

CAROLINE SILVA ALMEIDA BENINI

**O FENÔMENO DA GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA EM PERSPECTIVAS
DIFERENCIADAS E SUAS IMPLICAÇÕES NAS RELAÇÕES PESSOAIS,
FAMILIARES E SOCIAIS**

**Dissertação apresentada à Universidade
Federal de Viçosa, como parte das exigências
do Programa de Pós-graduação em Economia
Doméstica, para obtenção de título de
Magister Scientiae.**

**VIÇOSA
MINAS GERAIS – BRASIL
2011**

**Ficha catalográfica preparada pela Seção de Catalogação e
Classificação da Biblioteca Central da UFV**

T

B467f
2011

Benini, Caroline Silva Almeida, 1981-

O fenômeno da gravidez na adolescência em perspectivas diferenciadas e suas implicações nas relações pessoais, familiares e sociais / Caroline Silva Almeida Benini.

– Viçosa, MG, 2011.

xii, 84f. : il. (algumas col.) ; 29cm.

Orientador: Maria das Dores Saraiva de Loreto.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Viçosa.

Referências bibliográficas: f. 79-84

1. Gravidez na adolescência. 2. Hábito (Filosofia).
3. Violência familiar. I. Universidade Federal de Viçosa. II.
Título.

CDD 22. ed. 362.796

CAROLINE SILVA ALMEIDA BENINI

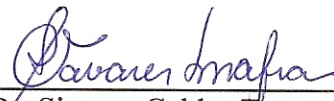
**O FENÔMENO DA GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA EM PERSPECTIVAS
DIFERENCIADAS E SUAS IMPLICAÇÕES NAS RELAÇÕES PESSOAIS,
FAMILIARES E SOCIAIS**

Dissertação apresentada à Universidade Federal de Viçosa, como parte das exigências do Programa de Pós-graduação em Economia Doméstica, para obtenção de título de *Magister Scientiae*.

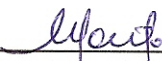
APROVADA: 20 de junho de 2011.



Prof. Dr. Douglas Mansur da Silva



Prof. Dr. Simone Caldas Tavares Mafra



Prof. Dr. Maria das Dores Saraiva de Loreto
(Orientadora)

AGRADECIMENTOS

A Deus, por ter estado sempre comigo, dando-me sabedoria, paz e tranquilidade em todos os momentos desta trajetória.

À Dra. **Maria das Dores Saraiva de Loreto**, mais que uma orientadora, uma amiga. Obrigado por ter acreditado na minha vitória. Agradeço pelas leituras cuidadosas realizadas em vários momentos da pesquisa e pela dedicação com este trabalho. Agradeço a Deus por uma pessoa tão abençoada como você fazer parte de minha vida.

À Dra. Karla Maria Damiano Teixeira, pela leitura cuidadosa que realizou no momento da qualificação deste estudo e, principalmente, pelas suas contribuições.

Ao Dr. Douglas Mansur da Silva, pelas colaborações e sugestões.

À Dra. Simone Caldas Tavares Mafra, pela presteza em contribuir com esta pesquisa.

Aos professores do curso de Mestrado em Economia Doméstica da Universidade Federal de Viçosa (UFV), pela dedicação e socialização de suas vivências de campo.

À Secretária da Pós-Graduação, Aloísia, pela atenção às questões burocráticas, pelo atendimento e paciência em ouvir minhas inquietações.

Às amigas do mestrado, em especial Rita, Ivani, Sara e Mariana, por tantos encontros, pelo companheirismo, pela solidariedade e pelo encorajamento.

Às mães adolescentes, pela disponibilidade e confiança em partilhar uma importante etapa de suas vidas comigo.

Ao meu marido, pelo companheirismo e paciência no decorrer deste estudo.

À minha filha Liz, pelo seu sorriso e pela felicidade com que inunda minha vida todos os dias.

Aos meus pais, por tudo que me ensinaram e por investirem em meus estudos, possibilitando-me alcançar mais esta vitória.

À minha mãe, pelo amor incondicional no cuidado com minha filha nos meus momentos de ausência.

Aos meus familiares, que mesmo distantes participaram, incentivaram e valorizaram esta caminhada.

À Enfermeira Daniélia Donato Nunes, responsável pelo Posto de Atendimento à Saúde da Família de Rosário da Limeira-MG, por sua colaboração em minha coleta de dados.

A todos aqueles que de uma forma ou outra contribuíram para mais esta conquista.

BIOGRAFIA

Caroline Silva Almeida Benini, filha de Aloizio Braz de Almeida e Lazy Murta de Castro e Silva Almeida, nascida em 25 de novembro de 1981, no município de Muriaé – MG.

Em 2003, ingressou no curso de Economia Doméstica da Universidade Federal de Viçosa, graduando-se bacharel em agosto de 2007.

Em março de 2009, ingressou no curso de Pós-graduação em Economia Doméstica, vindo a concluí-lo em 20 de junho de 2011.

SUMÁRIO

LISTA DE QUADROS.....	vii
LISTA DE FIGURAS.....	viii
RESUMO.....	ix
ABSTRACT.....	xi
1 INTRODUÇÃO.....	1
1.1 Contextualização do Problema e sua Justificativa.....	1
2 OBJETIVOS.....	7
3 REVISÃO DE LITERATURA.....	8
3.1 Adolescência, Sexualidade e Gravidez.....	8
3.2 O Fenômeno da Gravidez na Adolescência e sua dinâmica.....	10
3.3 Família, Comunidade e Sociabilidade.....	12
3.4 Conflitos, Violência e Trauma.....	15
3.5 <i>Habitus</i> , Campo e Violência Simbólica.....	17
4 HIPÓTESE.....	20
5 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	21
5.1 Área do Estudo.....	21
5.2 População e Amostra do Estudo.....	22
5.3 Instrumentos de Coleta de Dados e Técnicas de Pesquisa.....	24
5.4 Variáveis Analíticas.....	25
5.5 Procedimentos de Análise de Dados.....	28
5.6 Aspectos Éticos.....	28
6 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	29
6.1 Caracterização da Gravidez na Adolescência no Município de Rosário da Limeira.....	29
6.2 Atuação e Percepção dos Agentes Comunitários de Saúde Quanto a Realidade da Gravidez na Adolescência a Nível Local.....	33
6.2.1 Atuação dos Agentes Comunitários de Saúde.....	33
6.2.2 Percepção dos Agentes Comunitários de Saúde, quanto à realidade da gravidez na adolescência a nível local.....	35
6.3 Perfil Socioeconômico das Adolescentes.....	41
6.4 Perfil Socioeconômico Familiar das Mães Adolescentes.....	44

6.5 Percepção das Adolescentes Acerca da Gravidez.....	46
6.5.1 Motivações da gravidez.....	46
6.5.2 Reações e Apoio diante da gravidez na adolescência.....	49
6.5.3 Qualidade de Vida.....	55
6.6 Percepção das famílias da adolescente acerca da gravidez.....	60
6.7 Percepção dos pais das crianças frente à gravidez da adolescente.....	66
6.8 Relação da Gravidez na Adolescência com Situações de Violência.....	69
7 CONCLUSÕES.....	75
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	79

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Distribuição da população e amostra entrevistada, conforme o ano do parto, Rosário da Limeira/MG, 2010.....	23
Quadro 2 – Caracterização da gravidez na adolescência, Rosário da Limeira/MG, 2010.....	30
Quadro 3 – Nível de Satisfação e de Importância, quanto aos domínios da vida para as mães adolescentes, Rosário da Limeira/MG, 2010.....	59

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Distribuição por idade da primeira gestação Rosário da Limeira/MG, 2010.....	31
Figura 2 – Estado civil das adolescentes antes e após a gravidez, Rosário da Limeira/MG, 2010.....	42
Figura 3 – Estado civil dos pais das adolescentes, Rosário da Limeira/MG, 2010.....	45
Figura 4 – Repercussão da gravidez na vida das mães adolescentes, Rosário da Limeira/MG, 2010.....	56
Figura 5 – Percepção das Famílias quanto à ocorrência de violência contra as mães adolescentes, Rosário da Limeira/MG, 2010.....	72

RESUMO

BENINI, Caroline Silva Almeida. M. Sc., Universidade Federal de Viçosa, junho de 2011. **O fenômeno da gravidez na adolescência em perspectivas diferenciadas e suas implicações nas relações pessoais, familiares e sociais.** Orientadora: Maria das Dores Saraiva de Loreto. Coorientadora: Karla Maria Damiano Teixeira.

No Brasil, a taxa de fecundidade na adolescência – período compreendido entre 10 e 19 anos – tem aumentado, assim como em outros países. A intensidade desse fenômeno social é derivada das mudanças perpassadas pela sociedade, com reflexos no sistema familiar. O caráter transitório das relações e dos papéis das instituições tem levado a maior liberdade reprodutiva, no período de transição entre infância e a idade adulta, ou seja, o exercício da sexualidade tem sido vivenciado cada vez mais cedo, impulsionado por fatores socioculturais e midiáticos. Novas concepções, valores e padrões de comportamento influenciam a vivência precoce da sexualidade. Assim, muitas adolescentes, além de viverem os conflitos próprios dessa faixa etária, ainda podem conviver com outra questão conflituosa: a gravidez, que pode resultar tanto da vivência da sexualidade da adolescente, quanto por violência sexual. A gestação na adolescência é, muitas vezes, inesperada e indesejada, significando a interrupção do seu processo de formação, que pode conduzir a situações conflituosas, com possibilidade de violência doméstica em função das relações de poder e dominação, operando no nível da linguagem e do simbólico. Nesse contexto, o presente estudo objetivou analisar o fenômeno da gravidez na adolescência em contextos diferenciados, identificando seus impactos nas relações pessoais, familiares e sociais da adolescente, bem como sua associação com situações de trauma e violência. Participaram da pesquisa os Agentes Comunitários de Saúde (ACS); 18 adolescentes que tiveram filhos entre os anos de 2007 e 2010; 11 famílias das adolescentes e 15 pais de seus filhos. Para coleta de dados fez-se uso da pesquisa censitária e documental para examinar a realidade da gravidez na adolescência ao nível do município de Rosário da Limeira, MG; realizou-se o grupo focal junto aos ACS; além disso, também foi utilizada a entrevista semiestruturada aplicada às adolescentes, suas famílias e pais de seus filhos. A situação da gravidez precoce local não se diferencia da realidade nacional. A média de idade da primeira

gestação entre as adolescentes entrevistadas foi de 16,7 anos. Quanto ao local de moradia percebeu-se que 67% das adolescentes eram residentes da área urbana do município, na época da gravidez, enquanto 33% moravam na área rural. Quanto à escolaridade, observou-se maior incidência de adolescentes que cursaram Ensino Fundamental Incompleto. Quanto ao estado civil, antes da gravidez, 66% das adolescentes eram casadas e apenas 16% continuaram solteiras após o nascimento das crianças. Na percepção dos ACS, as adolescentes convivem com a violência simbólica, principalmente pela pressão psicológica e imposição de novos comportamentos, por parte das famílias, que veem a gravidez na adolescência como uma “situação de vergonha” e o casamento como uma opção naturalizada dentro dos projetos de vida das adolescentes. No que diz respeito às motivações da gravidez, pôde-se perceber que metade das adolescentes desejava ser mãe. As demais não planejavam ou queriam filhos naquele momento. As mudanças que ocorreram na qualidade de vida da adolescente, por conta da gravidez, estavam relacionadas predominantemente ao abandono dos estudos, menos lazer e vida própria, além de limitação de recursos financeiros. Para a maioria das mães das adolescentes a gravidez foi motivo de insatisfação, sendo percebido como um fator negativo, principalmente pela preocupação com as oportunidades que as filhas deixariam de ter por conta das novas responsabilidades, próprias da maternidade. Para a maioria dos pais dos bebês, a descoberta da gravidez das adolescentes trouxe felicidade e, ao mesmo tempo, preocupação; ou seja, uma sobreposição de sentimentos. No que concerne às situações de violência foi mais comum aquela de natureza psicológica, vivenciada principalmente pelas adolescentes do meio urbano, com a imposição de novos comportamentos, além das cobranças, em função de um maior contato com outras instituições socializadoras, além da família. A gravidez na adolescência está associada à violência de natureza simbólica, que tem permanecido muitas vezes invisível, minimizada, negada e naturalizada pelas disposições interiorizadas do campo de vivência e, mais especificamente, pelos papéis estereotipados de gênero, que impõem às adolescentes novos comportamentos, além de posição de silenciamento e submissão diante de novos papéis e funções.

