ou ao casal os elementos necessários para a opção livre e consciente do método a que melhor se adaptem. Mas a médica afirma que, apesar de a política pública existente em Uberlândia e os meios de comunicação serem efetivos no combate a essa gravidez, suas ações não conseguem chegar à população de risco para gravidez na adolescência, no caso de Uberlândia as residentes nos Distrito Sanitário leste e oeste (Canaã, Morumbi, Dom Almir, Joana D'Arc).

A Dra X também opina sobre a implantação dessas políticas públicas para a população de risco:

[...] eu acho que os meios de comunicação têm mostrado muito da gravidez na adolescência, mas esta população que mais engravida em nossa região é composta pelos distritos leste e oeste, ou seja, Canaã, Morumbi, Dom Almir e Joana D'Arc. Estas regiões são áreas de maior risco para violência, gravidez na adolescência e feto de baixo peso, são áreas de migração intensa, de uso de drogas, maior do que outras regiões de Uberlândia. Então acaba que estas políticas, os e meios de comunicação, novelas, jornais, não chegam muito, porque esta população está muito aquém da informação. (Dra X)¹⁵⁵

Segundo ela, para o psicólogo Y, nas áreas de risco a incidência é maior que a incidência geral de Uberlândia, que é de 15%. Em algumas regiões mais carentes chega ao dobro da incidência geral, ou seja, 35%. A médica atribui essa incidência a três fatores: o primeiro está ligado à absorção das informações e das políticas que é pequena nessas áreas; o segundo é a questão cultural, pela valorização da maternidade como status social; o terceiro e mais representativo é a lógica de vida em relação à família, que é diferente da sociedade moderna.

O psicólogo Y¹⁵⁶ reflete sobre essa lógica:

[...] Eu tenho que dar filho para ciclano e fulano, para cada nova relação eu tenho que ter filho, como se isso representasse uma certa marca identitária ou relacional. Enquanto ela está com o companheiro ela cuida da criança, ao término desta relação ela dá esta criança para a mãe ou outra pessoa cuidar. É outra lógica de família e de relações. (Psicólogo Y)

A Dra. X explica a alta incidência de gravidez na adolescência em população de risco:

¹⁵⁵ Entrevista concedida por Dra X, médica ginecologista e obstetra responsável pelo Planejamento Familiar, concedida em 14/04/2010, na Secretaria Municipal de Saúde de Uberlândia Minas- Gerais .

¹⁵⁶ O psicólogo Y, assim denominado para preservar sua identidade trabalha na Secretaria municipal de Saúde na área de saúde mental, concedida em 23/05/2010, na Secretaria Municipal de Saúde de Uberlândia, Minas Gerais.

[...] Antigamente a mulher (menina) tinha que esconder a gravidez e hoje não, isto é mais natural. Hoje se tem 50 anos de contracepção e a mulher escolhe o momento de ser mãe. Mas nesta população de risco isto não acontece. Ai tem esta questão da informação que chega menos, as avós e mãe também tiveram filhos cedo e dentro desta população a gravidez é status, com a barriga ela vai ser dona da sua vida. (Dra. X)

Nesses depoimentos observa-se que, apesar de Uberlândia ter incidência geral abaixo da média do Brasil para gravidez na adolescência, esse índice nos bolsões de pobreza ou áreas de risco, como regiões leste e oeste, tende a crescer. Dois fatores são responsáveis por esse crescimento o primeiro deles é que as políticas públicas, embora bem estruturadas, não conseguem captar essa população; o outro é que a lógica de vida dessa população é muito diferente da preconizada como correta ou desejada pela sociedade moderna, ou seja, as relações e o adolescer para essa população são vivenciados de forma diferente. Percebe-se que, para essas meninas, a gravidez, além de marco identitário ou relacional, também se caracteriza como um rito de passagem para o mundo adulto, rito que existe desde a época de suas avós, sendo transmitido de geração para geração. Outra observação importante obtida através do depoimento da Dra X é que a gravidez nessa população de risco é desejada, mas não programada.

[...] Não acho que gravidez na adolescência seja indesejada ela só não é programada. Acho que eventualmente uma gravidez pode ser programada, mas a maioria não, pois elas têm relação, sabem que podem engravidar e não se cuidam. Como pode ser indesejada? Acho que para grande parte das mulheres (meninas) que engravidam hoje isso pode ser um pouco inconsciente ou um pouco de fuga da questão social, mas até onde isto é problema para ela? (Dra X)¹⁵⁷

Desse modo, quando falamos sobre as políticas públicas refletimos sobre a prevenção e sobre a gravidez na adolescência e essas reflexões são embasadas no saber médico institucionalizado, que não abarca a pluralidade dessa população. Nesse sentido, a gravidez é um período na vida reprodutiva da mulher, muito representativo na sociedade em que ela se insere, sendo caracterizado como definição de sua nova identidade, a de “mulher”, o que gera questionamentos, ansiedades e instabilidade afetiva, principalmente para o profissional da saúde.

¹⁵⁷ Entrevista concedida por Dr X medica ginecologista e obstetra responsável pelo Planejamento Familiar, concedida em 14/04/2010, na Secretaria Municipal de Saúde de Uberlândia Minas Gerais.

1.4 Políticas públicas em Minas: a semelhanças entre a capital e o interior

Como já mostramos, os números do Ministério da Saúde confirmam a constatação do IBGE: de 1998 a 2005, mulheres de até 18 anos responderam por 15,9% do número de nascidos vivos do país. Segundo Nogueira¹⁵⁸, nem sempre a falta de informações é fator preponderante para que as meninas engravidem mais cedo: quase a totalidade dos jovens sabe o que são pílulas e camisinhas, mas não necessariamente usa esse conhecimento em seu benefício. Em Uberlândia isto não é diferente. Apesar de as políticas públicas de Uberlândia apresentarem um grau de eficiência muito satisfatório quando comparamos a incidência de gravidez na adolescência do Brasil (25% em média) e desse município (15%), isso não expressa a realidade total quando distribuída pelos Distritos Sanitários, ou seja, quando se faz a incidência por eles, percebe-se que ela aumenta muito, chegando ao dobro em regiões como leste e oeste de Uberlândia. Isto significa que as políticas públicas são mais efetivas nas regiões centrais do que nas periféricas? Não é essa a impressão que se tem, mas o modo como as pessoas que aí residem vêem a vida é que é diferente. Diferentes são suas representações de família, do que é viver, ou seja, seu imaginário social é distinto do da população de outras áreas. Por conseguinte, sua representação sobre as políticas públicas é diferente. Isso é retratado também no trabalho de Nogueira¹⁵⁹ em Belo Horizonte, em que ele usou o geoprocessamento para identificar a dependência espacial da gravidez na adolescência com aspectos socioeconômicos e de vulnerabilidade social, observando uma incidência de gravidez maior na periferia do que nas regiões centrais.

*[...] A prevalência da gravidez em mulheres menores de 20 anos, ou seja, gravidez na adolescência revela que o fenômeno está concentrado em algumas áreas periféricas do município. Todos esses locais são áreas de alta vulnerabilidade social cujos indicadores sociodemográficos apontam para condições precárias de saneamento, infra-estrutura, educação, renda etc.*⁹⁰

No município de Uberlândia isso se reproduz quando observamos os Distritos Sanitários leste e oeste. Nessas áreas constatou-se a presença de altas taxas de mães adolescentes em associação com piores condições socioeconômicas. Nesse viés, percebe-se que o fator idade (10 a 19 anos) deixa de ser o principal problema no que diz respeito às consequências de uma gravidez precoce; e que as condições socioeconômicas dos pais da

¹⁵⁸ NOGUEIRA et al., 2009.

¹⁵⁹ Ibidem.

adolescente grávida influenciam aspectos fundamentais: acesso à saúde, condições de educação para crianças, dentre outros.

Também se observa a diminuição da proporção de mães adolescentes em setores de melhores condições, nos quais o maior número de nascimentos ocorre nas faixas de 20 a 29 anos e acima de 30 anos. Tal acontecimento pode estar associado ao projeto de vida e às oportunidades disponíveis às adolescentes de acordo com seu lugar na estrutura social. Um projeto modernizante de identidade feminina, assentada na autonomia e na profissionalização, estaria mais disponível para as adolescentes das classes médias e altas, ocorrendo à postergação da maternidade, bem como a diminuição do número de filhos nesses estratos.

No caso de Uberlândia e outras regiões do mesmo porte, as áreas de riscos são lugares com piores condições socioeconômicas, que apresentam um quadro de vulnerabilidade social e individual. Os riscos sociais são cumulativos e fortemente associados às taxas gravidez na adolescência, de homicídios e de tráfico de drogas. São regiões que agregam um conjunto de problemas sociais, como baixa renda e exposição a riscos ambientais, entre outros.

Embora a semelhança entre as regiões no que se refere à incidência da gravidez na adolescência esteja relacionada à questão socioeconômica, não se pode esquecer que o fenômeno não é unicausal e suas repercussões no âmbito individual e social são distintas.

A aceitação e o apoio das famílias, o planejamento da criança, a coabitação ou não com o parceiro e a presença de instrumentos públicos de saúde e educação para as mães e seus filhos são fundamentais para configurar o cenário de ocorrência da gravidez. O entendimento das questões culturais e de fatores socioambientais que ocorrem no quadro da vulnerabilidade indica que as políticas que queiram atuar para alterar esse quadro não devem se pautar na perspectiva homogeneizante das categorias adolescentes e gravidez na adolescência, mas antes compreendê-las como categorias socialmente construídas.



CAPÍTULO 2

AS CONSTRUÇÕES E REPRESENTAÇÕES DA MATERNIDADE E ADOLESCER



Fotos sobre gravidez na adolescência, maternidade e paternidade.

Fonte: Autor desconhecido. 1 foto, color. Disponível em: <<https://encrypted.google.com>>. Acesso em: 30 ago. 2011.

2 AS CONSTRUÇÕES E REPRESENTAÇÕES DA MATERNIDADE E DO ADOLESCER

2.1 Criação do conceito adolescência (1974) e Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA)

Conforme relata o historiador Ariès, os estudos de família no campo da história revelam que as ideias de infância e adolescência são relativamente recentes se tivermos como referência a história humana ¹⁶⁰. Foi na segunda metade do século XX, com o advento da psicanálise e o aprofundamento das investigações na área da psicologia do desenvolvimento que essas duas categorias tiveram maior explicitação. No entanto, ainda há muitas controvérsias quanto aos conceitos de infância e adolescência.

Do ponto de vista biológico, a infância se define pelo organismo em desenvolvimento e pela imaturidade do sistema sexual-reprodutivo. Da perspectiva psicossocial, estar na infância significa estar em processo de socialização e inserção na cultura, constituindo as bases sobre as quais se estrutura o sujeito, ¹⁶¹ compreende a criança como sujeito de desejos e de direitos, o que lhe assegura um lugar peculiar na sociedade contemporânea. Já adolescência representa transição, mudanças, conflitos, busca de uma identidade adulta. ¹⁶².

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

¹⁶⁰ ARIÈS, 1981.

¹⁶¹ COSAC, Claudia Maria Daher. Gestão na era da incerteza. **Serviço social & realidade**, Franca, v. 18, n. 1, p. 364, 2009.

¹⁶² Ibidem.

sociedade uma mudança de postura frente a esse sujeito que assume ser protagonista da sua própria história.

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

“Estar adolescente” significa “estar em transição”: uma fase de transição que tem profundas “raízes” na infância e, concomitantemente, lança seus “galhos” em direção ao futuro. Encontramos no processo de adolecer uma identidade em crise. Isto implica dizer que estamos diante de um momento do ciclo vital que, paradoxalmente, encerra grandes riscos e grandes possibilidades para o projeto de vida em construção, próprio dos momentos de crise¹⁶³. Cabe ressaltar que a infância também é uma fase passageira, mas que dentro da área de saúde, ela não se caracteriza como uma crise, pois nesta fase o indivíduo está constituindo as bases através da socialização e da cultura. Já na adolescência esse sujeito constituído busca a sua “identidade” como “adulto”, querendo ser dono de suas vontades e desejos, ou seja, de sua própria vida.

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

Os termos "adolescência" e "juventude" são usados como sinônimos, ou, por vezes, como duas fases distintas, mas que se sobrepõem. Para Steinberg¹⁶⁴, a adolescência se estende aproximadamente dos 11 aos 21 anos de vida, enquanto a ONU define juventude como a fase entre 15 e 24 anos de idade, deixando aberta a possibilidade de diferentes nações definirem o termo de outra maneira. Já a OMS define adolescente como o indivíduo que se encontra entre os 10 e 19 anos de idade e, no Brasil, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) estabelece outra faixa etária - dos 12 aos 18 anos. Dessa forma, se estabelecem várias contradições ao se falar sobre idade cronológica e desse modo do próprio adolecer.

Como quer que seja, é importante salientar que "adolescência" é um termo geralmente utilizado em um contexto científico com relação ao processo de desenvolvimento bio-psico-social. Como mais adiante se verá neste capítulo, o fim da adolescência não é marcado por

¹⁶³ RENA, Luiz Carlos C. B. **Sexualidade e adolescência**: as oficinas como prática pedagógica. Belo Horizonte: Autêntica, 2001.

¹⁶⁴ STEINBERG, L. **Adolescence**. 3rd ed. New York: MacGraw-Hill, 1993.

mudanças de ordem fisiológica, mas, sobretudo, de ordem sociocultural. A delimitação de adolescência utilizada neste trabalho será o estabelecido pela OMS, que a fixa entre 10 e 19 anos.

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

No entanto, essa definição oferece algumas dificuldades. Não é raro encontrar pessoas, entre os 10 e 19 anos, cujas transformações biopsicossociais não ocorrem de modo articulado como estabelece a OMS. O conceito de adolescência amplamente aceito dentro de todas as áreas e usado nesta tese foi definido na reunião da OMS em 1974 sobre o tema “A gravidez e o aborto na adolescência”.¹⁶⁵

A OMS considera que o termo “adolescente” corresponde a uma classificação social que varia tanto em sua composição como em suas implicações. Reis¹⁶⁶ afirma que, de modo geral, o adolecer estaria mais ligado aos padrões culturais do que a determinantes fisiológicos. Portanto, considera-se que o termo adolescente e adolecer só adquirem valor e significado quando interpretados socialmente. A adolescência pode ser, em certas sociedades, ignorada, ou, ao contrário, valorizada a ponto de mobilizar e catalisar em torno de si vastos setores dos comportamentos organizados da sociedade. No Brasil a preocupação com a saúde do adolescente se materializou no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) em 13 de julho de 1990. O ECA constitui um conjunto de normas do ordenamento jurídico brasileiro

¹⁶⁵ O conceito de adolescência, amplamente aceito nessa área, foi definido na Reunião da Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre a gravidez e o aborto na adolescência, realizada em 1974. Assim, de acordo com a OMS, a adolescência corresponde a um período em que: a) o indivíduo passa do ponto do aparecimento inicial dos caracteres sexuais secundários para a maturidade sexual; b) os processos psicológicos do indivíduo e as formas de identificação evoluem da fase infantil para a adulta; e) a transição do estado de dependência econômica total passa a outro de relativa independência. A OMS dá por entendido "que não se impõem limites específicos à adolescência, e que este termo corresponde a uma classificação social que varia tanto em sua composição como em suas implicações

¹⁶⁶ REIS, Alberto O. A. **O discurso da saúde pública sobre a adolescente grávida**: avatares. 1993. Tese (Doutoramento em Saúde Pública) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 1993.

que tem como objetivo a proteção integral da criança e do adolescente, aplicando medidas e expedindo encaminhamentos. Divide-se em 2 livros: o primeiro trata da proteção dos direitos fundamentais da pessoa em desenvolvimento e o segundo, dos órgãos e procedimentos protetivos.

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

Paiva constatou que, com o peso de mais de um milhão de assinaturas, não havia sombra de dúvida quanto ao anseio da população por mudanças e pela remoção daquilo que se tornou comum denominar «entulho autoritário» – que nessa área se identificava com o Código de Menores. A Assembleia Nacional Constituinte referendou a emenda popular que inscreveu na Constituição Brasileira de 1988 o artigo 227, do qual o Estatuto da Criança e do Adolescente é a posterior regulamentação ¹⁶⁷. Mais do que uma mudança pontual na legislação, circunscrita à área da criança e do adolescente, a Constituição da República e, depois, o Estatuto da Criança e do Adolescente são a expressão de um novo projeto político de nação e de País.

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

Tinha-se, até então, no Brasil, duas categorias distintas de crianças e adolescentes. Uma a dos filhos socialmente incluídos e integrados, a que se denominava «crianças e adolescentes». A outra, a dos filhos dos pobres e excluídos, genericamente denominados «menores», que eram considerados crianças e adolescentes de segunda classe. A eles se

¹⁶⁷ PAIVA, V. L. M. O.; NASCIMENTO, M. (Org.). **Sistemas adaptativos complexos: língua(gem) e aprendizagem**. Belo Horizonte: Fale, Ed. UFMG, 2004.

destinava a antiga lei, baseada no «direito penal do menor» e na «doutrina da situação irregular».

Essa doutrina definia um tipo de tratamento e uma política de atendimento que variavam do assistencialismo à total segregação e para a qual, via de regra, os «menores» eram simples objetos da tutela do Estado, sob o arbítrio inquestionável da autoridade judicial. Essa política fomentou a criação e a proliferação de grandes abrigos e internatos, onde ocorria toda sorte de violações dos direitos humanos. Uma estrutura verdadeiramente monstruosa, que logrou cristalizar uma cultura institucional perversa cuja herança ainda hoje se faz presente e que temos dificuldade em debelar completamente, como é o caso da antiga FEBEM, hoje Fundação Casa. Machado¹⁶⁸, em sua dissertação de mestrado, discorre sobre a institucionalização das crianças pobres através da ICASU¹⁶⁹ em Uberlândia, Minas Gerais, mostrando que a institucionalização, principalmente para mães pobres, era a saída para manter seus jovens longe da marginalização, proporcionando condição de vida melhor do que ela podiam oferecer.

Portanto, a partir da Constituição de 1988 e do Estatuto da Criança e do Adolescente, as crianças brasileiras, sem distinção de raça, classe social, ou qualquer forma de discriminação, passaram de objetos a «sujeitos de direitos», considerados em sua «peculiar condição de pessoas em desenvolvimento» e a quem se deve assegurar «prioridade absoluta» na formulação de políticas públicas e destinação privilegiada de recursos nas dotações orçamentárias das diversas instâncias político-administrativas do País.¹⁷⁰

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

¹⁶⁸ MACHADO, M. C. T. **A disciplinarização da pobreza no espaço urbano burguês: assistência social institucionalizada (Uberlândia 1965-1985)**. 1998. Dissertação (Mestrado) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 1998.

¹⁶⁹ ICASU (Instituição Cristã de Assistência Social de Uberlândia) preocupa-se em garantir a participação efetiva da criança e do adolescente na vida funcional da Instituição, despertando-lhes o senso crítico quanto aos seus direitos e deveres, por meio de atividades sócioeducativas, recreativas, esportivas e culturais.

¹⁷⁰ MÉNDEZ, Emilio García. **Estatuto da criança e do adolescente**. [S.l.: s.n.], 1998. p. 114.

Emilio García Méndez afirma que a ruptura substancial com a tradição do menor latino-americana o se explica fundando-se na dinâmica particular que regeu os três atores fundamentais no Brasil da década de 1980: os movimentos sociais, as políticas públicas e o mundo jurídico¹⁷¹.

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

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

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

O conceito de criança adotado pela ONU abrange o conceito brasileiro de criança e adolescente. Na Convenção Sobre os Direitos da Criança, «entende-se por criança todo ser humano menor de 18 anos de idade, salvo se, em conformidade com a lei aplicável à criança, a maioridade seja alcançada antes»¹⁷²

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

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

¹⁷¹ MÉNDEZ, 1998.

¹⁷² BRASIL. Decreto nº 99.710, de 21 de novembro de 1990. Promulga a convenção sobre os direitos da criança. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 22 nov. 1990. Seção 1, p. 22.256.

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

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

Embora na contemporaneidade o Estado e sociedade coloquem a criança e o adolescente em destaque, nem sempre foi deste modo, pois até o século XVIII a sociedade mal reconhecia a criança e, menos ainda, o adolescente.¹⁷³ Para Ariès, essa ideia se confirma quando as pesquisas históricas revelam que, embora existisse uma organização da comunidade por classe e idade da Idade Média até o século XVIII, a cultura ocidental aboliu as distinções etárias. Naquele período as crianças eram paulatinamente introduzidas na vida adulta. Desse modo, a idade passou a deixar de ser critério social significativo. No século XVIII, a escola substituiu a corporação em seu papel instrutor e socializante. Por meio da escola as crianças se separam dos adultos, o que permitiu que a noção de idade e infância assumisse uma dimensão social mais significativa. Posteriormente, em instituições como escola e exército, germinou a noção de adolescência, criando uma forma de transição entre o “menino” e o “homem”¹⁷⁴. Cabe ressaltar que a participação feminina nas guerras contemporâneas veio, naturalmente, se dar fora do contexto da sociogênese da adolescência.¹⁷⁵ Como do exército, as mulheres também ficaram fora, por muito tempo da escola. Quando tiveram acesso a essa instituição, foram mantidas, em sua maioria, fora de um verdadeiro processo de escolarização, constituindo um maciço bloco social que entrava diretamente para a vida adulta. No Brasil, mais lento e ainda mais recente, o processo de constituição da adolescência esteve atrelado às características de sua formação social.¹⁷⁶

Mas as instituições escola e exército tinham um papel bem diferente do que têm hoje, exercendo mais as funções de vigilância e enquadramento da juventude do que de ensinamento. Essa situação somente se reverteu após a Segunda Guerra Mundial. Daí por

¹⁷³ ARIÈS, 1981.

¹⁷⁴ REIS; ZIONI, 1993.

¹⁷⁵ Ibidem.

¹⁷⁶ Ibidem.

diante a adolescência se expandiu, empurrando a infância para trás e a maturidade para a frente. Portanto, a adolescência tem sua confirmação como categoria social no início do século XX, sendo a escola e o exército os elementos principais para sua formação. Foram, portanto, essas instituições que possibilitaram à sociedade moderna compôr uma nova realidade psicológica, a adolescência. Entretanto, novamente a mulher esteve durante muito tempo excluída do adolecer. Desse modo, as distinções entre a infância e a idade adulta ocorreram no início do século XX. Enquanto na Europa do século XIX o sentimento moderno de infância já havia há muito se construído e se difundido e a adolescência começava a despontar diferenciando-se da criancice, segundo Freyre, no Brasil, os meninos desde nove anos trajavam-se como homens feitos e tinham como meta a de se civilizarem o mais breve possível.¹⁷⁷ Mota¹⁷⁸ assinala que, para a criança escrava, a idade de cinco anos marcava o término da infância. Aos 10 ou 12 anos, ambos, os escravos e os filhos de senhores de engenho, entravam no mundo adulto. Já as meninas eram preparadas exclusivamente para o casamento que normalmente ocorria entre 12 e 13 anos. Não raramente na aristocracia escravista, os senhores de engenho infringiam suas próprias leis e casavam suas filhas com 8 anos de idade. Segundo Freyre, a primeira comunhão marcava a entrada dessas meninas na vida adulta. O papel delas na sociedade colonial urbana era exclusivamente de detentoras do lar. A elas cabiam cuidados com crianças e administração da casa grande. Essa começou a mudar com movimento higienista, que se iniciou no começo do século XX. Passou a haver intensa transformação nas distinções etárias e isso se tornou extremamente significativo para a sociedade moderna, dando origem a preocupações diferenciadas para cada fase, da infância ao adolecer. Foram assim se construindo as representações do que é adolescência e adolecer, sem distinção de cor, raça, credo e cultura. Portanto, estabelece-se nos dias atuais que adolescência não combina com maternidade ou paternidade, pois ambas atrapalham a aquisição de experiências que possibilitam a formação de um ser adulto competitivo perante o mercado. E a gravidez na adolescência se transforma em um problema à medida que é instaurado o conceito de adolescência e como se deve adolecer.

¹⁷⁷ FREYRE, 1966.

¹⁷⁸ MOTA, C. N. da. Por uma antropologia da mulher. **Encontros com a Civilização Brasileira**, Rio de Janeiro, n. 26, p. 31-48, 1980.

2.2 Movimentos sanitários, políticas públicas instauradas: Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), Sistema Único de Saúde (SUS)

O movimento sanitário¹⁷⁹ da década de 1980, juntamente com as políticas públicas, vem dar visibilidade e estender o conceito de adolescente ao mundo feminino, através da posição atribuída à mulher frente à maternidade e à família, colocando-a como principal ator das mudanças sociais ocorridas nessa época.¹⁸⁰

Rago¹⁸¹ se posiciona sobre esse tema

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

Nesse novo mundo a domesticação do novo operariado implicou a imposição do modelo imaginário de família criado pela sociedade burguesa, no qual a figura feminina teria um papel de destaque, pois, os hábitos dos operários deveriam tornar-se compatíveis com os hábitos de uma família nuclear – pai, mãe e filhos, sendo a mulher peça chave por cuidar da casa e dos filhos, como também por trazer seu marido de volta para um lar aconchegante, longe dos bares, da prostituição, da rua, dos hábitos imorais.¹⁸² Dessa forma, esse movimento constrói uma representação social de que maternidade é inerente à mulher, ser mulher é ser mãe, amamentar, ser dona absoluta do lar e da família. Nessa perspectiva, a visibilidade feminina acontece devido à necessidade de esse movimento utilizar a mulher (mãe, dona do

¹⁷⁹ A respeito da edificação das bases científicas da medicina e do pensamento sanitário no Brasil, o leitor poderá acompanhar as apreciações de: ALMEIDA FILHO, Naomar de. **A clínica e a epidemiologia**. Salvador: Apce: Abrasco 1992; BENCHIMOL, Jamime Larry. **Perreira Passos: um Haussanm tropical**. Rio de Janeiro: Biblioteca Carioca, 1992; BENCHIMOL, Jamime Larry. **Dos micróbios aos mosquitos**. Febre amarela e revolução pausteriana no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz: UFRJ, 1999; CHALHOUB, Sideny. **Cidade febril**. Cortiço e epidemias na corte imperial. São Paulo: Companhia das Letras, 1996; COSTA, Jurandir Freire. **Ordem médica e norma familiar**. 4. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1999; COSTA, Nilson do Rosário. **Lutas urbanas e controle sanitário**. Origens das políticas de saúde no Brasil. Petrópolis: Vozes, 1985; DONNANGELO, Maria Cecília F. **Medicina e sociedade**. São Paulo: Biblioteca Pioneira de Ciências Sociais, 1975; HOCHMAN, Gilberto. **A era do saneamento as bases da política de saúde pública no Brasil**. São Paulo: Huciet: Anpocs, 1998; LUZ, Madel T. **Medicina e ordem política brasileira**. Rio de Janeiro: Graal, 1982; MACHADO, 1978; SANTOS, Luiz Lycurgo. **História geral da medicina brasileira**. 2. ed. São Paulo: Hucietec: Edusp, 1991. v. 1/2; SANTOS, Luiz Antônio de Castro. O pensamento sanitário na primeira República; uma ideologia de construção da nacionalidade. **Dados**: Revistas de Ciências Sociais, Rio de Janeiro, v. 28, n. 2, p. 193-210, 1987.

¹⁸⁰ REIS; ZIONI, 1993.

¹⁸¹ RAGO, 1985.

¹⁸² Ibidem.

lar) como linha de frente para promover à transformação do modelo familiar brasileiro colonial, principalmente em sua versão urbana.

A reforma sanitária se iniciou no século XVIII, após a coroa portuguesa se interessar pelo ouro existente no Brasil. Cidades ligadas a esse produto se desenvolveram e se expandiram. Assim, a urbanização e o povoamento, até então negligenciados pela coroa, tornaram-se obrigatoriamente foco do poder real. Um exemplo disso é o Rio de Janeiro. E a medicina, que desde o século XIX lutava contra a tutela jurídico-administrativa herdada da colônia, deu um largo passo em direção a sua independência, aliando-se ao novo sistema contra a antiga ordem colonial. Esse progresso fez-se através do movimento higienista, que incorporou a cidade e a população ao campo do saber médico¹⁸³. Costa¹⁸⁴ constatou que o Estado e a Medicina convergiram, mas também divergiram, por vezes, tática e estrategicamente. Nem sempre os dois poderes reconhecem o valor da aliança que haviam estabelecido. Só historicamente é possível perceber, que em meio a atritos e fricções, intransigências e concessões, estabilizou-se um compromisso: o estado aceitou medicalizar suas ações, reconhecendo o valor político das ações médicas.¹⁸⁵ A noção chave desse acordo foi salubridade. A questão da salubridade levantada pela medicina ligou-se, de imediato, ao interesse do país, que eram preservar a população para o trabalho. As epidemias, as febres, os focos de infecções e contágios do ar e da água sempre foram fantasma para a administração colonial. A população era dizimada por ocasião dos surtos epidêmicos e nos períodos intercríticos apresentava uma taxa de mortalidade elevada. A burocracia era impotente para debelar o caos sanitário, pois não dispunha do apoio econômico da metrópole para drenar pântanos, calçar ruas, regulamentar o comércio de alimentos, construir esgotos, nem havia recursos técnicos de controle da população. Dessa forma, essa aliança entre medicina e Estado trouxe os benefícios sanitários tão desejados pelo estado para solucionar os problemas dos surtos de doenças e morte da população. Além disso, essa aliança também proporcionou a normatização da população, definindo regras do bem viver em sociedade.¹⁸⁶

Nesse contexto, um dos principais trunfos da superioridade médica foi a técnica de higienização. Dentre as políticas específicas, uma se tornou o alvo principal: a relacionada à família.¹⁸⁷ O Estado brasileiro sempre encontrou na família um dos mais fortes obstáculos a

¹⁸³ COSTA, 2004.

¹⁸⁴ Ibidem.

¹⁸⁵ ROSEAN, George. **Da polícia médica à medicina social**: ensaios sobre a história da assistência médica. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

¹⁸⁶ MACHADO, 1978.

¹⁸⁷ COSTA, 2004.

sua consolidação. Desse modo, toda a população foi abandonando progressivamente o terreno da lei para entrar no espaço da norma familiar capaz de formar cidadãos individualizados, domesticados e colocados à disposição da cidade, do Estado, da pátria. A medicina social ganhava espaço e através da política higiênica, reduziu a família a um estado de dependência, colocando-se no papel de salvador do caos em que essa se encontrava, como também a sociedade da época.¹⁸⁸ Às mulheres delegar-se-ia a função de tutora educadora dos esposos e filhos. Essas famílias, até o momento, eram vistas pelos higienistas como incapazes de proteger a vida de crianças e adultos. Valendo-se dos altos índices de mortalidade infantil e das precárias condições de saúde dos adultos, o movimento higienista ou sanitário conseguiu impor a elas uma educação física, moral, intelectual e sexual, tendo como principal figura normalizadora a mulher, mãe e dona do lar.¹⁸⁹

Nesse momento se consolidavam alguns poderes atuantes na sociedade ocidental. O Estado e a Medicina eram os dois pilares desses poderes, responsáveis pela criação dos padrões de comportamento legais e normativos. Foucault¹⁹⁰ afirma que a ordem da lei impõe-se por meio de um poder essencialmente punitivo, coercitivo, que age excluindo, impondo barreiras e o mesmo foi feito pelo movimento higienista. Seu mecanismo fundamental foi o da repressão. O mesmo autor afirma que a lei é teoricamente fundada na concepção jurídico-discursiva do poder e é histórico-politicamente criada pelo Estado medieval e clássico. A norma, pelo contrário, tem seus fundamentos histórico-políticos no Estado moderno dos séculos XVIII e XIX, e se organizou com base nos dispositivos. Os dispositivos são formados pelos conjuntos de práticas discursivas e não discursivas que agem, à margem da lei, contra ou a favor delas, mas de qualquer modo empregam uma tecnologia de sujeição própria. Segundo Foucault, o século XIX assistiu à invasão progressiva do espaço da lei pela tecnologia da norma, o que impera até nossos dias.¹⁹¹

Desse modo, o Estado moderno procurou implantar seus interesses servindo-se, predominantemente, dos equipamentos de normatização, que são sempre inventados para solucionar urgências políticas. A primeira dessas invenções deu-se com medicina doméstica, aliada ao movimento higienista. Essa medicina, no interior da burguesia, estimulada pela política populacionista, reorganizou as famílias em torno da conservação e educação das crianças, portanto a mulher foi pensada como elemento importante da medicina: a mulher

¹⁸⁸ COSTA, 2004.

¹⁸⁹ Ibidem.

¹⁹⁰ FOUCAULT, Michel. **História da sexualidade 3: o cuidado de si**. Tradução de Maria Tereza da Costa Albuquerque; revisão técnica de José Augusto Guilhon Albuquerque. Rio de Janeiro: Edição Graal, 1985b.

¹⁹¹ Ibidem.

higiênica (lavar, passar, limpar e educar) tira do bar e do bordel o homem para ser seu “aliado” do mundo higiênico. A segunda dirigiu-se às famílias pobres sob forma de campanhas. Igualmente, a normatização médica da família brasileira operou em estreita correspondência com o desenvolvimento urbano e a criação do Estado nacional. As transformações dos espaços urbanos procuravam atender exclusivamente o bem-estar e o enriquecimento da aristocracia portuguesa e do capitalismo europeu.¹⁹² Nesse momento as técnicas disciplinares saíam do ostracismo colonial e começaram a ocupar o primeiro pano da cena político-urbana. O sucesso do movimento higienista indica essa revisão estratégica no trabalho de fissão e reestruturação do núcleo familiar.

Em 1829 foi fundada a Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro, que representava o grupo de médicos que lutava por se impor junto ao poder central como elemento essencial à proteção da saúde pública e, por extensão, à ordenação da cidade. Todo o trabalho de persuasão higiênica desenvolvido no século XIX foi montado sobre a ideia de que a saúde e a prosperidade da família dependem de sua sujeição ao Estado.¹⁹³ Este Estado via na puberdade um dos seus momentos mais delicados e promissores, o que gerou à preocupação com a adolescência. Surgia, então, um novo personagem higiênico “Adolescente do sexo masculino”, merecedor de cuidados especiais, sendo sua heterossexualidade a via real de acesso ao patriotismo, ou seja, dentro das regras da sociedade burguesa esse adolescente do sexo masculino, para se constituir em um adulto trabalhador saudável, teria que casar, constituir família ser homem livre de doenças físicas e morais, e isto só aconteceria por intermédio de outra personagem higiênica a mulher e ou casamento. Meirelles¹⁹⁴ pegava:

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

Assim o nacionalismo político ganhava uma nova origem biológica-moral e a medicina social, um personagem higiênico, cuja existência social era, até então, quase desconhecida. A mulher adolescente ficou novamente à mercê desse conceito e desses padrões de adolescência, pois somente o homem viril, hétero, tinha direito à passagem da infância para a adolescência assim se constituindo-se um homem saudável física e

¹⁹² COSTA, 2004.

¹⁹³ REIS; ZIONI, 1993.