ABSTRACT

BENINI, Caroline Silva Almeida. M. Sc., Universidade Federal de Viçosa, June of 2011. **The phenomenon of teenage pregnancy in different perspectives and their implications in family, social and personal relationships.** Advisor: Maria das Dores Saraiva de Loreto. Co-advisor: Karla Maria Damiano Teixeira.

In Brazil, the fertility rate in adolescence - the period between 10 and 19 years - has increased as well as in other countries. The intensity of this social phenomenon is derived from changes pervaded by the society, reflected in the family system. The transitory nature of relationships and roles of the institutions has led to greater reproductive freedom, the transition period between childhood and adulthood, ie, the exercise of sexuality has ever been experienced earlier, driven by sociocultural factors and media. New concepts, values and behavior patterns influence the experience of early sexuality. So many teens, besides living the conflicts inherent in this age group can still live with another contentious issue: the pregnancy, which can result in either the experience of adolescent sexuality, and sexual violence. The teenage pregnancy is often unexpected and unwelcome, meaning the suspension of the formation process, which can lead to conflict with the possibility of domestic violence in terms of relations of power and domination, operating at the level of language and symbolic. In this context, this study aimed to analyze the phenomenon of teenage pregnancy in different contexts, identifying its impact on personal relationships, family and social teenager, as well as its association with situations of trauma and violence. The Community Health Agents, 18 adolescents who had children between the years 2007 and 2010, 11 families of adolescents and 15 fathers of her children participated in the research. For data collection the use of census research and documentary was made to examine the reality of teenage pregnancy at the municipality of Rosário da Limeira, Minas Gerais; focus groups with the ACS took place; in addition, it was also used the semi structured interview applied to adolescents, their families and their children's fathers. The situation of local teenage pregnancy is no different from the national reality. The average age of first pregnancy among teenage girls interviewed was 16.7 years. Regarding the housing location, it was noticed that 67% of the adolescents were residents of the urban area at the time of pregnancy, while 33% lived in rural areas. Regarding education, we

observed a higher incidence of teenagers who attended elementary school but did not complete it. Regarding marital status before pregnancy, 66% of the adolescents were married and only 16% remained unmarried after childbirth. In the perception of ACS, adolescents live with symbolic violence, mainly by the psychological pressure and imposition of new behaviors on the part of families, who see teenage pregnancy as a "state of shame" and marriage as an option within the naturalized projects of life of adolescents. Regarding the motivations of pregnancy, it could be seen that half the teenagers wanted to be a mother. The other ones did not plan or want children at that time. The changes that occurred in the quality of life of the teenager, because of pregnancy, were predominantly related to the abandonment of studies, less leisure and life itself, and limited financial resources. For most mothers of adolescents pregnancy was a cause for dissatisfaction, perceived as a negative factor, mainly by concern about the opportunities that his daughters would no longer have because of the new responsibilities of motherhood themselves. For most fathers of babies, the discovery of teenage pregnancy has brought happiness and at the same time, concern, ie, an overlap of feelings. Regarding the situations of violence, it was more common that of a psychological nature especially experienced by the adolescents of the urban environment, with the imposition of new behaviors in addition to the charges, due to greater contact with other socializing institutions outside the family. Adolescent pregnancy is associated with violence of a symbolic nature, which has often remained invisible, minimized, denied and naturalized by the internalized provisions of the field experience and, more specifically, by stereotyped gender roles, which require new behaviors to adolescents, position of silence and submission before new roles and functions.

1 INTRODUÇÃO

No Brasil, segundo o IBGE (2000), a taxa de fecundidade total tem sofrido declínio, porém tem aumentado entre os adolescentes, assim como em muitos países. A gravidez na adolescência é considerada problema de saúde pública, pois, além de trazer riscos biológicos, pode interromper o processo de formação da adolescente e trazer transtornos emocionais e econômicos para as famílias, com possibilidades de conflitos, violência e traumas.

Considera-se que a intensidade desse fenômeno social é derivada das profundas mudanças perpassadas pela sociedade brasileira, tanto em sua estrutura econômica e tecnológica quanto sociocultural. Essas modificações têm reflexos diretos no sistema familiar, uma vez que sua estrutura, comportamento, valores e dinâmicas são determinadas pelo contexto social e histórico em que está inserida. Segundo Moreira *et al.* (2008), vê-se na contemporaneidade o exercício da sexualidade começando cada vez mais cedo, impulsionado por fatores socioculturais e midiáticos, que levam os adolescentes a ingressarem rapidamente na vida adulta, mesmo não estando preparados psicologicamente.

Assim, a variabilidade do contexto social pode induzir a mudanças de valores e padrões de comportamento, que têm relação, por exemplo, com virgindade, maternidade, relações conjugais e sociais, traduzidas em novas concepções, o que tem influenciado os jovens para que vivam a sexualidade cada vez mais cedo, ainda na adolescência. Muitas vezes, iniciam a vida sexual sem ter acesso a informações concernentes às implicações de uma vida sexualmente ativa.

A adolescência é o período compreendido entre 10 e 19 anos, sendo caracterizado por uma nova interação do sujeito consigo mesmo e com seu meio social (OMS, 2009). Trata-se do período de transição entre a infância e a idade adulta, marcado por intenso crescimento e desenvolvimento físico e psicológico, que se manifesta por transformações anatômicas, fisiológicas, mentais e sociais, que podem gerar conflitos e rebeldia (PINTO; MOTTA, 1994). Muitas adolescentes, além de viverem os conflitos próprios dessa faixa etária, ainda podem conviver com outra questão conflituosa: a gravidez.

Segundo Moreira *et al.* (2008), a gravidez é um período de grandes transformações para a mulher, uma vez que o corpo e os níveis hormonais se

modificam, gerando dúvidas e sentimentos de fragilidade, insegurança e ansiedade na gestante. Quando ocorre na adolescência, dois eventos que envolvem transformações complexas se juntam, intensificando as emoções e os acontecimentos, para os quais a maioria das adolescentes não está preparada.

A gestação na adolescência é, muitas vezes, inesperada e indesejada, representando para a adolescente a interrupção do seu processo de formação e incerteza de apoio familiar e social. A maternidade impõe à jovem novas demandas familiares, educacionais e laborais, além daquelas próprias da adolescência. Essa situação pode gerar conflitos familiares e levar a atitudes violentas contra a adolescente por parte da família, seja por meio de agressões físicas ou psicológicas, que podem gerar traumas na gestante.

Além disso, a gravidez pode resultar tanto da vivência da sexualidade da adolescente quanto por violência sexual, que, para Lopes *et al.* (2004), é considerada como qualquer forma de atividade sexual não consentida. Representa um sério problema de saúde pública e tem no estupro a pior das formas de agressão que a mulher pode sofrer. Tais agressões podem comprometer a vida pessoal, profissional e afetiva da mulher, com sequelas físicas e psicológicas.

Assim, independente das condições que deram origem à gravidez na adolescência, pressupõe-se que tal situação pode traduzir-se em conflitos, entendidos, segundo Rabelo (2009), como desacordo, choques e discordâncias entre interesses, que podem levar a atos de violência doméstica em função das relações de poder e dominação.

Segundo Zilberman e Blume (2005), a violência doméstica pode ser definida como qualquer tipo de abuso físico, sexual ou emocional praticado por um parceiro contra o outro ou, ainda, contra crianças, adolescente e/ou idosos, no ambiente doméstico. Entre os vários tipos de violência contra mulheres e adolescentes, a violência física e as dificuldades de sua notificação têm destaque, pois, em geral, as mulheres tendem a esconder tal fato. Nos serviços de saúde, a identificação desses casos é bastante difícil, uma vez que os profissionais nem sempre estão preparados para identificá-los, pois muitas vezes é necessário interpretar gestos, falas e outras expressões de dor e sofrimento.

Narvaz e Koller (2006) chamam atenção para esta banalização da violência, ressaltando que os abusos contra as mulheres, crianças e adolescentes podem ficar

invisíveis, minimizados, negados e naturalizados pela cultura sexista, sendo percebido como algo que não poderia ser evitado. Ou seja, os papéis estereotipados de gênero veiculados através da cultura, principalmente pela família, tornam invisível tanto a produção quanto a reprodução da subordinação feminina, com maior probabilidade para a ocorrência de abusos. Inscrevem-se nesta compreensão elementos invisíveis e simbólicos, ao que Bourdieu (2005) chama de “violência simbólica”. A violência, segundo este autor, não se limita a relações coercitivas visíveis que impliquem o uso da força física; opera pelas vias simbólicas da comunicação e do desconhecimento de seus atores, estando disseminada pelas diversas instituições sociais (NARVAZ; KOLLER, 2006).

Assim, a motivação deste estudo esteve na necessidade de entender, a partir da trajetória de vida das adolescentes, como se processa o fenômeno da gravidez precoce e quais são seus desdobramentos, em termos de percepção, apropriação e ação, tendo em vista as conjunturas do campo de vivência.

1.1 Contextualização do Problema e sua Justificativa

O problema da pesquisa em questão está centrado no fato de que a gravidez precoce é um fenômeno social crescente, cujas condições e implicações dependem do contexto social ou campos¹ de vivência dos adolescentes. Isto é, o processo de socialização e a construção social da realidade influenciam como o indivíduo internaliza os valores e as normas da sociedade e externaliza o seu ser no mundo.

A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2009) considera a gravidez precoce como problema social, tanto por ser um fator limitante e de impedimento ao desenvolvimento social e educacional da adolescente, quanto pela sua associação à maior morbidade e mortalidade nessa faixa etária. No Brasil, assim como em muitos países, a gravidez na adolescência é considerada problema de saúde pública, pois interrompe o processo normal de desenvolvimento da adolescente e onera o poder público, pelo incremento de esforços e recursos em programas e serviços que atendam às demandas das adolescentes grávidas.

¹ Como discute Bourdieu (2005), a dinâmica social se dá no interior de um campo, cuja estrutura é dada pelas relações de força entre agentes sociais e as instituições.

Segundo informações do DATASUS (SUS, 2009), a ocorrência de gravidez na adolescência tem aumentado no país. Estima-se que 20% do total de partos sejam realizados em mulheres com até 19 anos de idade e 37% das internações de mulheres, entre 10 e 19 anos, são em decorrência de gravidez parto e puerpério. Nos últimos anos, as taxas de fecundidade total da população têm diminuído; mas, para mulheres com idade entre 10 e 19 anos, faixa etária em que está compreendida a adolescência, a realidade não é a mesma, uma vez que esse índice tem aumentado (IBGE, 2005). Analisando os dados do IBGE, constata-se que houve um aumento de 16,39% na taxa de fecundidade de adolescentes, entre os anos de 2004 e 2005, principalmente para meninas residentes em áreas rurais, com até 7,0 anos de estudo e com baixa renda.

Segundo a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO) *apud* Villela e Doreto (2006), 32,8% dos jovens brasileiros entre 12 e 17 anos já iniciaram a sua vida sexual, sendo que destes, 61% são rapazes e 39% são moças, como destacado pelas referidas autoras:

A dinâmica das relações de gênero impõe às moças o recato em relação ao sexo, enquanto que, para os rapazes, é esperado que não haja muito pudor ou embaraço em relação ao tema. Tal descompasso de expectativas nem sempre corresponde às vivências individuais, mas dificulta o diálogo aberto sobre sexo e o compartilhamento de estratégias para que o início da vida sexual não traga surpresas desagradáveis (VILLELA; DORETO, 2006, p.2469).

Assim, em função dos campos de vivências, os coeficientes de fecundidade das adolescentes podem ser diferenciados. Como destacam Villela e Doreto (2006), para algumas jovens, pobres e pouco escolarizadas, convivendo com apelos de consumo e percebendo-se apartadas das possibilidades de acesso aos mesmos, talvez a gravidez não seja um problema e sim uma solução, ou seja, um meio de aquisição de identidade e função social.

Como discute Bourdieu (2005), a dinâmica social se dá no interior de um campo, que é visto como um espaço de relações entre grupos com distintos posicionamentos sociais, espaço de disputa e jogo de poder, que representam o *habitus*. Isto é, um sistema de disposições, modos de perceber, de sentir, de fazer e de pensar, de julgar e valorizar o mundo, que leva aos indivíduos a agir e tomar determinadas atitudes, em uma dada circunstância. Dessa forma, *habitus* são estruturas ou disposições interiorizadas duráveis, que são internas ao campo.