¹⁹⁴ MEIRELLES, Zeferino Justino da Silva. **Breves considerações sobre as vantagens do aleitamento materno**. 1847. p. 16. Tese (Doutorado) - Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1847.

psicologicamente. À mulher “adolescente” não caberia esse conceito, pois a ela restava somente o direito à infância e uma passagem direta, sem escalas, para vida adulta, pois o papel social dela, desde muito cedo, era o de ser mãe, esposa e educadora de um lar e de uma família. A equação mãe-filho novamente adaptava-se como “luva” à necessidade desde movimento. A mãe devotada e a criança bem amada seriam o adubo e a semente do adolescente, futuro adulto patriótico.¹⁹⁵ Cabe lembrar que a República iniciou-se quase concomitante com o final da escravidão, colocando em jogo diversos fenômenos sociais e econômicos. Havia necessidade urgente de se criar a Nação brasileira, e esse foram feitos pelo Estado, e nessa construção o estado tentou formar trabalhadores com sentimento de pátria e patriótico. Como Vicente Cardoso¹⁹⁶ afirma: “O Brasil é símbolo concreto de todas as nossas riquezas em potencial para o futuro. Ele é, porém, também o símbolo vivo de todas as nossas, dificuldades, gravíssimas e tenebrosas do presente.” Portanto, a adolescência deve ser entendida como “masculino” por ser constituída a partir dessa experiência histórica concreta da qual as mulheres eram excluídas.

No Brasil a inclusão feminina no âmbito de experiências socialmente valorizadas e, conseqüentemente, dotadas de visibilidade foi inaugurada, como já mencionado, pelo movimento higienista, que criou condições, pelo menos parciais, para que, posteriormente, o conceito de adolescente fosse estendido ao mundo das mulheres. A contribuição dos higienistas para essa extensão se deu pela redução da mulher ao papel de mãe e esposa devota: ela passava de propriedade jurídico-religiosa para propriedade higiênica. Assim nascia a maternidade inerente à mulher e à mãe higiênica, fato histórico que se deu por duplo movimento: por um lado, emancipação feminina do poder patriarcal; por outro, submissão da mulher pelo poder médico.¹⁹⁷ Essa constatação é importante, pois elucida a provável razão da persistência histórica dessas políticas, principalmente no que se refere ao papel da maternidade e da amamentação. O controle educativo-terapêutico instaurado pelo movimento iniciou um modo de regulação política da vida dos indivíduos que, até hoje, vem se mostrando eficiente. Mas esse domínio nem sempre é tão efetivo como Estado e medicina desejavam, pois as pessoas têm seu juízo de valor e constroem suas próprias regras que mais se adaptam a sua realidade. Nesse sentido, o que está fora do “domínio” do estado e da área da saúde é considerado desvio, aí se incluindo problemas como a gravidez na adolescência.

¹⁹⁵ ARIÈS, Philippe; DUBY, Georges. **História da vida privada: da Revolução Francesa à Primeira Guerra** [S.l.]: Edição de Bolso, 2009. v. 4.

¹⁹⁶ CARDOSO, Vicente Licínio. **À margem da história da República (idéias, crenças e afirmações)**. Brasília, DF: Ed. UnB, 1981. 2 v., t. 2. (Biblioteca do Pensamento Político Republicano, 8).

¹⁹⁷ REIS; ZIONI, 1993.

Naquele período a tutela terapêutica do corpo, do sexo e das relações afetivas entre membros da família passaram a ser usados de modo sistemático e calculados, como meio de manutenção e reprodução da ordem social burguesa e até hoje o é.¹⁹⁸

Dessa forma, com a visibilidade e a preocupação do Estado com a mulher/mãe e adolescente proporcionadas pelo movimento higienista, formularam-se na modernidade programas para assistência a ela. Um deles foi formulado em 1983 pelo Ministério da Saúde, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que teve como fator propulsor o debate sobre a questão do planejamento familiar no país. A discussão se dava em torno da associação do planejamento familiar com programas de controle da natalidade ou ações no contexto de programas votados para saúde da mulher. As duas abordagens estavam ancoradas em questões mais profundas. De um lado, o planejamento familiar era visto como resposta para problemas sociais e econômicos, envolvendo a questão da pobreza e do subdesenvolvimento. De outro, era considerado um direito da mulher, em termos de acesso a informações e a métodos contraceptivos adequados a sua saúde e condições de vida. Considerado como uma vitória dos movimentos de mulheres, o PAISM¹⁹⁹ incorporou o planejamento familiar ao conjunto das ações de saúde e propôs uma atenção abrangente aos problemas específicos da população feminina, compreendendo a mulher como ser integral. Formalizava-se, pelo menos no caso das políticas públicas da saúde, a necessidade de tratar a mulher como ser inteiro, cujas demandas extrapolam a dimensão de seu papel reprodutivo e não podem ser abstraídas dos contextos social, político e econômico, cultural e afetivo: a mulher como sujeito nas ações e processos que envolvem a saúde. Assim sendo, uma nova filosofia de atendimento à mulher precisava surgir, exigindo a mudança de postura dos profissionais de saúde na relação com a população. A integralidade da assistência anunciada pelo PAISM implicava que as ações a serem implantadas obedecessem a uma prática

¹⁹⁸ COSTA, 2004.

¹⁹⁹ O Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) é o programa que define a prática de atenção à população feminina. Foi implantado na rede da SES em 1987 e tem como proposta atender a mulher na sua integralidade, em todas as fases de sua vida, de acordo com as características apresentadas em cada uma delas. É integrado a rede de assistência à saúde com ações em nível primário, secundário e terciário. As áreas básicas de atenção do PAISM devem oferecer atendimento: às adolescentes, mulheres adultas e às que se encontram no climatério e velhice; às mulheres que necessitam de cuidados durante o pré-natal, parto e puerpério; às mulheres em situação de violência doméstica e sexual; nas ações de planejamento familiar e reprodução humana; na prevenção do câncer cérvico uterino e detecção precoce do câncer de mama; às mulheres com atenção aos problemas de saúde relacionados ao trabalho.

educativa capaz de assegurar a apropriação, pelas mulheres, dos conhecimentos necessários a um maior controle sobre a saúde.²⁰⁰

A dimensão educativa é, sem dúvida, um dos aspectos mais inovadores do PAISM. Ao contribuir para o acréscimo das informações que as mulheres detêm sobre seu próprio corpo e valorizar a sua experiência de vida, o PAISM antecipava um tema que seria crucial para a discussão das políticas públicas na década de 1990: o empoderamento²⁰¹. Esse conceito, ao tratar da ampliação dos espaços em que se é protagonista, convida os planejadores e profissionais que atuam no Governo a valorizar a dimensão emancipatória das políticas públicas voltadas para os segmentos subordinados da sociedade.

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

²⁰⁰ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria da Assistência à Saúde. **Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher: 21 anos depois.** Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/impressos/folder/05_0009_F.pdf>. Acesso em: 10 out. 2010.

²⁰¹ O termo empoderamento vem sendo utilizado com frequência em pesquisas concentradas na área de desenvolvimento e por importantes entidades políticas, a despeito da inexistência de um consenso sobre este conceito. Segundo Iório (2002) a origem do termo ainda não é bem definida e tanto o movimento negro norte-americano do início dos anos 1960, quanto os movimentos feministas, disputam a sua procedência. No entanto, o conceito parece ganhar força tanto teórica quanto instrumental, a partir de sua utilização vinculada à questão de gênero. Uma das primeiras conceitualizações sobre empoderamento surge, segundo Iório, nos anos 1970, a partir do movimento *Women In Development* (WID) – Mulheres no Desenvolvimento –, com uma noção de empoderamento fortemente vinculada à noção de “poder sobre”, de controle sobre os outros e sobre recursos. Para que houvesse um empoderamento seria então necessário inverter a situação de poder. Quem o detinha, deveria então ser destituído dessa posição, que passaria a ser ocupada pelas pessoas empoderadas, nesse caso as mulheres. Essa noção de poder traz subjacente a ideia de que para uns ganharem poder outros terão que perder, causando forte resistência por parte daqueles que se sentiam ameaçados. Além disso, mantém a mesma lógica de estruturação de poder na sociedade, na qual alguns o detêm e outros não, sem contudo questionar-se sua distribuição. Posteriormente ao referido movimento, surgiram novas tentativas de conceitualização de poder, entre as quais, destaca-se a de Foucault, que rompe com essa noção de poder como algo que se detém e propõe o poder como algo que se exerce e se efetua nas relações. Partindo dessa concepção, o poder não “surge” frente ao homem, sendo próprio de seu caráter humano. IORIO, C. Algumas considerações sobre estratégias de empoderamento e de direitos. In: ROMANO, Jorge; ANTUNES, Marta (Org.). **Empoderamento e direitos no combate à pobreza**. Rio de Janeiro: ActionAid Brasil, 2002. p. 21-44. Para Foucault, o poder “não se aplica pura e simplesmente como uma obrigação ou uma proibição aos que ‘não tem’, ele os investe, passa por eles, apóia-se neles, do mesmo modo que eles, em sua luta contra esse poder, apoiam-se por sua vez nos pontos em que ele os alcança”. FOUCAULT, Michel. **Vigiar e punir: nascimento da prisão**. 34. ed. Petrópolis: Vozes, 2007.p. 26.

epidemiológica, vigilância ambiental, além de fundações e institutos de pesquisa, como a Fundação Oswaldo Cruz (FioCruz) e o Instituto Vital Brazil.

Antes do advento do SUS, a atuação do Ministério da Saúde se resumia às atividades de promoção de saúde e prevenção de doenças (por exemplo, vacinação), realizadas em caráter universal, e à assistência médico-hospitalar para poucas doenças; servia aos indigentes, ou seja, a quem não tinha acesso ao atendimento pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social. O INAMPS foi criado pelo regime militar em 1974 pelo desmembramento do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que hoje é o Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS). Era uma autarquia filiada ao Ministério da Previdência e Assistência Social (hoje Ministério da Previdência Social) e tinha a finalidade de prestar atendimento médico aos que contribuíam para a previdência social, ou seja, aos empregados de carteira assinada. O INAMPS dispunha de estabelecimentos próprios, mas a maior parte do atendimento era realizada pela iniciativa privada; os convênios estabeleciam a remuneração por procedimento.²⁰²

O movimento da Reforma Sanitária nasceu no meio acadêmico no início da década de 1970 como forma de oposição técnica e política ao regime militar, sendo abraçado por outros setores da sociedade e pelo partido de oposição da época o Movimento Democrático Brasileiro (MDB). Em meados da década de 1970 ocorreu uma crise do financiamento da previdência social, com repercussões no INAMPS. Em 1979 o general João Baptista Figueiredo assumiu a presidência com a promessa de abertura política e, de fato, a Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados promoveu, no período de 9 a 11 de outubro de 1979, o I Simpósio sobre Política Nacional de Saúde, que contou com participação de muitos dos integrantes do movimento e chegou a conclusões altamente favoráveis a ele. Ao longo da década de 1980 o INAMPS passaria por sucessivas mudanças com a universalização progressiva do atendimento, já numa transição para o SUS.²⁰³

A 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS)²⁰⁴ foi um marco na história do SUS por vários motivos. Foi aberta em 17 de março de 1986 por José Sarney, o primeiro presidente civil após a ditadura, e foi a primeira CNS a ser aberta à sociedade; além disso, foi importante

²⁰² BRASIL, 2010. Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher: 21 anos depois.

²⁰³ Ibidem.

²⁰⁴ A 8ª CNS foi o grande marco na história das conferências de saúde no Brasil. Foi a primeira vez que a população participou das discussões da conferência. Suas propostas foram contempladas tanto no texto da Constituição Federal de 1988 como nas leis orgânicas da saúde nº 8.080/90 e nº 8.142/90. Participaram dessa conferência mais de 4.000 delegados, impulsionados pelo movimento da Reforma Sanitária, e propuseram a criação de uma ação institucional correspondente ao conceito ampliado de saúde, que envolve promoção, proteção e recuperação.

na propagação do movimento da Reforma Sanitária. A 8ª CNS resultou na implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), um convênio entre o INAMPS e os governos estaduais, mas o mais importante foi ter formado as bases para a seção "Da Saúde" da Constituição brasileira de 5 de outubro de 1988. A Constituição de 1988 foi um divisor de águas na história da saúde pública brasileira, ao definir a saúde como "direito de todos e dever do Estado". A implantação do SUS foi realizada de forma gradual: primeiro veio o SUDS (Descentralização da Saúde); depois, a incorporação do INAMPS ao Ministério da Saúde (Decreto nº 99.060, de 7 de março de 1990); e, por fim, a Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990) fundou o SUS. Em poucos meses foi promulgada a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que imprimiu ao SUS uma de suas principais características: o controle social, ou seja, a participação dos usuários (população) na gestão do serviço. O INAMPS só foi extinto em 27 de julho de 1993 pela Lei nº 8.689. Desse modo, os processos de construção do SUS pressupõem a reorganização do modelo assistencial vigente nas últimas décadas e uma significativa reformulação do papel do Estado. O sistema baseia-se na concepção da saúde como direito social cuja implementação requer redistribuição de competências entre as esferas de Governo, o compromisso com a qualidade da assistência prestada e a consolidação de canais de participação e controle social.²⁰⁵

Portanto o PAISM casa-se perfeitamente com a reestruturação do serviço de saúde, sendo uma das fases dessa reestruturação a incorporação da perspectiva de gênero. Isso trouxe um grande avanço em relação à forma como a mulher era vista sob a ótica materno-infantil. Ou seja, a perspectiva de gênero no PAISM rompe com o olhar restrito para a “mulher-mãe”, com demandas que giram basicamente em torno do aspecto reprodutivo. Amplia-se e qualifica-se como olhar para a experiência feminina em sua diversidade e totalidade. O texto base para formação do programa parte de uma crítica à situação de subordinação da mulher diante da onipotência do saber médico. O “poder médico” se materializou em posturas autoritárias e, por vezes, excessivamente intervencionistas, que reforçavam a passividade e a subordinação das mulheres. Por conseguinte, ocorreu então uma reorganização da maneira de olhar o doente e, em decorrência, do discurso médico: “uma nova aliança foi forjada entre palavras e coisas, permitindo *ver e dizer*”.²⁰⁶ As mulheres não lhes haviam sido dadas até o momento as informações e os conhecimentos que permitissem maior autonomia e poder de decisão sobre as questões referentes a sua saúde. Assim, o panorama muda à medida que os serviços incorporam os aspectos inovadores do PAISM.

²⁰⁵ BRASIL, 2010. Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher: 21 anos depois.

²⁰⁶ FOUCAULT, Michel. **O nascimento da clínica**. 2. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1963.

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

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

Atualmente, a sociedade tem uma expectativa maior em relação aos jovens do que em épocas anteriores. Com o declínio da família extensa, espera-se que os jovens tenham mais autonomia. Nessa sociedade, com a urbanização e a industrialização, a tal sonhada independência econômica só será alcançada com um nível mais alto de educação e treinamento. Portanto, a paternidade ou maternidade precoce, especialmente essa última, segundo a sociedade moderna, limita ou impede o desenvolvimento social e educacional e a capacidade de o indivíduo alcançar todo o seu status potencial. Enfim, as transformações ocorridas na sociedade brasileira criaram a necessidade de preservar, prevenir e cuidar da saúde de uma forma global e educar o adolescente. Para que se torna um adulto saudável

física e psicologicamente. Dessa forma, percebe-se, como base em Foucault²⁰⁷, que a constituição do conceito de adolescente, o ECA e o próprio movimento higienista, podem ser entendidos como dispositivos responsáveis pela organização que permitem classificar, formar categorias, estabelecer médias, fixar normas, como algo que separa, ordena e classifica, tornando homogêneos os grupos, para que o mesmo estatuto normalizador vigore; a ideia de um conjunto organizado e, desta forma, controlado, de forma conferir um modo de ser e estar em sociedade. Assim o sistema de saúde que se apresenta até então para cuidado dos adolescentes mais normatiza do que entende o modo de ser e estar em sociedade desses meninos e meninas, bem como suas famílias usuárias do SUS, que, ao meu ver, estão contra a ordem pré estabelecida de como adolecer, vendo a paternidade e maternidade como saída mais viável para melhora de qualidade de vida e de reconhecimento social frente ao grupo social a que pertencem.

2.3 Construções do imaginário social: representações frente à sexualidade, maternidade e políticas públicas

Como apresentado nos itens anteriores, as políticas públicas e o movimento higienista, juntamente com o saber médico institucionalizado, têm grande importância na construção social dos papéis das mulheres na sociedade moderna. A maternidade é uma dessas construções sociais que orientam as práticas e os afetos dos atores sociais. A partir de noções socialmente construídas do que é ser mãe, são orientadas as relações sociais entre mãe e filho, assim o como a própria identidade de ser mulher. O que hoje se considera como um bom referencial de mãe é bastante discordante do que se concebia, por exemplo, na Europa, nos séculos XVII e XVIII. Alguns comportamentos maternos considerados naquela época normais, corretos e esperados seriam algo anormal, incorreto e incompreensível no contexto de várias sociedades contemporâneas²⁰⁸. Por isso, a prática materna valorizada deve ser compreendida dentro de um contexto sociocultural, e não sob a ótica de uma suposta determinação biológica para o desejo e o desempenho da maternidade.

Como entender o ser materno nos diversos momentos da História? As contribuições de autores como Badinter²⁰⁹ e Ariès²¹⁰ permitem a reconstrução da trajetória histórica da

²⁰⁷ FOUCAULT, 1997.

²⁰⁸ AZEVEDO, K. R.; ARRAIS A. R. O mito da mãe exclusiva e o impacto na depressão pós-parto. **Psicologia: reflexão e crítica**, Porto Alegre, v. 19, n. 2, p. 269-276, 2006.

²⁰⁹ BADINTER, E. **Um amor conquistado**: o mito do amor materno. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.

significação dos cuidados maternos. Badinter parte das produções simbólicas construídas desde o século. XIX pelas sociedades europeias, mais precisamente a francesa, no seu processo de urbanização, demonstrando como questões de ordem social interferem na construção do que se compreende por amor materno. O conceito de maternidade está intrinsecamente relacionado com várias representações sociais, dentre elas as de família, mulher e criança. Na Europa, até o século XVII, a infância era considerada um estado a ser superado através de uma educação severa, rígida e intolerante. Cabia aos pais domar os impulsos infantis, assumindo uma posição coercitiva e sem mimos. Por sua vez, a amamentação era vista como um prazer ilícito que corrompia moralmente o infante ^{211,212}. Segundo Ariès, na França, até o século. XVII, mais acentuadamente no século XV, a criança deveria ser educada na casa de outrem como um aprendiz, cabendo-lhe as atividades domésticas, ocasião em que aprendia a servir bem aos demais. No final do século XVII começou a surgir para os rapazes mais abastados a opção das academias, onde recebiam estudo teórico, erudito, mas, para as meninas, essa opção só se tornou realidade um século depois.²¹³ É nesse período que começam os cuidados com a educação formal das crianças e a preocupação com seus afetos. Os filhos mais novos ganham maior atenção dos pais, até então destinada apenas ao primogênito²¹⁴. Badinter apresenta como um motivo para essa aproximação da criança com o seio familiar a alta taxa de mortalidade infantil no final do século XVIII. Como o maior índice de mortalidade se concentrava na época da amamentação, na qual a criança era entregue aos cuidados de uma ama, começou nesse século um grande movimento social, encabeçado pelas instituições de saúde pelo Estado, que visava à construção de um novo papel social para a mãe. A mulher passou a estabelecer com a criança uma relação íntima e de carinho, o que socialmente lhe conferiu o atributo representado por um “*status* maternal”.

Os cuidados maternos passaram a interferir na própria identidade feminina, fazendo as mulheres se reconhecerem e se legitimarem na função materna. ²¹⁵ É na identificação com esse lugar social que os afetos das mães dão origem à ideia de amor materno, que vai se consolidar na França no final do século XIX e no século XX. Essa ideia encontra “naturalização” no conceito de “instinto materno”, a partir do qual são construídas

²¹⁰ ARIÈS, 1981.

²¹¹ Ibidem.

²¹² BADINTER, 1985.

²¹³ Ibidem.

²¹⁴ ARIÈS, 1981.

²¹⁵ BADINTER, 1985.

argumentações biológicas e científicas, próprias da modernidade, para justificar e modular os comportamentos de mães e filhos nesse novo século²¹⁶.

No Brasil, autoras como Novelino²¹⁷, Santos²¹⁸ e Trindade e Enumo²¹⁹ relatam que, principalmente no Nordeste do século XX, a identidade feminina foi fortemente estruturada a partir da representação social da maternidade, na medida em que se atribuía à mulher a reprodução como principal função. As demais características femininas acabariam em segundo plano no seu reconhecimento social. Dessa forma, a maternidade não é apenas uma opção das mulheres, mas a condição *sine qua non* para que constituam plenamente como seres humanos.

Ancorada na noção de naturalidade e de atributos biológicos, a representação social da maternidade assume um caráter determinista. O fato de algumas mulheres não desejarem ser mães nem desempenharem o papel maternal é visto e justificado como problema, como, por exemplo, mecanismo de defesa (uma falsa vontade de não ser mãe), fruto de um impedimento orgânico para gerar filhos, consequência de algum trauma na infância que lhe impossibilite ter tal desejo, ou ainda uma deficiência de caráter²²⁰.

Vale destacar, contudo, que a apropriação desse lugar simbólico socialmente construído se dá ao longo das várias relações sociais que os sujeitos estabelecem, nos diversos grupos sociais dos quais fazem parte. Nesse viés, ao me debruçar sobre as falas das adolescentes grávidas em pleno século XXI, percebo que a representação social do papel da maternidade dentro do feminino persiste ao longo das gerações e o pensamento do início do século XX ainda se mantém. Para quase todas as meninas de 14 a 20 anos usuárias do Sistema Único de Saúde de Uberlândia, o ser mãe é situação *sine qua non* para que elas se entendam como mulher. A maternidade representa a passagem para o mundo adulto, a aquisição de responsabilidade e, muitas vezes, uma vida melhor, com mais perspectivas quando comparada à das meninas da mesma idade que não têm filhos e não são casadas ou não vivem maritalmente.

²¹⁶ BADINTER, 1985.

²¹⁷ NOVELINO, A. M. **A cartilha da mãe perfeita**: um discurso normatizador da psicologia de mídia. 1989. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 1989.

²¹⁸ SANTOS, M. F. S. (1995). Representação social da maternidade: o novo sob uma nova roupagem? UFPE. Não publicado.

²¹⁹ TRINDADE, Z. A.; ENUMO, S. R. F. Representações sociais de infertilidade feminina entre mulheres casadas e solteiras. **Psicologia, Saúde e Doenças**, Lisboa, v. 2, n. 2, p. 5-26, 2001.

²²⁰ Ibidem.

Pelos depoimentos das meninas entrevistadas, constata-se que todas (100%) consideram ser a gravidez um marco na passagem para a vida adulta. Gérbera ²²¹, por exemplo, fala do desejo de ser mãe e da mudança de vida, segundo ela para melhor, contestando o saber institucionalizado do que é adolecer.

Gérbera também assim se posiciona:

[...] Minha mãe teve o primeiro filho com 15 anos. Ser mãe é bom, o primeiro foi difícil, pois ele ficou internado. Eu fui morar com ele (companheiro) com 13 anos. Na casa quem cuida sou eu, ele trabalha. (Gerbera).

Ela está na segunda gestação e na época da entrevista estava 3 meses de gestação. Como podemos verificar no seu depoimento, realmente, para essas meninas, casar-se cedo já faz parte de uma rotina social que vem desde a mãe. Elas se tornam mulher à medida que se casam e têm filhos. A instituição família, apesar de muitas delas não a terem, nem virem de família nuclear (pai, mãe e criança), ainda faz parte do seu imaginário social, bem como os papéis do homem (provedor) e da mulher (cuidadora) do lar e dos filhos. Neste momento, ao refletir sobre os ideais de uma adolescência moderna, com todas as prevenções e preocupações sociais e institucionais, como pensar, como interrogar a questão maternidade na adolescência? Para responder isso, devemos compreender o caminho feito pelo próprio feminismo em relação à recusa e à aceitação da maternidade.

Scavone²²² relata, que para compreender as continuidades e discontinuidades da aceitação e negação da maternidade dentro do feminino e, conseqüentemente, da própria sociedade, é preciso entender três momentos importantes em relação à politização da maternidade pelo feminismo. O primeiro momento, pós-guerra, foi o reconhecimento da maternidade como defeito natural que confinava as mulheres a uma bio-classe. Logo, a recusa da maternidade seria o primeiro caminho para subverter a dominação masculina e possibilitar que as mulheres buscassem uma identidade mais ampla, mais completa e também pudessem reconhecer todas as possibilidades e pontecialidades. Num segundo momento, passado “o impacto da recusa da maternidade, começaram alguns questionamentos dentro do próprio feminismo sobre maternidade: nós mulheres queríamos ser definidas sem a maternidade? Aceitávamos ser mutiladas de uma parte de nossa história, de nossa identidade? A

²²¹ Entrevista concedida pela paciente Gerbera, da Unidade de PSF do Dom Almir, no dia 5/9/2010 em sua residência em Uberlândia - Minas Gerais.

²²² SCAVONE, Lucila. A maternidade e o feminismo: diálogo com ciências sociais, **Caderno Pagu**, Campinas, SP, n. 16, p. 137-150, 2001.

maternidade, nesse momento, passou a ser considerada como poder insubstituível, que só as mulheres possuem e os homens invejam. Estas reflexões dialogam com questões lacanianas²²³ que valorizam o lugar das mulheres na gestação, lembrando que o cordão umbilical, unindo o feto à mãe, é fonte de vida e poder. Do ponto de vista foucaultiano, todo saber tem sua gênese numa relação de poder. Isso significa que, ao recuperar o saber feminino associado à maternidade, essa segunda etapa dá visibilidade ao poder que as mulheres (adolescentes ou não) exercem na sociedade mediante o fenômeno biopsíquico-social que é a maternidade. O terceiro momento seria a “desconstrução do defeito natural”. Nele se recupera que não é o fato biológico da reprodução que determina a posição social da mulher, mas a relação de dominação que atribui um significado social à maternidade. Em suma, esses três momentos revelam a maternidade em suas contradições, mudanças e permanências, seja ela em que idade for. A recusa ou aceitação da maternidade pode acontecer ao mesmo tempo em espaços e posições sociais diferenciados. Desse modo, percebe-se na fala dessas adolescentes, uma recuperação do poder associada ao fenômeno biopsíquico-social que é a maternidade. Nesse viés, a maternidade se apresenta como parte da identidade e poder femininos, recuperando as manifestações culturais desse saber feminino que lhe é associado. Portanto, percebe-se que as pessoas resistem e reescrevem novos juízos de valores. As falas dessas adolescentes reproduzidas a seguir demonstram o poder que a maternagem tem na vida delas, mesmo em condições consideradas não favoráveis pela sociedade moderna.

Assim Violeta 2²²⁴ revela como vê a gravidez na adolescência nos dias hoje:

[...] Eu vejo gravidez na adolescência como uma conquista, porque tem mulheres que são loucas pra ter filho e não conseguem. Então, por esse lado, eu vejo como uma conquista. Mas por outro é muita responsabilidade. Nossa, quando a gente pensa assim: estou grávida, penso em como é que eu vou fazer pra criar meu filho, como é que eu vou fazer pra dar o leite dele todo dia, é muita responsabilidade, é muita coisa que a gente tem que pensar ao mesmo tempo, então é nisso aí que a gente tem que controlar, porque se não acaba ficando doido, né? Mas por um lado é bom ter filho, porque a gente cria responsabilidade, deixa de ser aquela molequinha que só quer saber de festa e é isso. (Violeta)

JB²²⁵ relata como é, para ela, ser mãe na adolescência:

²²³ A questão laciana destaca-se no campo da psicanálise, e se contenta em qualificar a prática de Lacan como “problemática”. Esse adjetivo data de 1995 – e é certamente o mais utilizado para qualificar a prática de Lacan.

²²⁴ Entrevista concedida por Violeta 2 (nome fictício), no Lar de Veneranda, uma instituição filantrópica localizada na cidade de Uberlândia. Tal instituição desenvolve várias atividades, dentre elas cursos ocupacionais para gestantes, palestras, além de ser campo de estágio para alunos do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Uberlândia.

[...] Meu nome é J B, e eu estou usando o orkut de um primo meu, porque não participo desse site de relacionamentos, mas desde que me encontrei grávida, meu mundo gira em torno desse assunto, então vim procurar informações aqui, como procuro em todos os lugares. Eu acho que é muito fácil dizer "não" à gravidez na adolescência, quando não é você quem está grávida. Eu tenho 17 anos e estou no 4º mês de gestação. Meu filho é a razão do meu viver, e eu me sinto completamente madura e preparada. Acho que maturidade não está diretamente ligada com a quantidade de anos vividos, mas sim a intensidade com que esses anos foram vividos. O pai do bebê é o amor da minha vida, meus pais e meus amigos nos apoiam e estão tão felizes e radiantes quanto nós dois por nosso filho. Quanto ao futuro, meu filho nunca foi visto como um obstáculo. Esse ano vai entrar na faculdade, como faria se não estivesse grávida, porque estou grávida, e não doente. Não estou impossibilitada de fazer nada do que fazia antes, porque nunca fui uma garota baladeira e mesmo se fosse, deixaria de ser com prazer pelo meu filho. Porque não há maior prazer no mundo do que sentir o fruto de um amor sincero se mexendo dentro de você e sentir aquele cheirinho de bebê já agarrado em todas as suas coisas. Eu também sinto muito pelas adolescentes que não têm a sorte que eu tive, ou que não encaram um filho como uma bênção, mas como um carma. Mas todas que fizeram, fizeram sabendo o que estavam fazendo e por isso devem assumir sim! Não importa a circunstância. Não sou a favor do aborto nem em caso de estupro. Nesse caso, acho que a entrega à adoção seria a melhor solução caso a mãe rejeitasse, porque abortar é matar e só Deus tem o direito de tirar a vida de alguém, porque foi ele quem nos deu a vida. Como já disse, não tenho orkut, mas caso alguém queira discordar de minhas palavras, ou apoiá-las. (JB)

Os depoimentos de Violeta e JB demonstram que gravidez é uma conquista para essas meninas, e que a maturidade não é algo que se conquista com tempo, mas com intensidade dos anos vividos, ou seja, ser uma boa mãe não depende da idade, mas da experiência de vida. Ser mãe é algo divino, e ter alguém mexendo dentro de você, fruto de amor sincero, é algo superior.

G²²⁶ Também expressa sua posição em relação à gravidez na adolescência:

[...] Fiquei grávida porque quis, jah tinha perdido um com o mesmo namorado claro, e não fiquei nada feliz pq sempre foi uma gravidez super desejada. SEMPRE QUIS SER MÃE CEDO! Eu tomava remédio, fiquei sem por um mês e engravidei, foi minha maior felicidade, apesar de não ser com a idade que todos falam que tem que ser. Bom, medo de pegar doença eu não tive, que foi tbm um erro meu, mais namorava jah há um ano e pouco quando engravidei, então jah tinha uma certa confiança e tal, mas graças a Deus estou aqui pra ganhar minha maior felicidade que é minha filha...Não me arrependo em nenhum momento de ter ficado grávida, apesar de ter só 18 anos, mais acho que jah sou capaz de ser mãe! Bom, é isso. Beijos;(G)

²²⁵ Entrevista concedida por JB (nome fictício), concedida em 29/01/2007, no site de relacionamento *Orkut*, dentro de um fórum chamado O que você acha dessas meninas que engravidam cedo?

²²⁶ Entrevista concedida por G em 10/02/2008 no site de relacionamento *Orkut* dentro de um fórum “Por que não usaram camisinha” (Cic)

Após a análise dessas falas, percebe-se que, apesar de a gravidez estar fora das normatizações do que é um “adolescer saudável”, o imaginário social dessas adolescentes está imerso no poder que a maternidade tem em suas vidas. Não podemos desprezar as mensagens que são passadas pela nossa cultura. Apesar de todas as mudanças ocorridas nos últimos anos, ainda faz parte da socialização dessas “meninas” a ideia de que seu grande valor está na maternidade. Mesmo hoje, quando o papel de mãe se vê ameaçado, há algo mais forte em algumas meninas do que o amplamente valorizado pela sociedade, que é o desejo de ser mãe. Dessa forma, essas ações são legitimadas no modo de vida e nas experiências que perpassam a vida de cada adolescente. As pessoas rearranjam certos elementos dentro de um quadro geral de ordem e dominação. Trata-se de uma quebra dessa lógica dominante, não só do saber médico, mas também do saber institucionalizado, nos hospitais, escolas e sociedade.

Desde modo, as vozes das adolescentes que desejam mesmo que às vezes inconscientemente, a gravidez na adolescência, não podem ser abafadas, e sim entendidas, para que possamos evoluir na compreensão do sentido que isso tem no século XXI. O que temos é um grande problema para a sociedade, porém não para as adolescentes, conforme suas falas.

Ao refletir sobre o sentido de engravidar em pleno século XXI, nota-se o contrapoder exercido pelas adolescentes quando se opõem às políticas públicas e ao próprio conceito de “verdade” estabelecido pela sociedade contemporânea, que vê a gravidez na adolescência como um problema e um erro. A sociedade contemporânea juntamente com as políticas públicas impõem o “certo” ou “verdadeiro” como algo “hegemônico” e imutável, mas se esquecem que o poder é circular. Por isso, as políticas públicas que visam a prevenir a gravidez na adolescência não conseguem abarcar o pluralismo dos grupos mais carentes, que é a população mais afetada pelo que consideram um problema a gravidez na adolescência pode constituir uma forma de “poder”²²⁷ contra os ideários estabelecidos, tanto pela sociedade do século XXI, quanto pelas políticas públicas. Foucault²²⁸ em *Microfísica do Poder*, afirma que o poder penetra e é exercido por todas as classes sociais, sendo todos os governantes e os

²²⁷ FOUCAULT, 1979. Nesta pesquisa entende-se poder. Como relações de poder como Foucault explica, o poder não existe, o que existe são as relações de poder. No entender de Foucault, o poder é uma realidade dinâmica que ajuda o ser humano a manifestar sua liberdade com responsabilidade. A ideia tradicional de um poder estático, que habita em um lugar determinado, de um poder piramidal, exercido de cima para baixo, em Foucault é transformada. Ele acredita no poder como um instrumento de diálogo entre os indivíduos de uma sociedade. A noção de poder onisciente, onipotente e onipresente não tem sentido na nova versão, pois tal visão somente servia para alimentar uma concepção negativa do poder. No caso das adolescentes, um conjunto de recursos, de natureza psicológica, material ou econômica, existentes na sociedade, são usados nessas relações de poder para burlarem e recriarem uma nova ordem.

²²⁸ FOUCAULT, 1979.

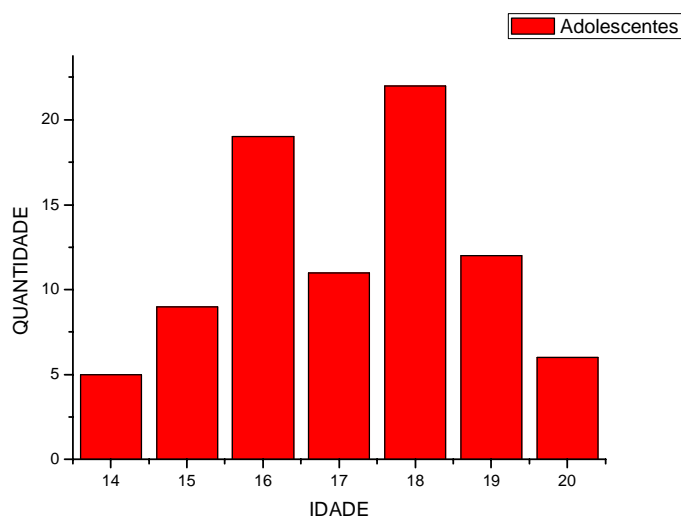
governados ora sujeitos, ora objetos desse poder. Segundo o mesmo autor, o poder circula por todos os lugares. O poder não é uma coisa, algo que se toma ou se dá, se ganha ou se perde. É uma relação de forças. Circula em rede e perpassa todos os indivíduos. Nesse sentido, o contrapoder dessas “meninas” está também na oposição ao modelo de “vida a dois” estabelecido pela sociedade contemporânea, que desconsidera a formação de uma família nesta idade.