Na visão de Setton (2002), vive-se no mundo contemporâneo com uma variedade crescente de instituições produtoras e promotoras de saberes, valores e comportamentos. Observa-se como fato o ritmo das mudanças tecnológicas, o questionamento das instâncias de referências e as transformações na construção das experiências individuais. Nesse contexto, o *habitus* passa a ser considerado como:

[...] um sistema flexível de disposição, não apenas resultado da sedimentação de uma vivência nas instituições sociais tradicionais, mas um sistema em construção, em constante mutação e, portanto, adaptável aos estímulos do mundo moderno: um *habitus* como trajetória, mediação do passado e do presente; *habitus* como história sendo feita; *habitus* como expressão de uma identidade social em construção (SETTON, 2002, p.67).

Considera-se que o caráter transitório das relações, dos papéis e das instituições sociais pode levar a uma maior liberdade de ação dos indivíduos, como é o caso da liberdade reprodutiva, pela falta de um eixo estruturador único (família, escola e/ou cultura de massa) e pela circularidade das referências. Ou seja, a coexistência de distintas e interdependentes instâncias de socialização configura um campo híbrido e diversificado de referências e padrões identitários. Mas essa flexibilidade nas relações faz com que as percepções, escolhas e ações sejam constantemente reformuladas à luz de novas informações; alterando, assim, continuamente seu significado e sentido, o que pode conduzir a mais insegurança e riscos, situações conflituosas, com possibilidades de violência, principalmente a do tipo simbólico (SETTON, 2002).

Dessa forma, como a estrutura do campo é dada pelas relações de força entre agentes e as instituições, com diferentes *habitus*, podem ser geradas situações de violências, em suas diversas manifestações, preferencialmente a violência simbólica, que pressupõe um ocultamento das relações abusivas de força, por parte das agências socializadoras (em especial a família), que ocorrem de forma sutil e invisível, operando no nível da linguagem e do simbólico. Nas palavras de Fromm *apud* Canevacci (1982, p.164): “A família faz com que a violência objetiva das relações sociais não manifeste diretamente a sua brutalidade, mas o faça através da interiorização da obediência a um sistema hierárquico e autoritário desde a infância [...]”.

Nesse contexto, em face do aumento gradativo da problemática da gravidez na adolescência e sua relação com situações de conflito, violentas ou não, percebe-se a relevância em estudar o tema, estabelecendo uma análise comparativa de seu significado

e implicações na vida familiar e social, em um contexto urbano e rural, com o intuito de responder às seguintes questões: as condições e implicações da gravidez precoce são diferenciadas em função dos campos de vivência? O *habitus* das famílias urbanas e rurais possui práticas sociais diferenciadas quanto à adolescência e sua gravidez? A gravidez precoce tem gerado situações de violência contra a adolescente grávida, especialmente essa violência sutil e simbólica, fruto tanto da dominação e das relações de poder, quanto das normas do contexto social vivenciado?

Considera-se que as respostas aos referidos questionamentos conseguidos no estudo sobre o fenômeno da gravidez na adolescência são capazes de subsidiar as políticas de atendimento às adolescentes grávidas e suas respectivas famílias, reduzindo as implicações negativas nas relações pessoais e sociais dos envolvidos.

2 OBJETIVOS

O objetivo principal deste estudo foi analisar o fenômeno da gravidez na adolescência em contextos diferenciados, identificando seus impactos nas relações pessoais, familiares e sociais da adolescente, bem como sua associação com situações de violência.

Especificamente, pretendeu-se:

- a) Examinar a realidade da gravidez na adolescência no Município de Rosário da Limeira-MG, verificando-se a percepção dos agentes de saúde quanto à gravidez precoce e sua associação com situações de violência;
- b) Identificar o perfil socioeconômico pessoal e familiar das adolescentes grávidas, bem como os significados e motivos da gravidez;
- c) Analisar os reflexos da gravidez na adolescência sobre as relações pessoais, familiares e sociais da adolescente em função de seu *habitus* e campo de vivência;
- e
- d) Examinar o nível de associação entre gravidez na adolescência e a violência doméstica em suas diferentes dimensões.

3 - REVISÃO DE LITERATURA

A revisão de literatura centrou-se em temas que contribuem para a discussão dos resultados, considerando os objetivos propostos, sendo identificados como: Adolescência, sexualidade e gravidez; A gravidez na adolescência e sua dinâmica; Família, comunidade e sociabilidade; Conflitos, violência e trauma; *Habitus*, campo; e violência simbólica.

3.1 Adolescência, Sexualidade e Gravidez

A adolescência é um período de mudanças, ocasionadas por sua especial sinergia de fatores biológicos, psíquicos, sociais e culturais. Nessa fase, o jovem se vê em meio a novas relações com a família, o meio em que vive, consigo mesmo e com os outros adolescentes (FERREIRA *apud* CAVASIN; ARRUDA, 2009). Etimologicamente falando, a palavra adolescência provém do verbo “adolescere”, que significa brotar, fazer-se grande (CHAGAS, 2003).

Do ponto de vista biológico, além de ganho estatural, ocorrem mudanças corporais, sendo as mais evidentes aquelas relacionadas à maturação sexual (SIGAUD; VERÍSSIMO, 1996). Os autores afirmam que o fenômeno da adolescência é um processo de mudança que marca a passagem da infância para a fase adulta.

Em meio a todas essas mudanças é comum que o adolescente vivencie conflitos e inseguranças em lidar com o corpo e com a própria sexualidade. A sexualidade representa uma característica humana, sendo complexa e diversa nas diferentes formas de manifestação individual e social. A sexualidade vivida pelo adolescente ganha feição no contexto social e cultural em que ele está inserido, sendo definida pela linguagem e valores vigentes em cada época. A vida sexual ativa e a falta de informações sobre sexualidade expõem os adolescentes a riscos, tais como, o de adquirir doenças sexualmente transmissíveis e gravidez não planejada ou indesejada (MONTENEGRO, 1994).

A gravidez na adolescência emerge como problema e risco social a ser evitado, pelo fato de que rompe com a trajetória socialmente concebida como natural, de desenvolvimento da adolescente, que prioriza nesta fase a atividade escolar e a preparação profissional, em um contexto de dependência econômico-familiar

(CAVASIN; ARRUDA, 2009). Assim, a gravidez na adolescência é, muitas vezes, inesperada ou indesejada pela adolescente e pela família, que associam o fenômeno à independência econômica, maturação profissional e casamento.

Silva e Sarmiento (1998) observam que a adolescente tem condições físicas para gravidez e parto, mas fatores não biológicos podem prejudicar tanto a si própria quanto ao seu filho, sendo estes relacionados ao seu desenvolvimento social, emocional e físico.

Maldonado (1997) destaca que a vinda de uma criança de maneira inesperada gera uma alteração radical na vida da adolescente, que deixa ou adia algumas atividades próprias da sua idade, tendo necessidade de assumir compromissos para os quais ainda não está preparada. Por outro lado, Luz (1999) afirma que a vida da adolescente se altera, porque necessita dividir o seu tempo entre o cuidado da criança e o de si própria, ao mesmo tempo em que busca uma nova identidade, que envolve os processos de desenvolvimento físico, emocional, familiar e social, associados ao papel de mãe. Ou seja, como discutem Moreira *et al.* (2008), a adolescente grávida vive uma situação conflituosa pelo seu despreparo para assumir o papel materno, afirmando, nesse caso, que:

A gestação na adolescência é, de modo geral, enfrentada com dificuldade porque a gravidez nessas condições significa uma rápida passagem da situação de filha para mãe, do querer colo para dar colo. Nessa transição abrupta do seu papel de mulher, ainda em formação, para o de mulher-mãe, a adolescente vive uma situação conflituosa e, em muitos casos, penosa. A grande maioria é despreparada física, psicológica, social e economicamente para exercer o novo papel materno, o que compromete as condições para o assumir adequadamente e, associado à repressão familiar, contribui para que muitas fujam de casa e abandonem os estudos. Sem contar com as que são abandonadas pelo parceiro, muitas vezes também adolescente (MOREIRA *et al.*, 2008, p.315-316).

Mesmo diante das implicações negativas do fenômeno da gravidez precoce, este tem aumentado paulatinamente, derivado de diversos fatores, como comentam Silva e Salomão (2003):

Alguns fatores contribuem para a ocorrência da gravidez na adolescência, como: falta de acesso a métodos contraceptivos e de informação sobre sexualidade e sobre o próprio corpo; ausência dos pais e/ou vontade de contrariá-los; alternativa para sair de casa ou da escola; pensamento mágico de que a gravidez não vai acontecer; tentativa de prender o namorado; testar a

feminilidade; carência afetiva e desejo de ser mãe (SILVA; SALOMÃO, 2003, p.136).

Assim, a literatura aponta para a natureza multidimensional da gravidez precoce, bem como para suas repercussões na vida da adolescente, que podem ocorrer de forma diversa, dependendo do contexto sociocultural em que esta se insere.

3.2 O Fenômeno da Gravidez na Adolescência e sua dinâmica

Ao longo dos tempos, a gravidez na adolescência foi tratada de forma diferente da atual, muitas vezes foi, não apenas aceita com naturalidade, mas também incentivada.

Nesta perspectiva, faz-se necessário reportarmos à obra de Dadoorian (2000), em que ela relata o caso bíblico que descreve Maria, aos 15 anos de idade, dando a luz ao menino Jesus.

No Brasil colônia, segundo Walsh *apud* Costa (1999, p.217), “homens de sessenta anos casam-se frequentemente com moças de doze e têm uma família na qual a esposa parece a filha e os filhos, os netos”. O autor evidencia que, nesse período, a maternidade e o casamento eram incentivados, antes mesmo de completar os 15 anos. Reis *apud* Frota (2003, p.2) acrescenta que, “durante muito tempo, casar-se e ter filhos aos 13 anos ou menos foi considerado fato comum e como tal disperso na banalidade do comportamento reprodutivo”.

Segundo Villela e Doreto (2006), a ideia de que entre a infância e a fase adulta existe um período intermediário, com características próprias, é recente. Sua emergência está relacionada ao crescimento da indústria nos séculos XIX e XX e seus impactos na organização do trabalho e no comportamento reprodutivo. Trabalho e reprodução passam a ser marcadores do que se costuma chamar de "vida adulta". Seu início mais tardio, em função da extensão do tempo de formação profissional, exigido pelo mercado, leva também a um adiamento do início da vida reprodutiva. É a partir desse hiato entre fase adulta e a infância que nasce a ideia de "adolescência", entendida como período de aprendizagem e preparação para o futuro. Cria-se, também, um entrelaçamento entre trabalho e reprodução, com base em uma divisão de papéis entre homens e mulheres, que não inclui a ideia de sexualidade e rejeita a possibilidade de reprodução fora de um vínculo conjugal.

Assim, conforme os referidos autores, os significados relacionados à ideia de adolescência têm, em geral, um caráter negativo, remetendo à dependência, irresponsabilidade, dificuldades emocionais e impulsividade; sendo a reprodução vista nesta faixa etária como precoce.

Camarano (1998) considera a gravidez na adolescência como sendo precoce não apenas pelas razões biológicas, mas por antecipar os movimentos sociais, além daqueles de cunho emocional, que nesta faixa etária ainda estão imaturos, podendo gerar consequências indesejáveis à adolescente grávida.

Alguns autores discordam da expressão “gravidez precoce”, mencionando:

A expressão “gravidez precoce”, utilizada muitas vezes não apenas na mídia, mas em produções acadêmicas não se sustenta historicamente, visto que em décadas passadas, era comum a gravidez em púberes e adolescentes, a diferença estando em que a mesma se passava estando dentro do casamento. Sua desvinculação do mesmo em nossos dias é que parece fazer problema (VASCONCELLOS, 1996, p.60).

A ruptura entre a maternidade adolescente e o casamento decorre de uma dissociação entre adolescência e relação amorosa estável que, por sua vez, é consequência de uma associação entre adolescência e liberdade sexual, típica de nossos dias (FROTA, 2003, p.39).