Retomando Foucault, os micropoderes exercem sua força quando adolescente decide engravidar e ter uma família. No processo cultural e de aprendizado do ser mulher a sociedade engloba a aquisição de um filho e de uma família. Portanto, apesar do discurso “hegemônico”, escrito ou falado, disseminado pela mídia, pelos programas de saúde, pelo próprio ensinamento médico e pelo mundo contemporâneo, as pessoas resistem e reescrevem novos juízos de valores ou recriam as tradições culturais.

2.4 Relação entre as normas e as experiências vividas das adolescentes

Percebe-se, do que foi abordado até esse momento, a construção de uma crença, dentro e fora da área médica, de que todas as mulheres foram programadas biológica e instintivamente para serem mães. Tradicionalmente se fala até mesmo de um ‘instinto materno’, que deveria obrigatória e naturalmente estar presente em todas as mulheres, e cuja inexistência é um sintoma de que há algo muito errado. Desse modo, para as meninas atendidas nos Sistema Único de Saúde de Uberlândia pelo Programa de Saúde da Família nos bairros Morumbi I, II, III, IV, V, Dom Almir, Joana D’Arc e Canaã I, II, III, a gravidez na adolescência faz parte do cotidiano e da socialização. Parte dessas adolescentes compõe a mostra de sujeitos desta pesquisa. Os dados aqui apresentados são referentes às entrevistas realizadas nas casas delas com a própria adolescente gestante ou mãe e com alguns cuidadores (pais e mães), além de alguns de seus companheiros, conforme descrito na introdução. Essas entrevistas foram feitas de maio a dezembro de 2010. A amostra foi composta por meninas de 14 a 20 anos, sendo maior a incidência das de 18 anos, como mostra o gráfico a seguir.

Gráfico 4 - Número de gestantes e mães adolescentes por idade

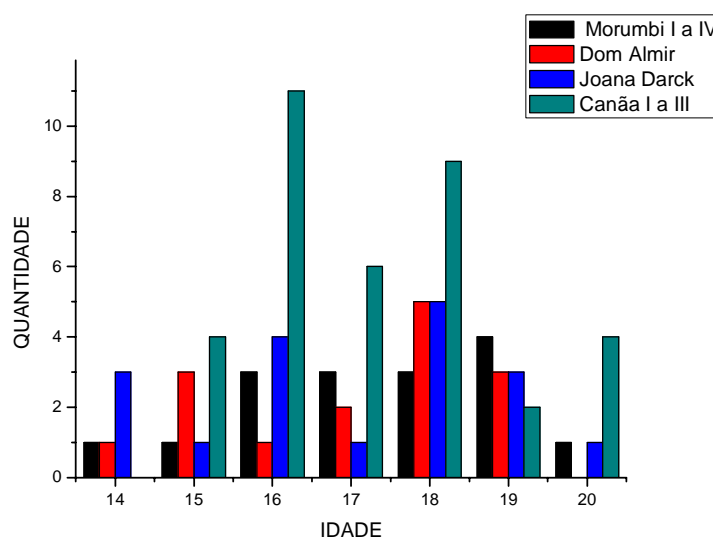


Fonte: Dados retirados das entrevistas realizadas pela autora de maio a dezembro de 2010

O Gráfico 4 demonstra que idade das adolescentes girou entre 14 e 20 anos. A escolha das de 20 anos, se deu por elas terem tido filhos na fase da adolescência com 19 anos, ou menos, e suas histórias de vidas serem extremamente representativas para a pesquisa. O gráfico mostra ainda que as maiorias das adolescentes da amostra tinham 16 anos e 18 anos.

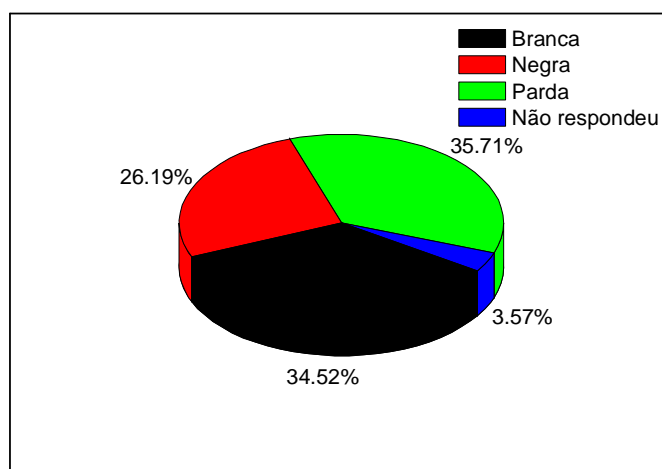
O Gráfico 5, a seguir, demonstra que a maior incidência de gestantes adolescente se apresenta no bairro Canaã.

Gráfico 5 - Idade das gestantes e mães adolescentes por bairros



Fonte: Dados retirados das entrevistas realizadas pela autora de maio a dezembro de 2010

Gráfico 6 - Número de gestantes e mães adolescentes segundo etnia



Fonte: Dados retirados das entrevistas realizadas pela autora de maio a dezembro de 2010

Entre a população estudada, 62% se caracterizam como pardas e negras, e apenas 34 % se apresentaram como brancas (Gráfico 6). Os bairros estudados são caracterizados como periferia²²⁹ de Uberlândia. De acordo com Moura²³⁰, para o senso comum, o termo periferia refere-se a um lugar longe, afastado de algum ponto central, todavia esse entendimento meramente geométrico não representa a verdadeira relação entre o centro e a periferia das cidades. Nesse caso, os afastamentos não apenas são quantificáveis pela distância física que há entre os dois, mas, sim, revelados pelas condições sociais de vida que evidenciam a nítida desigualdade entre os moradores dessas regiões da cidade. De acordo com essa mesma autora, a periferia é destinada a trabalhadores que não possuem requisitos necessários para participação em Programas Habitacionais. Isso gera o que ela chama de autoconstrução de casas por essas famílias. Elas trabalham nos terrenos cuja ocupação muitas vezes é resultado de invasão (como, no caso de Uberlândia foi o Joana D`Arc e Dom Almir) e constroem suas casas nos finais de semana ou através de mutirões. Dessa forma, a distribuição por etnia pode estar ligada às questões socioeconômicas existentes nessa área. No trabalho de Petuba²³¹, ela

²²⁹ Usualmente, o termo “periferia” era utilizado para designar um local distante da área dita “central” da cidade, sendo que esse distanciamento, normalmente, era entendido apenas no sentido geométrico. Entretanto, essa é uma visão bastante simples do significado do termo periferia, pois não são consideradas as condições físicas, econômicas, sociais e até mesmo culturais, tanto da periferia como da área central.

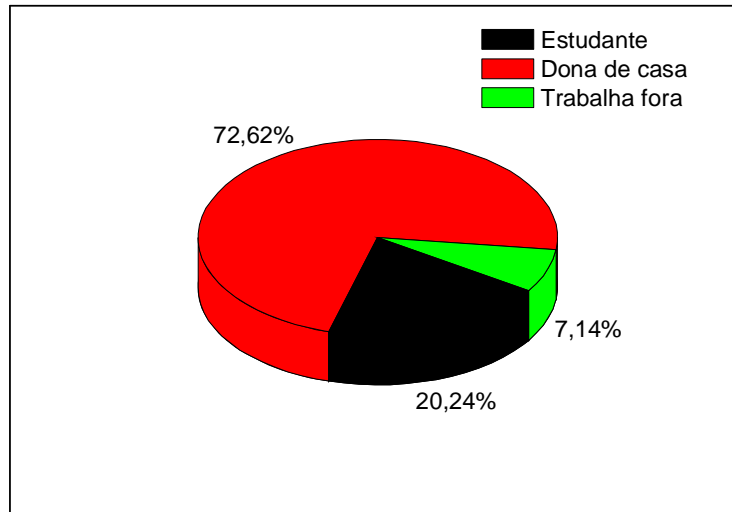
²³⁰ MOURA, Gerusa Gonçalves. **Imagens e representações da periferia de Uberlândia (MG)**: um estudo de caso do Setor Oeste. 2003. 317 f. Dissertação (Mestrado em Geografia) - Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2003.

²³¹ PETUBA, Rosângela Maria Silva. **Pelo direito à cidade experiência e luta dos ocupantes de terra do bairro D. Almir Uberlândia (1990-2000)**. 2011. Dissertação (Mestrado em História) - Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2011.

demonstra que a trajetória de luta trabalhadores resistente nesses bairros, principalmente do Dom Almir, que foi objeto de sua pesquisa, nem sempre foi marcada pelo confronto, que as motivações passavam por valores e experiências que, muitas vezes, caminhavam por fora das expectativas oficiais. A constituição destes bairros foi cheia de idas e vindas, estando à resistência muito mais ligada à criação de alternativas cotidianas, compreensível se examinada à luz da própria trajetória de vida desses trabalhadores na cidade.

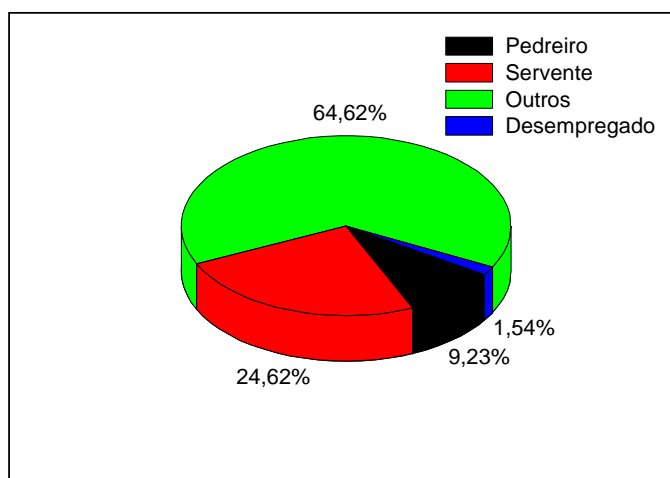
Esses mesmos bairros revelaram uma incidência de gravidez na adolescência em torno de 25% a 36%, muito diferente da porcentagem geral exibida pela Secretaria Municipal de Saúde da cidade, que ficou em torno de 15%. Os dados desta pesquisa vêm comprovar a que essa área é realmente de risco para gravidez na adolescência, conforme descrito pelos profissionais da Secretaria de Saúde. Nos bairros estudados a maioria da população gestante adolescente tem como profissão o ofício de ser dona de casa. A maioria delas relatou que deixou os estudos para cuidar da casa, marido e filhos, como mostra o gráfico a seguir.

Gráfico 7 - Número de gestantes e mães adolescentes segundo a profissão



Fonte: Dados retirados das entrevistas realizadas pela autora de maio a dezembro de 2010

Gráfico 8 - Companheiros das gestantes e mãe adolescentes segundo a profissão



Fonte: Dados retirados das entrevistas realizadas pela autora de maio a dezembro de 2010.

Na comparação dos Gráficos 7 e 8, percebe-se que, enquanto a figura masculina tem como função principal dentro da família o sustento financeiro do lar, à figura feminina cabe a educação e o cuidado da família e das crianças. Isso revela que, a construção dos papéis de gênero iniciada no começo do século XX com o Movimento Higienista ainda perdura nessa população, sendo a figura feminina a mantenedora da ordem e das regras do lar e a figura masculina a provedora do sustento do lar.

Segundo Puga²³², no passado cabia à mulher, no casamento, manter higiênicos os espaços da casa, gerar filhos, vigiar os caminhos desviantes do marido (trabalho/botequim), produzir tudo a tempo e à hora como alimentação quente e saudável, roupa lavada e passada, e somente trabalhar fora de casa em caso de necessidade. O seu devido lugar era o lar. Constata-se, que, para certos grupos da população, as épocas mudam, mas o imaginário sobre casamento e os papéis nele instaurados permanecem.

²³² PUGA, Vera Lúcia. Casar e separar: dilema social histórico. **Esboços**, Florianópolis, n. 17, p. 158-172, 2007.

Pelo Gráfico 9 observa-se que a maioria dessas “meninas”, independentemente da localidade em que morem, têm um companheiro, sendo que 73.38% se consideram casadas, ainda que muitas delas não sejam casadas civilmente mas vivam uma união estável²³³. Esses dados se opõem aos encontrados na literatura, pelo quais 70% das meninas são abandonadas pelo companheiro e acabam criando o filho, sozinhas. Nesse viés, os achados deste trabalho também contradizem os de Feliciano²³⁴, que mostra que as adolescentes no estado de São Paulo estão mais preocupadas em manter seus filhos através da ajuda governamental como bolsa família, do que com casamento, sendo que em sua grande maioria não se apresentam com companheiro, e sim solteiras. O trabalho de Feliciano constata que a maior incidência de gravidez na adolescência se concentra na periferia. Percebem-se, assim, havendo divergências e convergências em relação a esse tema, havendo diferenças no que se refere aos aspectos culturais existentes nos dois estados em relação ao casamento e a constituição da família e convergência com relação às altas taxas de incidência nas periferias das cidades. Desse modo, cabe ressaltar que, para as adolescentes uberlandenses, o casamento é constituição da família e de enorme importância, sendo a chave mestra para consolidar a relação homem, mulher e vida melhor.

Segundo o jornal *correio*²³⁵, dados do Censo Demográfico de 2010 mostram que existem ao menos 42.785 crianças e adolescentes entre 10 a 14 anos casados no Brasil. O número refere-se a uniões informais já que os recenseadores não checam documentos. O jornal afirma que isto é uma prática ilegal, mais relacionada a áreas rurais ou países distantes, mas persistindo hoje até nos principais centros urbanos brasileiros. Conforme a mesma reportagem, essa situação se concentra em grupos de baixa renda e alta vulnerabilidade, principalmente nos rincões do país ou na periferia de grandes centros urbanos. E a cada três segundos, uma jovem com menos de 18 anos se casa no mundo. Apesar de fatores religiosos e culturais também interferem, a pobreza é a principal incentivadora dos casamentos infantis.

²³³ União estável é a relação de convivência entre o homem e a mulher que é duradoura e estabelecida com o objetivo de constituição familiar. O Novo Código Civil não menciona o prazo mínimo de duração da convivência para que se atribua a condição de união estável. Não é necessário que morem juntos, isto é, podem até ter domicílios diversos, mas será considerada união estável, desde que existam elementos que o provem, como, por exemplo, a existência de filhos. Uma simples relação de namoro não pode ser considerada união estável porque ela somente se verifica, quando houver constituição de unidade familiar propriamente dita, não bastando o simples objetivo fazê-lo. Na união estável prevalece o regime da comunhão parcial de bens, mas pode haver um contrato entre as partes sobre os bens dos companheiros com a mesma flexibilidade admitida no pacto antenupcial.

²³⁴ FELICIANO, R. A. F. **Gestação na adolescência: vulnerabilidades e redes de proteção em São Carlos-SP**. 2010. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2010.

²³⁵ 42 mil menores estão casados. **Correio de Uberlândia**, Uberlândia, 11 set. 2011. Seção Brasil e Mundo.

Outro dado interessante retirado das paginas da UOL notícias do cotidiano²³⁶ demonstra que na faixa etária em que a maioria dos jovens ainda está indecisa em relação ao seu futuro, quase 661, 2 mil pessoas entre 15 e 19 anos e outras 132 mil entre 10 e 14 anos no Brasil são responsáveis por seus próprios domicílios, de acordo com dados do Censo 2010 divulgados no dia 29 de abril de 2011 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Assim, comparando os dados da reportagem do Correio e da UOL percebe-se que 31% dos adolescentes de 10 a 14 anos estão casados e são responsáveis pelo sustento de seus lares. A estudante baiana Bruna Luzia da Cruz, 16, e seu marido, Roberson de Jesus, 18, fazem parte dessa realidade. Em dezembro de 2009, ao perceber que estava grávida. Bruna saiu da casa da mãe para morar com o seu primeiro namorado, um ajudante de marcenaria. “De uma hora para outra a minha vida mudou completamente e passei a garantir o sustento da minha casa, com a comissão que ganhava com a revenda de cosméticos”, afirma a estudante, que mora em Castelo Branco, bairro da periferia de Salvador. Órfã de pai aos sete anos, ela conta que resolveu dividir uma pequena casa (45 metros quadrados) com o namorado porque “não aguentava mais discutir com a sua mãe”. “Ela sempre me responsabilizou pela gravidez precoce”, relembra. Desempregado por quase dois anos, Roberson disse que fazia alguns “bicos” para ajudar no orçamento familiar. “Até julho do ano passado, quando minha filha nasceu, minha mulher sempre contribuiu com a maior parte dos custos da casa.”²³⁷,

Para algumas organizações de direitos humanos, mais de 10 milhões e adolescentes se casam anualmente para escapar da miséria. Cabe lembrar que esses dados apesar de nacional representam muito bem a maneira de ser e estar em sociedade dos meninos e meninas sujeitos desta pesquisa. Casamento para elas e para eles, juntamente com paternidade e maternidade, é saída para vida melhor, e o reconhecimento perante a sociedade em que se inserem. Mesmo com muitas dificuldades tanto emocionais e psicológicas quanto financeiras, a maternidade ou paternidade, ainda é para elas o melhor caminho para fugir do mundo violência e caos em que às vezes eles estão imersos.

De acordo com Magalhães²³⁸, em seu texto Casamento contemporâneo: construção de identidade conjugal, no casamento moderno, o parceiro deseja o outro por inteiro. Há um aumento das expectativas, uma extrema idealização do outro e uma superexigência consigo mesmo.

²³⁶ BRASIL tem 661 mil jovens e 132 mil crianças responsáveis pelo próprio domicílio, diz IBGE. **UOL Notícias**: Cotidiano, 29 abr. 2011. Seção Cotidiana.

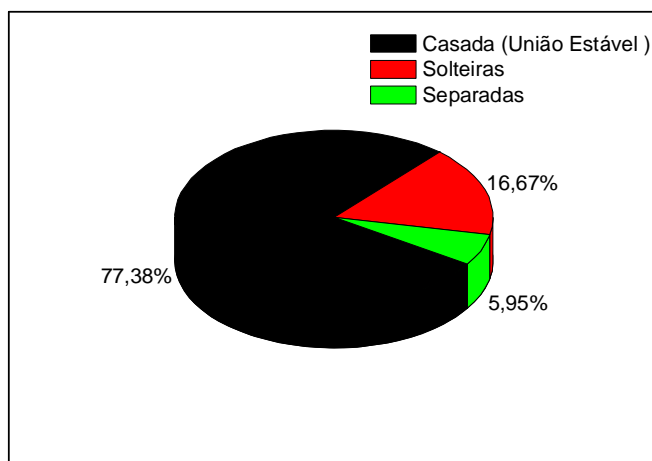
²³⁷ BRASIL..., 2011.

²³⁸ CARNEIRO, Terezinha Feres. Casamento contemporâneo: construção de identidade conjugal. In: CARNEIRO, Terezinha Feres. **Casamento social á clínica**. Rio de Janeiro: NAU, 2001. p. 21-80.

Para Magalhães, o “eu” surge a partir de um “nós” ilusório, aquele da simbiose mãe-bebê que vai surgir de forma transmutada no par conjugal. Portanto, o casamento é um espaço de transformação, que tem como objetivo propiciar a afirmação das subjetividades dos parceiros de forma criativa com potencial de elaboração, não só de repetição.

Dessa forma, percebe-se que essas meninas Uberlandenses procuram no casamento uma forma de complementação de si, buscando no casamento uma elaboração de uma nova vida. Nos gráficos a seguir visualiza-se essa elaboração.

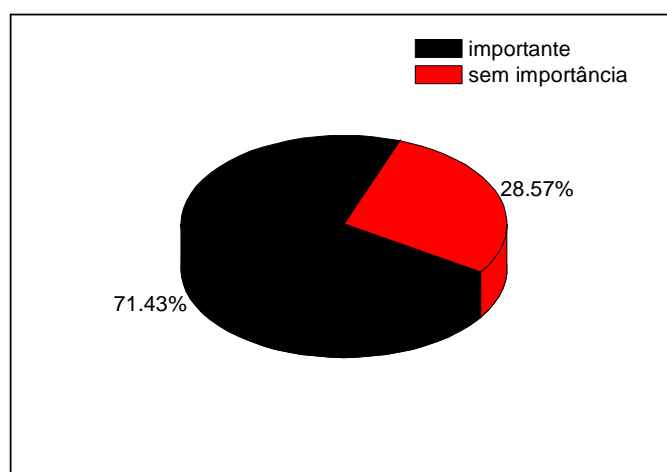
Gráfico 9 - Número de gestantes e mães segundo o estado civil



Fonte: Dados retirados das entrevistas realizadas pela autora de maio a dezembro de 2010.

O Gráfico 9, acima, vem consolidar a ideia de casamento e família existente nessa população.

Gráfico 10 - Número de gestantes e mães adolescentes que consideram o casamento importante



Fonte: Dados retirados das entrevistas realizadas pela autora de maio a dezembro de 2010.

Os dados anteriores demonstram que 71,43% das entrevistadas consideram o casamento e a constituição de uma família, importantes, sendo significativa para elas a participação do companheiro na criação do (as) filho (as), enquanto somente 28,57% não consideram que casamento seja importante para a criação dos filhos (Gráfico 10).

Outro fato curioso é que a maioria dos companheiros são mais velhos que as meninas, com idade entre 16 e 44 anos, e são eles a única fonte de renda familiar, os provedores do lar. Como se verá nos depoimentos dessas adolescentes²³⁹, os papéis de gênero são bem definidos, como mencionado anteriormente. Essa situação sugere que o controle educativo-terapêutico instaurado pelo movimento higienista ainda perdura em nossa sociedade e é passado de geração para geração.

[...] Eu tenho 17 anos, estou de 4 meses, minha gravidez foi planejada e desejada e já faz 1 ano e meio que a gente estava tentando. Engravidar nunca foi problema. Eu casei com 14 anos e estou com ele há 3 anos. Eu saí de casa por causa que eu não me dava com minha mãe. Depois que saí de casa minha vida melhorou muito. Meu marido tem 19 anos e nós temos oficina de conserto de bicicleta eu tenho convívio só do meu pai. Ele gostou da notícia do neto. Nós somos em 7 irmão, minha irmã também teve filho cedo, ela está com 19 e já tem 3 filhos. Meu irmão tem 20 e já tem 1 filho, minha mãe teve o 1º filho com 19 anos. A função da mãe é cuidar do amor e carinho, a função do pai é colocar sustento dentro de casa. (Margarida)²⁴⁰

²³⁹ As entrevistas a seguir foram concedidas pelas adolescentes (nomes fictícios de plantas), em setembro de 2010, no PSF do Bairro Dom Almir.

²⁴⁰ Entrevista concedida pela Margarida, da Unidade de PSF do Dom Almir, no dia 28/09/2010 em sua residência em Uberlândia - Minas Gerais.

Acácia²⁴¹ e sua mãe também acreditam que, apesar de a gravidez atrapalhar um pouco os planos, eles adquiririam responsabilidade, principalmente o pai do bebê.

[...] Eu tenho 16 anos e estou de 8 meses. A gravidez atrapalha nos estudos e na mudança de planos que eu fiz para vida, mas esta gravidez não foi planejada e no começo ela foi problema até eu falar para minha mãe. Quando eu descobri foi horrível, mas é uma coisa que não se pode voltar atrás. Agora eu vou ter uma coisa que é responsabilidade minha, sendo que até o momento eu não tinha nenhuma preocupação, eu não tinha que me preocupar com nada, pois minha mãe que fazia esse papel. Minha preocupação era nada, agora eu não posso fazer mais o que eu quero, eu agora tenho que pensar mais sério no que eu vou ter, no que eu vou fazer, para dar para essa pessoinha que vai nascer. Você pensa em construir uma vida boa e dar tudo de bom para essa pessoa. Mas eu estou feliz, minha rotina mudou muito; eu gostava de sair, de namorar, foi meu primeiro namorado, ele tem 17 anos, ele já estava desconfiando que eu estivesse grávida, minha sogra já vinha falando, aí fiz teste na farmácia e no posto e confirmou a gravidez. Minha mãe foi a última a saber, eu comecei a fazer o pré natal com 5 meses porque eu estava escondendo da minha mãe. Quando fui fazer um ultrassom eu estava com 6 meses e com anemia aí tomei as vitaminas e melhorei. O meu namorado, quando soube realmente que eu estava grávida, chorou e eu disse: o que você vai fazer? E o meu namorado eu vou trabalhar. Ele trabalha todos os dias e vamos constituir família, vamos ter nossa casa, meu lugar. Minha mãe não gosta muito disso não.

A mãe de Acácia também demonstra a vontade de ter a filha por perto:

[...] não é que eu não gosto é que aqui perto está muito caro alugar uma casa. Eu entendo que quem casa quer casa, eu disse para ele que ele não é obrigado a ficar com ela, mas que ele tenha consciência de que ele é pai. Responsabilidade ele tem, mas eu falo a responsabilidade do filho e deles dois. E que para mim seria mais fácil que eles morassem aqui, pois eu trabalho à noite e para mim ficava mais fácil para cuidar dela e do meu neto. Aí, se eles morarem aqui, o dinheirinho deles é para comprar coisa para o bebê. O meu namorado está assumindo a responsabilidade de pai, mas ainda eu acho que eles não caíram à ficha.

Acácia assim encara o papel de mãe:

[...] Ser mãe é criar, cuidar, ser presente e educar outra pessoa, além das coisas da casa. Eu já cuidei de outras crianças, eu adoro. O Thiago é responsável por comprar as coisas de casa e sustentar casa, às vezes ele quer comprar outras coisas, como carrinho de controle remoto, mas aí a gente pensa e compra o armário de bebê. O casamento é importante para constituir família, o que mais quero hoje é constituir família, ter minha casa. A família de ambos os lados apoiaram-nos. Só o pai do meu namorado disse

²⁴¹ Entrevista concedida pela Acácia e sua mãe, da Unidade de PSF do Dom Almir, no dia 27/09/2010 em sua residência em Uberlândia - Minas Gerais.

que a gente vai sofrer, aí agente ficou ruim, pois eu acho que, se o casamento dele foi ruim problema dele, meu não. (Acácia)

Begônia²⁴² afirma que sua vida melhorou depois do nascimento da filha e do casamento, hoje sua filha é sua companheira. Ela relata que suas duas gravidezes foram planejadas e que sua mãe e sua irmã também tiveram filhos jovens. Isso mostra que, dentro desse grupo social, a gravidez na adolescência é algo natural é aceitável e que é passado de geração para geração, mesmo que às vezes inconscientemente, pois as cuidadoras dessas meninas expressaram muitas vezes a insatisfação por elas terem engravidado e não estudado, mas ao mesmo tempo ficam felizes por elas adquirirem independência, responsabilidade e virarem mulheres.

[...] É a minha segunda gravidez, tenho 19 anos, a primeira gravidez foi com 16 anos, eu casei com 13 para 14 anos. Eu estou de 7 meses e a outra filha tem 3 anos. As duas gravidezes foram planejadas e desejadas o meu marido também ficou contente. Meu marido tem 34. Minha mãe ficou contente, pois ela tem três netas mulher, agora está vindo um macho, ele vai ser o xodó, os dois lados da família apoiaram a gravidez. Ser mãe é cuidar, educar. Foi uma pena que eu não pude amamentar, pois dei mamadeira cedo por falta de experiência. É muito difícil ser mãe, mas é muito bom, minha filha é minha companheira. Minha vida de casada e depois da gravidez está melhor que de solteira. Eu era muito baladeira e namoradeira, se eu não tivesse casado às vezes eu teria filhos de vários pais e poderia estar com alguma doença, aí já casei, já tive um e depois tive outro. Meu marido é bom. Minha mãe teve o primeiro com 15, nós somos 3 filhos, minha irmã mais nova também é casada e tem 1 filho. (Begônia)

Copo de Leite²⁴³ também diz que sua gravidez foi planejada, já estava tentando engravidar desde os 16 anos, e sua vida também melhorou. O casamento é importante, pois é muito ruim ficar sozinha.

[...] Eu estou gostando da gravidez, eu queria engravidar, eu tinha parado de tomar remédio, mas não engravidava. Ai, quando eu ia começar o tratamento, eu engravidei. Eu casei com 15 anos, hoje estou com 17. Comecei a querer engravidar com 16. Quando fiquei sabendo, eu adorei todo mundo adorou e apoia a gravidez, é o primeiro neto dos dois lados. Meu marido tem 21 anos, trabalha com crediário. Essa gravidez sempre foi desejada e planejada, nunca foi problema. Ser mãe é muito bom, mudou meu mundo, eu agora tenho mais responsabilidade, a copo de leite de agora é melhor do que a de antes da gravidez e do casamento. Minha vida melhorou

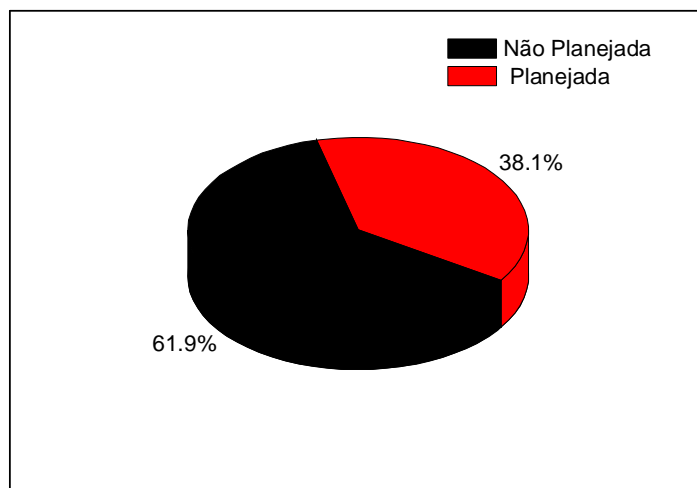
²⁴² Entrevista concedida pela paciente Begônia, da Unidade de PSF do Dom Almir, no dia 24/09/2010 em sua residência em Uberlândia - Minas Gerais.

²⁴³ Entrevista concedida pela paciente Copo de Leite, da Unidade de PSF do Dom Almir, no dia 23/09/2010 em sua residência em Uberlândia - Minas Gerais.

muito em questão de sentimento, agora eu preocupo só com o bebê. Minha mãe engravidou com 15 anos. Pessoa sem família não é nada e na família é que tem ajuda e apoio. O casamento é importante, a pessoa ficar sozinha é ruim demais. Meu marido, como pai, não sabe de nada e ao mesmo tempo é babão demais. A responsabilidade do pai é mais de sustentar, agora a mãe, a responsabilidade de educar e cuidar é maior. (Copo de Leite)

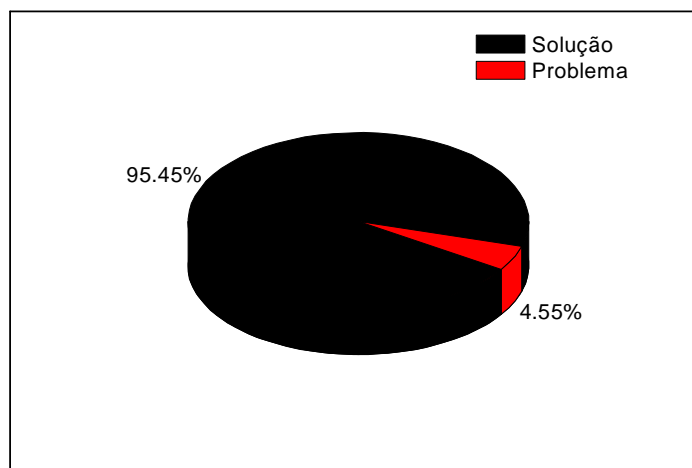
Esses depoimentos mostram bem o contraste entre pessoas de classes sociais ou intelectuais diferentes. Para grande parte das mulheres/adolescentes de classe média alta, os estudos estão em primeiro lugar, profissionalizar-se cursando uma faculdade é um dos primeiros passos para adquirir independência, a visto que isso vai levá-las a conseguir um bom emprego, portanto os filhos ou uma gravidez é último desejo ou realização da vida a dois. Mas para essas meninas e meninos sem muitas perspectivas futuras de estudo e de realização pessoal nos moldes da sociedade da classe média alta, a maternidade ou paternidade não é, em geral vivenciada como um problema. A questão cultural tem contribuído para a assimilação de novos e velhos valores frente às questões da sexualidade, maternidade e família, influenciando diretamente o comportamento dessas adolescentes. A busca da identidade do ser mulher perpassa a aquisição de um filho e de uma família. Nesse sentido, o comportamento sexual do adolescente sofre influência de fatores econômicos, socioculturais, religiosos e psicológicos e deve ser um foco de interesse e investigação cada vez maior por parte de todos aqueles que se dedicam a trabalhar com essa faixa etária, independentemente da área de atuação. As entrevistas ainda demonstraram que 61,9% das meninas não planejaram a gravidez, como mostra o Gráfico 11, mas, no momento em ficaram sabendo dela, a desejaram, sendo que 95,2% das meninas não a consideraram como problema na vida delas, como mostra o Gráfico 12. Pelo contrário, muitas delas relataram em seus depoimentos que adquiriram responsabilidade, que a vida melhorou depois da gravidez e do casamento, como mostram os depoimentos anteriores. Uma possível explicação para isso seria: para quem não tem quase nada, a criação de um Lar, de algo para dizer “é meu”, ou “estou construindo algo com minhas próprias forças” é muito representativo. É isto a meu ver faz parte do ritual de passagem para mundo adulto, da aquisição de independência. Já que não conseguem isso através da educação, da profissionalização como ocorre na classe média, reencontram outros meios de se realizar no seu próprio meio social.

Gráfico 11 - Número de gestantes e mães adolescentes que planejaram ou não a gravidez na adolescência



Fonte: Dados retirados das entrevistas realizadas pela autora de maio a dezembro de 2010.

Gráfico 12 - Número de gestantes e mães adolescentes que consideram ou não que filho na adolescência é um problema

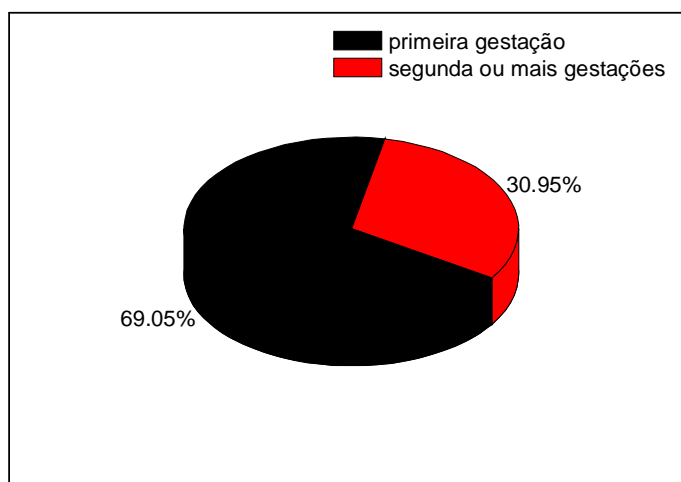


Fonte: Dados retirados das entrevistas realizadas pela autora de maio a dezembro de 2010.