A esse respeito, pode-se inferir que a gravidez na adolescência não é um fato novo na história e que, em um espaço de tempo relativamente pequeno, era estimulada e não entendida como é hoje, uma interrupção dos movimentos sociais e psicológicos. Assim, o que tem ocorrido é uma mudança na forma como tal fenômeno é interpretado. Atualmente se privilegia para esta faixa etária o investimento nos estudos como meio de garantir qualificação profissional aos adolescentes, de forma que futuramente, tenham estabilidade profissional e financeira para que possam se casar e constituir família. Nessa perspectiva, a maternidade na adolescência é encarada como precoce, pois interrompe o período de formação profissional e insere a adolescente na maternidade, com novas funções, responsabilidades e sociabilidades, que podem ser vivenciadas de forma diferenciada na família e em comunidade.

3.3 Família, Comunidade e Sociabilidade

A família é um sistema complexo inserido em um contexto social e histórico. Segundo Meira e Centa (2003), a estrutura e organização familiar têm sofrido a influência de fatores, de natureza econômica, tecnológica, midiática, dentre outros, com repercussões em sua composição e interações. O termo família, além de descrever um conjunto de pessoas, é uma construção social, organizada culturalmente por valores, normas e representações. Ela é parte fundamental na construção da saúde emocional dos filhos e tem como função básica a proteção deles (GOMES, 1987).

A família brasileira tem mostrado grande diversidade de composições e formas de sociabilidade que vigoram em seu interior, sendo inconteste que a necessidade de conciliar os projetos individuais com os projetos coletivos que permeia toda vida doméstica, estando as reações e os modos de agir em relação à adolescente grávida, vinculados à inserção social e ao ambiente cultural (LIMA *et al.*, 2004).

Segundo os autores acima mencionados, as reações da família diante da gravidez inesperada tendem a ser contraditórias, sendo comum a sobreposição dos sentimentos de revolta, abandono e aceitação do "inevitável". No início, a rejeição à gravidez e o constrangimento podem levar a família a tomar atitudes radicais, tais como expulsar a adolescente de casa, induzir ou forçar o aborto e impor responsabilidades, exigir o casamento ou a união estável, bem como a assunção da maternidade. Porém, pode ocorrer uma negociação em torno de quem vai assumir a criança/gravidez, sendo que essa pessoa pode ser o próprio pai ou mãe da criança, da avó materna ou qualquer outro parente que se responsabilize pela mesma.

De acordo com Motta *et al.* (2004), a gestação da adolescente gera alterações no cotidiano da família, que tende a mudar sua dinâmica e alterar papéis pré-estabelecidos, visando dar suporte emocional, econômico e social à adolescente. As relações familiares sofrem modificações e a complexidade da família aumenta, ou seja, o *modus vivendi*, tanto do casal quanto dos familiares que moram com as adolescentes se altera, pois os hábitos de todas as pessoas que moram na casa se modificam. As meninas grávidas precisam adquirir habilidades para cuidar de seus bebês, sendo essas habilidades, na maioria das vezes, provindas de suas mães, irmãs mais velhas, avós e vizinhas.

Alguns pesquisadores afirmam que, na maternidade adolescente, as avós dos bebês, frequentemente, chegam a assumir o papel dos jovens pais, especialmente as

avós maternas, considerando que desenvolvem uma maior proximidade e atuação diante da maternidade. Nesse caso, podem ser citadas três situações típicas de relacionamento:

a) a avó que assume a responsabilidade pelo cuidado infantil; b) a avó que está envergonhada com a gravidez e tem pouca confiança na maturidade da adolescente, tornando-se tão restritiva que o desenvolvimento desta enquanto mãe é inibido; c) e a adolescente que assume a responsabilidade pelo cuidado da criança, ficando a avó disponível apenas como ponto de apoio, não cuidando o tempo todo do bebê (SILVA; SALOMÃO, 2003, p.136-137).

A gravidez traz, assim, novas demandas para a família, para a adolescente e para a criança, fazendo com que, muitas vezes, seja necessário que a família modifique seus hábitos e sua estrutura para atender às novas necessidades da casa. As adolescentes e suas famílias podem também receber o apoio das suas redes sociais², sob a forma de cooperação solidária, em nome do laço social e da manutenção do potencial emancipatório das adolescentes e de suas famílias (FILHO, 2002).

A família é tida como uma instância nata de anteparo social, que deve proteger seus membros dos riscos que os levariam a uma situação de vulnerabilidade; isto é, visam pela autoproteção garantir o bem-estar de seus membros. Assim, é a partir do modo pelo qual se dão as relações entre os membros familiares que o indivíduo obterá seu sucesso ou fracasso social. Segundo Santos *et al.* (2005), à família sempre coube o papel de proteção e socialização primária, de anteparo social e provedora de cuidados aos seus membros, sendo considerada a instância natural de atendimento às necessidades sociais.

Entretanto, como discutido por Macedo (2009), a família traz consigo as marcas do presente, os legados do passado, representados na construção das significações do “ser família”, além dos traços do futuro, evidentes na elaboração dos sentidos pessoais e no papel ativo atribuído ao homem como um ser, que é também sujeito de sua história pessoal e social.

Essa inter-relação do indivíduo com a sociedade sofre a influência do estágio de maturação do ciclo de vida familiar, quando a família também enfrenta os conflitos

² A palavra rede é bem antiga e vem do latim “retis”, significando entrelaçamento de fios, com aberturas regulares que formam uma espécie de tecido. Como ressalta Amaral (2004), todos os que vivem em sociedade estão, de alguma forma, fazendo parte de um espaço público, de uma relação, de uma rede. A rede de relações é inerente às atividades humanas, estando presente em todas as relações significativas que uma pessoa estabelece cotidianamente ao longo da vida.

inerentes à vida dos filhos adolescentes. Como discute Braslawsky (1985), na transitoriedade dessa etapa da vida, os filhos adolescentes buscam não somente a autonomia, como também redefinir os laços de dependência com a família e, portanto, os elementos estruturadores da sociabilidade juvenil. Sposito (1993) acrescenta que, nessa faixa etária, ocorre a saída do mundo da infância, o que intensifica a interação do adolescente com um conjunto de agências socializadoras, encarregadas de prepará-lo para a vida adulta, uma vez que é nessa etapa da vida que os laços com a família tendem a se tornar mais difusos, pois há uma inserção mais forte com outras instituições socializadoras (principalmente a mídia, escola e outros grupos de convivência); o que, muitas vezes, repercute no padrão socializador da família de origem e nos componentes da sociabilidade juvenil.

Na perspectiva de Descola (1994), a sociabilidade é simplesmente o efeito da prática das relações sociais, o que implica em um "*continuum* de sociabilidade" entre natureza e cultura, dentro de e entre as unidades familiares.

A sociabilidade é o processo pelo qual o ser humano se torna apto à convivência em sociedade e é por meio da socialização que os indivíduos se integram ao grupo de origem, absorvendo seu conjunto de hábitos, costumes e regras, além de desfrutar tanto de momentos de conflito quanto de trocas afetivas. Esses momentos sociáveis são discutidos por Rezende (2001), ao afirmar que:

Na teoria social, a noção de sociabilidade se refere geralmente a situações lúdicas em que há conagração e confraternização entre pessoas. Áries (1981) circunscribe neste termo as visitas, encontros e festas que envolvem trocas afetivas e comunicações sociais para além do círculo familiar. Música e dança são elementos comuns, e a comensalidade figura quase obrigatoriamente nos momentos sociáveis (REZENDE, 2001, p.167).

Fausto (1997) comenta sobre a existência de várias formas de sociabilidade, que são construídos a partir do tipo de relação social. Para o autor, as sociabilidades são hierarquizadas, pois a forma como tais relações se desenvolvem são determinados pelos momentos ou processos históricos.

Enquanto Simmel *apud* Rezende (2001) afirma que:

[...] A sociabilidade destila das realidades da vida social a essência de associação, enfatizando basicamente a boa forma... Para tanto são necessárias características da cordialidade e amabilidade, mas outros tacs subjetivos da

personalidade não devem estar presentes. É preciso certa equivalência entre as partes, como por exemplo, igualdade em termos de classe, de forma a evitar atritos e permitir que cada um aja como se fosse igual. A conversa é o elemento chave de estimulação da sociabilidade, na qual importa menos o conteúdo e mais a prática da conversa em si mesma (SIMMEL *apud* REZENDE, 2001, p.168).

Nesse rol de componentes de sociabilidade, Motta *et al.* (2004) destacam que a família, os amigos e o ambiente escolar – portanto, a comunidade em geral – são elementos fundamentais na vida do adolescente determinantes da sua capacidade para lidar com os problemas e da sua competência para tomar decisões. Dessa forma, é possível compreender a importância da aceitação e do apoio à adolescente gestante por parte dos seus grupos de referência e redes de convivência.

3.4 Conflitos, Violência e Trauma

O Estatuto da criança e do adolescente prevê a proteção integral de crianças e adolescentes, assegurando a eles que não sejam de qualquer forma objeto de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão; sendo punido, na forma da lei, qualquer atentado, por ação ou omissão, aos seus direitos fundamentais. É, portanto, dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do poder público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária (BRASIL, 1990).

Mas, mesmo com seus direitos assegurados em lei, constantemente, crianças e adolescentes são submetidos a inúmeros tipos de violência, sendo a de cunho doméstico uma das mais comuns, principalmente em situações de crise e conflitos.

Entretanto, como discute Martín-Baró (1997), a análise da violência envolve compreendê-la em sua configuração entre o indivíduo e a sociedade, considerando o seu caráter histórico e, por conseguinte, o contexto social em que é produzida. É necessário, portanto, examinar o ato violento no marco dos interesses e valores concretos, que caracterizam cada indivíduo ou cada grupo social, num determinado campo e momento histórico.

Assim, uma crise imprevisível na vida familiar, como a ocorrência da gravidez na adolescência, pode ser um fator que desencadeie conflitos familiares, e resulte em

situações de agressão, pois os membros da família, em função do seu *habitus* e campo, podem reagir de forma violenta à nova situação, causando tanto traumas físicos quanto psicológicos à adolescente.

A violência doméstica pode ser caracterizada em quatro tipos: violência física, psicológica, sexual e negligência, sendo que suas consequências podem ser imediatas, de médio e longo prazo. As imediatas são mais facilmente identificadas, já que tendem a deixar marcas visíveis, principalmente na pele ou no sistema ósteo-articular, como é o caso da violência física. As consequências de médio e longo prazo são as de cunho emocional ou psicológico, que podem gerar distúrbios na vida das crianças/adolescentes.

Segundo Reichenheim, Hasselman e Moraes (2009), a gama de resultados do abuso emocional, físico e sexual continuados é vasta. Vieira *et al.* (2004) apontam para o fato de que a violência doméstica é multicausal, pois ocorre pela interação entre fatores psicológicos, socioeconômicos e culturais, comentando que:

[...] a violência contra crianças e adolescente representa todo ato ou omissão praticado por pais, parentes ou responsáveis contra crianças e/ou adolescente que, sendo capaz de causar dano físico, sexual e/ou psicológico à vítima, implica, de um lado, uma transgressão do poder, do dever de proteção do adulto e, de outro, uma coisificação da infância, isto é, numa negação do direito que os adolescentes e crianças têm de ser tratados como sujeitos e pessoas em condição peculiar de desenvolvimento (VIEIRA *et al.*, 2004, p.307).

Kronbauer e Meneghel (2005) constataram que, em famílias em situação de vulnerabilidade social, a prevalência da violência doméstica contra os segmentos fragilizados, como é o caso da mulher, crianças e adolescentes, é mais acentuada do que em famílias com maior acesso à informação e serviços. Outro fator que eles apontam como agravante da situação de violência doméstica se refere à baixa escolaridade masculina e ao desemprego.

Duran (2006) afirma que a violência doméstica durante a gestação está associada à perda de suportes sociais por parte da mulher, como o apoio familiar e da comunidade. Segundo a mesma autora, as consequências da violência contra a gestante são inúmeras, tanto em sua integridade física e mental, quanto à do bebê. E, em casos mais graves, podem resultar em homicídio e abortamento.

A adolescente grávida está sujeita a ser violentada física e emocionalmente, não apenas pela família, mas também pela comunidade e, muitas vezes, pelo próprio pai do bebê, que pode reagir de forma violenta à gravidez. De acordo com o estudo realizado pela Fundação Perseu Abramo (2001), de 50 a 70% das agressões físicas sofridas por mulheres têm como agressor o marido ou parceiro, ex-maridos, ex-companheiros, sendo os ex-namorados também citados. Além disso,

A violência entre pais e filhos está presente na história social da infância através dos séculos, e é uma violência inerente às realizações de natureza assimétrica, hierárquica e adultocêntrica, assentadas nos pressupostos do poder do adulto sobre a criança (VIEIRA *et al.*, 2004, p.306).

A gravidez na adolescência pode ser não apenas o fator gerador de violência, mas também pode ser resultado de violência sexual sofrida pela adolescente, em casa ou fora dela, seja por parentes, amigos ou por pessoas estranhas. Para Lopes (2008), a violência sexual é qualquer forma de atividade sexual não consentida, que pode envolver o uso da força física ou de intimidação, o contato sexual e o não consentimento da vítima. Em se tratando especificamente de adolescentes é comum que tenham sequelas anatômicas, além do aumento da possibilidade de contrair doenças sexualmente transmissíveis e risco de gravidez.

3.5 *Habitus*, Campo e Violência Simbólica

Tecer considerações sobre os fenômenos complexos aqui abordados somente é possível no âmbito da generalidade dessas considerações, considerando o movimento contraditório e constante da realidade, a partir da totalidade que a integra e constitui e, portanto, a partir de sua historicidade.

Para empreender as considerações foi feito uso da teoria de Pierre Bourdieu. O conceito de *habitus* tem uma história antiga nas ciências humanas. Surgiu da necessidade empírica de apreender as relações entre o comportamento dos agentes e as estruturas e condicionamentos sociais, buscando conciliar a oposição aparente entre realidade exterior e as realidades individuais; sendo, portanto, compreendido como:

[...] um sistema de disposições duráveis e transponíveis que, integrando todas as experiências passadas, funciona a cada momento como uma matriz de percepções, de apreciações e de ações – e torna possível a realização de

tarefas infinitamente diferenciadas, graças às transferências analógicas de esquemas[...] (BOURDIEU, 1983 *apud* SETTON, 2002, p.62).

Representa, assim, uma matriz cultural que predispõe os indivíduos a fazerem suas escolhas, capaz de expressar o diálogo, a troca constante e recíproca entre o mundo objetivo e o mundo subjetivo das individualidades. Dessa forma, o conceito de *habitus* remete a uma análise relacional, devendo ser visto como um conjunto de esquemas de percepção, apropriação e ação que é experimentado e posto em prática, tendo em vista que as conjunturas de um campo o estimulam.

Em essência, o conceito de *habitus* quer recuperar a noção ativa dos sujeitos como produtos da história de todo campo social e de experiências acumuladas no curso de uma trajetória individual. Ou seja, as ações práticas transcendem ao presente imediato, referem-se a uma mobilização prática de um passado (trajetória) e de um futuro inscrito no presente como estado de potencialidade objetiva.

O conceito de campo também faz parte do corpo teórico da obra de Bourdieu. De acordo com Bourdieu (2005), todo campo desenvolve uma “doxa”, isto é, um senso comum, além do *nomos*, que congrega as leis gerais do funcionamento do campo, de modo a produzir o *habitus*. A sociedade é composta por vários campos, isto é, vários espaços dotados de relativa autonomia, mas regidos por regras próprias, interesses e relações de poder, que podem resultar em conflitos e situações de violência simbólica.

Dessa forma, todo campo vive o conflito entre agentes, que monopolizam as diversas formas de capital (econômico, social e cultural) pela via da violência simbólica (autoridade), com pretensão à dominação, que é o resultado de um conjunto complexo de ações infraconscientes dos agentes e instituições dominantes, isto é, o produto da adesão à *doxa* do campo, suas disposições e valores, enfim, o *habitus* específico do campo.

Segundo Grossi (2001, p.38), “a violência simbólica é uma violência que se exerce com a cumplicidade tácita daqueles que a sofrem e também daqueles que a exercem na medida onde uns e outros não têm consciência de exercê-la ou de sofrê-la”. Nesse caso, a violência manifesta-se não só na forma física, mas também em dimensões simbólicas; ou seja, a violência não se limita ao uso da força física, mas à possibilidade ou ameaça de usá-la, legitimada pelo poder simbólico. De acordo com Bourdieu (2009), o poder simbólico é, com efeito, um poder invisível e subordinado:

[...] o qual só pode ser exercido com a cumplicidade daqueles que não querem saber que lhe estão sujeitos ou mesmo que exercem... É uma forma transformada, quer dizer, irreconhecível, transfigurada e legitimada, das outras formas de poder: só se pode passar para além da alternativa dos modelos que descrevem as relações sociais como relações de força e dos modelos cibernéticos que fazem delas relações de comunicação, na condição de se descreverem as leis de transformação que regem a transmutação das diferentes espécies de capital em capital simbólico e, em especial, o trabalho de dissimulação e transfiguração... que garante verdadeira transubstanciação das relações de força fazendo ignorar-reconhecer a violência que elas encerram objetivamente e transformando-as assim em poder simbólico, capaz de produzir efeitos reais sem dispêndio aparente de energia (BOURDIEU, 2009, p.7).

Nesse contexto, Chartier (1995) faz uma referência a Bourdieu (1989), salientando que a violência simbólica "só triunfa se aquele(a) que a sofre contribui para a sua eficácia; ela só o submete na medida em que ele (ela) é predisposto por um aprendizado anterior a reconhecê-la" (p. 40). O autor aponta, ainda, para o fato de que a posição de silenciamento e de submissão, isto é, de assujeitamento e consentimento aos abusos sofridos, seja questão central no funcionamento do sistema de poder, seja sexual ou mesmo social, ressaltando que:

Definir a submissão imposta às mulheres como uma violência simbólica ajuda a compreender como a relação de dominação, que é uma relação histórica, cultural e linguisticamente construída, é sempre afirmada como uma diferença de natureza, radical, irreduzível, universal. O essencial não é então, opor termo a termo, uma definição histórica e uma definição biológica da oposição masculino/feminino, mas, sobretudo identificar, para cada configuração histórica, os mecanismos que enunciam e representam como "natural", portanto biológica, a divisão social, e, portanto histórica, dos papéis e das funções (CHARTIER, 1995, p.42).

Na perspectiva de Bourdieu (2009), as relações de comunicação constituem relações de poder, seja material ou simbólico, que é acumulado pelos envolvidos nessas relações e que também é a própria fonte de acumulação desse poder simbólico; enquanto que os sistemas simbólicos permitem a imposição e legitimação da violência simbólica. É importante ressaltar que, alguns fatores, que envolvem o contexto do apoio e da rede social, desempenham importante papel na superação dessa condição de risco e submissão e, portanto, para romper com essa imposição e legitimação da violência simbólica.

4 HIPÓTESE

As condições e implicações da gravidez precoce são diferenciadas em função do seu contexto social. Ou seja, a forma como a gravidez precoce é vivenciada, tanto pela adolescente quanto por sua família, vai depender da estrutura, valores e padrões de comportamento sistema familiar e seu ambiente; enfim, do campo de vivências da adolescente e do seu *habitus*, que enfatiza o caráter de interdependência entre o indivíduo e a sociedade.

5 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Com o intuito de alcançar os objetivos propostos e averiguar a hipótese deste estudo, utilizou-se o modelo de investigação exploratória, por proporcionar, como ressalta Gil (1991), maior familiaridade com o problema e ser extremamente flexível, envolvendo pesquisa censitária e documental, além de entrevista semiestruturada com as pessoas envolvidas com o problema da gravidez na adolescência, objeto de investigação deste estudo (GIL, 1991).

Foram utilizados métodos tanto quantitativos quanto qualitativos, uma vez que um complementa o outro, na busca por dados que possam refletir a respeito do fenômeno da gravidez precoce. Além disso, a pesquisa foi realizada em diferentes etapas, quais sejam:

a) A primeira etapa do estudo constituiu-se de uma pesquisa documental, realizada junto à Secretaria de Saúde de Rosário da Limeira-MG, com o intuito de buscar dados relativos ao problema da gravidez precoce no município. Tais dados foram complementados, em um segundo momento, com depoimentos dos Agentes de Saúde por meio de um instrumento de análise qualitativa, denominado grupo focal; e

b) Na etapa seguinte, considerando num terceiro momento do estudo, os adolescentes e suas famílias foram contatados para esclarecer o objetivo da pesquisa e averiguar a possibilidade de participação dos mesmos, sendo utilizada como instrumento de coleta de dados uma entrevista semiestruturada³, assim como o grupo focal.

5.1 Área do Estudo

A presente proposta foi realizada na cidade de Rosário da Limeira, localizada na Zona da Mata mineira, que adquiriu este *status* em 1995, por meio da emancipação,

³Segundo Boni e Quaresma (2005), a entrevista semiestruturada combina perguntas abertas e fechadas, definidas previamente pelo pesquisador, de forma a alcançar os objetivos propostos em sua pesquisa, o entrevistador deve ficar atento para direcionar a “discussão para o assunto que o interessa fazendo perguntas adicionais para elucidar questões que não ficaram claras ou ajudar a recompor o contexto da entrevista, caso o informante tenha “fugido” ao tema”. Além disso, os autores fazem referência à possibilidade do pesquisador ter que entrevistar pessoas que não sabem ler ou escrever, bem como “a sua elasticidade quanto à duração, permitindo uma cobertura mais profunda sobre determinados assuntos”.

deixando a posição de distrito de Muriaé-MG. O município possui população residente de 3.896 habitantes, sendo que deste total 57% é residente na área rural. A base da economia da cidade é a agricultura, principalmente a produção cafeeira (MINAS GERAIS, 2009).

O índice de gravidez na adolescência, no município, em 2006, de acordo com dados coletados junto à Secretaria de Saúde Municipal, foi de 19,05% do total de mulheres grávidas, o que corresponde à média observada no Brasil, estimada em cerca de 20% do total de partos.

5.2 População e Amostra do Estudo

A população de entrevistados desta pesquisa foi constituída por: mulheres com idade até 19 anos, que tiveram filho até o fim do ano de 2010; família, na pessoa da mãe ou responsável pela adolescente; o parceiro ou pai das crianças; e, também, os Agentes Comunitários de Saúde, com a intenção de averiguar as diferentes percepções e reações frente à maternidade na adolescência.

As jovens, solteiras ou casadas, residentes tanto na área rural quanto urbana de Rosário da Limeira, deveriam ter tido filhos e os mesmos nascidos nos anos de 2007 a 2010. A escolha dessa população pode ser justificada da seguinte maneira: o estado civil da adolescente deve-se ao fato de que, de acordo com este, ela poderia informar qual teria sido a repercussão do nascimento da criança na sua vida pessoal e social, bem como na qualidade de vida da família. Com relação ao ano de nascimento da criança, pode-se justificá-lo em virtude de que, no momento da coleta dos dados, as jovens já teriam como discorrer sobre suas experiências como mães adolescentes, apontando diferentes percepções de suas vivências, de acordo com o decorrer do tempo.

Levantamento feito junto à Secretaria Municipal de Saúde de Rosário da Limeira constatou que o número de adolescentes que tiveram pelo menos um filho, entre os anos de 2007 e 2010, era de 25 mães adolescentes.

Em função dessa população definiu-se que se trabalharia com a totalidade das mães adolescentes; um membro de sua família, considerando um dos pais ou responsáveis, bem como dos pais dos bebês. Quanto aos agentes de saúde, todos da equipe do Programa Agente Comunitários de Saúde também constituíram a amostra de sujeitos desta pesquisa.

No caso das adolescentes, buscou-se entrevistar todas que passaram pela experiência da gravidez nos anos de 2007, 2008, 2009 e 2010 (conforme distribuição apresentada no Quadro 1), que tiveram filho com até 19 anos e que residiam em Rosário da Limeira na data da entrevista. A amostra inicial era de 24 adolescentes, porém, no decorrer da pesquisa, foi-se descobrindo que muitas das adolescentes haviam mudado de cidade ou fizeram o acompanhamento em Rosário da Limeira, não sendo moradoras da cidade. Assim, o total de adolescentes entrevistadas foi de 18, uma vez que da população previamente levantada, 2 não foram encontradas nas comunidades indicadas, 2 negaram a participação no estudo e 2 se mudaram da cidade.

Quadro 1 – Distribuição da população e amostra entrevistada, conforme o ano do parto, Rosário da Limeira/MG, 2010.

	Ano do parto da adolescente				
	2007	2008	2009	2010	Total
Número de mães adolescentes	8	9	4	3	24
Número de mães adolescentes entrevistadas	6	8	1	3	18

Fonte: Dados da pesquisa.