As entrevistas revelaram que 69% das meninas estavam em sua primeira gestação e somente 31%, na segunda ou mais (Gráfico 13). Mas, quando comparados esses dados com o número de gestantes e mães na adolescência, percebe-se que nossa amostra apresentou 54%

de mães adolescentes, ou seja, na época da entrevista elas já haviam dado à luz e somente 46% eram gestantes.

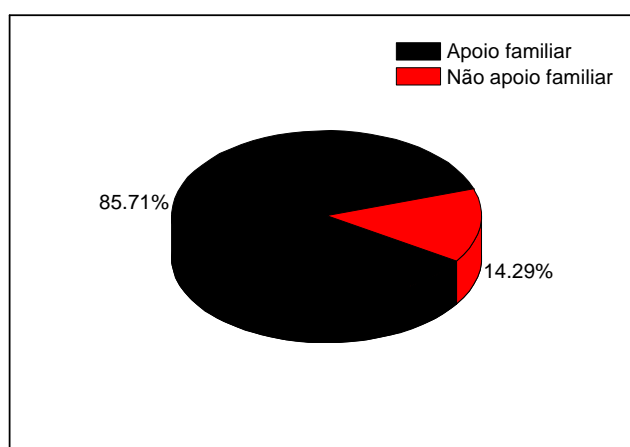
Gráfico 13 - Número de gestações de gestantes e mães adolescentes



Fonte: Dados retirados das entrevistas realizadas pela autora de maio a dezembro de 2010.

Os dados revelam que a grande maioria (85,7%) das adolescentes obteve apoio das famílias desde o início da gravidez e somente 14 % não foram apoiadas ou ajudadas durante e depois da gravidez, como mostra o Gráfico 14. Diante de tudo isso, a gravidez na adolescência para eles (as) não é problema, mas solução da vida ou para a vida.

Gráfico 14 - Número de gestantes e mães adolescentes que tiveram ou não apoio da família no processo de gravidez na adolescência

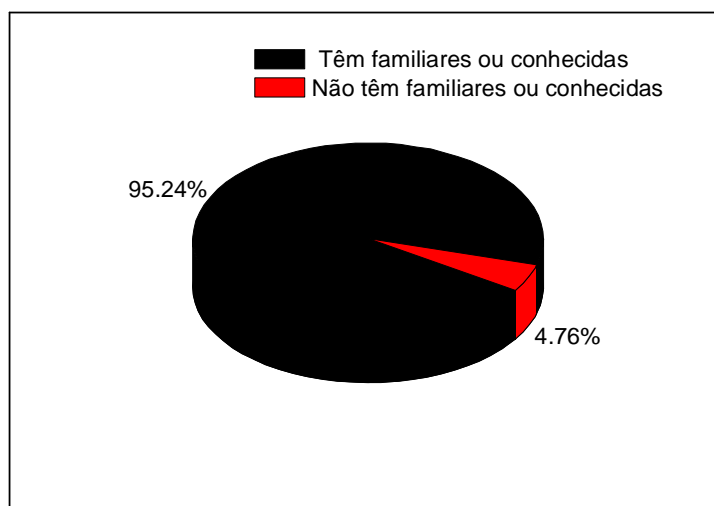


Fonte: Dados retirados das entrevistas realizadas pela autora de maio a dezembro de 2010.

Segundo Silva²⁴⁴, à medida que a notícia da gravidez passa a ser difundida entre os membros da família, expressam-se, entre eles, sentimentos positivos da satisfação, influenciando a convivência, que passa a ser mais tranquila e denotando boas expectativas em relação ao nascimento da criança.

As adolescentes relatam também que, dentro do grupo social, a gravidez na adolescência se caracteriza como algo comum para essa idade, pois mães, amigas e avós também tiveram filhos na fase da adolescência, como mostra o Gráfico 15.

Gráfico 15 - Número de gestantes e mães adolescentes que tinham familiares ou conhecidas que engravidaram na adolescência



Fonte: Dados retirados das entrevistas realizadas pela autora de maio a dezembro de 2010.

Os depoimentos a seguir reforçam os dados apresentados nos gráficos anteriores. Flor de Laranjeira²⁴⁵ e o marido demonstram a melhora de vida depois da gravidez e do casamento.

[...] Eu tenho 17 anos e estou de 4 meses de uma segunda gestação. A primeira não foi planejada, aconteceu, mas a segunda a gente já sabia o que estava fazendo. Há muito tempo a gente vinha transando sem camisinha e eu sabia que poderia ficar grávida, mas em nenhum momento as duas gravidez foi problema e todas as duas desejadas. O primeiro eu tive com 16 anos e

²⁴⁴ SILVA, L.; TONETE, V. L. P. A gravidez na adolescência sob a perspectiva dos familiares: compartilhando projetos de vida e cuidado. **Revista Latino-Americana Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 2, p. 199-206, mar./abr. 2006.

²⁴⁵ Entrevista concedida pela paciente Flor Laranjeira e seu marido, da Unidade de PSF do Dom Almir, no dia 29/09/2010 em sua residência em Uberlândia - Minas Gerais.

casei com 15 anos. Casei cedo porque meus pais bebem e às vezes eles partem para a agressão e aí eu resolvi sair de casa e foi muito melhor. Hoje eu dou graças a Deus que eu saí de casa, minha vida melhorou muito. Tem seus momentos de aperto, mas hoje eu tenho meu cantinho, meu marido me trata bem, a gente se dá super bem, nós já estamos há 3 anos junto. Ele tem 19 anos. A família é a coisa mais importante do mundo, apesar de nunca ter uma família, minha mãe e meu pai mais 4 irmãos são muito dispersos. Para mim a vida melhorou bastante, o filho não me atrapalhou em nada, eu tive que ficar afastada um tempo porque tive pressão alta na gravidez, logo depois de ter ele voltei a estudar e trabalhar. Ser mãe é muito difícil, eu não tinha nenhuma experiência com criança, eu mudei demais depois que fui mãe, comecei até a pensar no estudo. A função da mãe é educar os filhos e dar respeito. Eu quero dar para meu filho o que eu não tive. (Flor Laranjeira)

Seu marido²⁴⁶ se posiciona sobre o assunto, dizendo que filho não acaba com vida de ninguém, as pessoas é que acabam com as próprias vidas. O marido afirma que o casamento o salvou da marginalidade.

[...] Eu já sabia que Jéssica estava grávida desde a primeira gravidez, eu sempre sei. Eu sou doido com criança e sempre quis ter filhos, apesar das pessoas falarem que eu estava acabando com minha vida casando cedo. Filho não acaba com vida de ninguém e sim as pessoas acabam com a própria vida. Hoje eu agradeço minha esposa e meu filho, pois se não fosse eles, hoje eu não teria responsabilidade não. Quando eu conheci ela, eu só queria saber de festas e beber. Quando eu conheci a Flor de Laranjeira e fui pai, eu parei de beber, comecei a trabalhar e a vida melhorou muito. Eu vivia na rua muito eu era completamente virada. Para nós dois o casamento foi bênção. Nossas famílias não apoiaram nosso casamento. A função do pai é educar, mas a função principal do pai é dar o sustento da casa e não deixar faltar nada. Às vezes deixa de comprar, algo para a gente para comprar o leite o Tody e Danone que ele gosta. O que é mais difícil de ter filhos cedo não é o filho em si, mas é conseguir emprego fixo, pois a gente não pode ter carteira assinada. (marido da Flor de Laranjeira)

Como mostram os depoimentos, a construção de outra família passa pela fuga da própria família, da violência, do álcool das drogas, sendo ela razão para fugir da marginalidade. Mas o problema reside em construir essa nova família, muitas vezes sem estrutura financeira, e emocional agindo conforme o que povoa o imaginário social no que diz respeito ao que seja uma família feliz.

Crisântemo²⁴⁷ conta que sua gravidez foi desejada e planejada aos 14 anos.

²⁴⁶ Entrevista concedida pelo marido de Flor de Laranjeira, da Unidade de PSF do Dom Almir, no dia 29/09/2010 em sua residência em Uberlândia - Minas Gerais.

²⁴⁷ Entrevista concedida de Crisântemo, da Unidade de PSF do Dom Almir, no dia 30/09/2010 em sua residência em Uberlândia - Minas Gerais.

[...]Eu, quando descobri a gravidez, foi bom, normal, eu planejei a gravidez, ela foi desejada e planejada. Nos estamos juntos há 2 anos e a gravidez só aconteceu agora. Eu casei com 12 anos, hoje eu tenho 14. Casei cedo porque eu quis. É o primeiro filho e primeiro neto da minha mãe. As duas famílias ficaram felizes com a gravidez. Minha mãe mora no fundo e me ajuda. Eu não sei se estou preparada para ser mãe, nunca cuidei de criança, a função da mãe é cuidar, educar, tenho mais 3 irmãos. Eu não estudo, parei na 7ª série. O que é mais difícil em ter filho cedo, e que eu tive que parar de estudar e estou passando muito mal. (Crisântemo)

Seu marido²⁴⁸ também fala da importância do casamento e da constituição da família, considera que o fez na hora certa. Ele tem 19 anos.

[...] Por mim também foi desejada. Nós já estamos juntos eu tenho 19 eu trabalho. Quando eu fiquei sabendo da gravidez eu não assustei, pois eu queria, eu achei bom. Minha mãe é mais ausente. Eu tenho 7 irmão, o segundo mais novo. A função do pai é educar, cuidar e por comida na mesa. Eu também parei na 7ª série. Eu pretendo dar o melhor, ter nossa casa. Eu pretendo dar estudo para o bebê. Família é importante porque você não acha família em qualquer lugar. Você faz e tem hora de fazer a família. Eu acho que nós constituímos família na hora certa. Hoje nossa vida está muito melhor, antes a gente não tinha nada, agora a gente vai conseguindo as coisas e criamos mais raiz. Hoje ter filho cedo não é tão difícil como as pessoas dizem. (marido de Crisântemo)

Os depoimentos sugerem que não só no imaginário dos filhos, mais também no da família, a constituição de outra família é saída para vida melhor, pois os pais aprovam a ação dos filhos. Parece-me que, como não tiveram famílias felizes, esperam constituí-las de forma diferente, esperando que esta felicidade se transforme numa vida melhor e, se não conseguirem em primeira tentativa, reelaboram alternativas que para eles vão levar a essa felicidade.

Alecrim²⁴⁹ também diz em seu depoimento que desde muito tempo queria engravidar, por isso não usava preservativo e pílula, e nunca foi ao Posto nem para fazer exame ginecológico, só agora no pré-natal.

[...] Eu tenho 15 anos e estudei até a 6ª série. Eu queria engravidar desde muito tempo. Faz mais de 1 ano que estamos juntos, eu estava namorando quando eu engravidei. Estou com 6 meses e estou junto com pai do meu filho. Ele é vendedor e tem 25 anos. Para ambas as famílias a gravidez foi boa. É o primeiro neto do lado do meu marido. Minha mãe já tem outro neto de 2 anos da minha irmã, que teve também filho com 14 anos. A gravidez para mim está sendo bom, ela sempre foi desejada e nunca foi e nunca será um problema. Ser mãe é cuidar da casa, do filho. Nós estamos

²⁴⁸ Entrevista concedida pelo marido de Crisântemo, da Unidade de PSF do Dom Almir, no dia 30/09/2010 em sua residência em Uberlândia - Minas Gerais.

²⁴⁹ Entrevista concedida pela paciente Alecrim, da Unidade de PSF do Joana D' Arc, no dia 18/10/2010 em sua residência em Uberlândia - Minas Gerais.

construindo, mas é aqui perto da minha mãe. O pai, o papel principal é colocar sustento na casa. Eu nunca fui ao posto de saúde nem para fazer o ginecológico, só depois da gravidez com pré-natal. Eu não tomava e nem usava preservativo. O casamento é importante. Eu acho que eu estou pronta para ser mãe, tem que ter muita paciência. Acho que vai ser difícil criar filho, pois educar é difícil. A mudança da vida está sendo para melhor, meu marido me ajuda muito. Família é muito importante, ela é base de tudo, estrutura que está começando. Não encontrei nenhuma dificuldade em ter filhos cedo. (Alecrim)

A mãe ²⁵⁰ de Alecrim também se posiciona sobre o assunto.

[...] Quando menina está namorando a gente já espera, hoje em dia as coisas são diferente. Eu tenho 5 filhos, a Alecrim é a mais velha das mulheres, 2 homens e 3 mulher. Eu tive filho cedo também, com 17 anos. Quando meu genro soube da noticia, ele gostou demais, ficou feliz. E não vai ser fácil, ainda mais quem não tem experiência. Vai ser uma surpresa e um susto, sempre é. Eu não trabalho, só meu marido trabalha. Para mim o casamento é muito importante, é muito difícil criar filho sem o pai para educar. A Alecrim nunca deu trabalho, ela começou a namorar cedo e fica muito em casa, ela é muito caseira. Eu sou separada do pai da Alecrim, eu fiquei com medo de falar ainda com ele, não sabe até hoje. (mãe da Alecrim)

Para desvelar o conteúdo do discurso dessas adolescentes grávidas, é essencial entendermos não só a transmissão de gerações, ou seja, a memória, mas também o próprio discurso. ²⁵¹ A fala desses adolescentes “meninos” e “meninas” estão compostas por ideias gerais, por pontos de vista seus e de outrem, por anotações, apreciações de outros e deles próprio, revelando seu comportamento e sua cultura. Nela, percebe-se que tanto a maternidade como a paternidade, nessa época da vida, não são vistas por eles como problema.

Dirce Bengel de Paula ²⁵², em tese de doutoramento avalia que

No momento em que a adolescente se agarra ao papel de mãe, parece estar buscando a autoridade e o poder pertinente ao mesmo. A gravidez na adolescência está sendo entendida [...] como um modo de resistência encontrado pela adolescente para contrapor-se à autoridade do adulto [uma forma de] [...] compensar a imagem do adolescente imaturo e dependente através da função materna socialmente valorizada. ²⁵³

²⁵⁰ Entrevista concedida pela mãe de Alecrim, da Unidade de PSF do Joana D' Arc, no dia 18/10/2010 em sua residência em Uberlândia - Minas Gerais.

²⁵¹ BAKHTIN, Mikhail. **Marxismo e filosofia da linguagem**. 5. ed. São Paulo: Hucitec, 1990.

²⁵² PAULA, Dirce B. **O olhar e a escuta psicológica desvendando possibilidades: o vínculo saudável entre a adolescente mãe e seu filho**. 1999. Tese (Doutorado em Psicologia Social) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 1999.

²⁵³ Ibidem, p. 57.

Essas considerações confirmam o que se constatou neste trabalho: para muitas adolescentes a gravidez faz parte de seus projetos de vida, não sendo nem irresponsável, nem accidental.

Para tanto, se deve entender a maternidade e a paternidade não como algo natural, mas como uma construção cultural que, determina um modo específico de relacionamento entre o que já é conhecido, experimentado como passado e as possibilidades que se lançam ao futuro como horizonte de expectativas.

Anteriormente, tanto a maternidade como a paternidade na adolescência eram tidas como ato natural e aceitável pelos padrões socioculturais. Hoje, para os padrões socioculturais da sociedade contemporânea, isso não cabe na fase da adolescência. O cenário do homem e da mulher adolescentes no mundo contemporâneo mudou muito. As mulheres, principalmente depois da década de 1960, com a revolução da pílula e os movimentos feministas, tomaram consciência do mundo público, de si e do seu corpo, rompendo definitivamente com o modelo androcêntrico imposto pelos homens. Cabe ressaltar que essas meninas são frutos desse movimento e têm consciência de si e de seu corpo. Por outro lado, o homem moderno, fruto dessa transformação feminina, perde um pouco seu lugar, e que o deixa liberto para a construção de si próprio.

Mas hoje o que observamos nas entrevistas obtidas nos bairros da periferia de Uberlândia é que esses adolescentes são criação de si, estando na base dessa criação à cultura e os comportamentos socialmente apreendidos, que podem se evidenciar em uma reforma ou reafirmação do passado. Vive-se atualmente uma intensa transformação social, mudando-se a perspectiva de vida de homens e mulheres e, por consequência, dos adolescentes. A sociedade contemporânea impõe para os adolescentes a função social e cultural de se dedicar exclusivamente aos estudos e à profissionalização, garantindo desse modo um futuro de sucesso, tendo a maternidade ou paternidade como algo coadjuvante no processo de construção social e cultural. Mas, para esse grupo de adolescentes estudados em cujo vocabulário impera o verbo “faltar” (ser pobre e excluído socialmente), a maternidade ou paternidade se mostra como fonte de crescimento pessoal e social. Ou seja, para quem não tem nada, a perspectiva da maternidade e da paternidade carrega a possibilidade de ter, de construir coisas, como um quarto, um lar. Portanto, entende-se que as falas desses adolescentes “meninos” e “meninas” é um diálogo íntimo que, longe de estar no meio sociocultural em que vivem, seja qual for, se refletirá num futuro no qual terão que enfrentar a realidade da vida trazendo consigo responsabilidades. É necessário deixar claro que o

intelecto (geração/ consciência /memória)²⁵⁴ de cada um mostra a diferença entre as pessoas, podendo ter soluções quanto, a saber, ou não o que fazer no caso de querer ou não a gravidez.

Vê-se assim, o quanto é importante a consciência (memória)²⁵⁵ de tudo que se faz, que se planeja. Conduzir um ato sexual com consciência e planejamento depende do que foi aprendido ao longo do tempo, do que foi passado por gerações. A vida de um ser para ser gerado está no ato de compromisso de passado para recuperação futuro. Deve ser lembrado com serenidade o que foi transmitido por gerações e, conseqüentemente, a memória. O sentimento deve ser a válvula principal desse mecanismo.

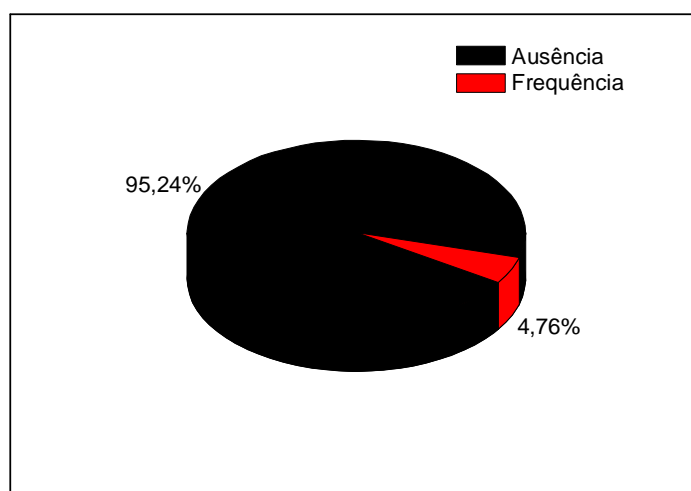
Portanto, o diálogo desses adolescentes envolve diversos fatores e é necessários pensá-los de uma forma mais abrangente com uma equipe multidisciplinar. E os programas de prevenção atualmente existentes não deveriam se a ter só aos meios de precaução, mas compreender melhor os processos históricos e dialógicos que refletem os embates presentes dentro desses que geram esse problema.

Relacionando tudo isso às políticas públicas em Uberlândia que visam à prevenção a gravidez na adolescência, percebe-se que as pessoas reescrevem velhas histórias, transformando-as em novas e, desse modo, essas políticas não conseguem abarcar a diversidade da população mais carente, o que é mostrado no Gráfico 16.

²⁵⁴ Conferir sobre geração/ consciência /memória: LE GOFF, Jacques. **História e memória**. Tradução de Bernardo Leitão et al. Campinas, SP: Ed. Unicamp, 1990; RICÉUR, Paul. **La mémoire, l'histoire, l'oubli**. Paris: Le Seuil, 2000.

²⁵⁵ Conferir sobre memória SEIXAS, Jacy Alves de. Percursos de memórias em terras de história: problemáticas atuais. In: BRESCIANI, Stella; NAXARA, Márcia (Org.). **Memória e ressentimento**: indagações sobre uma questão sensível. 2. ed. Campinas, SP: Ed. Unicamp, 2009. p. 37-58; SEIXAS, Jacy Alves de. Tempo e espaço eu confundo... tropeços de memórias e histórias. In: SEIXAS, Jacy; CERASOLI, Josianne (Org.). **UFU, ano 30: tropeçando universos** (artes, humanidades, ciências). Uberlândia: Edufu, 2008. p. 17-27; VISENTINI, Carlos Alberto. **A teia do fato**: uma proposta de estudo sobre memória história. São Paulo: Hucitec, 1997; BOSI, Ecléia. **Memória e sociedade**. Lembrança dos velhos. São Paulo: T. A. Queiroz: Edusp, 1978; LE GOFF, 1990; RICÉUR, 2000.

Gráfico 16 - Frequência de consultas nas unidades de saúde antes da gravidez



Fonte: Dados retirados das entrevistas realizadas pela autora de maio a dezembro de 2010.

Mesmo com a formulação de programas bem intencionados que proporcionam uma nova visão tanto para o serviço quando para os profissionais de saúde, desvinculando a figura feminina do olhar restrito de mulher-mãe, a representação social da maternidade e/ou paternidade na comunidade estudada ainda se apresenta de forma bem significativa para esses adolescentes. A gravidez na adolescência pode constituir uma forma de controle de si mesmo e de seu corpo contra os ideários estabelecidos para essa idade pelas políticas públicas e pelo saber médico sobre a maternidade na adolescência. Foucault²⁵⁶, em “O cuidado de si”, debate a questão do *corpus* do saber e das regras estabelecidas pela medicina que formam a base para uma política pública. Essa política define maneiras de viver e de ser, consigo e com seu corpo. Ao refletir sobre que influência têm as políticas públicas para essa população, percebo que não abarcam sua diversidade cultural, de gênero, crenças e raças, pois, para esses adolescentes, a criação de uma família pode ser estratégia de sobrevivência num grupo social em que drogas e prostituição são caminhos frequentes, em que não há perspectiva de futuro melhor. A tornar-se mãe ou pai é sair da violência e do ambiente familiar conturbado, é criar uma família, significando possibilidades outras de enfrentamento da vida e, assim, de um futuro talvez melhor que o de seus pais, amigos e familiares.

Após a análise dessas falas, constata-se que políticas públicas não podem ser impostas de cima para baixo. Se não considerarem a diversidade socioeconômica e cultural entenderão

²⁵⁶ FOUCAULT, Michel. **Cuidado de si**. 9. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1985a.

o ser humano e, por conseguinte, as redes de poder. Retomando á frase de Certeau²⁵⁷, “O cotidiano se inventa com mil maneiras de caça não autorizada”, percebo que as pessoas rearranjam certos elementos dentro de um quadro geral de ordem e dominação. Trata-se de uma quebra da lógica dominante, não só do saber médico, mas também do saber institucionalizado, nos hospitais, escolas e sociedade. Segundo o autor, a vida e as adolescentes parecem se reapropriar das falas dos profissionais de saúde, governos federal, estaduais e municipais que implementam as políticas públicas para reescrever o contato com o outro (interlocutor) numa rede de lugares e relações, o que ele denomina de astúcia, ou seja,

*[...] Mais urgente ainda é descobrir como é que uma sociedade inteira não se reduz a essa vigilância: que procedimentos populares jogam com mecanismos da disciplina e não se conformam com ela e não se alterá-los. Essas “maneiras de fazer” constituem as mil práticas pelas quais usuários se reapropriam do espaço organizado pelas técnicas da produção cultural. Estas astúcias compõem a rede de uma interdisciplinaridade*²⁵⁸

Ampliar a voz desses adolescentes que têm sua palavra ignorada ou minimizada é entender o sentido do uso dessas estratégias e táticas para burlarem o sistema previamente instaurado pela sociedade contemporânea. Entendo que escapar da regra de dominância é para eles um ato heróico na tentativa de reverter às relações de poder, de ter o domínio de si próprio.

Para Perrot²⁵⁹, devemos atribuir importância aos “dispositivos” e à visibilidade do espaço, aos jogos de poder infiltrados nos mínimos arranjos do cotidiano. Temos que apreender que a sociedade traduz a gravidez na adolescência como um problema ou erro que deve prevenido a todo custo, através das políticas públicas e cartilhas do Ministério da Saúde, mesmo que fala das adolescentes se opõem a esses ideários. Igualmente analiso que a voz dos adolescentes que desejam a gravidez na adolescência não pode ser abafada, e sim entendida para que possamos evoluir na compreensão do sentido que isso tem no século XXI.

Michelle Perrot²⁶⁰ enfatiza “nunca um sistema disciplinar chega a triunfar”. Avalio que a sociedade é pluralista, que ela se apropria do conceito, recria, reelabora outros conceitos e esta reelaboração acontece a partir das estratégias e táticas do jogo de poder que essas meninas e meninos utilizam para burlar o saber institucionalizado. As contradições políticas

²⁵⁷ CERTEAU, Michel de. **A invenção do cotidiano**: artes de fazer. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 1996.

²⁵⁸ Ibidem.

²⁵⁹ PERROT, Michelle. Mil maneiras de caçar. **Projeto História**: Revista do Programa de Estudos Pós-Graduação em História, São Paulo, n. 17, p. 55-61, nov. 1998.

²⁶⁰ Ibidem.

da história em relação à gravidez na adolescência devem ser entendidas dentro do curso do tempo histórico.

Dirce Bengel de Paula²⁶¹, em sua dissertação de mestrado e tese de doutoramento, também problematizou o discurso especializado que tende a normatizar e patologizar o evento da gravidez entre adolescentes. Segundo essa autora, a culpa é colocada na adolescente, na gravidez inconsequente, fruto do não planejamento, que a leva a experienciar uma vida de riscos sociais - abandono da escola, menor chance de qualificação profissional, dependência econômica da família ou do pai da criança, maior número de filhos, casamento precoce, separação, abandono - o que leva a um maior empobrecimento da adolescente e da família. O necessário, entretanto é despatologizar a gravidez na adolescência, entendem, não como um ato inconsequência, mas, sim, como ato de extremo controle e de mudança de curso de vida, apreendendo que a maternidade e paternidade para a população deste estudo a encara como saída digna para alcançar uma vida melhor, dentro das suas possibilidades.

Desse modo, percebe-se que os atendimentos globais ao bem-estar dos adolescentes requerem atenção permanente nos aspectos ligados à sexualidade. O papel do médico, os programas de atenção à saúde são de importância fundamental nesse contexto, exigindo uma formação mais abrangente, não mais havendo espaço para a abordagem exclusivamente clínica, sem levar em consideração os aspectos psicossociais, culturais e históricos que compõem o indivíduo e determinam assim seu estado de bem-estar.

²⁶¹ PAULA, Dirce B. **Gravidez na adolescência**: estratégias de inserção no mundo adulto. 1992. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 1992; PAULA, 1999.



CAPÍTULO 3

AS REPRESENTAÇÃO DA GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA: FAMÍLIA E PROFISSIONAIS DE SAÚDE



Fotos sobre família e profissionais da saúde.

Fonte: Autor desconhecido. 1 foto, color. Disponível em: <<https://encrypted.google.com>>. Acesso em: 30 ago. 2011.

3 AS REPRESENTAÇÕES DA GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA: FAMÍLIA E PROFISSIONAIS DE SAÚDE

3.1 Construção da família

Ao analisar os discursos dos familiares de uma adolescente grávida, me deparei com algo inesperado: a “aceitação” como algo natural, muitas vezes visto como saída digna para aquisição de responsabilidade e qualidade de vida. Levando em consideração a falta de perspectiva de vida desses familiares, o que me impulsionou a escrever este capítulo foi entender o significado que tem, para eles, a gravidez na adolescência, que é diferente do conferido pela sociedade e pelo saber médico institucionalizado. Portanto, entender a construção da família é essencial para apreender a pluralidade desse significado e a dissonância entre a fala dessa população e a dos profissionais da área de saúde.

Para compreender a família nuclear, tal qual a concebemos hoje em dia, temos que nos remeter a três fases na história da família ocidental, todas diretamente ligadas “à trajetória da mulher e suas conquistas: a primeira, que vai até o final do século XVIII, chamada de *família tradicional*, que tinha como principal função a manutenção e transmissão do patrimônio e a prática comum de um ofício, passado através das gerações, não tendo função afetiva”²⁶² Como base na teoria monarquista do Direito Divino, o homem era autoridade máxima no lar, pois a família deveria agir em obediência à palavra de Deus, que ordenara o mundo de tal forma, imutável e dogmática, que cabia às mulheres apenas obedecer e servir.²⁶³

A vida sexual e afetiva feminina era desconsiderada, mesmo porque os casamentos, para fins de manutenção e transmissão do dote, aconteciam em idade muito precoce e a mulher era apenas um instrumento da família para manutenção de riqueza e poder.²⁶⁴

Assim como na religião, na família perpetuava a soberania do homem de forma tão inquestionável que, se a mulher se comportasse de forma diferente do que era esperado, ou seja, algo além do servir e procriar, poderia ser condenada nos tribunais da inquisição como *bruxa* ou *feiticeira*, e, para tanto, o poder patriarcal mantinha sob forte vigilância o comportamento das filhas e esposas. O prazer sexual ou qualquer outro desejo, como estudar ou trabalhar, não eram sequer considerados.²⁶⁵

²⁶² ROUDINESCO, E. **A família em desordem**. Rio de Janeiro: J. Zahar, 2003.

²⁶³ ARIÉS, P. **História da criança e da família**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1978.

²⁶⁴ Ibidem .

²⁶⁵ Ibidem.

Ainda que o modelo de família tradicional tenha entrado em decadência no final do século XVIII, a soberania paterna e a submissão feminina não perderam seu lugar até o fim do século XIX, tendo sobrevivido inclusive às profundas mudanças sociais que as revoluções Francesa e Industrial impuseram à Europa.²⁶⁶

Um segundo período da evolução da família data do final do século XVIII até metade do século XX, quando a família entra em sua fase de “*amor romântico*”, ou seja, as relações passam a ser pautadas nos sentimentos e na sexualidade, sendo legitimadas pelo matrimônio, iniciando um lento processo de dessacralização da instituição familiar e valorização da mulher. Com isso, a educação dos filhos passa a ser também obrigação do governo e o poder patriarcal absoluto inicia sua decadência.²⁶⁷

O Estado entra nos lares e começa a substituir, aos poucos, o poder do homem em várias de suas atribuições a fim de obter maior controle social. Consequentemente, o domínio do marido deixou de ser absoluto e a dependência da mulher a ele passaria a ser questionada, uma vez que o homem deveria ser *justo*, valorizando a esposa, a fim de responder ao lema de Igualdade e Fraternidade do novo Estado Burguês.²⁶⁸ Como foi relatado no capítulo anterior, o movimento do Estado associado à saúde gerou o que os estudiosos (as) chamam de movimento higienista.

São claros, portanto, os efeitos da Revolução Francesa, destituindo a Monarquia e abolindo o Direito Divino, com suas repercussões na estrutura da família nuclear e decadência do poder patriarcal. Soma-se a isso o advento da Revolução Industrial, que gerou a necessidade de maior mão de obra masculina nas fábricas, contribuindo para o processo de fortalecimento do papel da mulher dentro e fora de casa, criando uma divisão do trabalho entre o Governo e os homens, na esfera pública, e entre homens e mulheres, na esfera privada.

Nessa nova fase, o casamento é sustentado pela afetividade e durará apenas enquanto essa existir, possibilitando a entrada em cena do divórcio, adotado oficialmente na França a partir de 1884, e fortalecendo o papel da mulher no lar.²⁶⁹ Outra mudança que a nova ordem familiar traz diz respeito aos direitos dos filhos a ter uma família, fossem eles legítimos ou não. De tal modo, cria-se o instrumento da *maternidade adotiva*, pela qual filhos adotivos eram criados por famílias substitutas lideradas por mulheres, descasadas ou mesmo solteiras e passavam a gozar dos mesmos direitos da prole natural.

²⁶⁶ CARNEIRO, Alberto. **A trajetória da família ocidental e a maternidade lésbica**. 3 jul. 2007. Disponível em: <<http://albertocarneiro.wordpress.com/2007/07/03/a-trajetoria-da-familia-ocidental-e-a-maternidade-lesbica/>>. Acesso em: 10 out. 2011.

²⁶⁷ Ibidem.

²⁶⁸ Ibidem.

²⁶⁹ CARNEIRO, 2011.

Sob influência da psicanálise e da própria modernidade, surge, na segunda metade do século XX, a *família contemporânea*, ou *pós-moderna*. Os divórcios aumentam, a autoridade paterna é questionada em todos os seus aspectos, a sexualidade da mulher é mais respeitada e o casamento passa a ter sentido somente na medida em que há uma busca pelo prazer e pela completude em ambos os sexos, desfazendo-se quando isso não mais existir. Isso implica, como já dissemos, na desvinculação entre o prazer sexual e a procriação, dando mais poder à mulher e abrindo as portas para arranjos familiares os mais diversos, entre eles o homossexual, que, com a instituição da adoção e das técnicas de inseminação artificial, abre caminho para o direito à maternidade homossexual (masculino e feminino)²⁷⁰.

Hoje em dia, o casamento se transformou, sobretudo, no espaço simbólico da sexualidade socialmente reconhecida. Essa é a razão para qual os novos arranjos familiares com orientação homossexual e a própria homoparentalidade são tão criticados pelos setores mais conservadores da sociedade, já que, na atualidade, não é a consumação do ato sexual, mas, antes, o consentimento entre as partes que constitui a substância dessa instituição.

Recapitulando, vimos que, com a pílula anticoncepcional e a saída da mulher para o mercado de trabalho, essa alcança maior independência econômica, passando a não aceitar ser dependente do marido. Por outro lado, seu tempo para os filhos encurtou e sua relação com eles se modificou: muitas funções são hoje delegadas à escola e às babás e ela se preocupa em melhorar a qualidade do tempo que passa com os filhos. Uma consequência disto foi o aumento de casamentos em que os cônjuges vêm de outros casamentos, já com filhos, e a desconstrução do “modelo ideal” de família nuclear, ou seja, mãe, pai e filhos dessa relação.

Desse modo, no decorrer da existência da humanidade, a formação dos agrupamentos sociais desencadeou o surgimento de determinadas estruturas que se inseriram e se fundamentaram, exatamente, na necessidade do ser humano de viver em grupo. As chamadas instituições – assim denominadas por instituírem leis e normas que, se estabelecem em caráter social – formam a estrutura básica da sociedade e da família. Tal estrutura é responsável pela formação intelectual e cultural do indivíduo, que, enfim é responsável pela formação de costumes e tradições de uma comunidade, que por sua vez é responsável pela formação da identidade cultural de uma determinada sociedade.