Para entrevistar as famílias buscou-se conversar com o responsável pela adolescente na época da gravidez, considerando o pai ou mãe da mesma. Para isso, foi feito contato com eles após as entrevistas com as adolescentes, o que possibilitou a localização dos mesmos. Verificou-se, entretanto, que muitos não mais residiam na cidade ou não se dispuseram a participar do estudo, sendo, estes, critérios de exclusão da amostra. Dessa forma, foi possível obter dados diretamente com 11 famílias, representando 63% do total de famílias, que tinham filhas adolescentes grávidas, apenas na pessoa da mãe da adolescente pelos seguintes motivos: os pais que estavam presentes no domicílio no momento da entrevista não quiseram participar, preferindo que as

esposas respondessem aos questionamentos; alguns não residiam no município e outros dispuseram a participar.

As entrevistas com os pais das crianças foram feitas posteriormente à entrevista com as adolescentes. De um total de 18 pais, foram realizadas 15 entrevistas, que representam 83% da amostra, justificando-se que, dos não entrevistados, 1 havia falecido, 1 mora e trabalha em outro município e um terceiro não se dispôs a participar.

5.3 Instrumentos de Coleta de Dados e Técnicas de Pesquisa

Quanto à escolha do método e técnicas de investigação, Bourdieu (1999) observa que não deve ser rígida, mas sim rigorosa, permitindo, dessa forma, que o pesquisador utilize um conjunto de instrumentos, desde que sejam aplicados com rigor. Além disso, discute sobre a postura do pesquisador na coleta de dados, afirmando que, na medida do possível, o entrevistador deve procurar falar a mesma língua do pesquisado. Isto é, deve deixar momentaneamente de lado seu capital cultural, buscando, assim, maior interação com o entrevistado. Quando o pesquisador não tem esta habilidade, possivelmente, o entrevistado irá se sentir constrangido, prejudicando a relação entre ambos, com comprometimento do processo de coleta de dados.

O estudo em questão fez uso da pesquisa censitária e documental para examinar a realidade da gravidez na adolescência no Município de Rosário da Limeira. Além disso, também foi utilizada a entrevista semiestruturada, contendo questões objetivas e subjetivas, aplicada com as adolescentes, visando identificar: o perfil socioeconômico pessoal e familiar das adolescentes grávidas; os significados e motivos da gravidez; seus reflexos nas relações pessoais, familiares e sociais da adolescente; além do nível de associação entre gravidez e a violência familiar, em suas diferentes dimensões. A entrevista semiestruturada foi também o método de coleta de dados com outros dois grupos, que vivenciaram a realidade da gravidez na adolescência, as mães das adolescentes e também os pais dos filhos das mesmas.

Outra técnica utilizada na pesquisa foi o Grupo Focal, realizado com os Agentes de Saúde, que prestavam atendimento domiciliar às famílias, tendo como foco: “As reações familiares em face à gravidez precoce”.

Tal método se caracteriza pela informalidade da discussão acerca dos temas do estudo, tal discussão é guiada por um moderador, sendo a seção acompanhada por

observadores. Tal metodologia permite a reflexão sobre o essencial, o sentido de valores, dos princípios e motivações, que regem os julgamentos, percepções e ações das pessoas.

Como destaca Costa (2009), os grupos focais

[...] são um tipo de pesquisa qualitativa que tem como perceber os aspectos valorativos e normativos que são referência de um grupo em particular. São na verdade uma entrevista coletiva que busca identificar tendências. A maior busca é a de compreender e não inferir nem generalizar (COSTA, 2009, p. 181).

Com respeito a esta técnica, Johnson (1994) observa que seus usuários partem do pressuposto de que a energia gerada pelo grupo resulta em maior diversidade e profundidade de respostas. Isto é, o esforço combinado do grupo produz informações em maior número e com maior riqueza de detalhes do que as respostas individuais.

Para a realização, alguns autores discutem a respeito da importância das características do local onde será aplicado, bem como sobre o papel e a postura dos moderadores e observadores da reunião. O grupo focal foi realizado na Unidade de Saúde da Família, local onde são realizadas as reuniões com os ACS, de forma que eles se sentissem à vontade; além de ser silencioso, permitindo gravar e filmar a reunião. Para tanto, houve a autorização por parte de todos os participantes, conforme termo de consentimento livre e esclarecido e aprovação pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Viçosa.

5.4 Variáveis Analíticas

Para caracterizar a *realidade da gravidez precoce no município* de Rosário da Limeira-MG fez-se um levantamento junto à Secretaria de Saúde, das seguintes variáveis: número de partos de adolescentes (até 19 anos); idade da mãe; tipo de parto (normal, cesárea, fórceps), duração da gestação (em semanas); peso da criança ao nascer (em kg.); realização de pré-natal (em meses); local de nascimento da criança (hospital, outro estabelecimento); sexo do bebê; filhos tidos vivos e filhos tidos mortos (em número).

Para o delineamento do *perfil e realidade da adolescente* procurou-se indagar sobre: idade, tipo, local de trabalho, local de moradia e grau de escolaridade da

adolescente, considerando os seguintes níveis: (nenhum, ensino fundamental incompleto e completo, ensino médio, técnico e superior incompleto); renda; principal fator considerado por ela para ter-se engravidado (especificar); idade do início das relações sexuais (em número de anos); realização e tempo de pré-natal (até 6,0 meses, mais de 6,0 meses); e número de gestações anteriores (uma, duas, três, quatro, mais de quatro); tipo de parto (normal, cesárea, fórceps, outro); peso (kg) e estatura da criança (cm) ao nascer; local de nascimento da criança (hospital, domicílio, outro); sexo da criança (masculino, feminino); idade e grau de escolaridade do pai da criança quando ela nasceu, considerando os seguintes níveis: (nenhum, ensino fundamental incompleto e completo, ensino médio, técnico e superior incompleto); acesso à informações sobre sexualidade (sim, não), tipo e local de acesso a tais informações (doenças sexualmente transmissíveis), utilização de método contraceptivo e planejamento da gravidez; existência de outro caso de gestação precoce na família (sim, não) e qual o outro membro da família que também engravidou precocemente; existência de amigas que já viveram situação semelhante (sim, não); tipo de relacionamento mantido com a família (antes e após a gravidez), se possui facilidade em discutir seus problemas e outros aspectos da vida com pessoas da família ou prefere pessoas de fora do ambiente familiar (quem e por que); tipo de relacionamento mantido com o pai da criança após o seu nascimento; se tem atualmente relações sexuais (sim, não), se usa algum método contraceptivo (sim, não) e qual método contraceptivo utilizado.

Para traçar o *perfil da família*, foram examinadas as seguintes características socioeconômicas: tamanho e composição da família, número de filhos e de outros membros residentes no domicílio; renda média e per capita da unidade familiar; tipo de família⁴ e seu ciclo de vida⁵. Além disso, foram indagadas em relação às redes sociais ativadas (familiares, comunitárias e institucionais) em face à ocorrência de gravidez precoce, considerando sua morfologia (nós e laços) e contribuição na provisão de recursos (materiais e humanos) para a adolescente e o filho.

⁴ Segundo Goldani (2002), as unidades familiares podem ser tipificadas em: nucleares (presença do pai, mãe e filhos), monoparentais (presença de um dos cônjuges, geralmente a mãe, além dos filhos, seja por separação ou viuvez) e extensa (formada por mais de um grupo familiar ou inclusão de outros parentes).

⁵ Segundo Montali (1994), o ciclo de vida pode ser dividido em formação (casal sem filhos ou com filhos menores de 12 anos); intermediária ou de maturação (casal com filhos adolescentes, de 12 a 18 anos); e dispersão (casal acima de 50 anos, com filhos adultos, maiores de 18 anos estando parte deles fora de casa).

Para aprofundar mais nos aspectos relativos às *implicações da gravidez na vida pessoal, familiar e social da adolescente* foram enfatizados fatores relacionados ao que mudou na vida da família e da adolescente após ela ter engravidado, em termos de: reação dos familiares quando souberam da gravidez, bem como modificações durante a gestação e após o nascimento da criança (especificar); interrupção dos estudos (sim, não); necessidade de trabalhar para criar o filho (sim, não), detalhando o tipo de trabalho; ocorrência de algum tipo de discriminação (sim, não) e por parte de quem foi discriminada (familiares, amigos, escola, outros); existência de violência físico-psicológica que pudesse dar origem à gravidez ou mesmo após a constatação do seu estado (sim, não), especificando qual foi a violência sofrida; principal reação do pai da criança e da família dele diante da notícia da gravidez (especificar), identificando de que forma a criança foi assumida; recebimento de algum tipo de apoio e ajuda durante a gestação e após o parto (sim, não), por parte de quem e de que forma foi esta ajuda (especificar); enfim, procurou-se identificar junto a adolescente que tipo de ajuda ela recebeu e/ou vem recebendo para cuidar do filho.

Para o dimensionamento da gravidez na *qualidade de vida da adolescente*, foi utilizado um indicador subjetivo de vida, que avalia a satisfação com a qualidade de vida, considerando as percepções e avaliações que tenham dos seguintes domínios: alimentação, educação, saúde, família, amizade, serviços comunitários, segurança financeira e pessoal, habitação, transporte, emprego, renda, lazer e estar bem consigo mesma. Para o cálculo do grau de satisfação e ordem de importância dos domínios da vida, foi feito uso de uma escala, que variou de 1,0 a 4,0, em termos de: 1 (Insatisfeito, Sem importância); 2 (Pouco satisfeito, Pouco importante); 3 (Satisfeito, Importante) e 4 (Muito satisfeito, Muito importante). Além disso, foram identificadas algumas informações qualitativas, como: sugestão para uma melhor qualidade de vida em função dos problemas, necessidades e demandas.

Especificamente, no que concerne a *questão da violência simbólica*, foram elaboradas perguntas abertas, que permitissem à adolescente expressar o significado da gravidez para si mesma, na sua vida em família e socialmente; quais foram os sentimentos experimentados (como culpa, medo, temor ou felicidade); se se sentiu pressionada a casar, praticar aborto, se casar ou mudar a forma de seu comportamento cotidiano; ou seja, quais foram as principais mudanças vivenciadas pelas adolescentes,

em termos de *habitus*, nos diferentes campos de vivência, quais foram impostas e de que forma, seja por parte de seus pais ou responsáveis, ou mesmo pelo pai de seu filho.

5.5 Procedimentos de Análise de Dados

Para análise dos dados quantitativos, foram utilizados métodos estatísticos descritivos. Especificamente, utilizou-se o programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS®) para cálculos em termos de média, frequência e desvio padrão, que permitiram expressar os resultados de forma descritiva, tabular e gráfica.

Em termos qualitativos, fez-se uso da análise descritiva e comparativa da gravidez precoce, considerando os depoimentos do público envolvido.

5.6 Aspectos Éticos

Todos os sujeitos da pesquisa, adolescentes, sua mães, pais de seus filhos e agentes de saúde, receberam explicações a respeito da natureza deste estudo e de seus objetivos, de forma que, posteriormente a este conhecimento prévio, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que é a autorização dos mesmos para a participação neste estudo.

Buscou-se respeitar os preceitos do sigilo, riscos e benefícios, voluntariedade e consentimento pós-informado, que são requisitos do Conselho Nacional de Saúde para pesquisas com seres humanos, expostos na Resolução 196/96. Como pode ser observado no texto abaixo:

O respeito devido à dignidade humana exige que toda pesquisa se processe após consentimento livre e esclarecido dos sujeitos, indivíduos ou grupos que por si e/ou por seus representantes legais manifestem a sua anuência à participação na pesquisa (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 1996).

Baseada nesses preceitos houve o comprometimento de respeitar tais prerrogativas, não expondo os sujeitos do estudo (utilizando nomes fictícios para todos os participantes, não revelando a comunidade de moradia quando trata dos residentes na área rural, uma vez que são comunidades pequenas e as adolescentes, suas famílias e os pais de seus filhos, poderiam ser facilmente identificados); além de ter sido respeitada a situação de voluntariedade e acesso ao trabalho concluído.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para a apresentação dos resultados desta pesquisa, buscou-se fazer a caracterização da gravidez na adolescência no município de Rosário da Limeira-MG. Posteriormente, foram examinadas as percepções dos agentes de saúde a respeito da gravidez da adolescência no município. Buscou-se, também, contemplar aspectos pessoais, como motivações e impactos da gravidez na qualidade de vida das adolescentes, bem como aspectos relacionados à violência simbólica e física contra as adolescentes.