O ser humano é notadamente uns dos animais mais frágeis nos períodos que precedem a idade adulta. Proporcionalmente à expectativa de vida, a infância do homem é bem extensa e durante esse período o ser humano está completamente vulnerável. Somente perto de seus

²⁷⁰ CARNEIRO, 2011.

dois anos o homem começa a desenvolver a capacidade de se alimentar sozinho, por exemplo, necessidade básica para sua sobrevivência, mas a verdadeira busca pelo alimento ainda está bem distante nessa fase. Entretanto, não muito diferente dos outros animais, o ser humano necessita de uma estrutura que forneça proteção enquanto sua cria não é capaz de se defender e sobreviver com seus próprios meios. A família, enquanto instituição de afeto, espaço privado e manutenção do patrimônio, se encarrega dessa função.²⁷¹

A instituição família é, *a priori*, responsável por salvaguardar sua cria, não apenas alimentando-a, como também protegendo-a de possíveis males externos e danos à saúde. A segurança da família deve possibilitar que o então indefeso ser desenvolva habilidades que futuramente possibilitem gerar segurança às suas próprias crias. Particularmente no ser humano, esse sentido de proteção é tão arraigado que, mesmo na fase adulta, o homem se sente mais seguro no seio de sua família. Em todo o reino animal é possível perceber o instinto de proteção comum aos laços de família. É na família que nos apoiamos.²⁷²

Outra importante responsabilidade da família enquanto instituição é a formação do sentido de afeto. Na infância, a partir da sensação de aceitação do filho e cuidado dos pais, o homem desenvolve o sentido de afeto por coisas e pessoas. A incondicionalidade dos pais frente às necessidades de seu filho é a construção e o fortalecimento desse afeto. Com o passar dos anos o afeto é responsável pelo desencadear do respeito ao próximo, a possibilidade de uma disciplina social e a formação dos interesses, que servirão para pontuar prioridades e traçar objetivos no futuro. São comuns traumas de infância no seio da família por gerarem distúrbios responsáveis pela construção de um ser humano perigoso para o convívio social. É na família que nos humanizamos.²⁷³

Conforme Buscher a instituição família é responsável também pela formação do sentido de patrimônio, muito mais do caráter do que no significado material. Como primeira instituição pedagógica, ela desenvolve a ideia de patrimônio em sua cria, e nela própria se fomenta. O patrimônio é a formação do caráter, que se constrói na referência da cria em seus criadores, isto é, o filho que quer ser como o pai, pelo respeito e afeto que tem por ele. É na família que nos espelhamos.²⁷⁴

A família também tornou-se alvo das atenções no debate político-social, o que se evidencia pelo fato de o contexto familiar ser a base das estratégias para a condução de

²⁷¹ BUCHER, Júlia S. N. F. O casal e a família sob novas formas de interação. In: FÉRES-CARNEIRO, T. **Casal e família**: entre a tradição e a transformação. Rio de Janeiro: Nau, 1999. p. 82-95.

²⁷² Ibidem.

²⁷³ Ibidem.

²⁷⁴ Ibidem.

políticas públicas. Dessa forma, a demanda para compreender os atuais arranjos familiares e os sentidos atribuídos a cada uma das configurações norteia muitas das inquietações acadêmicas que pretendem auxiliar na construção de programas e projetos sociais que compreendam a família como foco das atenções para a construção do bem-estar humano.²⁷⁵

De acordo com Sarti²⁷⁶, a discussão sobre a concepção de família no século XXI “implica a referência a mudanças e a padrões difusos de relacionamentos. Com seus laços esgarçados, torna-se cada vez mais difícil definir os contornos que a delimitam”. Para a autora, a ideia outrora sustentada de que a família é regida como elemento natural, baseado apenas no aspecto biológico, não consegue mais se sustentar, pois fica evidente que as configurações familiares se constituem diante de cada contexto histórico específico.

Para fundamentar o quanto as configurações familiares se organizam em torno de contextos sócio-históricos, a referida autora recupera alguns eventos sociais que repercutiram diretamente na constituição familiar, como a revolução industrial, por exemplo, que estabeleceu a distinção entre o universo do trabalho e o âmbito familiar, configurando, assim, a dimensão privada da família. Também ressalta o quanto o trabalho remunerado da mulher e a popularização da pílula anticoncepcional modificaram os arranjos familiares.²⁷⁷ Ainda Jurandir Freire Costa²⁷⁸, mostra em sua pesquisa como a própria casa vai se transformando por dentro. De espaços públicos (sala), ela se redefine e cria também os espaços privados (quartos, salas de banho, etc).

Ainda, segundo Sarti²⁷⁹ alguns documentos do âmbito jurídico ajudaram a questionar a concepção naturalizada da família, como a Constituição Federal de 1988 e o Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA, que instituíram mudanças referentes à concepção de família, como o fim da chefia suprema masculina nas decisões familiares, tornando o relacionamento conjugal uma sociedade de direitos entre homens e mulheres. Tais documentos também deram fim à diferenciação entre filhos legítimos e ilegítimos, afirmando a possível diversidade de arranjos familiares, e passaram a considerar a convivência familiar como um direito da

²⁷⁵ ACOSTA, A.; VITALE, M. Apresentação. In: ACOSTA, A.; VITALE, M. (Org.). **Família: redes, laços e políticas públicas**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2003. p. 11-12; PETRINI, J. C. Mudanças sociais e mudanças familiares. In: PETRINI, J. C.; CAVALCANTI, V. R. S. (Org.). **Família, sociedade e subjetividades: uma perspectiva multidisciplinar**. Petrópolis: Vozes, 2005. p. 29-53.

²⁷⁶ SARTI, C. **A família como espelho**. Um estudo sobre o mural dos pobres. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2007.

²⁷⁷ SANTOS, M. F. S.; NOVELINO, A. M.; NASCIMENTO, A. P. O mito da maternidade: discurso tradicional sob roupagem modernizante? In: MOREIRA, A. S. P. (Org.). **Representações sociais**. Teorias e práticas. João Pessoa: EDU, 2001. p. 269-293.

²⁷⁸ COSTA, Jurandir Freire. **Ordem médica e norma familiar**. Rio de Janeiro: Graal, 1983.

²⁷⁹ SARTI, 2007.

criança e do adolescente, fundamentando uma legislação que orientasse a vida familiar diante dos casamentos desfeitos.

Na análise evolutiva da família, verificamos que, de uma estrutura de hierarquia, a família tende para uma estrutura de igualdade²⁸⁰. Essa modificação fundamentou-se, inicialmente, na questão do poder. Na organização hierárquica, o homem detinha o poder de mando, controlando todos os membros da família, a qual se apoiava no poder econômico daquele. À mulher cabia o espaço doméstico, onde exercia seu poder, mas permanecendo à sombra do dono da casa, senhor absoluto. Somente em 1943, segundo a legislação brasileira, a mulher casada passou a ter o direito de trabalhar fora de casa sem a necessidade da autorização do marido, desde que esse não pudesse prover sua subsistência ou a de seus filhos.²⁸¹ Nesse viés, Eni Mesquita Samara²⁸² analisa como as histórias de vida das mulheres paulistas se entrecruzam com a circulação de riqueza e o nascimento das vilas nas capitâncias paulistas permitindo reconstruir as conexões possíveis entre o público e o privado, de modo que as suas histórias seriam precursoras da modernidade.

Portanto a sexualidade do casal era vivenciada de forma diferente: o homem tinha uma liberdade sexual ampla e estimulada, enquanto a mulher devia manter-se fiel ao marido. Até há pouco tempo, as mulheres não tinham autonomia. No início do século XX, era frequente as mulheres serem analfabetas, tendo adquirido direito ao voto somente em 1934. Em 1960, a mulher era considerada relativamente capaz e somente em 1962 o Estatuto da Mulher a tirou dessa condição no Brasil²⁸³.

Os valores familiares estavam fundamentados no desempenho profissional do homem, na parte econômica e nas qualidades morais. O indivíduo era considerado em relação aos êxitos que sua família conquistava, centrando-se nessa o foco das atenções.

Nas famílias hierarquizadas havia um posicionamento distante nas relações entre pais e filhos, mantido por ambas as gerações, justamente para se firmar a hierarquia entre os membros da família. Os assuntos familiares importantes eram tratados entre os pais sem a presença dos filhos. A aproximação física como manifestação de afeto era resguardada e contida. A aproximação constava de rituais formais e distantes para confirmar o respeito dos

²⁸⁰ VAITSMAN, J. **Flexíveis e plurais**: identidade, casamento e família em circunstâncias pós-modernas. Rio de Janeiro: Rocco, 1994.

²⁸¹ Ibidem.

²⁸² SAMARA, Eni de Mesquita. **Mulheres pioneiras**: histórias de vida na expansão do povoamento paulista. São Paulo: Universidade de São Paulo, [2001].

²⁸³ GUIMARÃES, Marilene. A família na atualidade: de que família estamos falando? In: ENCONTRO GAÚCHO DE TERAPIA FAMILIAR, 3., 2001, Porto Alegre. **Anais...** Porto Alegre: AGATEF, 2001. p. 8-19.

filhos pela posição dos pais. Nessa mesma época os maridos eram chamados de “senhor” pelas esposas.

Após as duas guerras mundiais e a revolução industrial, a família, nas décadas de 1950 e 1960, passou por modificações acentuadas. Houve maior incentivo em privilegiar o indivíduo, com seus valores e capacidades, em detrimento de sua posição social, gênero ou idade. A família de características hierarquizadas foi se estruturando como uma instituição em que os conceitos de igualdade passaram a predominar, contribuindo para isso o surgimento de uma nova perspectiva sobre as questões de gênero. A família moderna, após a industrialização, passou a ter maiores possibilidades de se constituir pela livre escolha dos cônjuges, fundamentada no amor conjugal.²⁸⁴

Passou-se a dar mais importância à realização pessoal na união conjugal, tendo o afeto, muitas vezes, o poder de direcionar as decisões pessoais. As diferenças de gênero do casal são mantidas, com suas atribuições específicas. As relações entre os membros do casal tornaram-se mais equilibradas relativamente às questões do exercício de "mando". Houve uma reformulação dos papéis masculino e feminino na relação conjugal, o que propiciou o surgimento de novos modelos de comportamento para ambos os gêneros, tendo os movimentos feministas contribuído de forma significativa para que isso ocorresse.

Após o surgimento da pílula anticoncepcional, na década de 1960, a mulher pôde ter poder sobre seu próprio corpo, foi capaz controlar a procriação de forma mais segura, permitindo-se maior liberdade sexual, o que também lhe possibilitou conquistar novos espaços fora de casa e entrar no mercado de trabalho²⁸⁵. A sexualidade passou a ser percebida com maior naturalidade e a questão da fidelidade tornou-se um compromisso compartilhado pelo casal, porém com mais possibilidades de ser rompida por ambos os cônjuges, tornando as uniões menos duradouras.

Vários aspectos foram transformados ou conquistados, como a busca por decisões compartilhadas, não somente sobre questões relativas aos filhos, mas também nas atividades administrativas e financeiras. Os direitos e deveres, gradativamente, foram se tornando recíprocos.

As relações entre pais e filhos modificaram-se, passando a haver maior possibilidade de diálogo entre as gerações, com expressões de afeto mais explícitas.

Em seu processo evolutivo, a família também se modificou quanto ao número de membros pertencentes ao sistema: de uma família extensa do início do século XX, em que

²⁸⁴ HINTZ, H. C. Novos tempos, novas famílias. **Pensando Famílias**, Porto Alegre, v. 3, p. 8-19, 2001.

²⁸⁵ BUCHER, 1999; VAITSMAN, 1994.

conviviam pais, filhos, parentes por consanguinidade ou por afinidade e empregados, passou a ser, na segunda metade desse século, uma família denominada nuclear, no qual, preferentemente, convivem pais e filhos. Devido a questões sociais e econômicas, o modelo anterior foi se transformando e predominando a configuração na qual apenas os pais responsabilizam-se por seus filhos, diminuindo a rede de apoio da família extensa. Fatores emocionais e culturais também contribuíram para que a família privilegiasse esse tipo de configuração, resultando em maior distanciamento das famílias de origem.²⁸⁶ Essa nova família passa a habitar sozinha um espaço, o que permite estabelecer uma separação adequada em relação as famílias de a origem, com as quais deve manter relações afetivas, mas não de dependência, procurando evitar interfiram em suas decisões.

Sem dúvida, diversos fatores externos ao grupo familiar advindos das modificações cultural e econômica, do desenvolvimento tecnológico, de novos valores sociais e religiosos levaram à modificação da estrutura familiar, provocando nos indivíduos a necessidade de se adequarem internamente reformulando seus valores familiares e individuais. Evidentemente, as famílias não se apresentam de forma tão clara em suas características. Não podemos deixar de considerar que o relacionamento humano é permeado de emoções, vontades, decisões que nem sempre são diretamente aceitas pelo outro. Conforme Laing²⁸⁷, o indivíduo pertencente a um núcleo familiar possui uma vida intrapsíquica que lhe confere características particulares, que podem estar em desacordo com a maneira de ser de outro membro de sua família. Justamente por existir a subjetividade é que o relacionamento humano torna-se tão rico e envolvente, conferindo ao sistema familiar características próprias. Referindo-se às relações entre os membros de uma família Laing²⁸⁸, escreve: [...] “a família com estrutura fantástica, determina entre os membros de uma família relações de tipo diferente das de pessoas que não partilham a mesma interiorização. A família não é um objeto interiorizado, mas sim um conjunto de relações que foi interiorizado.” Esse conjunto de relações forma padrões que se integram ao subjetivo do indivíduo, que vem a desenvolver e assimilar um sentido de grupo.

Dessa forma, a família não é a única responsável pela formação do indivíduo, mas é a primeira. É aquela que constrói alguém que continuará se reconstruindo. O desenvolvimento humano necessita de uma evolução cadenciada, pela qual, a cada etapa superada, uma nova é alcançada. E quem não passa por essas etapas? E quem não tem uma família? Como se sentir

²⁸⁶ BUCHER, 1999; VAITSMAN, 1994.

²⁸⁷ LAING, R. D. **A política da família**. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1983.

²⁸⁸ Ibidem.

seguro sem a família? Como sentir afeto sem o afeto da família? Como construir um caráter sem referência de caráter?

3.2 Famílias pobres e gravidez na adolescência

Como já mencionado, pensar família é observar as inúmeras mudanças sociais pelas quais ela passou, processo que nos leva a repensar, o seu lugar e sua importância na sociedade atual, principalmente para a população carente que, em geral, a tem desagregada. Isso nos leva a refletir como os seus filhos buscam referência dela. Os depoimentos colhidos nesta pesquisa revelam que a construção de uma nova família para os adolescentes passa pela gravidez juvenil, significando a procura do novo. É a alternativa por eles encontrada para se sentirem seguros no mundo de “caos” onde estão inseridos. É o começo de uma nova etapa, que talvez tenha sido pulada ao longo de sua infância e /ou adolescência pela falta de uma figura paterna ou materna em suas vidas.

Assim, ao lado das muitas transformações do mundo, a família em geral vem se transformando e muitos valores foram alterados. A mulher ganhou espaço e força no mercado de trabalho, ocupando-se de diversas coisas além da casa, dos filhos e do marido. O homem deixou de ser apenas o provedor da família e pôde assumir com mais liberdade seus afetos, seus sentimentos, além disso, compartilhar como a sua companheira atividades que antes eram tidas como femininas.

E, desse modo, a família como um todo se transformou. O casamento, antes considerado necessário e algumas vezes obrigatório, perde sua força. Mas essas transformações são sentidas de forma, parcial pelos segmentos sociais mais carentes, pois, assim como o casamento obrigatório, neles ainda perdura a mãe cuidadora do lar, mantendo-se no ambiente privado (lar), e o pai, provedor desse lar, se mantém no meio público (trabalho). Muitas vezes o casamento e a gravidez na adolescência aparecem como uma forma de salvação para a vida fora da marginalidade, como mostra a mãe²⁸⁹ de duas adolescentes grávidas:

[...] Eu tive o meu 1º filho com 19 anos. A Cravo Branco tem 19 anos, era muito custosa, teimosa e não me obedecia, ficava a madrugada da toda na rua, só voltava de manhã cedo. Ficava na bagunça, balada, era muito revoltada. Eu falava com ela e ela me xingava e saía de novo. Aí depois que ela teve os meninos dela, ela aquietou. Eu sempre falei para minhas meninas: toda gravidez é abençoada. Eu sempre preferi que elas

²⁸⁹ Entrevista concedida pela mãe de Cravo Branco e Cravo Vermelho, da Unidade de PSF do Canãa II, no dia 1/11/2010 em sua residência em Uberlândia - Minas Gerais.

arrumassem um filho do que uma doença. Então filho é uma luta na vida de um ser humano, e foi assim na vida da Cravo Branco, os meninos na vida da Cravo Branco foi uma benção, pois ela melhorou muito. A Cravo Branco tem jeitão grosso, mas é assim mesmo, aí ela não faz mais as coisas que antes ela fazia, ela já pensa no que vai fazer por causa dos meninos. Ela amadureceu muito. Minha outra filha a Cravo Vermelho tem 17, sempre foi mais tranquila, as duas são maravilhosas, mas a Cravo Branco, depois que completou de 13 para 15 anos, ela mudou muito, foi morar com minha mãe e lá engravidou do primeiro filho dela, aí passou a gravidez dela lá. Depois, quando teve filho, veio morar aqui de novo comigo. Aí quando o menino estava com 3 meses de vida, ela o deixou comigo. Hoje ele está com 1 ano e meio e ela foi morar com a avó de novo. Aí enrolou com um rapaz, foi morar com ele, mas não deu certo. Voltou para casa de novo, mas já estava grávida do segundo que está hoje com 17 dias, e está aí até hoje. Ela não pensa em casar, diz que casamento é só sofrimento. Minha outra filha, a Cravo Vermelho é casada, tem seu marido e dois filhos, um de 1 ano e outro de 5 meses, é muito tranquila, não me deu trabalho. (Mãe das adolescentes)

A fala da mãe demonstra que a gravidez na adolescência seria a alternativa para a não marginalização e a saída da vida noturna, assim a obtenção de vida melhor, com mais responsabilidade. A gravidez é a forma da mãe conseguir o que não conseguiu com palavras educação/conscientização da filha. Mas isso não significa que os pais concordem com a atitude dos filhos de engravidarem cedo. Seus depoimentos apontam que, a princípio, não querem que os meninos e meninas tenham filhos muito novos, mas, quando o evitável acontece, eles os apoiam e muitos relatam que a gravidez foi de grande valia para que eles adotassem uma vida mais correta.

Assim reagiu a mãe da Camomila:²⁹⁰

[...] Quando recebi a notícia que ela estava grávida foi uma pancada dura, pois eu não esperava. Acho que gravidez da Camomila não foi planejada, mas foi desejada por todos. Ela é minha primeira neta. Para mim acho que agora não era hora de engravidar, mas já que engravidou a gente está junto apoiando, e não sou a mãe melosa, eu já falei eu vou ajudar, mas a filha é dela, a responsabilidade é dela. A gente não tem dinheiro, mas temos amor. Eu casei com 18 anos e tive três filhos, mas hoje eu não vivo com o pai dos meninos. (mãe da Camomila)

Mãe²⁹¹ e Pai de Hortênsia se posicionam sobre o assunto de casamento e constituição de família na adolescência, afirma que, apesar de a menina adquirir mais liberdade com o

²⁹⁰ Entrevista concedida pela mãe de Camomila, da Unidade do PSF do Canãa III, no dia 22/11/2010 em sua residência em Uberlândia - Minas Gerais.

²⁹¹ Entrevista concedida pela mãe de Hortênsia, da Unidade do PSF do Dom Almir, no dia 21/09/2010 em sua residência em Uberlândia - Minas Gerais.

casamento, ou seja, ela torna-se dona do seu nariz e adulta, tanto o casamento como as gravidezes se tornam uma saída e para manter a menina na linha e fora das más companhias.

[...] Eu prendia muito a Hortênsia, ela não saía, agora ela tem mais liberdade. Ela gostava muito da rua, mas eu não deixava, só no final de semana que ela ia para casa de uma amiga, que frequentava a igreja. A T têm ainda que aprender a cuidar de criança, eu só tive três filhos e ela é o caçula. O marido dela é trabalhador, ajuda muito, tem muita paciência. Nós não temos muito contato com família dele pois eles são de Tupaciguara. Nós, quando recebemos a notícia da gravidez achamos bom, pois aqui não tinha nenê, a mais nova ela era. Os outros filhos não são casados, eu falo que ela passou a perna neles, pois tenho um de 22 anos, e o outro de 18 anos, que não casou e ela com 15 anos, já casou e tem filho. O marido da Hortência parece que tem mais idade, pois ele divide as responsabilidades diretinho no que se refere ao cuidado da casa e do filho. Eu fico até admirada, pois como ele é de menor, e ele não pode trabalhar fichado, ele trabalha de servente. Ele não tem vício nenhum e é evangélico. Nós somos todos evangélicos. O único problema é que parece que deu um pouco de diabetes no exame dela, é aí a gente vai precisar ir para Medicina, mas ainda vai comprovar. (Mãe de Hortência)

O pai²⁹² de Hortência confirma as palavras da mãe:

[...] Eu acho que o casamento para Hortência foi uma boa, pois, se ela não tivesse casado, ela poderia estar aí pelas ruas, em má companhia, só aprontando. (Pai de Hortência)

Outro fato que chama a atenção nos depoimentos dos meninos e meninas é que, apesar de muitos deles não terem tido uma família presente, desejam construir algo diferente do que tiveram quando optam por constituir a sua, e muitos deles relatam melhora de qualidade de vida quando essa nova família é construída. Ao referir-se à família, usam as expressões como carinho e união dos pais para caracterizá-la.

Amor Perfeito²⁹³ admite que a responsabilidade da prevenção da gravidez era sua, e que cuidar da criança e do lar também, mas, mesmo assim, destaca a melhora de vida após o casamento e a maternidade:

[...] Eu tenho 16 anos minha filha tem 1 mês de vida e meu marido tem 18 anos. Minha gestação foi tudo bem. Eu resolvi casar com meu marido porque eu gostava dele e não dava muito certo com meu padrasto e, como minha mãe não ia largar dele mesmo, aí resolvi morar junto com meu marido. Todo mundo apoiou e ajudou, minha mãe também apoiou. Assim a

²⁹² Entrevista concedida pelo Pai de Hortência, da Unidade de PSF do Dom Almir, no dia 21/09/2010 em sua residência em Uberlândia - Minas Gerais.

²⁹³ Entrevista concedida pela Amor Perfeito, da Unidade de PSF do Canãa III, no dia 22/11/2010 em sua residência em Uberlândia - Minas Gerais.

gente não planejou a gravidez, foi falta de prevenção, pois era minha responsabilidade a prevenção, eu esquecia de tomar os remédios. Eu me sentia muito sozinha e queria alguém. Aí eu engravidei, mas todo mundo achou bom, minha mãe, minha sogra. É a primeira neta dos dois lados. Ser mãe é ótimo, nunca ameí ninguém assim. Quando ela dorme, eu fico a noite inteira vendo se está tudo bem, por eu ser nova nunca pedi ajuda a ninguém. Não frequentava o posto antes de engravidar. Para mim o que mudou é que eu arrumava a casa antes da gravidez e ficava de boa o dia todo, agora eu tenho que cuidar dela. A vida de casada é melhor que a de solteiro. Agora a gente tem as coisas da gente, a gente sai, nossa vida melhorou. Minha sogra me ajuda muito, quando eu não posso comprar algo, ela me ajuda. Eu cuido da casa e do nenê. Para o futuro eu pretendo trabalhar e estudar e ter nossa casa. Eu quero dar para minha filha o que eu não tive. Eu nunca tive um quarto para mim, às vezes tinha que dividir até a mesma cama com meus irmãos, e nunca tive amor de pai. Agora minha filha tem quartinho dela, tem pai dela. Eu tento não brigar com ele, confio nele e tento harmonizar o lar. O casamento é importante, é uma responsabilidade, pois, se tenho que sair, tenho que deixar o almoço pronto para quando ele chegar do serviço. Para mim isto é uma responsabilidade. A maioria das minhas amigas tem neném. Eu nunca pensei em tirar ela. O difícil de ter filho cedo e só à questão financeira, mas educar é mais difícil. O meu medo é as drogas, o crack. (Amor Perfeito)

Seu marido²⁹⁴ também se pronuncia sobre assunto dizendo que função dele é colocar dinheiro no lar e a da mulher é de cuidar desse lar, e que para ele não mudou muito a vida, pois ele mais trabalha do que fica em casa.

[...] Nós resolvemos morar juntos porque eu gostava dela e ela não dava muito certo com padrasto dela, aí resolvemos juntar. A gente já estava morando na casa juntos uns 4 meses, aí ela engravidou. Sabe, eu comprava os remédios, mas às vezes ela esquecia. Ser pai está sendo bom, para mim não mudou muito a vida não, porque eu não paro aqui, eu vou trabalhar, mas para ela mudou muito. Para mim a vida melhorou depois que eu casei, pois eu não gostava de sair, aí comecei a namorar, aí ficava direto com ela, ou ela dormia aqui em casa ou eu dormia com ela. Aí eu falei: “É melhor a gente ficar junto e ter nossa casa”. Aí a gente casou. A divisão das responsabilidades é o seguinte: eu coloco o dinheiro dentro de casa e as coisas, ela cuida da casa. Eu quero ter nossas coisas. Se você não tiver o apoio da família é muito difícil. Por exemplo, minha mãe ajudou e comprou o carrinho, a mãe dela deu o berço, eu comprei só a cômoda. As roupinhas e fraldas nós ganhamos, se não tivesse isso ia ser muito difícil. (marido de Amor Perfeito)

Muitos meninos e meninas tentam buscar numa nova família o que eles não tiveram na infância: a presença da mãe e do pai e a harmonia do lar. A lógica de vida dessas meninas e meninos é muito diferente da lógica burguesa, pois enquanto o importante para pais e mãe de classe média e alta é dar educação de qualidade, proporcionar atividade complementares,

²⁹⁴ Entrevista concedida pelo marido do Amor-Perfeito, da Unidade de PSF do Canãa III, no dia 22/11/2010 em sua residência em Uberlândia - Minas Gerais.

como ballet, natação, outros cursos como inglês, para a lógica desses meninos e meninas que não tiveram nada dar um quarto e um pai já é um grande avanço, pois as perspectivas de vida são muito diferentes, como se compreende a entrevista de Cacto²⁹⁵. O casamento e a constituição da família jovem, às vezes é fuga da violência e da humilhação existentes em seus lares de origem.

[...] Eu tenho 18 anos, não estudo, sou dona de casa, eu estou de 7 meses. É minha primeira gestação. Sou casada, ele tem 44 anos. Eu moro com minha enteada, ela tem, 2 filhos. Eu estou com ele há 1 ano e dois meses, eu gostava dele, aí eu vim ficar com ele, ele gostou também. Esse filho nunca foi um problema para mim. Eu sou mais passeadeira do que a Rosa. Eu acho que quando a gente é mãe jovem aprender a ter responsabilidade mais cedo. Minha convivência com minha mãe é ruim. Eu saí de Pernambuco e vim para aqui sozinha de ônibus. Eu conheci meu marido pelo celular, aí saí de lá e vim para aqui. Eu não tenho contato com minha mãe. Eu já tinha ficado com rapaz lá em Pernambuco, mas não tinha dado certo. Ele me mandou dinheiro, eu peguei um ônibus e parei aqui em Uberlândia. Aí ele me trouxe para aqui, estou aqui há 1 ano. Não foi paixão não, é que minha vida lá era muito ruim. Meu pai bebia desde quando eu nasci, minha mãe separou do meu pai e eu aprontava muito. Fui morar com rapaz, aí não deu certo. Voltei com meu pai, mas não queria que morasse lá. Fui morar com minha mãe, mas também não deu certo. Aí eu arrumei outro namorado e ela me mandou embora de casa. Aí eu resolvi vir para aqui. Eu nunca tive família. Nós somos 3 filhos e sou a mais velha dos três. Eu tive minha primeira relação com 15 anos. Nunca parei para pensar que eu estou construindo uma família. Para mim família não é importante. Mas eu pretendo dar tudo que eu não tive. Acho que a vida melhorou a convivência. Uma semana antes de vir para aqui minha mãe me bateu no meio da rua, na frente de todo mundo. Foi um horror. (Cacto)

Rosa, enteada²⁹⁶ de Cacto se posiciona sobre o tema

[...] Eu sabia desde o início que ela estava grávida. Eu também engravidei com 13 anos. Eu tenho 4 filhos, A tem 8 anos, W. tem 5 anos e os gêmeos têm 2 anos, mas são de pais diferentes. Meu primeiro marido morreu e meus filhos moram com os avós. Minha mãe teve filho com 19 anos. Eu também saí de casa cedo porque minha mãe bebe muito e eu não dava bem com ela. Para mim, ser mãe é tudo. Eles são minha vida. A função da mãe é cuidar e fazer tudo para os meninos, eu sou dona de casa e gosto, não pretendo trabalhar. A Cacto achou meu pai pela internet pelo celular, e se apaixonou. Eu também nunca tive família. Eu e meu marido, que estamos juntos há 4 anos, pretendemos fazer de tudo para que meus filhos tenham noção de família. Apesar de tudo, minha vida de casada é melhor do que solteira, eu apanhava muito, eu não me arrependo de nada não. A gente é muito cobrada pela sociedade e pela família. Minha convivência com minha mãe é difícil, pois ela bebe e bebe, mas eu não quero o mal dela. (Rosa, enteada de Cacto)

²⁹⁵ Entrevista concedida por Cacto, da Unidade de PSF do Canãa III, no dia 23/11/2010 em sua residência em Uberlândia - Minas Gerais.

²⁹⁶ Entrevista concedida pela enteada de Cacto, da Unidade de PSF do Canãa III, no dia 18/12/2010 em sua residência em Uberlândia - Minas Gerais.

A falta de representação de família faz com que elas comprem a ideologia burguesa como ideal. A família, como pudemos ver, alterou-se muito nas sociedades ocidentais modernas. Chegamos ao século XXI com uma família pós-moderna, individualista, sendo, comum a relação descompromissada. Claudine Horoche²⁹⁷ afirma que a família burguesa “tem como função fabricar certo tipo de personalidade, um tipo de caráter autoritário”. A família atual educa, construindo um tipo de personalidade radicalmente diferente: descomprometida, adaptada à flexibilidade e sem engajamento quanto à duração.

O sentido de família para essas meninas nesse tempo de fluidez, efemeridade e individualismo, se opõe ao modelo contemporâneo. Elas ainda buscam, ao constituí-las, entrosamento, cooperação, harmonia e porto seguro.

Apesar de vivermos em um tempo em que é cada um por si, essas meninas e meninos se opõem à sociedade de hoje pela forma como encaram a gravidez na adolescência e a constituição da família. Bauman²⁹⁸ afirma que usamos a liberdade para encontrar o nicho apropriado e ali nos acomodamos e adaptamos seguindo fielmente as regras e modos de conduta identificados como corretos e apropriados para aquele lugar. Portanto essas meninas, meninos e seus familiares, usuários do Sistema Único de Saúde de Uberlândia, realmente utilizaram sua liberdade para encontrar um novo lugar para se adaptar e viver as adversidades da vida. Nesse lugar, seguem regras bem diferentes das estabelecidas pela sociedade contemporânea no que se refere à gravidez na juventude e à constituição da família nessa fase de vida.

Vivemos em um tempo em que as ideias tradicionais de revolução e mudança nessa sociedade já estão póstumadas, o mundo fluido não permite a “tradicionalidade ideológica” com suas táticas predeterminadas e solidificadas. Mas o maior problema da atual sociedade está justamente nessa ausência de se autoquestionar e se posicionar. Ela prefere não tentar se reconhecer e sente-se absolvida a cada justificativa em seu senso comum e/ou acadêmico, o que causa resistência aos novos princípios, especialmente se esses tiverem força suficiente para pôr em risco o modelo vigente. Importante lembrar que não se trata de um embrutecimento, muito pelo contrário, essa sociedade é tão pitoresca quanto a do início do século XX, todavia é transformadora a seu modo, e de forma voraz e a passos cada vez mais largos, velozes, opressivos e normalmente destrutivos para a desmontagem, remodelagem e reconhecimento de crenças.

²⁹⁷ HAROCHE, Claudine. **Maneiras de ser, maneiras de sentir do indivíduo hipermoderno**. Tradução de Jacy Alves de Seixas e Vera Avellar Ribeiro. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2008.

²⁹⁸ BAUMAN, Zigmunt. **Modernidade líquida**. Rio de Janeiro: J. Zahar, 2001.

Conforme Bauman²⁹⁹, o individualismo tem um papel preponderante na sociedade contemporânea, pois se trata da empregabilidade de funções mutáveis, fluidas no sentido de liberdade de roupagens, diferente do conceito libertário do início do século passado. Esses indivíduos, controversamente, não têm controle sobre seus destinos e decisões e, o que é pior, nem podem culpar um terceiro pelo seu grilhão imaginativo, pois a pseudoliberalidade é uma ilusão criada como possibilidade de fuga, da incapacidade de quem não ousa extrapolar os paradigmas. Assim, até o espaço público tem-se tornado lugar de problemas privados. Socialmente, trata-se de uma involução ímpar pelo fato de que

*O indivíduo de jure [falso] não pode se tornar indivíduo de facto sem antes tornar-se cidadão. Não há indivíduos autônomos sem uma sociedade autônoma, e a autonomia da sociedade requer uma auto-constituição deliberada e perpétua, algo que só pode ser uma realização compartilhada de seus membros.*³⁰⁰

No que tange às relações entre o indivíduo e a sociedade, observa-se um nítido regresso ao indivíduo, com o desenvolvimento de análises sobre a vida privada, o consumismo, o narcisismo, os modos e estilos de vida. Paradoxalmente, a vida individual nunca foi tão pública, nunca foi tão prontamente devassável e *standardizada*. De um modo geral, os hábitos e costumes regionais cedem à pressão da otimização econômica, do universo *on-line* e da cultura de massa. Portanto, os mesmos canais de comunicação que permitem aos cidadãos, em todo o mundo, comunicar uns com os outros, também permitem ao governo e aos interesses privados colecionar informações a seu respeito.

Chegamos, então, ao século XXI com poucas certezas, muitos problemas e desafios. Completamente perplexos. Bauman³⁰¹ afirma que essas relações foram removidas das situações de casualidade e desnutridas de qualquer interação afetiva, já que nunca foi tão fácil se relacionar com outrem sem ter o mínimo de contato com eles, com discursos preestabelecidos (de aquisição e não de interação) e em lugares já determinados, na verdade, denominados pelo autor de “não-lugares”.

O vazio do lugar está no olho de quem vê e nas pernas ou rodas de quem anda. Vazios são os lugares em que não se entra e onde se sentiria perdido e vulnerável, surpreendido e um tanto atemorizado pela presença de humanos.

³⁰²

²⁹⁹ BAUMAN, 2001.

³⁰⁰ Ibidem.

³⁰¹ Ibidem.

³⁰² Ibidem.

Segundo esse mesmo autor, as regras são claras: conversa-se, negocia-se, cumprimenta-se cordialmente, mas sempre evitando maior contato, como dogmatiza essa modernidade leve e solta que desse modo desfigura a, então, relação congruente da ideia, de espaço-tempo de outrora, como no tempo em que a velocidade dependia do esforço humano ou animal. Hoje as extensões fisiológicas, que abocanham espaços cada vez maiores em cada vez menos tempo, estendem distâncias, encurtam o tempo, expandem a expectativa de vida, mas tornam todo ato desse tempo de locomoção e vivência numa ação instantânea, imediatista, em que a exaustão e desaparecimento do interesse também vêm a reboque.

Em termos similares Horoche³⁰³ entende que a personalidade hipermoderna se caracteriza pela ausência de engajamento, estando o indivíduo ligado, porém distante. Ele experimenta a necessidade da presença dos outros, mas afastado deles, que permanecem abstratos, inconscientes, permutáveis ou inexistentes. Estamos em um tempo que se abre para uma consciência crescente da descontinuidade, da não-linearidade, da diferença, da necessidade do diálogo, da polifonia, da complexidade, do acaso, do desvio, em que há uma avaliação ampla do papel construtivo da desordem, da auto-organização e uma ressignificação profunda das ideias de crise e caos, compreendidas mais como informações complexas do que como simples ausência de ordem. Mas, também, um tempo superficial, fútil, épico e ardente, no qual o cheio provoca o vazio, a saciedade gera a angústia, o permanente é trocado pelo atual, o "mais novo", o "mais moderno".

Pensando novamente em meu objeto de estudo e nas leituras feitas, vou às minhas fontes e elas infelizmente ou felizmente não dizem o que realmente eu queria ouvir. Nesse momento temos que nos debruçar e entender o sentido dessas falas nesse mundo da individualidade, do meu, e não do nosso. Dessa forma, as falas dessas meninas, meninos e suas famílias passam a ser entendidas como um processo que contempla imprevisibilidades, múltiplas sequências. A trama do tempo despe-se de sua máscara linear, sequencial, objetiva e anônima. Seus diversos focos organizam-se, centram-se e recentram-se continuamente e cada homem e (mulher) /menino e (meninas) é convidado a construir uma narrativa singular do presente.

Ampliar a voz dessas pessoas que, principalmente na contemporaneidade, têm sua palavra ignorada ou minimizada é entender o sentido de burlarem o sistema previamente instaurado pela sociedade contemporânea. Ao escapar da regra de dominância é que elas

³⁰³ HAROCHE, 2008.

reconstroem suas regras e suas lógicas para superar as adversidades enfrentadas ao longo da vida.

Como preconiza Amós Oz³⁰⁴, precisamos de ouvir o senso comum, de imaginação, uma capacidade profunda de imaginar o outro, às vezes de nos colocarmos na pele do outro. Dentro da sociedade contemporânea, em geral, se elege o regulamento como algo verdadeiro, principalmente quando se fala do saber médico, e de tal modo se perde o sentido do coro dos excluídos. Devemos entender que a medicina, como qualquer saber institucionalizado, tem o conhecimento dela, que não deve ser desprezado, mas precisa entender melhor, aprender com o conhecimento do outro, ou seja, dessas famílias e seus meninos e meninas.

Portanto é preciso ampliar o conhecimento que está implícito dentro de cada um para transmiti-lo com clareza, de forma que o outro entenda. Temos que pensar não em expectativas, mas em realização, que só acontece a partir do outro. A sociedade é pluralista, se apropria do conceito e recriam, reelabora outros conceitos que muitas vezes não correspondem ao pensamento hegemônico.³⁰⁵ É essa reelaboração que acontece a partir das trapaças (astúcia) e táticas que essas meninas, meninos e a própria família utilizam para burlar o saber institucionalizado e recriar um novo saber ou nova forma de vida que, para eles, funciona. As contradições das atitudes perante a construção da família devem ser entendidas dentro de um percurso cultural em que o fato de isso acontecer em uma idade jovem e ser muito comum dentro dessa comunidade se caracteriza, muitas vezes, como uma maneira de vida para obter um lugar melhor para viver.

Dessa forma, só conseguiremos progredir em relação a políticas mais assertivas quando conhecermos realmente o outro. Portanto, não só as subjetividades e as relações sociais passam a ser construídas dentro de uma perspectiva processual, mas a lógica de auto-organização passa a permear todos os campos do saber. Tem-se a impressão de que um novo paradigma se delineia, no qual noções de liberdade e autonomia são essenciais e o que importa não é buscar um conhecimento geral, uma teoria unitária, mas estabelecer vínculos, articulações.

³⁰⁴ OZ, Amós. **Contra um fanatismo**. Tradução de Denise Cabral. Rio de Janeiro: Ediouro, 2004.

³⁰⁵ CERTEAU, 1996.

3.3 Diálogos entre a atuação dos profissionais de saúde e a população de adolescentes usuárias do Sistema Único de Saúde em Uberlândia

Os paradigmas construídos pela comunidade em estudo e os do saber institucionalizado estão em extrema dissonância, pois uma entende a gravidez na adolescência como válvula de escape para uma vida melhor, enquanto o outro a entende como problema a ser enfrentado. A gravidez na adolescência passou a ser vista pelo saber médico e os profissionais da área de saúde como uma situação de risco biopsicossocial, capaz de trazer consequências negativas não apenas para as adolescentes, mas para toda a sociedade³⁰⁶. Desse modo, ela vem sendo considerada, em alguns países, problema de saúde pública, uma vez que pode acarretar complicações obstétricas, com repercussões para a mãe e o recém-nascido, bem como problemas psicossociais e econômicos³⁰⁷. Segundo o saber médico, a gravidez na adolescência pode acarretar sérias consequências para todos os membros da família, principalmente para as adolescentes envolvidas, pois os filhos que nascerão poderão ocasionar crises e conflitos. Para Jorge e outros³⁰⁸, as jovens, em geral, não estão preparadas para assumir com responsabilidade essa nova fase de sua vida.

Portanto, propor uma mudança estratégica de atuação do profissional da área de saúde com relação ao adolescente e sua família é uma tarefa complicada, pois ele está contaminado por um saber que condiciona seu olhar para um problema a ser resolvido. Isso nos leva a acreditar que há necessidade de refletir sobre as questões normativas, visto haver uma distinção entre “fatos e valores”, pois o observador não está envolvido com a situação e o usuário deve agir de acordo com as normas estabelecidas, ou seja, sem participar efetivamente do processo. O que realmente acontece é que a população é submetida a programas prontos aos quais deve se adequar, sendo aqueles que não se adaptam considerados um problema para a sociedade e, conseqüentemente, para a saúde. Como mostra Foucault³⁰⁹, a medicina propôs, sob a forma de regime, uma estrutura voluntária e racional de conduta, e assim é até hoje, sendo aqueles que estão fora da regras dessas condutas considerados um problema. Dessa forma, para haver uma mudança de estratégia, é necessário inicialmente repensarmos nossos

³⁰⁶ DIAS, A. C. G.; TEIXEIRA, M. A. P. Gravidez na adolescência: um olhar sobre um fenômeno complexo. **Paidéia**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 45, p. 123-131, 2010.

³⁰⁷ YAZLLE, 2006.

³⁰⁸ JORGE, M. S. B.; FIÚZA, G. V.; QUEIROZ, M. V. O. A fenomenologia existencial como possibilidade de compreensão das vivências da gravidez em adolescentes. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 6, p. 907-914, nov./dez. 2006.

³⁰⁹ FOUCAULT, 1985a.

saberes, como eles são construídos, para quem eles são verdadeiros, pois se não pararmos para repensar, vamos reproduzir o discurso que achamos ser nosso, como os seguintes:

[...] A gravidez na adolescência é um problema médico e social, sendo considerado pela Organização Mundial de Saúde, em particular, quando ela ocorre em jovens com menos de dois anos de vida menstrual. A multiplicação de adolescentes grávidas é um fenômeno universal e acomete países desenvolvidos e em desenvolvimento, o que preocupa os especialistas da área.³¹⁰

O Dr. José Antonio Nascimento Filho, membro da Sociedade de Ginecologia e Obstetrícia de Roraima, também se posiciona sobre o tema:

[...] Os adolescentes vão ter com a gravidez problema de crescimento, desenvolvimento, emocional, comportamental, educacional e de aprendizado, além de complicações da gravidez no parto. E à medida que os tabus e conservadorismo vão diminuindo, a atividade sexual e a gravidez na infância/adolescência vão aumentando, sendo que o despertar sexual tem surgido cada vez mais cedo.³¹¹

Portanto, tradicionalmente a gravidez e maternidade na adolescência têm sido tratadas como problemas de saúde pública no Brasil, sendo caracterizadas como situações associadas a riscos pessoais e sociais para o desenvolvimento da adolescente e de seu filho.³¹² No entanto, cada vez mais estudos que consideram a percepção da adolescente sobre a experiência da maternidade fogem essa unanimidade quanto ao caráter negativo da gravidez na adolescência, principalmente no que se refere a adolescentes em situação de risco social e pessoal.

De acordo com Pantoja,³¹³ o fenômeno da gravidez na adolescência não se caracteriza como um fato recente no Brasil. No entanto, segundo Fávero e Mello,³¹⁴ é após a década de 1960 que se nota maior interesse no estudo desse fenômeno. Tal interesse coincide com um contexto histórico de discussões e mudanças nos valores referentes aos conceitos de gênero e

³¹⁰ Entrevista concedida pela Dra Isabel Freitas, ao jornal A Tarde de 05/09/2005.

³¹¹ Entrevista concedida pela Dr. José Antonio Nascimento Filho, no blog fato real de 13/04/2011.

³¹² Cf. SANTOS, S. R.; SCHOR, M. H. C. Vivências da maternidade na adolescência precoce. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 37, n. 1, p. 15-22, fev. 2003; AMAZARRAY, M. R. et al. A experiência de assumir a gestação na adolescência: um estudo fenomenológico. **Psicologia: reflexão e crítica**, Porto Alegre, v. 11, n. 3, p. 431-440, 1998; COSTA, L. F. et al. A contribuição da terapia ocupacional com gestantes adolescentes na maternidade Cândido Mariano em Campo Grande. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE TERAPIA OCUPACIONAL, 7., 2001, Porto Alegre. **Anais...** Porto Alegre: Instituto Porto Alegre, 2001. p. 21-27; PONTE JUNIOR, G. M.; XIMENES NETO, F. R. G. Gravidez na adolescência no município de Santana do Acaraú – Ceará – Brasil: uma análise das causas e riscos. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 6, n. 1, 2004. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/revista6_1/f3_gravidez.html>. Acesso em: 26 jul. 2011.

³¹³ PANTOJA, A. L. N. Ser alguém na vida: uma análise sócio-antropológica da gravidez/maternidade na adolescência em Belém do Pará, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, p. S335-S343, 2003. Suplement 2.

³¹⁴ FAVERO, M. H.; MELLO, R. M. Adolescência, maternidade e vida escolar: a difícil conciliação de papéis. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, DF, v. 13, n. 1, p. 131-136, 1997.

sexo. A partir desse momento, a gravidez na adolescência passa a ser considerada “um problema social”, sustentada por um discurso médico que a caracterizou como quadro de gravidade e risco³¹⁵. De acordo com Porto e Luz,³¹⁶ o Ministério da Saúde considera “a gravidez na adolescência de alto risco, que pode ser de natureza diversa, tais como clínicas, biológicas, comportamentais, relacionadas à assistência à saúde, sócio-culturais, econômicas e ambientais”.

Diversos autores³¹⁷ questionam essa visão reducionista do fenômeno, salientando que, como a gravidez na adolescência se relaciona com frequência a um contexto de desvantagem social das garotas, é preciso considerar que sua ocorrência se dá em um contexto de oportunidades restritas, poucas opções de vida e marcada por interrupções na trajetória escolar.

Neste contexto, Wagner e outros,³¹⁸ *Committee on Adolescence and Committee on Early Childhood, Adoption and Dependent Care*³¹⁹ e Cardoso e Duran³²⁰ pontuam que a maternidade pode assumir um caráter de centralidade na vida das adolescentes.

A maternidade, de acordo com Szapiro,³²¹ não pode ser reduzida aos aspectos biológicos, pois, “do ponto de vista da cultura humana, não existe fato biológico em si, o que existe são, portanto, discursos próprios a cada cultura que constituem os fatos biológicos”¹⁶⁵. Entendida dessa forma, a maternidade passa a ser vista enquanto fenômeno social e conseqüentemente como uma construção sócio-histórica³²². De acordo com Kimura,³²³ no caso da mulher, quando vivencia o processo da gravidez, ela se identifica com uma identidade pressuposta de mãe, o que posteriormente, como representação, será interiorizado e objetivado socialmente.

³¹⁵ PANTOJA, 2003.

³¹⁶ PORTO, J. R. R.; LUZ, A. M. H. Percepções da adolescente sobre a maternidade. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 55, n. 4, p. 384-391, jul./ago. 2002.

³¹⁷ PANTOJA, 2003; FAVERO; MELLO, 1997; OLIVEIRA, N. R. **Perfis de grávidas e mães adolescentes**: estudo psicossocial de adolescentes usuárias de um serviço público de pré-natal e maternidade. 1999. Tese (Doutorado) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999.

³¹⁸ WAGNER, K. D. et al. Attritional style and depression in pregnant teenagers. **American Journal of Psychiatry**, Washington, v. 155, n. 9, p. 1.227-1.233, Sept. 1999.

³¹⁹ COMMITTEE ON ADOLESCENCE AND COMMITTEE ON EARLY CHILDHOOD, ADOPTION AND DEPENDENT CARE. Care of Adolescent Parents and their children. **Pediatrics**, Elk Grove Village, v. 107, n. 2, p. 429-434, 2001.

³²⁰ CARDOSO, E. B.; DURAND, V. Gravidez na adolescência. In: GICO, V.; SPINELLI, A.; VICENTE, P. **As ciências sociais: desafios do milênio**. Natal: EDUFRRN, 2001. p. 649-667.

³²¹ SZAPIRO, A. M.; FÉRES-CARNEIRO, T. Construções do feminino pós anos sessenta: o caso da maternidade como produção independente. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 15, n. 1, p. 179-188, 2002.

³²² Ibidem.

³²³ KIMURA, A. F. A construção da personagem mãe: construções teóricas sobre identidade e papel materno. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 31, n. 2, p. 339-343, 1997.

Considerando esses aspectos, Oliveira³²⁴ sugere que em adolescentes pobres, provenientes em geral de núcleos familiares, pouco provedores de cuidado, proteção e carinho, observa-se uma maior atração (consciente ou inconsciente) pela gravidez. Para essas adolescentes, a maternidade não representa algo precoce, mas sim mais uma etapa natural do processo de desenvolvimento, sendo esse aspecto também observado por Cardoso e Duran. De acordo com Oliveira, uma vez que o social provê pouco alimento psíquico, as respostas da “natureza” podem ser fontes procuradas até como defesas perante condições de esvaziamento.

Outro aspecto relacionado à maternidade de adolescentes em situação de risco social e pessoal diz respeito a considerá-la como forma de ascensão social, como um “passaporte” para a vida adulta e como reforço para ser alguém na vida com vistas a garantir a estima de outras pessoas e um futuro melhor para e através do filho.³²⁵

Ainda em relação à adolescentes em situação de risco social e pessoal, Wagner e outros³²⁶ sugerem que a gravidez age como um fator de proteção para a depressão em adolescentes com características pessimistas, pontuando que aquelas emocionalmente privadas têm descrito sentimentos de importância, de serem especiais durante a gravidez. Em outro estudo, o *Comitte on Adolescence and Comitte on Early Childhood* identificou a diminuição do uso de álcool, cigarro, maconha e crack durante a gestação, sendo isso constatado até 6 meses após o pós-parto, no caso de cigarro e álcool. Esses achados também são sugeridos por Oliveira³²⁷, que, em seu estudo sobre gravidez e maternidade de adolescentes de periferias sociais e ambientais, observou que o cuidado dos filhos (menores que 4 anos) aparentemente trazia benefícios psicossociais, especialmente os relacionados à convivência, administração e escape dos riscos graves do mundo do tráfico, do abuso de drogas e da criminalidade.

No entanto, é importante considerar que todos os aspectos discutidos anteriormente fazem parte do cotidiano de milhares de adolescentes em situação de risco social e pessoal, sendo a opção de ir para a rua relacionada, principalmente, ao sucesso ou fracasso da integração familiar. Nesse contexto, a gravidez encontra sua razão de ser como estratégia de afirmação e identidade de adolescentes, em famílias de pouca integração. Não tendo outra expectativa de vida, essas adolescentes fazem do ser mãe seu projeto de vida.³²⁸

³²⁴ OLIVEIRA, 1999.

³²⁵ KIMURA, 1997.

³²⁶ WAGNER et al., 1999.

³²⁷ OLIVEIRA, 1999.

³²⁸ GONTIJO, Daniela Tavares; MEDEIROS, Marcelo. Gravidez / maternidade e adolescentes em situação de risco social e pessoal: algumas considerações. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 6, n. 3, 2004. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/revista/revista6_3/pdf/12_Revisao2.pdf>. Acesso em: 26 out. 2011.

Os depoimentos de meninas e meninos demonstram que a gravidez na adolescência faz parte de seu cotidiano e representa, muitas vezes, a saída para uma vida melhor, embora, para a sociedade, ela não seja ideal naquele momento.

[...] Eu tenho 16 anos, é parei de estudar na 5ª série. É minha primeira gravidez, eu estou de 5 meses, sou solteira, mas pretendo ficar junto com ele perto do neném nascer. Foi um susto. Eu fui lá para saber sobre um exame de urina e aí fiquei sabendo. Meu pai ficou muito bravo, mas agora ele já se acostumou, minha irmã também tem 1 filho e está grávida do segundo. Ela tem 18 anos, ela é casada. Eu pretendo fazer a mesma coisa, casamento, é importante morar com a pessoa de quem a gente gosta. O meu namorado sempre quis, ele queria mais do que eu. Ele me disse que sempre tentou ser pai com outras meninas mas não conseguia, e comigo ele conseguiu. Ser mãe para mim foi difícil, mas depois que o neném começa a crescer a gente começa a amar. Mas em nenhum momento ele foi um problema para mim. Minha vida mudou para melhor, eu era baladeira, agora eu penso em tomar um rumo. Minha mãe falava: “Enquanto você não arrumar um filho, você não sossega”, é foi assim que aconteceu. “A função da mãe é educar, cuidar, dar carinho”. (Girassol)³²⁹

Para Girassol o casamento foi por amor, já para Dália Amarela³³⁰ ele trouxe responsabilidade, como ela mesma diz:

[...] Sou casada. Eu casei com 18 anos, hoje tenho 19 e estou com um filho de 4 meses de idade. Eu queria, foi gravidez planejada e desejada. Está sendo fácil criar o neném, o filho novo não me trouxe nenhuma dificuldade. Ser mãe para mim é novidade, para mim é um amor novo diferente. Função da mãe, como minha mãe diz, a função de mãe dentro da casa é de uma pilastra. Ela, dentro da família é parte fundamental. O casamento é importante para mim, me trouxe responsabilidade, conheci coisas novas com meu esposo, eu tive uma nova família, eu saí da situação de filha para de mãe. A situação de mãe é melhor do que a de filha. Minha mãe criou os filhos sozinha e ter um marido faz diferença na criação das crianças, no equilíbrio da família. Minha mãe teve o primeiro com 17 anos. Família é um ciclo, cada dia ela é caixinha surpresa, mas, cada dia que passa ela, fica mais forte. Minha família recebeu a notícia como um presente de Deus. E minha sogra também recebeu com muita felicidade. A divisão das responsabilidades é assim: eu cuido da casa e meu esposo coloca os mantimentos dentro de casa e, quando dá ele me ajuda. Quando preciso sair ele fica para eu sair. Para o futuro eu quero ter minha casa com meu esposo e ele ter emprego melhor e família estruturada. Se eu precisar, todos muito me ajudam, nós moramos tudo no mesmo terreno e todos se ajudam. O meu marido foi minha primeira relação sexual. (Dália Amarela)

³²⁹ Entrevista concedida pela Girassol, da Unidade de PSF do Joana D’Arc, no dia 21/10/2010 em sua residência em Uberlândia - Minas Gerais.

³³⁰ Entrevista concedida pela Dália Amarela, da Unidade de PSF do Joana D’Arc, no dia 09/11/2010 em sua residência em Uberlândia - Minas Gerais.

Já outra família que mora no mesmo terreno aponta a importância do casamento e da família mesmo na adolescência. Para eles para elas, o casamento é juntar, e esse leva a uma nova vida:

[...] Eu tenho 18 anos, e meu filho tem 2 meses. Eu estou com marido há 5 anos, mas não sou casada. Eu estudei até a 6ª série. Meu marido tem 21. Minha gravidez foi boa, eu queria, já estava tentando engravidar há 1 ano, eu casei em 2008, com 16 anos. Minha maternidade está sendo ótima, está sendo muito bom ser mãe. Minha família ficou muito feliz com a gravidez, tanto a minha quando do meu marido. Eu e meu irmão casamos cedo, minha mãe teve filho cedo também, nós somos em 4 irmãos. Tanto eu quanto meu marido queria casar cedo para constituir família, eu morava em outra cidade, aí achei melhor juntar. É tão bom ser mãe que não sei nem como explicar. O filho mudou muito nossa vida, a função da mãe é cuidar da casa. Eu quero o melhor para o futuro do meu filho. Minha mãe teve filho cedo também. Ter filho cedo não trouxe nenhuma dificuldade, ele foi planejado e desejado. Nunca frequentei o posto antes da gravidez. Minha mãe mora na frente e me ajuda muito. A vida melhorou muito depois de casada. Minha mãe também é dona de casa. (Azaleia Rosa)³³¹

O marido³³² da Azaléia Rosa também relata que sua mãe teve o primeiro filho com 18 anos é que ele é responsável pelo sustento do lar.

[...] Minha mãe já tem mais netos nós somos em 5. E ela teve o primeiro com 18 anos. Ser pai é muito bom, nos tivemos filho depois de dois anos de casado, é filho que foi planejado e desejado. A função do pai é cuidar e educar bem. Hoje o que é mais difícil é educar. O sustento é só eu, educar é mais difícil. Ele nasceu de 9 meses, de cesárea. (Marido da Azaleia Rosa)

O pai³³³ da Azaleia Rosa se preocupa com saúde do bebê:

[...] Estou muito preocupado porque ele está fazendo cocô só de três em três dias, e ele deveria fazer todo dia, não é. Isto é normal? Pois eu só sou avô e gostaria de saber, pois é preocupação de avô. (Pai da Azaleia Rosa).

Azaléia Vermelha³³⁴, cunhada da Azaleia Rosa, também diz que sua gravidez não foi planejada, mas foi desejada e que essa gravidez e o casamento mudaram sua vida para melhor. E acrescenta que ter filho na juventude não é um problema, pois quanto mais nova mais disposição. Sua mãe também teve o primeiro com 15 anos.

³³¹ Entrevista concedida pela Azaleia Rosa, da Unidade de PSF do Joana D'Arc, no dia 10/11/2010 em sua residência em Uberlândia - Minas Gerais.

³³² Entrevista concedida pelo marido, da Azaleia Rosa da Unidade de PSF do Joana D'Arc, no dia 10/11/2010 em sua residência em Uberlândia - Minas Gerais.

³³³ Entrevista concedida pelo pai, da Azaleia Rosa da Unidade de PSF do Joana D'Arc, no dia 10/11/2010 em sua residência em Uberlândia - Minas Gerais.

³³⁴ Entrevista concedida pela Azaleia Vermelha cunhada da Azaleia Rosa, da Unidade de PSF do Joana D'Arc, no dia 10/11/2010 em sua residência em Uberlândia - Minas Gerais.

[...] Tenho 18 anos, sou casada, meu marido tem 20 anos. Minha gravidez não foi planejada e eu não estava casada quando engravidei, casamos depois que eu engravidei, estou casada com ele há 6 meses. Minha vida depois casada mudou muito e mudou para melhor porque antes eu pensava mais em mim, para mim era só eu, Nós somos três, eu sou a do meio, minha irmã engravidou com 17 e é casada. Minha mãe é que me levou no médico, pois minha menstruação estava atrasada. Aí deu o resultado que estava grávida, e esse resultado se confirmou com ultrassom que eu estava de três meses já. No começo foi um problema, pois eu estava estudando e parei, queria trabalhar é aí parei. Parei de estudar por vergonha de ir na escola por causa da gravidez, a gravidez aconteceu por falta de prevenção, mas sabia que podia engravidar. Acho que ter filho nova não é problema, pois quanto mais nova, mais disposição. Acho que difícil é educar do jeito que está hoje, mesmo você educando, ele está fazendo coisa errada. A função da mãe é educar e cuidar do filho e da casa, e do pai é colocar as coisas dentro de casa e trabalhar. Eu pretendo para o futuro trabalhar ajudar ele, pois hoje em dia a mulher tem que ajudar o marido e estudar. Dar um futuro para a bebê melhor. O casamento é importante porque é bom ter uma pessoa que você ama do seu lado. Não frequentava o posto de saúde antes da gravidez. Família é a base de tudo. Minha mãe engravidou com 15 anos. A única coisa que eu tenho medo na gravidez é ter parto normal. Eu tenho plano e vou ter filho no hospital particular. (Azaleia Vermelha cunhada da Azaléia Rosa)

O pai³³⁵ da Azaleia Rosa, sogro da Azaleia Vermelha, se posiciona de novo sobre o casamento do filho e seu neto e considera que os netos são a continuação da vida, um pedacinho do eu dos avôs.

[...] Meu filho ficou satisfeito quando recebeu a notícia da gravidez da Azaleia Vermelha e nós também. Eu considero meus netos como meus filhos, às vezes até mais do que filhos, pois o filho da Azaleia Rosa, que é meu primeiro netinho, não para muito no colo da mãe dele não, ele fica mais comigo do que com mãe dele, ele só pára nos meus braços. Minha esposa tem até hoje dor na cesárea, pois foram 5 filhos, um ela perdeu, todas as gravidezes da minha esposa foram problemática, pois ela tem pressão alta. (Sogro da Azaleia Vermelha e pai da Azaleia Rosa)

Por meio desses depoimentos percebe-se que o diálogo do setor de saúde está em oposição ao que é entendido e compreendido pela população em estudo. O impacto e as consequências negativas da gravidez na adolescência não são vivenciados por essa população.

³³⁵ Entrevista concedida pelo pai da Azaleia Rosa, da Unidade de PSF do Joana D'ARC, no dia 10/11/2010 em sua residência em Uberlândia - Minas Gerais.

Isto é confirmado por Moreira³³⁶, que afirma existir uma contradição entre o discurso sobre a gravidez na adolescência que a qualifica como um problema, e a prática cotidiana das jovens que a experimentam, principalmente no que se refere a adolescentes em situação de risco social e pessoal.

Para essas adolescentes a maternidade pode adquirir um caráter de centralidade em sua vida, sendo um importante fator de constituição pessoal e social, pois cria novas formas de relacionamento e reconhecimento sociais e de atuação em seu cotidiano. Tal caráter também é percebido no momento em que buscam alternativas de vida para si e para seu filho, o que propicia um momento importante para o desenvolvimento de ações de saúde e sociais que visem oferecer assistência adequada e efetiva para essa população. Nesse sentido, percebe-se que, para que haja consonância entre o diálogo dos profissionais da área de saúde e o usuário do Sistema Público de Saúde, é necessário reavaliar os paradigmas construídos ao longo do tempo e da história, problematizando aspectos tradicionais dentro da área de saúde, como a gravidez na adolescência ser um problema. Temos que desconstruir o saber introjetado como verdade e construir outro saber, tendo o outro como foco dessa construção, ou seja, nossa população de estudo, com suas tramas, seus dilemas, sua cultura e costumes. Somente através do eixo sociocultural e histórico, teremos subsídios para a elaboração de políticas sociais e de saúde adequadas a essas populações.

3.4 Gravidezes sequenciais na adolescência o drama para a saúde pública

Além da preocupação com a gravidez na adolescência, a área de saúde se preocupa também com gravidezes sequenciais de jovens. Segundo a Folha de São Paulo, em um período de dez anos, o número de adolescentes paulistas que ficaram grávidas pela segunda vez teve uma queda de 48%, segundo levantamento da Secretaria de Estado da Saúde com base em dados da Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (Fundação Seade). No mesmo período, as taxas de primeira gravidez na adolescência caíram 34%. Não há dados

³³⁶ MOREIRA, M. I. C. Laços familiares e laços geracionais: uma reflexão sobre a gravidez entre mulheres adolescentes. In: SOUSA, S. M. **Infância e adolescência**: múltiplos olhares. Goiânia: Ed. UCG, 2003. p. 113-144.

nacionais sobre a incidência da segunda gravidez. Segundo a OMS, as chances de uma garota voltar a engravidar após uma primeira gestação na adolescência são de 40% em até três anos.

337

Em 1998, 26.237 jovens paulistas com menos de 20 anos engravidaram pela segunda vez. Em 2007, o número caiu para 13.674. No mesmo período, o número de primeiras gravidezes na adolescência diminuiu de 148.018 para 96.556. No Brasil, também houve queda. O número de partos realizados pelo SUS em adolescentes de dez a 19 anos caiu 26,7% entre 1997 e 2007. A região Sul apresentou a maior redução (35,6%), seguida pelas regiões Centro-Oeste (34,1%), Sudeste (32,4%) e Nordeste (22,6%). A região Norte foi a que apresentou a menor queda: 6,7%.¹⁷⁰.

Para a ginecologista Albertina Duarte Takiuti, coordenadora do Programa Estadual de Saúde do Adolescente, a queda em São Paulo é resultado de diversas ações: terapia em grupo e oficina de artesanato, distribuição de anticoncepcionais e preservativos. E acrescenta:

A família pensa que, quando a menina engravida na adolescência, ela já aprendeu a lição e vai se cuidar. Mas não é o que acontece. Ela tende a ficar mais fragilizada e vulnerável a uma segunda gravidez.

Abandonar a escola, perder o contato com amigos da mesma idade, ver o corpo transformado após a gravidez e, muitas vezes, ter sido abandonada pelo pai da criança são alguns dos fatores que impactam na autoestima da garota e propiciam outra gestação, avalia a médica. Segundo a fala de Iris³³⁸, estudar passa a ser muito difícil, pois os professores não entendem as dificuldades de uma gestante:

Eu estou com 19 anos, com 5 meses de gestação. Minha família e do meu marido também achou bom a gravidez. No começo eu fiquei com medo do meu pai, mas depois que eles ficaram sabendo foi de boa. Estou com meu namorado, estamos morando juntos. Estou no terceiro colegial, mas está sendo muito difícil, pois às vezes a gente passa mal da gravidez e os professores não entende. Teve um dia que eu tive que ir a UAI por conta da gravidez e perdi um trabalho e aí fiquei sem nota. Minha mãe teve o primeiro filho com mesma idade que eu. Acho que a única dificuldade é que na hora que ele vai nascer vai estar no meio do semestre letivo. (Iris)

As meninas relatam que desistem da escola por vergonha da própria barriga ou pela dificuldade que o sistema lhes impõe, como se fosse uma forma de punição, pois o sistema entende que não era momento de elas engravidarem agora elas têm arcar com a escolha que

³³⁷ FOLHA.COM. Disponível em: <<http://www.folha.uol.com.br/>>. Acesso em: 26 out. 2011.

³³⁸ Entrevista concedida pela Iris, da Unidade de PSF do Morumbi III, no dia 7/06/2010 em sua residência em Uberlândia - Minas Gerais.

fizeram. Além de informação e orientação, a ginecologista Albertina Duarte Takiuti, coordenadora do Programa Estadual de Saúde do Adolescente de São Paulo, diz que o trabalho desenvolvido pelo Programa do Adolescente busca identificar as emoções, medos e dúvidas dos adolescentes sobre afetividade, relacionamentos e sexo seguro. "A menina tem medo de não agradar, e o menino, de falhar", conta a ginecologista³³⁹.

Para a socióloga Mary Garcia Castro³⁴⁰, pesquisadora da Universidade Federal da Bahia, abandonar a escola é um dos principais fatores de risco para a garota voltar a engravidar. "Já a melhoria da qualidade do grupo familiar e um maior grau de escolaridade funcionam como fatores de proteção", avalia.

Um dos projetos que visam a reduzir a gravidez na adolescência e incentivar o sexo seguro é o Balada da Saúde, que acontece às segundas-feiras na Casa do Adolescente de Pinheiros, zona oeste de São Paulo³⁴¹. No local, ginecologistas, psicólogos e nutricionistas tiram dúvidas sobre sexo, gravidez precoce, uso de preservativos e problemas de saúde. Há ainda distribuição de preservativos e de folhetos explicativos.

Andréia³⁴², de 15 anos coloca-se sobre o assunto:

[...] Tinha vergonha de falar sobre sexo. Aqui perguntei tudo e até perdi o medo de fazer o Papanicolau. (Andréia)

Ela, grávida aos 13 anos³⁴³, deixou a escola no oitavo mês de gestação:

*[...] Engordei 26 kg e tinha falta de ar. Não dava mais para assistir às aulas.*³⁴⁴

³³⁹ Entrevista feita pelo Jornal Folha de São Paulo. Entrevista da ginecologista Albertina Duarte Takiuti, coordenadora do Programa Estadual de Saúde do Adolescente de São Paulo. FOLHA.COM. Disponível em: <<http://www.folha.uol.com.br/>>. Acesso em: 26 out. 2011.

³⁴⁰ Entrevista feita pelo Jornal Folha de São Paulo. Entrevista da socióloga Mary Garcia Castro, pesquisadora da Universidade Federal da Bahia. FOLHA.COM. Disponível em: <<http://www.folha.uol.com.br/>>. Acesso em: 26 out. 2011.

³⁴¹ A casa de adolescente de pinheiros Casa do Adolescente oferece atendimento médico, social e psicológico gratuito a meninos e meninas. Ela compõe os projetos do Programa Saúde do Adolescente desenvolvido pela Secretaria Estadual da Saúde de São Paulo, consiste na manutenção de 16 Casas do Adolescente, localizadas em todas as regiões da Capital paulista e em diversos municípios do Estado. As unidades oferecem atendimento médico, social e psicológico gratuito aos jovens por meio de uma equipe composta por profissionais de diversas áreas, como médicos, dentistas, fonoaudiólogos, assistentes sociais, enfermeiros, psicólogos e professores. As Casas do Adolescente também disponibilizam um espaço para atividades de interação entre os jovens, as famílias e os moradores da comunidade, e, ainda, promovem palestras sobre sexualidade; oferecem cursos de idiomas e de culinária, aulas de dança e oficinas cultural.

³⁴² Entrevista concedida pela Andréia no Jornal Folha de São Paulo. FOLHA.COM. Disponível em: <<http://www.folha.uol.com.br/>>. Acesso em: 26 out. 2011.

³⁴³ Andréia falando de sua amiga grávida.

³⁴⁴ Amiga da Andréia grávida.

A colega Danili³⁴⁵, 16, engravidou aos 14. Diz ela:

[...] Já tinha recebido informação sobre camisinha e anticoncepcional, mas não usava nada. Agora, uso camisinha e tomo injeção [anticoncepcional]. Morro de medo de engravidar novamente.

Danili³⁴⁶ ainda não voltou à escola.

[...] Estou esperando uma vaga no supletivo.

Para Takiuti³⁴⁷, a escola é um fator protetor. "Lá, adolescente continua a integrar um grupo e a ter outros interesses e atividades." Apesar dessa queda no número de adolescentes grávidas no Brasil e no Estado de São Paulo, em Uberlândia encontramos entre as adolescentes entrevistadas uma incidência de quase 31% de mães com mais de 2 filhos. Outro dado encontrado foi que, dessas adolescentes que tiveram mais de uma gestação, 33% já sofreram algum tipo de aborto.