6.1 Caracterização da Gravidez na Adolescência no Município de Rosário da Limeira

Os dados apresentados no Quadro 2 ilustram a idade da primeira e segunda gestação das adolescentes, bem como o ano da primeira gravidez, trazendo a informação referente ao local de moradia das mães adolescentes quando engravidaram.

Quanto ao local de moradia, percebeu-se que 13 adolescentes eram residentes da área urbana do município quando engravidaram, enquanto 5 moravam na área rural na época da gravidez.

Por outro lado, quanto à primeira gestação (Figura 1), a faixa etária variou de 13 a 19 anos sendo a idade média de 16,7 anos. Em termos proporcionais, os dados mostraram ver (Figura 1), que os maiores valores percentuais foram nas idades de 15, 17 e 19 anos (4 adolescentes em cada idade). Além disso, 3 tornaram-se mães aos 18 anos e 2, aos 16 anos; existindo apenas 1 adolescente que foi mãe pela primeira vez aos 13 anos.

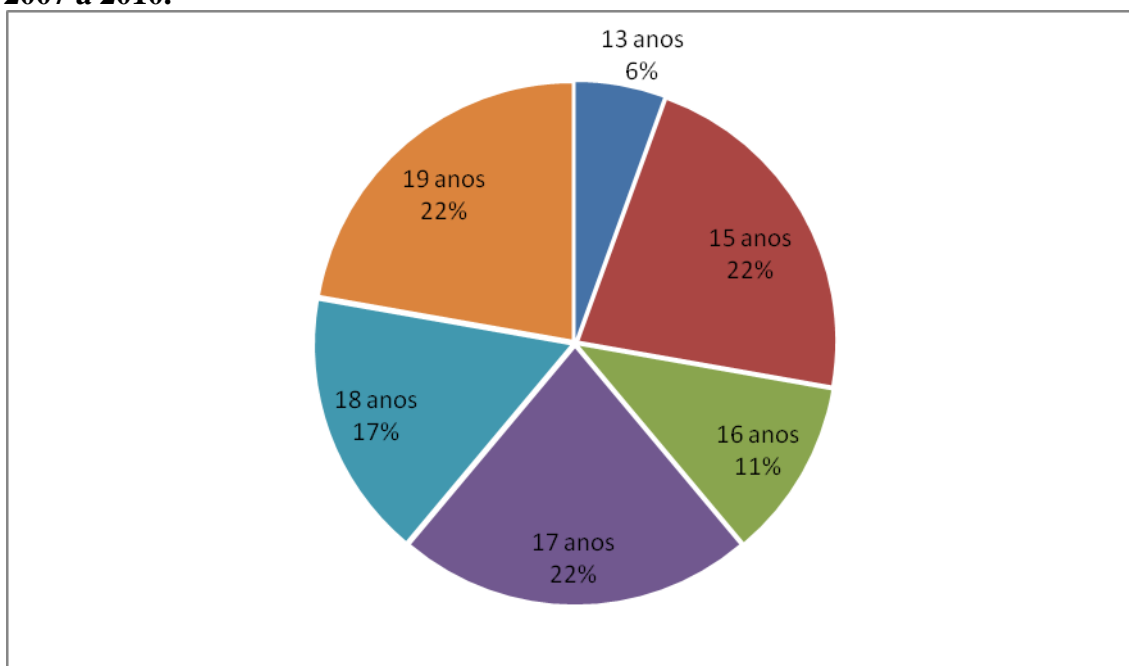
Pôde-se constatar que a maioria das adolescentes teve somente uma gravidez. Apenas 2 adolescentes tiveram mais de um filho, sendo que o segundo parto aconteceu em um período inferior a 2 anos do primeiro. Além disso, sendo que uma destas teve ainda um aborto espontâneo entre as duas gestações.

Quadro 2 – Caracterização da gravidez na adolescência, Rosário da Limeira/MG, 2007 a 2010

Idade da primeira gestação	Local de moradia	Nº de abortos	Número de filhos vivos	Duração da gestação (semanas)	Realização do pré-natal (meses)	Tipo de parto	Local de nascimento do bebê	Estatura ao nascer (cm)	Peso ao nascer (quilos)
13	Urbano	0	1	-	7	Normal	Hospital	45	2,780
15	Rural	0	1	39	6	Normal	Hospital	48	3,385
15	Urbano	0	1	41	5	Cesárea	Hospital	48	2,830
15	Urbano	0	1	-	9	Normal	Hospital	46	3,150
15	Urbano	0	2	38	9	Cesárea	Hospital	49	3,550
16	Urbano	0	1	-	3	Normal	Hospital	48	3,750
16	Rural	1	2	41	6	Normal	Hospital	48	2,960
16	Rural	0	1	-	7	Normal	Hospital	45	2,680
17	Rural	0	1	41	7	Cesárea	Hospital	50	3,750
17	Urbano	0	1	-	5	Normal	Hospital	48	3,450
17	Urbano	0	1		5	Cesárea	Hospital	38	1,216
18	Urbano	0	1	-	6	Cesárea	Hospital	49	3,100
18	Urbano	0	1	-	5	Normal	Hospital	49	3,350
18	Urbano	0	1	-	8	Normal	Hospital	51	3,800
19	Urbano	0	1	40	7	Normal	Hospital	40	3,160
19	Urbano	1	1	42	6	Normal	Hospital	43	2,615
19	Rural	0	1	40	7	Normal	Hospital	41	3,375
19	Urbano	0	1	41	8	Cesárea	Hospital	51	3,800

Fonte: Dados da pesquisa.

Figura 1 – Distribuição por idade da primeira gestação Rosário da Limeira/MG, 2007 à 2010.



Fonte: Dados da pesquisa.

Metade dos casos de reincidência da gravidez ocorreu na área urbana e a outra metade na área rural, mas os dois casos têm em comum o fato de que as duas adolescentes eram casadas e o motivo apontado por elas tanto da primeira quanto da segunda gestação, foi o não uso de métodos contraceptivos. Contrariamente ao observado neste estudo, Bruno *et al.* (2009) afirmam que o casamento funciona como um fator de proteção à reincidência da gravidez pelo fato de que, mantendo relações sexuais regularmente, as adolescentes sentem a necessidade de tomarem medidas adequadas de controle da concepção.

De todas as entrevistadas, duas adolescentes sofreram um aborto, ambas aos 17 anos e residentes da área rural.

“Eu tive um aborto, mas é porque eu não sabia que eu tava, né. Que eu tava grávida, aí eu senti umas dores muito fortes, aí a minha comadre lá de cima, já tinha tido um aborto quando morava em Belizário, aí eu puxava saco de café sabe, cheio assim, meu marido atrás, aí eu pegava saco de café, eu tive um aborto, mas sem saber que eu tava grávida” (Luca, mãe aos 19 anos).

Observou-se, conforme o Quadro 2, que todas as adolescentes realizaram o pré-natal, sendo que o tempo mínimo foi de 3 meses e o tempo máximo de 9 meses, obedecendo à seguinte distribuição: 5 adolescentes realizaram o pré-natal por 7 meses; 4 por 5 meses e outros 4 por 6 meses; 2 adolescentes que realizaram o pré-natal por 8 meses; e outras 2 adolescentes fizeram tal acompanhamento por 9 meses, ou seja, por todos os meses da gestação; 1 realizou tal acompanhamento médico por apenas 3 meses. Não foi observada correlação entre idade da adolescente e tempo de realização de pré-natal.

Quanto ao tempo gestacional, constatou-se a média de 39,9 semanas de gestação, porém vale ressaltar que apenas 55% das entrevistadas souberam fornecer este dado. Todos os partos informados são classificados como parto a termo⁶, que indica que as crianças nasceram no período considerado ideal.

O peso médio dos bebês ao nascer foi de 3,150kg, com peso máximo de 3,800kg e peso mínimo de 1,216kg. A prevalência de baixo peso⁷ ao nascer encontrado a neste estudo foi de 5%, inferior à média Brasil de 11%, segundo dados do relatório da Situação da Mundial da Infância de 2006, elaborado pela UNICEF. Tal fato vai contra a afirmação de Van Den Berg (1981), de que as maiores taxas de baixo peso ao nascer são dos filhos de mães adolescentes; mas corroboram com Battaglia (1963), no sentido de que o acesso aos serviços de saúde e ao atendimento pré-natal faz com que as deficiências, que podem estar relacionadas à idade da mãe, sejam sanadas de forma que os filhos de mães adolescentes não tenham maiores problemas do das mães em idade adulta.

Uma das adolescentes que não soube informar a duração da gestação em semanas, afirmando que o filho nasceu pré-maturo, ou seja, pré-termo, com estatura de 38 centímetros e peso de 1,216kg, enquadrando-se na categoria *peso muito baixo ao nascer*.

⁶ Definição e Classificação, pelo Código Internacional de Doenças (2010), assim classificados: Pela *Idade gestacional*: A duração da gestação é medida a partir do primeiro dia do último período menstrual normal. A idade gestacional é expressa em dias ou semanas completas. *Pré-termo*: Menos de 37 semanas completas (menos de 259 dias) de gestação. *Termo*: De 37 semanas a menos de 42 semanas completas (259 a 293 dias) de gestação. *Pós-termo*: 42 semanas completas ou mais (294 dias ou mais) de gestação.

⁷ Definição e Classificação, pelo Código Internacional de Doenças (2010), assim classificados: *Peso ao nascer*: É a primeira medida de peso do feto ou recém-nascido obtida após o nascimento. *Baixo peso ao nascer*: Menos de 2 500 g (até 2 499 g, inclusive). *Peso muito baixo ao nascer*: Menos de 1 500 g (até 1 499 g, inclusive). *Peso extremamente baixo ao nascer*: Menos de 1 000 g (até 999 g, inclusive)

Quanto ao tipo de parto, a maioria das adolescentes 67% teve seu primeiro filho por parto normal, vale ressaltar que, para as demais (33%), o parto se deu por meio de cesariana, sendo que para apenas 1 das adolescentes tal cirurgia foi por opção da própria adolescente, enquanto as demais foram por orientação médica. Percebe-se que foi alta a taxa de cesariana quando comparada ao valor indicado pela OMS (2009), de 15%. Tal fato, como sugerido por Siugad e Veríssimo (1996), se deve à imaturidade fisiológica da adolescente para a maternidade.

Todas as adolescentes tiveram seus partos realizados no Hospital São Paulo ou na Casa de Saúde, ambos na cidade de Muriaé/MG.

6.2 Atuação e Percepção dos Agentes Comunitários de Saúde Quanto a Realidade da Gravidez na Adolescência a Nível Local

6.2.1 Atuação dos Agentes Comunitários de Saúde

O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), institucionalizado em 1991, foi a primeira estratégia para a atenção primária à saúde no Brasil. Em complementação a esta, no ano de 1994, foi apresentada uma segunda estratégia, o Programa Saúde da Família (PSF). Em integração, os dois programas buscam a prevenção de doenças e a promoção da saúde por meio de visitas domiciliares e ações coletivas supervisionadas.

O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) é o marco da inserção do atendimento domiciliar às famílias nos serviços de saúde. A proposta básica do PACS “consiste no esclarecimento da população sobre cuidados com a saúde e seu encaminhamento a postos de saúde ou a serviços especializados em caso de necessidade que não possa ser suprida pelos próprios agentes” (MELAMED, 1998).

Para Oliveira *et al.* (2007), o PACS, além da busca pela promoção da saúde, visa ainda um melhor controle econômico do estado com relação aos gastos na área da saúde, afirmando que o PACS foi “mais uma tentativa de racionalização dos gastos em saúde, de implementação das diretrizes que deveriam reger o Sistema Nacional de Saúde, e de levar ações de promoção à saúde às populações de risco” (p.9).

O Programa Saúde da Família surge com o objetivo de contribuir para a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), trazendo uma nova dinâmica de atuação nas unidades básicas de saúde, mediante a implementação de equipes multiprofissionais para atendimento domiciliar e/ou nas unidades básicas de saúde. Tais equipes são responsáveis por um determinado número de famílias, que estão localizadas em uma área geográfica previamente delimitada, desenvolvendo ações de promoção, prevenção, recuperação e manutenção da saúde, bem como a reabilitação de doenças (BRASIL, 1997).

[...] um modelo de atenção que pressupõe o reconhecimento de saúde como um direito de cidadania, expresso na melhoria das condições de vida; no que toca a área de saúde, essa melhoria deve ser traduzida em serviços mais resolutivos, integrais e principalmente humanizados (LEVCOVITZ; GARRIDO, 1996, p 6.).