O depoimento da Genciana³⁴⁸ faz refletir sobre a família e sua falta e como isso pode levar a várias gravidezes:

[...] Eu tenho 18 anos, tive 4 gestações, 2 delas foram aborto. Tenho meu filho de 1 ano de 9 meses e estou grávida de 8 meses da 4ª gestação. Parei de estudar quando engravidei do meu primeiro, pois descobri que tenho trombofilia. Eu não trabalho, eu sempre quis ser mãe, desde quando eu fiquei com o pai do meu primeiro filho eu quis ser mãe. A gente estava há 1 ano junto e resolvemos ter meu primeiro filho. Aí, quando eu estava grávida de 7 meses, o menino morreu. Foi o primeiro. Aí depois dele veio o VH, que está com 1 ano e 9 meses. Depois eu larguei, em novembro passado, do pai do VH, mas estava grávida e não sabia, eu estava de dois meses. Aí eu fiz muito esforço e perdi o bebê. Eu casei de novo e não queria não, mas veio outro filho. Agora eu tenho que cuidar, é responsabilidade minha e do pai dela, agora tem cuidar. Eu estou com meu marido e ele é mecânico de moto, mas atualmente ele está no serviço de pedreiro. Hoje eu paro e penso que se eu tivesse minha filha mais velha seria melhor, porque hoje eu não estaria na casa da minha mãe, eu poderia estar na minha casa. Eu nunca me arrependi de ter tido meus filhos, mas a pior coisa do mundo é um filho olhar para você e pedir algo e você não ter dinheiro para dar. Ai direto isso acontece. O VH não mora comigo, ele mora com pai, mas como o pai dele trabalha, ele deixa comigo toda tarde para eu olhar, então convivo muito com ele. Eu só não estou com ele porque, quando eu engravidei, eu morava

³⁴⁵ Entrevista concedida pela Danili no Jornal Folha de São Paulo. FOLHA.COM. Disponível em: <<http://www.folha.uol.com.br/>>. Acesso em: 26 out. 2011.

³⁴⁶ Ibidem.

³⁴⁷ Entrevista feita pelo Jornal Folha de São Paulo. Entrevista da ginecologista Albertina Duarte Takiuti, coordenadora do Programa Estadual de Saúde do Adolescente de São Paulo. FOLHA.COM. Disponível em: <<http://www.folha.uol.com.br/>>. Acesso em: 26 out. 2011.

³⁴⁸ Entrevista concedida pela Genciana, da Unidade de PSF do Joana D'ARC, no dia 7/10/2010 em sua residência em Uberlândia - Minas Gerais.

longe e, como era uma gravidez de risco, eu não poderia cuidar dele direito. Aí ele foi para a casa do pai. Mas nós mudamos aqui para minha mãe e meu ex- marido mora aqui do lado, aí tudo ficou mais fácil. (Genciana)

Genciana³⁴⁹ continua dizendo que ser mãe é muita responsabilidade, e que a função do pai é ajudar a mãe a dar amor e carinho. Não adianta só dar dinheiro, também tem que participar da vida dos filhos, já que ela sentiu muita falta da presença de pai em sua vida:

[...] Ser mãe é uma responsabilidade muito grande. Mãe tem que cuidar, educar, dar amor e carinho. A função do pai é ajudar a mãe no amor e carinho. Não adianta pôr só dinheiro, tem que participar. Eu falo isso porque eu não tive um pai presente em minha vida. Eu só tenho minha mãe, foi minha mãe e minha tia que cuidaram de mim, mas minha tia faleceu, aí só minha mãe. Eu tenho mais 2 irmãos menores, um está com outra tia, pois minha mãe toma remédio controlado e não estava dando conta de cuidar dele. Ela tem epilepsia. Eu acho que cuidar de filho nova assim é mais difícil, pois às vezes a gente não tem estrutura. Eu não tinha estrutura quando engravidei do meu primeiro, pois eu tinha que estudar, cuidar da minha casa e da casa da minha mãe, pois ela não dava conta. Depois ela largou do pai do meu irmão. Ela engravidou de novo aí eu cuidava da minha casa mais ela e meus dois irmãos. Ela tomava remédios e dormia, aí eu tinha que cuidar. (Genciana)

Genciana ainda afirma que casamento para ela não é importante, pois foi o pai dela, dependente químico, que a levou para o mundo das drogas e do álcool, do qual ela só saiu devido a seu primeiro casamento e a gravidez. E considera que família tem ser o porto seguro de uma pessoa.

[...] O casamento para mim não é importante, às vezes o pai bebe usa droga, como meu pai usava, aí só atrapalha. A criança cresce vendo as coisas erradas. A Genciana antes da gravidez era da pá virada, eu saía e não falava para onde ia, voltava depois de 3 dias sem avisar ninguém. Eu me envolvi com drogas porque meu pai era dependente químico, ele que me levou para drogas, mas quando eu conheci o pai do VH tudo mudou na minha vida. Eu fumava, eu bebia, foi com meu primeiro casamento que minha vida voltou ao prumo, pois ele me disse se eu quisesse ficar com ele eu teria que sair dessa vida. Ele é muito certinho e tem a cabeça no lugar. A minha sogra abandonou ele quando ele tinha 4 anos. Minha vida sempre foi sofrida, cuidando do meu filho, dos meus irmãos e de minha mãe. Eu pretendo para o futuro voltar a estudar e voltar a trabalhar. Meu segundo marido achou o máximo a gravidez, pois ele não tem filhos. Minha sogra também gostou. Mas, apesar de tudo acho que depois de todas essas gravidezes a vida melhorou muito, eu melhorei como pessoa, eu aprendi a ter mais compreensão com as coisas, eu brigava demais. Eu era muito revoltada, eu amadureci muito e minha vida melhorou também. Hoje eu não uso mais nada. Meu segundo marido me ajuda a cuidar do meu filho e do meu irmão. Família, assim como eu não sei o que é ter um pai e uma mãe perto, acho, assim, que é uma coisa muito importante, pois a família é que

³⁴⁹ Entrevista concedida pela Genciana, da Unidade de PSF do Joana D'ARC, no dia 7/10/2010 em sua residência em Uberlândia - Minas Gerais.

estrutura a vida da gente. Eu já vi muita gente se perder por falta dela. O sobrinho do meu marido é tão inquieto porque a mãe dele cheirou pó até o final da gravidez. Muita gente fala que eu sou sem juízo, mas eu nunca faria algo que fizesse mal para meus filhos. (Genciana)

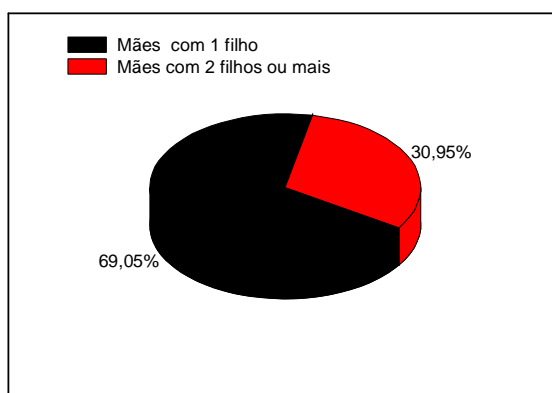
Hortência ³⁵⁰ também diz que quis constituir família cedo e sua vida melhorou muito. Ela acredita que, depois da gravidez, do casamento ela tem mais liberdade. Parece-me que a maternidade e o casamento e a constituição da família representam para muitas meninas o ritual de passagem para vida adulta, ou seja, o domínio de suas próprias vidas.

[...] Eu queria ficar grávida eu casei com 15 anos e logo em seguida eu engravidei, minha mãe engravidou com 18 anos, eu resolvi casar porque eu tenho uma vida melhor agora. Meu marido tem 17 anos e trabalha. Ser mãe é muita responsabilidade, o dever da mãe é cuidar do filho. Eu só ia no posto de saúde quando pequena. Meu marido trabalha e eu cuido de casa. O meu marido foi meu segundo namorado. Eu estou no segundo mês de gestação. Família é importante e o casamento é muito importante. (Hortência)

O depoimento mostra também que a estrutura da nova família adolescente é o marco principal de uma nova vida. Para eles sem a família a tendência de cair na marginalidade é grande e só com constituição dessa nova família é que a vida é colocada nos eixos novamente.

Com essa nova família se apresentam também as novas gestações. As gestações sequenciais são encaradas pelas meninas como algo normal e natural. Os Gráficos 17 e 18, a seguir, mostram a quantidade de filhos e de abortos nessa população.

Gráfico 17 - Frequência do segundo filho em adolescentes

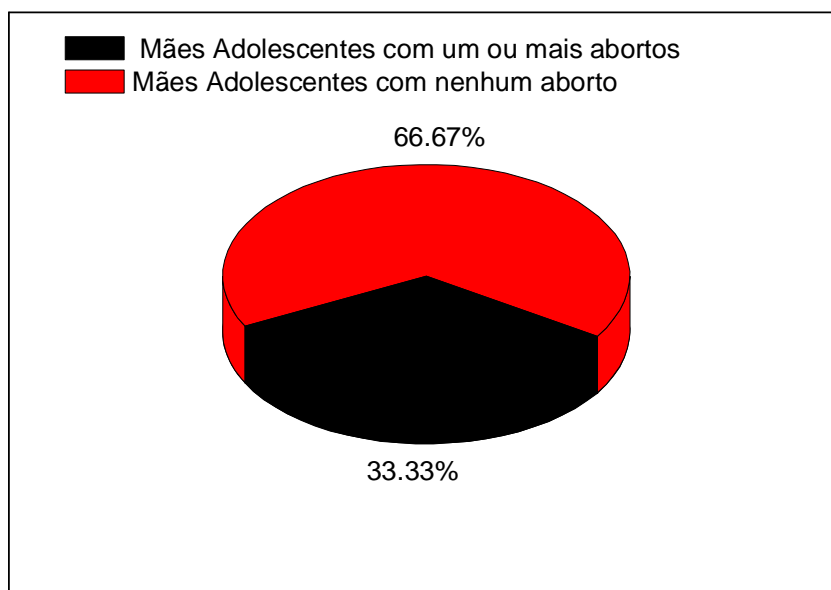


Fonte: Dados retirados das entrevistas realizadas pela autora de maio a dezembro de 2010.

³⁵⁰ Entrevista concedida pela Hortência, da Unidade do PSF do Dom Almir, no dia 21/09/2010 em sua residência em Uberlândia - Minas Gerais.

Nos bairros estudados, quase 31% das adolescentes se apresentavam mais de 1 filho e, dessas meninas que tiveram mais de 1 filho, pelo menos 33% sofreram algum tipo de aborto (espontâneo³⁵¹, induzido³⁵², ilegal³⁵³), como por exemplo, o caso da Genciana que em 4 gestações sofreu 2 abortos espontâneos.

Gráfico 18 - Número de mães que sofreram abortos durante as gestações



Fonte: Dados retirados das entrevistas realizadas pela autora de maio a dezembro de 2010.

Apesar dos depoimentos demonstrarem que poucas meninas pensaram em aborto no começo da gravidez como mostra a entrevista de Coroa Imperial³⁵⁴, elas relataram que

³⁵¹ Aborto espontâneo: Surge quando a gravidez é interrompida sem que seja por vontade da mulher. Pode acontecer por fatores biológicos, psicológicos e sociais que contribuem para que essa situação se verifique.

³⁵² Aborto Induzido: O aborto induzido é um procedimento usado para interromper uma gravidez. Pode acontecer quando existem malformações congênitas, quando a gravidez resulta de um crime contra a liberdade e autodeterminação sexual, quando a gravidez coloca em perigo a vida e a saúde física e/ou psíquica da mulher ou simplesmente por opção da mulher. É legal quando a interrupção da gravidez é realizada de acordo com a legislação em vigor. Quando feito precocemente por médicos experientes e em condições adequadas apresenta um elevadíssimo nível de segurança. .

³⁵³ Aborto Ilegal: O aborto ilegal é a interrupção duma gravidez quando os motivos apresentados não se encontram enquadrados na legislação em vigor ou quando é feito em locais que não são oficialmente reconhecidos como adequados. O aborto ilegal é inseguro constitui uma importante causa de mortalidade e de morbidade maternas. O aborto clandestino é um problema de saúde pública.

³⁵⁴ Entrevista concedida por Coroa Imperial, da Unidade de PSF do Canãa II, no dia 1/12/2010 em sua residência em Uberlândia - Minas Gerais.

mudaram de ideia por considerar o aborto algo muito cruel tanto para elas quanto para o bebês.

[...] Eu tenho 16 anos e minha filha está com 1 mês de vida. Eu estudei até a 8ª série. Eu estou solteira, mas o pai da minha filha assumiu a paternidade. Ele tem 15 anos. Ele não estuda e não trabalha, quem sustenta financeiramente é minha mãe e a mãe dele. Minha mãe não ficou contente não com gravidez. Ah, sabe no começo eu não queria não, eu até pensei em tirar, mas aí eu vi que não vale a pena, pois tem muita colega minha que já tiraram, aí elas até falaram para eu tirar, que depois eu teria que sustentar a criança, mas eu tive dó, ela não tem culpa de ter vindo agora. (Coroa Imperial)

Segundo Tietze e Henshaw³⁵⁵ a incidência das complicações do aborto está relacionada com a forma como ele é realizado. No aborto clandestino podem chegar a 50% e incluem perfuração do útero, retenção de restos de placenta, seguida de infecção, peritonite, tétano e septicemia. As sequelas ginecológicas incluem a esterilidade e também inflamações das trompas e sinéquias uterinas³⁵⁶. O risco e a gravidade das complicações crescem com o avanço da gestação.³⁵⁷

As complicações resultantes de abortos malfeitos podem levar à morte, tanto quanto podem afetar as subseqüentes gestações, aumentando o risco de prematuridade, gravidez ectópica (dentro da trompas), abortamento espontâneo e baixo peso ao nascer. Por isso o controle de tais complicações constitui um problema sério dentro da área de saúde, principalmente para as mulheres residentes em comunidades pobres, com poucos serviços médicos disponíveis³⁵⁸.

Portanto, apesar de no Brasil e no estado de São Paulo a incidência de uma segunda gestação estar diminuindo, devemos observar que, para esse grupo de população estudado, a falta de uma família faz com que elas projetem em seu casamento e na nova estrutura de vida o sentimento de renovação. E os filhos, como muitas vezes foi mostrado, não são um problema como julga a sociedade. Ao contrário muitas vezes são o desvelar de uma nova vida mais doce e mais branda que a de antes da gestação. Desta forma, percebe-se, que para enfretamento de um programa de saúde efetivo só acontecerá quando as questões sociais e culturais forem consideradas. Só assim o real significado das gravidezes sequenciais poderá ser apreendida é, conseqüentemente haver uma estrutura de apoio para essa população.

³⁵⁵ TIETZE, C.; HENSHAW, S. K. (Ed.). **Induced abortion**: World Review. NewYork: The Alan Guttmacher Institut, 1986.

³⁵⁶ A sinéquia uterina é um tipo de aderência ou cicatriz dentro do útero e a sua incidência é de 1,5%. Ela pode acarretar alterações do fluxo menstrual ou até sua ausência, podendo levar à esterilidade.

³⁵⁷ BARROSO, C. L. M.; CUNHA, M. C. **O que é aborto?** São Paulo: Cortez, 1980.

³⁵⁸ HARDY, E.; ALVES, G. Factors Associated with Complications Following Induced Abortion. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 4, p. 454-458, Oct./Dec. 1992.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após a análise de todos os dados, observa-se que a forma de compreender *adolescer*, para profissionais da saúde e para população usuária do SUS, é extremamente divergente. Enquanto para os adolescentes usuários do SUS o *adolescer* inclui a aquisição de responsabilidade, que advém da constituição de uma nova família, juntamente com maternidade e paternidade, para os profissionais da área de saúde a maternidade, paternidade e construção de uma nova família é reflexo ou representação da irresponsabilidade deste adolescente frente à vida. Interessante perceber que, nos dados encontrados nesta pesquisa, não se observa nenhum traço de irresponsabilidade em ambos os sexos. O que se viu, foi as meninas assumindo suas responsabilidades de mãe e educadora do lar e os meninos de provedor do lar tal qual era no século passado. Os depoimentos orais revelam que, realmente, a aquisição de independência desses meninos e meninas perpassa a aquisição de uma família, da maternidade e da paternidade. Muito diferente do pensamento da classe média e do profissional da área de saúde, que consideram que a aquisição de independência decorre da entrada na faculdade, pois é dela que surgirá o futuro promissor do jovem. E é com entrada na faculdade que o jovem classe média salta para mundo adulto. Mas como para o jovem da classe baixa o sonho de educação de qualidade está muito além de suas possibilidades e, portanto, de seus planos para fazer esse ritual de passagem para o mundo adulto as meninas engravidam e meninos viram pais. Vejo que tanto a maternidade quanto a paternidade para esses adolescentes usuários do SUS foram à saída para obtenção de reconhecimento, respeito, realizações e independência que os estudos, a faculdade e uma carreira promissora dariam para classe média.

Para esses jovens adolescentes usuários do SUS, a construção de um lar é a possibilidade do novo, do diferente, do ter e do proporcionar para seus futuros filhos o que eles muitas vezes nem sonhavam ter. É a possibilidade de sair da marginalidade, da droga e da violência que está dentro de seus lares, em suas famílias. É realmente a possibilidade da construção de uma nova vida, mais feliz, com melhor qualidade. Como apresentaram os dados colhidos nesta pesquisa. Para esses adolescentes, o novo lar é possibilidade de inventar uma nova história de vida, história esta melhor do que aquela que eles viveram com seus pais. Melhor para eles, é ter um “puxadinho”, um berço para o filho ou filha e uma família. Assim passam a ser reconhecidos não como menina e o menino, mas como o homem pai família e mulher cuidadora do lar, isto é merecedores de respeito e detentores de *status* frente a seu grupo social. Essa maneira de ser e de se portar diante das às adversidades da vida se opõe ao

pensamento médico, que considera a gravidez na adolescência um erro ou irresponsabilidade, esquecendo-se que as pessoas se reorganizam e constroem seus próprios juízos de valor. Desse modo, percebe-se que a visão de que a gravidez na adolescência é um problema é uma construção do mundo moderno e de alguns segmentos sociais. Até o começo do século XX, como se aprende da historiografia a gravidez era perfeitamente normal. Depois disso, o padrão do que é adolecer foi-se transformando e se afastando tanto a maternidade quanto a paternidade dessa fase da vida, não sendo mais aceitável nos dias hoje esse processo.

Neste momento minha pergunta é a seguinte: para quem a gravidez na adolescência não é aceitável? Aos meus olhos, para a sociedade em estudo, ela é uma forma digna, para quem não tem quase nada de começar a construir algo que seja fruto de seu esforço, mesmo que esteja ainda muito aquém que seria adequado para uma família de classe média. Para esses meninos e meninas que não tiveram quase nada, dar um lar com 4 cômodos, sala, quarto, banheiro e cozinha, já é um grande avanço, ter uma família unida e coesa com presença de pai e mãe também é outro ganho, ou seja, as representações sobre qualidade de vida são muito diferentes de pessoa para pessoa, acarretando grandes divergências de pensamento. Assim a gravidez na adolescência, para esses meninos e meninas, e até mesmo para suas famílias, se caracteriza como uma forma de burlar o sistema instaurado pelas políticas públicas, de ir contra as normatizações propostas pela saúde reescrevendo outra história de vida adotando outros valores, mais adequados aos seus padrões socioculturais.

Percebe-se também, que a gravidez na juventude é vista por eles e suas famílias como rito de passagem para mundo adulto. Como já citamos, se a faculdade, para a classe média, é representação de ingresso do mundo adulto, a maternidade e paternidade têm o mesmo valor para esses adolescentes. Neste viés, observa-se que o significado de engravidar é múltiplo, mas, para essa população de meninos e meninas, o papel do ser homem e do ser mulher tem se preservado desde o século passado. O que os dados apresentaram é que a figura masculina é marcada pela característica de provedor do lar e a figura feminina, pela de cuidadora desse e da sua prole, os mesmos papéis a elas atribuídos no início do século XX. O que se pode observar também dentro dessa comunidade é que as propostas da academia no que se refere às mudanças de comportamento das mulheres frente à aquisição de independência financeira e participação do mundo público pouco ou nada representam para essas meninas.

Desta forma, ao confrontar a eficácia das políticas públicas existentes em Uberlândia sobre a prevenção da gravidez na adolescência, na periferia e na região central, percebe-se que sua não efetividade nas regiões periféricas está ligada mais à falta de conhecimento por

parte dos que as elaboram e programam sobre lógica de vida, representações das relações e do que seja qualidade de vida, felicidade, valores, cultura para essa população.

Percebe-se, então, que, embora a repetição da gravidez na adolescência apresente aspectos preocupantes para a área de saúde, tanto pelo curto intervalo entre as gestações quanto pelas complicações gestacionais e neonatais, esta pesquisa vem demonstrar que o número de vezes que a adolescente engravidou, independentemente do desfecho do evento, não tem provocado impactos sobre a vida desses jovens. Percebemos que muitos profissionais da saúde ainda apresentam uma visão reducionista e biologistica acerca da questão da gravidez na adolescência, dificultando a compreensão desse processo complexo que é a maturidade na adolescência. Este estudo buscou apresentar uma visão ampliada para além da abordagem meramente técnica, uma nova construção, um novo direcionamento das ações de saúde não só para aspectos técnicos, mas, sim, para entendimento deste outro com suas representações de mundo, de vida, de história e de cultura, na tentativa de possibilitar o empoderamento desse adolescente pela escolha consciente e informada sobre seu próprio corpo, projetos e perspectiva de vida. Neste viés, a pesquisa demonstra que maternidade, paternidade e construção de família podem ser consideradas um poder, poder esse que mexe com o emocional de cada adolescente, viabilizando assim a decisão onde prevalece a massa na qual o que resolve é maioria, o se engravidar como questão cultural. O emocional, modo, está ligado às decisões a serem tomadas tornam-se uma luta interna na busca da melhor estratégia para saída da violência e da marginalidade vividas por muitas das famílias dessas. Desse modo, percebo que este trabalho foi uma tentativa de buscar todos os meios possíveis de entendimento desse meu outro, os adolescentes grávidos, para que fossem integrados não só os cuidados, mas também a maneira de agir e de pensar esse engravidar. Portanto, este trabalho visou às múltiplas formas de enfrentamento dessa gravidez tanto para os jovens frente à sociedade que os condena como também para os profissionais de saúde, que muitas vezes não sabem lidar com essa gravidez.

O tempo e espaço social são fundamentais para a crença no significado de vida adulta e felicidade. Se para alguns a obtenção da casa, dos móveis, eletrodomésticos, carro, faculdade, etc. São bens que resultarão, ao final em “ser feliz”, para outros muito pouco basta. Uma casinha de aluguel, um carrinho para bebê, um serviço para pai e o trabalho no “lar” para a mãe (Lavar, passar, cozinhar, arrumar e educar os filhos). Se para uns engravidar é penoso, para outros tem significado de vivência, de felicidade.

FONTES

FONTES

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Lei orgânica da saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 set. 1990.

BRASIL. Decreto nº 99.710, de 21 de novembro de 1990. Promulga a convenção sobre os direitos da criança. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 22 nov. 1990. Seção 1, p. 22.256.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Datasus**. Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS). Brasília, DF, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Normas de Atenção à Saúde Integral do Adolescente**. Brasília, DF, 1993. 3 v.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. **Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde**. Brasília, DF, 2010. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

IBGE. **Estimativa populacional**. Rio de Janeiro, 2007.

REVISTAS

CADERNOS PAGU. Campinas, SP: Ed. Unicamp, n. 16, 2001.

CIÊNCIA ESPORTE. Campinas, SP: [s.n.], v. 25, n. 1, set. 2003.

HISTORIA, ANTROPOLOGÍA Y FUENTE ORAL. Barcelona: Universidad de Barcelona, n. 9, 1993.

PROJETO HISTÓRIA: Revista do Programa de Estudos Pós-Graduação em História. São Paulo: Ed. PUC-SP, n. 14/15, 1997.

REVISTA BRASILEIRA EPIDEMIOLOGIA. São Paulo: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, v. 12, n. 3, 2009.

REVISTA DE SAÚDE PÚBLICA. São Paulo: Ed. USP, v. 27, n. 6, 1993.

REVISTA ELETRÔNICA DE ENFERMAGEM. Goiânia: Ed. UFG, v. 6, n. 3, 2004. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br>>. Acesso em: 26 out. 2011.

REVISTA LATINO-AMERICANA ENFERMAGEM. Ribeirão Preto: Ed. USP, v. 14, n. 2, mar./abr. 2006.

ARTIGOS JORNAL

42 mil menores estão casados. **Correio de Uberlândia**, Uberlândia, 11 set. 2011. Seção Brasil e Mundo.

APENAS 6 cidades do Brasil recebem a nota máxima do SUS. **Notícias br**. Disponível em: <<http://www.noticiasbr.com.br/apenas-6-cidades-no-brasil-recebem-avaliacao-maxima-do-sus-44251.html>>. Acesso em: 5 mar. 2012.

BRASIL tem 661 mil jovens e 132 mil crianças responsáveis pelo próprio domicílio, diz IBGE. **UOL Notícias**: Cotidiano, 29 abr. 2011. Seção Cotidiana.

CAEM 34% a taxa de gravidez na adolescência em Uberlândia. **Correio de Uberlândia**, Uberlândia, 21 jun. 2009. Seção Cidade.

CARMO, Márcia. Uma em quatro mulheres na América Latina é mãe antes dos 20 anos, diz Cepal. **Folha.com**, 31 out. 2008. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/folha/bbc/ult272u462675.shtml>>. Acesso em: 31 out. 2008.

VISUAIS

DEPOIMENTOS de meninas sobre gravidez na adolescência. Reportagem TV integração. 1 DVD.

SITES (INTERNET)

BAYER HEALTHCARE: Science for a better life. **Breve história da anticoncepção**. Disponível em: <<http://www.bayerscheringpharma.com.br/site/jovens/controldefertilidade/metodoscontraceptivos/brevehistoriadaanticoncepcao.fss>>. Acesso em: 13 maio 2009.

BERTOLINO, Osvaldo. Relatório da Cepal aponta dados alarmantes sobre a gravidez na adolescência. **O Outro Lado da Notícia**. 31 out. 2008. Disponível em: <<http://outroladodanoticia.wordpress.com/2008/10/31/relatorio-da-cepal-aponta-dados-alarmantes-sobre-gravidez-na-adolescencia/>>. Acesso em: 31 out. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br>>. Acesso em: 08 mar. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Saúde do Adolescente. **Bases programáticas**. dez. 2009. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd03_05.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria da Assistência à Saúde. **Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher**: 21 anos depois. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/impressos/folder/05_0009_F.pdf>. Acesso em: 10 out. 2010.

BRAZÃO, Tiana. Para médico, gravidez na adolescência é problema social. **Fato Real**. Disponível em: <<http://www.fatoreal.blog.br/politica/para-medico-gravidez-na-adolescencia-e-problema>>. Acesso em: 28 abr. 2011.

CARNEIRO, Alberto. **A trajetória da família ocidental e a maternidade lésbica**. 3 jul. 2007. Disponível em: <<http://albertocarneiro.wordpress.com/2007/07/03/a-trajetoria-da-familia-ocidental-e-a-maternidade-lesbica/>>. Acesso em: 10 out. 2011.

CARVALHO, Fabrícia A. T. de. **A mulher na Idade Média a construção de um modelo de submissão**. Disponível em: <<http://www.ifcs.ufrj.br/~frazao/mulher.html>>. Acesso em: 11 ago. 2008.

O CASAMENTO e o amor na Idade Média. Disponível em: <http://marged.vilabol.uol.com.br/medieval_casamentoeamor.html>. Acesso em: 11 ago. 2008.

FOLHA.COM. Disponível em: <<http://www.folha.uol.com.br/>>. Acesso em: 26 out. 2011.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Agência Fiocruz Notícias. **Notícias**. Disponível em: <<http://www.fiocruz.br/ccs/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?tpl=home>>. Acesso em: 1 fev. 2007.

G1: Jornal Virtual. São Paulo, 2 fev. 2006. Disponível em: <http://www.g1.com>>. Acesso em: 11 ago. 2008.

GONTIJO, Daniela Tavares; MEDEIROS, Marcelo. Gravidez / maternidade e adolescentes em situação de risco social e pessoal: algumas considerações. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 6, n. 3, 2004. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/revista/revista6_3/pdf/12_Revisao2.pdf>. Acesso em: 26 out. 2011.

GRACIANI, Maria Stela Santos. Um novo olhar para a criança e o adolescente. **Mundo Novo**, n. 331, out. 2000. Entrevista. Disponível em: <<http://www.mundojovem.com.br/entrevista-10-2000.php>>. Acesso em: 26 out. 2011.

GRAVIDEZ na adolescência coloca saúde em risco e preocupa médicos. Disponível em: <<http://www.emporto.com.br/index/saude-aberta/id/5279>>. Acesso em: 11 ago. 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. 2000. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/>>. Acesso em: 29 abr. 2000.

MARTINS, Maria da Conceição Rodrigues. As medidas sócias educativas da ECA: conquista ideal ou paliativo real? **Revista Eletrônica Arma da Crítica**, ano 2, n. 2, mar. 2010. Disponível em: <<http://www.armadacritica.ufc.br/phocadownload/11-%20as%20medidas%20socio-educativas%20do%20eca-%20maria%20conceicao.pdf>>. Acesso em: 11 ago. 2010.

MIRANDA, Ana Tereza Cavalcanti de; BOUZAS, Isabel Cristina da Silva. **Gravidez: a saúde de adolescentes e jovens: competências e habilidades**. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/multimedia/adolescente/textos_comp_tc_18.html>. Acesso em: 10 dez. 2010.

ONU BR: Nações Unidas no Brasil. Disponível em: <<http://www.onu-brasil.org.br/>>. Acesso em: 29 abr. 2000.

PONTE JUNIOR, G. M.; XIMENES NETO, F. R. G. Gravidez na adolescência no município de Santana do Acaraú – Ceará – Brasil: uma análise das causas e riscos. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 6, n. 1, 2004. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/revista6_1/f3_gravidez.html>. Acesso em: 26 jul. 2011.

RAMOS, Flavia Regina Souza; PEREIRA, Silvana Maria; ROCHA, Cláudia Regina Menezes da. Viver e adolecer com qualidade: o conceito de adolescência e qualidade de vida. **Revista Adolescer**. Acesso em: <<http://www.abennacional.org.br/revista/cap1.2.html>>. Disponível em: 6 jan. 2009.

DEPOIMENTOS ORAIS

Depoimentos de profissionais da saúde

Dr. José Antônio do Nascimento Filho - Médico ginecologista e obstetra trabalha com gravidez na adolescência membro da Sociedade de ginecologia e Obstetrícia de Roraima.

Ana Tereza Cavalcanti de Miranda e Isabel Cristina da Silva Bouzas - Profissionais de saúde, trabalham com saúde de adolescentes e jovens.

Dra Sueli Raposo – Médica trabalha com Ginecologia, adolescência e gravidez.

Dra Isabel de Freitas - Médica Ginecologista.

Albertina Duarte Takiuti - Coordenadora do Programa Estadual de Saúde do Adolescente de São Paulo.

Mary Garcia Castro – Socióloga, pesquisadora da Universidade Federal da Bahia.

Dra X - Médica Ginecologista e Obstetra, responsável pelo Programa de Planejamento familiar da Secretaria Municipal de Uberlândia.

Psicólogo Y - Psicólogo responsável pela área da saúde mental da Secretaria Municipal de Saúde de Uberlândia.

Depoimentos orais de adolescentes e suas famílias e seus companheiros

Depoimentos do Morumbi III

Iris - adolescente de 19 anos em sua primeira gravidez, apresentando-se na entrevista com 5 meses de gestação, casada com marido de 19 anos

Depoimentos orais do PSF Dom Almir

Gerbera - adolescente de 19 anos, 2 gestações com filho de 1 ano e 3 meses de gestação do segundo filho casada com marido de 23 anos, só ele trabalha.

Margarida - adolescente de 17 anos na primeira gestação apresentando-se na entrevista com 4 meses gestação, casada marido 19 anos.

Acácia - adolescente 16 anos na sua primeira gestação apresentando-se na entrevista com 8 meses de gestação, juntada namorado com 17 anos.

Mãe de Acácia - separada, sustenta a casa sozinha com seu trabalho.

Begônia - adolescente com 19 anos na segunda gestação tem um filho de 3 anos e está de 7 meses da segunda gestação, casada marido 37 anos.

Copo de Leite - adolescente de 18 anos na primeira gestação, casada marido 21 anos.

Flor de Laranjeira - adolescente com 18 anos na segunda gestação, tem filho de 1 filho e está 4 meses da segunda gestação.

Marido da Flor de Laranjeira - adolescente com 19 anos, faz bico para manter a casa.

Crisântemo - adolescente com 14 anos, primeira gestação apresentando-se na entrevista com 4 meses de gestação.

Marido de Crisântemo - adolescente de 19, faz bico para manter a casa.

Hortência - adolescente de 15 anos, na sua primeira gestação, casada com marido de 17 anos.

Pai de Hortência- Aposentado

Mae de Hortência - Dona de casa e mãe de 3 filhos.

Depoimentos orais do PSF Joana D'Arc

Azaléia Rosa - adolescente de 18 anos, uma gravidez e um filho de 2 meses de vida, casada com marido de 21 anos.

Marido da Azaléia Rosa - homem de 21 anos, responsável pelo sustento da casa com ofício de pedreiro.

Azaléia vermelha - adolescente de 18 anos em sua primeira gestação, encontrava-se na entrevista com 5 meses de gestação, casada com marido de 20 anos. Ela é cunhada da Azaléia Rosa.

Pai da Azaléia Rosa - senhor aposentado, cuidador dos filhos e netos.

Alecrim - adolescente de 15 anos, em sua primeira gestação, apresentando-se na entrevista com 6 meses de gestação, casada com homem de 25 anos.

Mãe de Alecrim - senhora, dona de casa e cuidadora do lar.

Genciana - adolescente de 18 anos com 4 gestações, 2 abortos com 1 filho de 1 ano e 9 meses e uma gestação de 8 meses, no segundo casamento marido com 22 anos.

Dália Amarela - adolescente de 19 anos, com 1 filho de 4 meses de vida, casada com homem de 24 anos servente de pedreiro.

Girassol - adolescente 16 anos em sua primeira gestação, apresentando-se na entrevista com 5 meses de gestação, casada marido com 18 anos.

Depoimentos orais do PSF Canaã II

Cravo Branco - Adolescente de 17 anos na sua 2 gestação e 2 filhos um de 1 ano e 6 meses e outro de 17 dias de vida, solteira quem ajuda é a mãe.

Cravo Vermelho - Irmã de Cravo Branco, adolescente de 19anos, com duas gestações e 2 filhos, um de 1 anos e 5 meses e outro de 22 dias de vida, casada marido com 30 anos.

Mãe da Cravo Branco e Vermelho - senhora batalhadora no segundo casamento e dona de casa e cuidadora das filhas e netos.

Coroa imperial - adolescente com 16 anos com um filho de 1 mês de vida, solteira.

Lavanda - adolescente de 15 anos com filho de 9 meses de vida, casada com marido de 19 anos pedreiro.

Lírios - adolescente de 15 anos com um filho de 1 ano e 2 meses, casada com marido de 21 anos.

Depoimentos orais do PSF Canaã III

Amor perfeito - adolescente de 16 anos com um filho de 1 mês de vida, casada com marido de 18 anos.

Marido do Amor Perfeito - adolescente 18 anos, responsável pelo sustendo da casa tendo o ofício de pintor.

Cacto - adolescente de 18 anos na sua primeira gestação, encontrando-se na entrevista com 7 meses de gestação, marido 44 anos pedreiro.

Rosa - enteada de cacto com 4 filhos ela engravidou do seu primeiro com 13 anos.

Camomila - adolescente com 17 anos, estudante dona de casa com 1 filho de 9 meses de vida, casada com marido de 21 anos pedreiro.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

- ABRAMOVAY, M.; CASTRO, M. G.; LEON, A. P. de. **Juventude, tempo presente ou tempo futuro?** Dilemas em propostas de políticas de juventude. São Paulo: GIFE, 2007.
- ABRERASTURY, Arminda. **Adolescência normal**. 1. ed. Porto Alegre: Artmed, 1981.
- ACOSTA, A.; VITALE, M. Apresentação. In: ACOSTA, A.; VITALE, M. (Org.). **Família: redes, laços e políticas públicas**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2003. p. 11-12.
- ALBERTI, Verena. **História oral: a experiência do CPDOC**. Rio de Janeiro: Ed. FGV, 1990.
- ALMEIDA FILHO, Naomar de. **A clínica e a epistemologia**. Salvador: Apce: Abrasco 1992.
- AMADO, Janaína. A culpa nossa de cada dia: ética e história oral. **Projeto História: Revista do Programa de Estudos Pós-Graduação em História**, São Paulo, n. 15, p. 145-155, abr. 1997.
- AMAZARRAY, M. R. et al. A experiência de assumir a gestação na adolescência: um estudo fenomenológico. **Psicologia: reflexão e crítica**, Porto Alegre, v. 11, n. 3, p. 431-440, 1998.
- ARIÈS, P. **História da criança e da família**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1978.
- ARIÈS, Philippe. **História social da criança e da família**. Rio de Janeiro: Guanabara, 1981.
- ARIÈS, Philippe; DUBY, Georges. **História da vida privada: da Revolução Francesa à Primeira Guerra [S.l.]**: Edição de Bolso, 2009. v. 4.
- AZEVEDO, K. R.; ARRAIS A. R. O mito da mãe exclusiva e o impacto na depressão pós-parto. **Psicologia: reflexão e crítica**, Porto Alegre, v. 19, n. 2, p. 269-276, 2006.
- BADINTER, E. **Um amor conquistado: o mito do amor materno**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.
- BAKHTIN, Mikhail. **Marxismo e filosofia da linguagem**. 5. ed. São Paulo: Hucitec, 1990.
- BARROSO, C. L. M.; CUNHA, M. C. **O que é aborto?** São Paulo: Cortez, 1980.
- BAUMAN, Zigmunt. **Modernidade líquida**. Rio de Janeiro: J. Zahar, 2001.
- BELLOMO, Harry R. Amor e sexualidade na Roma antiga. In: FLORES, Moacyr (Org.). **Mundo grego-romano, sagrado e o profano**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2006. p. 15-50.
- BENCHIMOL, Jamime Larry. **Perreira Passos: um Haussmann tropical**. Rio de Janeiro: Biblioteca Carioca, 1992.
- BENCHIMOL, Jamime Larry. **Dos micróbios aos mosquitos**. Febre amarela e revolução pausteriana no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz: UFRJ, 1999.

BENJAMIN, Walter. **Magia e técnica, arte e política**. Ensaio sobre literatura e história da cultura. Trad. Sérgio Paulo Rouanet. 7. ed. São Paulo: Brasiliense, 1994.

BERTAUX, Daniel. L'Approche Biographique: Da Validité Méthodologique, Ses Potentialités. **Cahiers Internationaux de Sociologie**, v. 69, p. 198-225, 1980.

BEUST, L. H. Ética, valores humanos e proteção à infância e juventude. In: KONZEN, A. A. **Pela justiça na educação**. Brasília, DF: MEC, Fundescola, 2000. p. 7-49.

BIRCH, D. **Are you my sister, mummy?** London: Youth Support, 1992.

BORELLI, Silvia Helena S. **Memória e temporalidade**: diálogo entre Walter Benjamin e Henri Bergson. São Paulo: EDUC, 1992.

BOSI, Ecléia. Memória e sociedade. Lembrança dos velhos. São Paulo: T. A. Queiroz: Edusp, 1978.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. **Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde**. Brasília, DF, 2010. (Série A. Normas e manuais técnicos).

BUCHER, Júlia S. N. F. O casal e a família sob novas formas de interação. In: FÉRES-CARNEIRO, T. **Casal e família**: entre a tradição e a transformação. Rio de Janeiro: Nau, 1999. p. 82-95.

CAMPOS, Estela Marcia S. **A estratégia de saúde da família e sua proposta de (re) estruturação do modelo assistencial do SUS**: a perspectiva de quem molda a sua operacionalização. 2007. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.

CARDONA, Lira Francisco. **Etapas da adolescência**. São Paulo: Paulinas, 2004. (Coleção Adolescer).

CARDOSO, Vicente Licínio. **À margem da história da República (idéias, crenças e afirmações)**. Brasília, DF: Ed. UnB, 1981. 2 v., t. 2. (Biblioteca do Pensamento Político Republicano, 8).

CARDOSO, E. B.; DURAND, V. Gravidez na adolescência. In: GICO, V.; SPINELLI, A.; VICENTE, P. **As ciências sociais**: desafios do milênio. Natal: EDUFRN, 2001. p. 649-667.

CARNEIRO, Terezinha Feres. Casamento contemporâneo: construção de identidade conjugal. In: CARNEIRO, Terezinha Feres. **Casamento social á clínica**. Rio de Janeiro: NAU, 2001. p. 21-80.

CASSAB, Latif. A. História oral: miúdas considerações para pesquisa em serviço social. **Revista Serviço Social UEL**, São Paulo, Social, v.5, n.2, Jan/Jun, p.71-90, 2003.

CASTRO, J. A.; AQUINO, L. (Org.). **Juventude e políticas sociais no Brasil**. Brasília, DF: IPEA, 2008. (Texto para discussão, n. 1.335).

CERTEAU, Michel de. **A invenção do cotidiano: artes de fazer**. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 1996.

CHALHOUB, Sideny. **Cidade febril**. Cortiço e epidemias na corte imperial. São Paulo: Companhia das Letras, 1996.

COMMITTEE ON ADOLESCENCE AND COMMITTEE ON EARLY CHILDHOOD, ADOPTION AND DEPENDENT CARE. Care of Adolescent Parents and their children. **Pediatrics**, Elk Grove Village, v. 107, n. 2, p. 429-434, 2001.

CORRÊA, M. D. Riscos médicos da gravidez na adolescência. In: LIPPI, J. R. da S. (Org). **Psiquiatria infantil: estudo multidisciplinar**. Belo Horizonte: ABENEPI, 1997. p. 152-166.

COSAC, Claudia Maria Daher. Gestão na era da incerteza. **Serviço social & realidade**, Franca, v. 18, n. 1, p. 364, 2009.

COSTA, Jurandir Freire. **Ordem médica e norma familiar**. Rio de Janeiro: Graal, 1983.

COSTA, Jurandir Freire. **Ordem médica e norma familiar**. 4. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1999.

COSTA, Jurandir Freire. **Ordem médica e norma familiar**. Rio de Janeiro: Graal, 2004.

COSTA, L. F. et al. A contribuição da terapia ocupacional com gestantes adolescentes na maternidade Cândido Mariano em Campo Grande. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE TERAPIA OCUPACIONAL, 7., 2001, Porto Alegre. **Anais...** Porto Alegre: Instituto Porto Alegre, 2001. p. 21-27.

COSTA, Nilson do Rosário. **Lutas urbanas e controle sanitário**. Origens das políticas de saúde no Brasil. Petrópolis: Vozes, 1985.

COSTA, M. C. O. Fecundidade na adolescência: perspectiva histórica e atual. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 74, n. 2, p. 87-90, 1998.

CRUZ NETO, O.; MOREIRA, M. R. A concretização de políticas públicas em direção à prevenção da violência estrutural. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 33-52, 1999.

DEMARTINI, Zeila de Brito Fabri. **Trabalhando com relatos orais**: reflexões a partir de uma trajetória de pesquisa: reflexões sobre a pesquisa sociológica. São Paulo: CERU, 1992. (Coleção Textos, n. 3).

DIAS, A. C. G.; TEIXEIRA, M. A. P. Gravidez na adolescência: um olhar sobre um fenômeno complexo. **Paidéia**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 45, p. 123-131, 2010.

DIMENSTEIN, Gilberto. **O cidadão de papel**: infância, a adolescência e os direitos humanos no Brasil. São Paulo: Ática, 2002.

DONNANGELO, Maria Cecília F. **Medicina e sociedade**. São Paulo: Biblioteca Pioneira de Ciências Sociais, 1975.

DONZELOT, Jacques. **A política das famílias**. Rio de Janeiro: Graal, 1980.

EL-ROEIY, A.; GLEICHER, N. The immunologic concept of preeclampsia. In: RUBIN, P. C. (Ed.). **Hypertension in pregnancy**. New York: Elsevier Science, 1988. p. 241-257. (Handbook of hypertension, v. 10).

ELSTER, A. B. et al. Parental behavior of adolescent mothers. **Pediatrics**, Elk Grove Village, v. 71, p. 494-503, 1983.

EMANS, J. U. et al. **Paediatrics and adolescent Gynaecology**. London: Little, Brown & Co., 1990.

FAVERO, M. H.; MELLO, R. M. Adolescência, maternidade e vida escolar: a difícil conciliação de papéis. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, DF, v. 13, n. 1, p. 131-136, 1997.

FELICIANO, R. A. F. **Gestação na adolescência: vulnerabilidades e redes de proteção em São Carlos-SP**. 2010. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2010.

FERRAROTTI, Franco. Industrialización e historias de vida. **Historia, Antropología y Fuente Oral**, Barcelona, n. 9, p. 183, 1993.

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

FOUCAULT, Michel. **Cuidado de si**. 9. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1985a.

FOUCAULT, Michel. **História da sexualidade 3: o cuidado de si**. Tradução de Maria Tereza da Costa Albuquerque; revisão técnica de José Augusto Guilhon Albuquerque. Rio de Janeiro: Edição Graal, 1985b.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. 2. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

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

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

FOUCAULT, Michel. **Vigiar e punir: nascimento da prisão**. 34. ed. Petrópolis: Vozes, 2007.

GAGNEBIN, Jeanine Marie. **História e narração em Walter Benjamin**. Campinas, SP: Ed. Unicamp, 1994. p. 15. (Coleção Estudos, n. 142).

GÓIS JÚNIOR, Edivaldo; LOVISOLO, HUGO Rodolfo. Descontinuidades e continuidades do movimento higienista no Brasil do século XX. **Ciência Esporte**, Campinas, SP, v. 25, n. 1, p. 41-54, set. 2003.

GRIMES, D. A. Contraceptive services in high-school based clinics: the Baltimore experience. **The Contraception Report**, [s.l.], v. 4, n. 2, p. 4, 1993.

GUERRA, Cláudia Costa. Breves considerações sobre a violência conjugal. **Gênero em Pesquisa**, Uberlândia, v. 12, p. 4, 1998.

GUERRA, Claudia Costa. **Descortinando o poder e a violência nas relações de gênero: Uberlândia-MG (1980-1995)**. 1998. Dissertação (Mestrado) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 1998.

GUERRA, Cláudia Costa. Violência e poder nas relações de gênero: as cenas. **Caderno Espaço Feminino**, Uberlândia, v. 4, p. 4-27, 1998.

GUIMARÃES, Marilene. A família na atualidade: de que família estamos falando? In: ENCONTRO GAÚCHO DE TERAPIA FAMILIAR, 3., 2001, Porto Alegre. **Anais...** Porto Alegre: AGATEF, 2001. p. 8-19.

GUPTA, Neeru; LEITE, Iuri da Costa. Tendências e determinantes da fecundidade entre adolescentes no Nordeste do Brasil. **Perspectiva Internacional de Planejamento Familiar**, [s.l.], número especial, p. 24-29, 2001.

HALL, Stuart. **A identidade cultural na pós-modernidade**. 3. ed. Rio de Janeiro: DP&A, 1999.

HARDY, E.; ALVES, G. Factors Associated with Complications Following Induced Abortion. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 4, p. 454-458, Oct./Dec. 1992.

HAROCHE, Claudine. **Maneiras de ser, maneiras de sentir do indivíduo hipermoderno**. Tradução de Jacy Alves de Seixas e Vera Avellar Ribeiro. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2008.

HINTZ, H. C. Novos tempos, novas famílias. **Pensando Famílias**, Porto Alegre, v. 3, p. 8-19, 2001.

HOCHMAN, Gilberto. **A era do saneamento as bases da política de saúde pública no Brasil**. São Paulo: Huciet: Anpocs, 1998.

HOSCHMAN, Gilberto. **A era do saneamento**. São Paulo: Hucitec, 1998.

IORIO, C. Algumas considerações sobre estratégias de empoderamento e de direitos. In: ROMANO, Jorge; ANTUNES, Marta (Org.). **Empoderamento e direitos no combate à pobreza**. Rio de Janeiro: ActionAid Brasil, 2002. p. 21-44.

JORGE, M. S. B.; FIÚZA, G. V.; QUEIROZ, M. V. O. A fenomenologia existencial como possibilidade de compreensão das vivências da gravidez em adolescentes. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 6, p. 907-914, nov./dez. 2006.

KIMURA, A. F. A construção da personagem mãe: construções teóricas sobre identidade e papel materno. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 31, n. 2, p. 339-343, 1997.

KIRBY, D. et al. Six school-based clinics: Their reproductive health services and impact on sexual behaviour. **Family Planning Perspectives**, New York, v. 23, n. 1, p. 6-16, Jan./Feb. 1991.

KONJE, J. C. et al. Early teenager pregnancies in Huli. **British Journal of Obstetrics and Gynaecology**, London, v. 99, n. 12, p. 969, 1992.

LAING, R. D. **A política da família**. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1983.

LANG, Alice Beatriz da Silva Gordo. História oral: muitas dúvidas, poucas certezas e uma proposta. In: MEIHY, José Carlos Sebe (Org.). **Reintroduzindo história oral no Brasil**. São Paulo: Universidade de São Paulo, 1996. p. 34-45. (Série Eventos).

LE GOFF, Jacques. **História e memória**. Tradução de Bernardo Leitão et al. Campinas, SP: Ed. Unicamp, 1990.

LEE, K. S. et al. Maternal age and low incidence of low-birth-weight at term: A population study. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, Saint Louis, v. 158, n. 1, p. 84-89, Jan. 1988.

LENHARO, Alcir. **Sacralização da política**. 2. ed. Campinas, SP: Ed. Unicamp; São Paulo: Papyrus, 1986.

LIBÓRIO, Renata Maria Coimbra; KOLLER Sílvia Helena. **Adolescência e juventude: risco e proteção na realidade brasileira**. 1. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010

LOURO, Guaraciara Lopes. **Gênero, sexualidade e educação: das afinidades políticas às tensões teóricas- metodológicas**. Petrópolis: Vozes, 1997.

LUZ, Madel T. **Medicina e ordem política brasileira**. Rio de Janeiro: Graal, 1982.

MACHADO, M. C. T. **A disciplinarização da pobreza no espaço urbano burguês: assistência social institucionalizada (Uberlândia 1965-1985)**. 1998. Dissertação (Mestrado) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 1998.

MACHADO, Roberto. **Danação da norma: a medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil**. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

MANGOLD, W. D. Age of mother and pregnancy outcome in the 1981 Arkansas birth cohort. **Social Biology**, Madison, v. 30, n. 2, p. 205-210, Summer 1983.

MATOS, Maria Izilda Santos de. **Gênero em debate: trajetória e perspectiva na historiografia contemporânea**. São Paulo: Educ, 1997.

McANARNEY, Elizabeth R. Adolescent brain development: forging new links? **The Journal of Adolescent Health**, New York, v. 42, n. 4, p. 321-323, 2008.

MÉNDEZ, Emilio García. **Estatuto da criança e do adolescente**. [S.l.: s.n.], 1998.

MEIRELLES, Zeferino Justino da Silva. **Breves considerações sobre as vantagens do aleitamento materno**. 1847. Tese (Doutorado) - Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1847.

MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R. É possível prevenir a violência? Reflexões a partir do campo da Saúde Pública. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 7-32, 1999.

MIRANDA, Ana Tereza Cavalcanti de. **Idade materna e risco perinatal**. 1988. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1988.

MOREIRA, M. I. C. Laços familiares e laços geracionais: uma reflexão sobre a gravidez entre mulheres adolescentes. In: SOUSA, S. M. **Infância e adolescência: múltiplos olhares**. Goiânia: Ed. UCG, 2003. p. 113-144.

MOTA, C. N. da. Por uma antropologia da mulher. **Encontros com a Civilização Brasileira**, Rio de Janeiro, n. 26, p. 31-48, 1980.

MOTT, F. L. et al. Early childbearing and completion of high-school. **Family Planning Perspectives**, New York, v. 17, n. 5, p. 234-237, Sept./Oct. 1985.

MOTTA, M. G. **O casal adolescente e a gravidez**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1998.

MOURA, Gersa Gonçalves. **Imagens e representações da periferia de Uberlândia (MG): um estudo de caso do Setor Oeste**. 2003. 317 f. Dissertação (Mestrado em Geografia) - Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2003.

NOVELINO, A. M. **A cartilha da mãe perfeita: um discurso normatizador da psicologia de mídia**. 1989. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 1989.

NOGUEIRA, José Maria et al. Análise da distribuição espacial da gravidez adolescente no Município de Belo Horizonte. **Revista Brasileira Epidemiologia**, São Paulo, v. 12, n. 3, p. 297-312, 2009.

NOVELINO, A. M. **A cartilha da mãe perfeita: um discurso normatizador da psicologia de mídia**. 1989. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 1989.

OLIVEIRA, N. R. **Perfis de grávidas e mães adolescentes: estudo psicossocial de adolescentes usuárias de um serviço público de pré-natal e maternidade**. 1999. Tese (Doutorado) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999.

OZ, Amós. **Contra um fanatismo**. Tradução de Denise Cabral. Rio de Janeiro: Ediouro, 2004.

PAIVA, V. L. M. O.; NASCIMENTO, M. (Org.). **Sistemas adaptativos complexos: língua(gem) e aprendizagem**. Belo Horizonte: Fale, Ed. UFMG, 2004.

PANTOJA, A. L. N. Ser alguém na vida: uma análise sócio-antropológica da gravidez/maternidade na adolescência em Belém do Pará, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, p. S335-S343, 2003. Suplement 2.

PAULA, Dirce B. **Gravidez na adolescência: estratégias de inserção no mundo adulto**. 1992. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 1992.

PAULA, Dirce B. **O olhar e a escuta psicológica desvendando possibilidades: o vínculo saudável entre a adolescente mãe e seu filho**. 1999. Tese (Doutorado em Psicologia Social) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 1999.

PERROT, Michelle. Mil maneiras de caçar. **Projeto História: Revista do Programa de Estudos Pós-Graduação em História**, São Paulo, n. 17, p. 55-61, nov. 1998.

PETRINI, J. C. Mudanças sociais e mudanças familiares. In: PETRINI, J. C.; CAVALCANTI, V. R. S. (Org.). **Família, sociedade e subjetividades: uma perspectiva multidisciplinar**. Petrópolis: Vozes, 2005. p. 29-53.

PETUBA, Rosângela Maria Silva. **Pelo direito à cidade experiência e luta dos ocupantes de terra do bairro D. Almir Uberlândia (1990-2000)**. 2011. Dissertação (Mestrado em História) - Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2011.

POMMÉ, Eliana. **Gravidez na adolescência: muitas histórias para compreender e lidar com a sua história**. São Paulo: Paulinas, 2003. (Coleção Adolescer).

PORTELA, V.; PORTELA, A. A. V. **Gravidez na adolescência**. Brasília, DF: MS. No prelo.

PORTELLI, Alessandro. O que faz a história oral diferente. **Projeto História: Revista do Programa de Estudos Pós-Graduação em História**, São Paulo, n. 14, p. 25-39, 1997.

PORTO, J. R. R.; LUZ, A. M. H. Percepções da adolescente sobre a maternidade. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 55, n. 4, p. 384-391, jul./ago. 2002.

PUGA, Vera Lúcia. Casar e separar: dilema social histórico. **Esboços**, Florianópolis, n. 17, p. 158-172, 2007.

PUGA, Vera Lúcia. **Entre o bem e o mal (educação e sexualidade no Triângulo Mineiro - anos 60)**. 1990. Dissertação (Mestrado em História Social) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 1990.

PUGA, Vera Lúcia. Internatos. **Caderno Espaço Feminino**, Uberlândia, v. 1, n. 1, p. 76-96, jan./jun. 1994.

PUGA, Vera Lúcia. **Paixão, sedução e violência, 1960-1980**. 1998. Tese (Doutorado) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 1998.

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

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

REIS, Alberto O. A.; ZIONI, F. O lugar do feminino na construção do conceito de adolescência. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 27, n. 6, p. 472-477, 1993.

RENA, Luiz Carlos C. B. **Sexualidade e adolescência: as oficinas como prática pedagógica**. Belo Horizonte: Autêntica, 2001.

RICŒUR, Paul. **La mémoire, l'histoire, l'oubli**. Paris: Le Seuil, 2000.

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

ROUDINESCO, E. **A família em desordem**. Rio de Janeiro: J. Zahar, 2003.

ROUQUAYRO, M. Z. **Epidemiologia e saúde**. 4. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1994.

SAMARA, Eni de Mesquita. **Mulheres pioneiras: histórias de vida na expansão do povoamento paulista**. São Paulo: Universidade de São Paulo, [2001].

SAMPAIO, Daniel. **Ninguém morre sozinho: adolescente e suicídio**. 5. ed. Lisboa: Caminho, 1994.

SANTOS, Luiz Antônio de Castro. O pensamento sanitário na primeira Republica; uma ideologia de construção da nacionalidade. **Dados: Revistas de Ciências Sociais**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 2, p. 193-210, 1987.

SANTOS, Luiz Lycurgo. **História geral da medicina brasileira**. 2. ed. São Paulo: Hucitec: Edusp, 1991. v. 1/2.

SANTOS, M. F. S. **Representação social da maternidade: o novo sob uma nova roupagem?** Olinda: Ed. UFPE, 1995. Não publicado.

SANTOS, M. F. S.; NOVELINO, A. M.; NASCIMENTO, A. P. O mito da maternidade: discurso tradicional sob roupagem modernizante?. In: MOREIRA, A. S. P. (Org.). **Representações sociais**. Teorias e práticas. João Pessoa: EDU, 2001. p. 269-293.

SANTOS, S. R.; SCHOR, M. H. C. Vivências da maternidade na adolescência precoce. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 37, n. 1, p. 15-22, fev. 2003.

SANTOS JUNIOR, J. D. Fatores etiológicos relacionados à gravidez na adolescência: vulnerabilidade à maternidade. In: SCHOR, N.; MOTA, M. S. F. T.; BRANCO, V. C. **Cadernos juventude, saúde e desenvolvimento**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, ago.1999. v. 1, p. 223-229.

SARTI, C. **A família como espelho**. Um estudo sobre o mural dos pobres. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2007.

SCAVONE, Lucila. A maternidade e o feminismo: diálogo com ciências sociais, **Caderno Pagu**, Campinas, SP, n. 16, p. 137-150, 2001.

SCHOLL, T. O. et al. Young maternal age and parity. Influences on pregnancy outcome. **Annals of Epidemiology**, New York, v. 2, n. 5, p. 565-575, Sept. 1992.

SCOTT, Joan W. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. **Educação e Realidade**, Porto Alegre, v. 16, n. 2, p. 5-22, jul./dez. 1990.

SCOTT, Joan W. História das mulheres. In: BURKE, Peter (Org.). **A escrita da história: novas perspectivas**. São Paulo: Unesp, 1992. p. 64-65.

SEIXAS, Jacy Alves de. Percursos de memórias em terras de história: problemáticas atuais. In: BRESCIANI, Stella; NAXARA, Márcia (Org.). **Memória e ressentimento: indagações sobre uma questão sensível**. 2. ed. Campinas, SP: Ed. Unicamp, 2009. p. 37-58.

SEIXAS, Jacy Alves de. Tempo e espaço eu confundo... tropeços de memórias e histórias. In: SEIXAS, Jacy; CERASOLI, Josianne (Org.). **UFU, ano 30: tropeçando universos (artes, humanidades, ciências)**. Uberlândia: Edufu, 2008. p. 17-27.

SETZER, J. R.; SMITH, D. P. Comprehensive school-based services for pregnant adolescents in West Dallas, Texas. **Journal of School Health**, Kent, v. 62, n. 3, p. 97-102, Mar. 1992.

SILVA, L.; TONETE, V. L. P. A gravidez na adolescência sob a perspectiva dos familiares: compartilhando projetos de vida e cuidado. **Revista Latino-Americana Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 2, p. 199-206, mar./abr. 2006.

SOHIET, Raquel. **História das mulheres**. Domínios da história: ensaios de teoria e metodologia. Organizado por Ciro Flamarion Cardoso e Ronaldo Vainfas. Rio de Janeiro: Campus, 1997.

STEINBERG, L. **Adolescence**. 3rd ed. New York: MacGraw-Hill, 1993.

STEVENS-SIMON, C. et al. Adolescent pregnancy. **Pediatric Annals**, New York, v. 20, p. 322-331, 1991.

SZAPIRO, A. M.; FÉRES-CARNEIRO, T. Construções do feminino pós anos sessenta: o caso da maternidade como produção independente. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 15, n. 1, p. 179-188, 2002.

TAYLOR, Timothy. **The prehistory of sex**. 4th ed. London: [s.n.], 1996.

TRINDADE, Z. A.; ENUMO, S. R. F. Representações sociais de infertilidade feminina entre mulheres casadas e solteiras. **Psicologia, Saúde e Doenças**, Lisboa, v. 2, n. 2, p. 5-26, 2001.

TIETZE, C.; HENSHAW, S. K. (Ed.). **Induced abortion**: World Review. New York: The Alan Guttmacher Institut, 1986.

VAITSMAN, J. **Flexíveis e plurais**: identidade, casamento e família em circunstâncias pós-modernas. Rio de Janeiro: Rocco, 1994.

VISENTINI, Carlos Alberto. **A teia do fato**: uma proposta de estudo sobre memória história. São Paulo: Hucitec, 1997.

WAGNER, K. D. et al. Attritional style and depression in pregnant teenagers. **American Journal of Psychiatry**, Washington, v. 155, n. 9, p. 1.227-1.233, Sept. 1999.

YAZLLE, Marta Edna Holanda Diógenes. Gravidez na adolescência. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 8, p. 443-445, ago. 2006. Editorial.

ZUCKERMAN, B. et al. Neonatal outcome: Is adolescent pregnancy a risk factor? **Pediatrics**, Elk Grove Village, v. 71, n. 4, p. 489, 1983.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para menores de 18 anos

Sua filha(o) está sendo convidado(a) a participar da pesquisa intitulada: **“AS TRAMAS E OS DILEMAS DA MATERNIDADE NA ADOLESCÊNCIA CONTEMPORÂNEA: RELAÇÕES DE GÊNERO, RESISTÊNCIAS E VALORES CULTURAIS. (UBERLÂNDIA 2000-2008)”**, que será desenvolvida sob a responsabilidade de Carla Denari Giuliani, doutoranda do Curso de Pós-Graduação em História da Universidade Federal de Uberlândia, e sob a orientação da Prof^a. Dra. Vera Lúcia Puga. Ressaltamos que:

Nesta pesquisa nós estamos procurando entender os aspectos históricos, culturais e simbólicos da gravidez na adolescência, dentro da sociedade moderna. A pesquisa é justificável, pois fornecerá informações que servirão para direcionar melhor as ações de enfermagem junto às ações de educação em saúde. As informações serão coletadas por meio de uma entrevista semi-estruturada realizada junto às gestantes, companheiro, cuidadores e profissionais da saúde cadastrados na UBS e UBSF da cidade de Uberlândia-MG. As informações serão usadas exclusivamente com a finalidade científica; será garantido o seu anonimato por ocasião da divulgação dos resultados e resguardado o sigilo de dados confidenciais. Será assegurado ainda que, após a transcrição, as entrevistas serão desgravadas. Você, adolescente, não terá nenhum gasto ou ganho financeiro por participar da pesquisa. Análise deste estudo não mostra nenhum risco a você, adolescente usuário das Unidades Básica de Saúde Pública, visto que a pesquisa será de acordo com as diretrizes da resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), do Ministério da Saúde do Brasil, através da qual a pesquisador garantirá o sigilo das informações utilizadas e a utilização de nomes fictícios, visando assim salvaguardar os direitos dos sujeitos da pesquisa. Os benefícios serão uma maior compreensão sobre o que pode levar o adolescente a engravidar, obtendo assim dados para uma prevenção mais efetiva.

A participação de sua filha será voluntária, tendo a liberdade de se retirar do estudo, antes, durante ou depois da finalização do processo de coleta de dados, caso venha a desejar, sem risco de qualquer penalização ou de quaisquer prejuízos pessoais, profissionais ou na assistência oferecida pela respectiva Unidade Básica de Saúde e da Família.

Uberlândia, ____ de _____ de 2010.

Eu aceito que minha filha (o) participe desta pesquisa.

Assinatura do responsável legal

Assinatura do (a) participante da pesquisa

Ao final da pesquisa, se for do seu interesse, terá livre acesso ao conteúdo da mesma, podendo discutir os dados, com a pesquisadora. Uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ficará com senhor (a). Qualquer dúvida a respeito da pesquisa o senhor (a) poderá entrar em contato com: Dados dos Pesquisadores: Aluna : Carla Denari Giuliani

Prof(a) Dra Vera Lúcia Puga Fone: (34) 32250555 Fone (34) 91692121 Instituto de História: Av João Naves de Ávila 2121 Campus Santa Mônica Bloco H sala 1H49 Uberlândia MG Cep- 384053832 fone (34) 32944130. Comitê de Ética em Pesquisa (CEP/UFU): Av João Naves de Ávila, nº 2121 Bloco J Campus Santa Mônica – Uberlândia-MG Cep-38408-1000 fone (34) 32394131

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para maiores de 18 anos

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa intitulada: **“AS TRAMAS E OS DILEMAS DA MATERNIDADE NA ADOLESCÊNCIA CONTEMPORÂNEA: RELAÇÕES DE GÊNERO, RESISTÊNCIAS E VALORES CULTURAIS. (UBERLÂNDIA 2000-2008)”**, que será desenvolvida sob a responsabilidade de Carla Denari Giuliani, doutoranda do Curso de Pós-Graduação em História da Universidade Federal de Uberlândia, e sob a orientação da Prof^a. Dra. Vera Lúcia Puga. Ressaltamos que:

Nesta pesquisa nós estamos procurando entender os aspectos históricos, culturais e simbólicos da gravidez na adolescência, dentro da sociedade moderna. A pesquisa é justificável, pois fornecerá informações que servirão para direcionar melhor as ações de enfermagem junto às ações de educação em saúde. As informações serão coletadas por meio de uma entrevista semi-estruturada realizada junto às gestantes, companheiro, cuidadores e profissionais da saúde cadastrados na UBS e UBSF da cidade de Uberlândia-MG. As informações serão usadas exclusivamente com a finalidade científica; será garantido o seu anonimato por ocasião da divulgação dos resultados e resguardado o sigilo de dados confidenciais. Será assegurado ainda que, após a transcrição, as entrevistas serão desgravadas. Você, adolescente, não terá nenhum gasto ou ganho financeiro por participar da pesquisa. Análise deste estudo não mostra nenhum risco a você, adolescente usuário das Unidades Básica de Saúde Pública, visto que a pesquisa será de acordo com as diretrizes da resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), do Ministério da Saúde do Brasil, através da qual a pesquisadora garantirá o sigilo das informações utilizadas e a utilização de nomes fictícios, visando assim salvaguardar os direitos dos sujeitos da pesquisa. Os benefícios serão uma maior compreensão sobre o que pode levar o adolescente a engravidar, obtendo assim dados para uma prevenção mais efetiva.

A participação de sua filha será voluntária, tendo a liberdade de se retirar do estudo, antes, durante ou depois da finalização do processo de coleta de dados, caso venha a desejar, sem risco de qualquer penalização ou de quaisquer prejuízos pessoais, profissionais ou na assistência oferecida pela respectiva Unidade Básica de Saúde e da Família.

Uberlândia, ____ de _____ de 2010.

Eu aceito que minha filha(o) participe desta pesquisa.

Assinatura do responsável legal

Assinatura do (a) participante da pesquisa

Ao final da pesquisa, se for do seu interesse, terá livre acesso ao conteúdo da mesma, podendo discutir os dados, com a pesquisadora. Uma copia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ficará com senhor (a) Qualquer duvida a respeito da pesquisa o senhor (a) poderá entre em contato com: Dados dos Pesquisadores: Aluna: Carla Denari Giuliani

Prof(a) Dra Vera Lúcia Puga Fone: (34) 32250555 Fone (34) 91692121 Instituto de História : Av João Naves de Ávila 2121 Campus Santa Mônica Bloco H sala 1H49 Uberlândia MG Cep- 384053832 fone (34) 32944130. Comitê de Ética em Pesquisa (CEP/UFU): Av João Naves de Ávila, nº 2121 Bloco J Campus Santa Mônica – Uberlândia-MG Cep-38408-1000 fone (34) 32394131

APÊNDICE C - Entrevista semi-estruturada com as gestantes, companheiros, cuidadores e profissionais de saúde

PARTE I Caracterização da Gestante

Escolaridade: _____ Data de nascimento: _____ profissão

Data da última menstruação: _____ Idade gestacional: _____ idade

Data provável do parto: _____ Nº de gestações: _____ etnia

Nº: de partos: _____ Nº de abortamentos: _____ estado civil

Rede Pública de Saúde :

Marido- idade _____ , profissão _____ , etnia _____ , escolaridade _____

PARTE II Questões norteadoras para a entrevista semi-estruturada com as gestantes e companheiros:

O que significa ter um filho na adolescência no mundo de hoje?

Existe outra pessoa na família que teve filho também na adolescência?

Foi uma gravidez desejada ou indesejada?

Você considera que ter filho na adolescência é problema?

O que levou você a engravidar na adolescência?

Você acha que os programas da rede pública ajudam efetivamente na prevenção da gravidez na adolescência?

Você conhece ou já participou deste programa de controle de filhos?

Como é relação com seu companheiro e a família dele? Como é a divisão de responsabilidade?

Como você acha que a sociedade, a família e a comunidade em que você vive vê uma gravidez na adolescência tanto para menino quanto para menina?

Qual o sentido do casamento para você?

Qual o significado de maternidade e paternidade para você? Função do pai e da mãe? Por que sua mãe e pai fazem assim?

PARTE III Questões norteadoras para a entrevista semi-estruturada cuidadores:

Como foi para vocês quando receberam a notícia da gravidez de sua filha ou filho?

Como e divide a responsabilidade entre os avós paternos e maternos?

Vocês conversam com seus filhos sobre relação sexual e prevenção?

Como você acha que a sociedade, a família e a comunidade em que você vive veem a adolescente grávida?

Você conhece alguns programas de saúde que previnem gravidez na adolescência? Acha que são efetivos?

O que é ter um filho na adolescência no mundo de hoje para vocês pais?

Você considera que ter filho na adolescência é problema? Por quê?

Com quantos anos a senhora engravidou? Como foi essa gravidez?

PARTE IV Questões norteadoras para a entrevista semi-estruturada com profissional de saúde

O que é ter um filho na adolescência no mundo de hoje para você profissional da saúde?