Como elo de ligação entre os programas citados anteriormente e a comunidade está a figura do Agente Comunitário de Saúde (ACS) que, no âmbito do PACS, busca desenvolver atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde, através de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas, nos domicílios e na Comunidade, sob supervisão e acompanhamento de superior (Decreto nº 3.189/1999).

O trabalho dos ACS com as comunidades é dinâmico, passando por fase inicial de desconfiança que evolui para participação efetiva. A maioria dos agentes de saúde atua em áreas onde tem algum envolvimento com as pessoas residentes, uma vez é requisito ao cargo, atuar na área de residência, de forma que, em decorrência de suas obrigações profissionais, passa a se relacionar com a comunidade por meio de regras instituídas no contrato e nas metas de produtividade (PEDROSA; TELES, 2001).

Os ACS atuam no apoio aos indivíduos e aos coletivos sociais, identificando as situações mais comuns de risco em saúde, participando da orientação, acompanhamento e educação popular em saúde, estendendo as possibilidades das equipes locais do SUS, colocando em ação conhecimentos sobre prevenção e solução de problemas de ordem sanitária, mobilizando práticas de promoção da vida em coletividade e de desenvolvimento de interações sociais (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, s/d).

Algumas das atribuições específicas dos Agentes Comunitários de Saúde são direcionadas para a saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes, destacando-se, conforme portaria n. 1886/GM de 18 de dezembro de 1997, as seguintes:

- Orientação dos adolescentes e familiares na prevenção de DST/AIDS, gravidez precoce e uso de drogas;
- Identificação e encaminhamento das gestantes para o serviço de pré-natal da unidade de saúde de referência;
- Realização de visitas domiciliares periódicas para monitoramento das gestantes, priorizando atenção nos aspectos de desenvolvimento da gestação;
- Seguimento do pré-natal, sinais e sintomas de risco na gestação, nutrição; e
- Realização de ações educativas para a prevenção do câncer cérvico-uterino e de mama, encaminhando as mulheres em idade fértil para realização dos exames periódicos nas unidades de saúde de referência.

Nesse sentido, seria de competência do ACS, no exercício de sua prática:

[...] mobilizar e articular conhecimentos, habilidades atitudes e valores requeridos pelas situações de trabalho, realizando ações de apoio em orientação, acompanhamento e educação popular em saúde a partir de uma concepção de saúde como promoção da qualidade de vida e desenvolvimento da autonomia diante da própria saúde, interagindo em equipe de trabalho e com os indivíduos, grupos sociais e populações (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, s/d).

Assim, esses profissionais e a população acompanhada criam vínculos de coresponsabilidade, o que facilita a identificação e o atendimento aos problemas de saúde da comunidade (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, s;d).

6.2.2 Percepção dos Agentes Comunitários de Saúde, quanto à realidade da gravidez na adolescência a nível local

Segundo a percepção dos ACS, pôde-se constatar que o casamento aparece como uma solução para o “problema” da gravidez, como se este rito de passagem anulasse tudo que aconteceu antes. Os fatos apontados corroboram com Berger e Kellner (1970),

quando afirmam ser o casamento um ato em que duas pessoas estranhas, com um passado próprio e diferente, se encontram e se redefinem, construindo uma nova realidade.

“Você tem que casar, tem que arrumar o casamento pra arrumar essa situação. Foi o que a mãe da menina falou pra ela, tinha que casar pra lá” (Ada, trabalha no PSF).

“Tem que correr, tem que casar, sendo que nem estava namorando, rapidinho já está casando para disfarçar” (Amara, Agente Comunitária de Saúde).

Percebeu-se que, para os agentes de saúde, o fato de ser solteira implicava mais insatisfação ou não aceitação da gravidez pela família, do que o fato isolado de ser adolescente.

“Aí a gente acha muito comum, às vezes, gravidez hoje em dia assim, igual menina grávida muito comum estando solteira, enquanto é da família de outra pessoa” (Íris, Agente Comunitário de Saúde).

“É assim, tem muitos casos em que é rejeitado, essa menina é solteira, se é uma gravidez no casamento é aceita numa boa... seja na população, pela família, então não tem rejeição, agora se a menina é solteira sim, aí é um problema pra toda sociedade” (Dália, Agente Comunitário de Saúde).

Alguns ACS afirmaram ainda que, quanto ao casamento, na Zona Rural as pessoas se casam mais novas, mas logo após essa afirmação, houve uma discordância, pois o ACS considera que a cidade é pequena e que, portanto, as características urbanas e rurais não são bem definidas, como descrito abaixo:

“Muitas vezes a menina é casada, da zona rural, porque casa nova” (Lídia, trabalha no PSF).

“É casa cedo” (Íris, Agente Comunitário de Saúde).

“Eu não falo de zona rural e zona urbana não, porque Rosário da Limeira é uma cidade muito pequena” (Elza, Agente Comunitário de Saúde).

Assim, as principais cobranças que os ACS perceberam, após a gravidez das adolescentes, foram com relação à exigência do casamento destas por parte de seus pais. Nesse caso, quase todos entraram em acordo, porém, um caso considerado por eles como raro, foi ressaltado, em que uma mãe não quis o casamento de sua filha, conforme depoimento abaixo:

“[...] é interessante que a mãe não aceitou que a filha casasse, ela falou assim, eu tenho ciência que este casamento pode ser violento, eu não quero que minha filha case, a não ser que ela queira[...] não eu prefiro minha filha comigo do que sofrendo na mão de outro[...] Mas isso não é comum não” (Ada, trabalha no PSF).

Após o nascimento da criança, segundo os relatos, a situação muda completamente. Percebe-se que a gravidez que não era aceita, principalmente pela situação em que a adolescente se encontrava – solteira –, após o nascimento a criança sempre é muito bem cuidada e amada pelas avós.

“depois que o bebê nasce, que a família muda mesmo[...] o pai aceita, no caso o avô da criança[...] mas antes é complicado mesmo... só muda depois que o bebezinho tá no braço mesmo” (Lídia, Agente Comunitário de Saúde).

“a minha experiência já esqueceram tudo! Hoje o menino mora dentro de casa e assim, não aceita que ele vai embora nunca, já tem 17 anos é tudo o que meu pai tem. Então já assim, ninguém fala mais no assunto que isso foi muito doloroso na época então agora já está assim, aceitou e é como se fosse um filho, né. Mas só mudou depois que ela teve[...]” (Íris, Agente Comunitário de Saúde).

O cuidado com a criança às vezes se torna tão excessivo e protetor por parte da avó, que, como discorre Dadoorian (2003), em uma pesquisa realizada com adolescentes no Rio de Janeiro, esta relação de cuidar do neto surge tanto pela desconfiança do tipo de cuidado que a filha terá com a criança, quanto por esta representar um presente para a avó, que tem uma oportunidade de reviver o sentimento materno. Também Silva e Salomão (2003), em estudo realizado em João Pessoa/PB, observaram este tipo de cuidado da avó materna com os netos, afirmando ser uma prática comum.

“[...] ela teve com 14 anos, aí na época só o pai dela rejeitou, a mãe não rejeitou[...] Quando o neném tinha um mês, um mês e pouco ela ia pra festa normal. A mãe dela que é mãe do neném até hoje e ela assim, ela [...] mas quem cria, acordava à noite, dava mamadeira, olhava quando tava doente era a avó então, a vida dela não mudou em nada, continuou a mesma coisa, ela não se tornou mãe” (Elza, Agente Comunitário de Saúde).

Quanto a este tipo de cuidado, um dos ACS observou que talvez muitas mães de adolescentes que engravidam tenham receio de cuidar dos netos, por medo que elas se

tornem mães novamente, caso não passem pela experiência de assumir a responsabilidade pelo cuidado dos próprios filhos.

“Eu acho que a família tem um pouco de medo né, que a cena se repita, tipo assim, a mãe apoia, abraça e a filha arruma um outro e vai enchendo a casa, então eu acho que esse medo faz com que esse apoio seja às vezes, até um pouco menos[...]” (Ada, trabalha no PSF).

Uma das Agentes Comunitárias de Saúde relatou a experiência de sua irmã de 14 anos que engravidou, quando ela era ainda criança, destacando os efeitos dessa gravidez em sua vida, quando se tornou adolescente. Tal fato é explicado por Silva e Salomão (2003), quando dizem que as gerações de uma família estão interligadas, de modo que episódios ocorridos numa geração podem aparecer nas gerações subsequentes. A ACS destacou que:

“Eu, chegou minha fase de beijar na boca, eu tinha medo de engravidar, de tanta coisa[...]” (Íris, Agente Comunitário de Saúde).

Quando abordados a respeito de quais mudanças a gravidez traria para as adolescentes, notou-se que estas perpassavam, tanto pelo abandono dos estudos quanto por um amadurecimento forçado. A percepção dos ACS sobre o amadurecimento das adolescentes corrobora com Luz (1999) e Moreira *et al.* (2008), quando afirmam que a vida da adolescente sofre modificações, pois esta tem que passar a associar suas atividades próprias, com todas aquelas exigidas do papel materno.

“Tem que amadurecer fora do tempo” (Gaspar, Agente Comunitário de Saúde).

“Eu acho que ela ia viver isso numa faixa de vinte e poucos anos, que ela vai[...] começar a virar mulher, uma dona de casa[...]” (Dália, Agente Comunitário de Saúde).

Todos os Agentes Comunitários de Saúde concordaram que, na maioria dos casos, houve uma interrupção dos estudos por conta da gravidez. Essa evidência é observada em inúmeros estudos, como o de Chalem *et al.* (2007), realizada na periferia de São Paulo, que aponta para o fato de que 67% das adolescentes abandonaram os estudos,

assim como os estudos de Heilborn (1999), que mostra que a maior parte das adolescentes abandona os estudos quando engravidam pela primeira vez.

“A maioria acontece que param de estudar” (Dália, Agente Comunitário de Saúde).

“Eu acho que na maioria dos casos as adolescentes param de estudar, não é tanto pelo fato de a família é mais pelo fato dos colegas de escola né, discriminação na sala de aula[...]” (Elsa, Agente Comunitário de Saúde).

“Aí ela teve que parar, porque também, enfim né, é difícil a mãe aceitar tomar conta” (Íris, Agente Comunitário de Saúde).

Segundo os relatos, outra modificação destacada diz respeito ao ambiente, uma vez que algumas casas passaram por mudanças para acomodar os bebês das adolescentes, seja estrutural ou mesmo um rearranjo dentro dos cômodos para melhor acomodar as mães e as crianças.

“Porque vocês estão fazendo este cômodo, essa parte aqui? Hã? É pra quando o bebê chorar manda vim pra cá” (Amara, Agente Comunitário de Saúde).

“[...] foi o que aconteceu, né[...] o quartinho dela é um quartinho pequeno, aí ela tirou a cama dela colocou no lugar da cama o berço e ela dorme no chão” (Ada, trabalha no PSF).

Os agentes de saúde relataram, também, a respeito da violência, pois já haviam presenciado a violência simbólica na forma de pressão psicológica e imposições. A violência física não havia sido presenciada por eles.

“Eu acho que uma das piores violências, né, ali do dia a dia, igual aconteceu num desses casos que a menina sempre ouvia a mãe falar: eu não vou dar apoio, ela vai se virar, vai ter que trabalhar para cuidar dessa criança[...] então a mulher tá ali, grávida né, adolescente, não sabe nem como vai conseguir o leite pro filho e a mãe que seria o apoio, apesar de não ter colocado ela pra fora, mas a filha sempre escutava isso e até hoje escuta... então querendo ou não, acredito que essa violência verbal, vai continuar até esta menina sair de casa” (Ada, trabalha no PSF).

“A psicológica é mais comum, porque as pessoas julgam muito apesar de que a gente não tem nada haver com a vida do outro né!” (Íris, Agente Comunitário de Saúde).

“O povo falam mesmo, fala aponta[...] se a menina der bobeira fala na cara dela no meio da rua, fala mesmo” (Amara, Agente Comunitário de Saúde).

“[...] olha torto, a família sempre olha torto e vai apontar o dedo nas horas mais quentes, sempre aponta o dedo, não passa não” (Dália, Agente Comunitário de Saúde).

Quando Chartier (1995) faz referência à Bourdieu (1989), afirma que este tipo de violência só tem efeito se quem a sofre contribui e se submete a ela, ou seja, consentindo tal abuso. Percebeu-se tal fato no discurso dos Agentes Comunitários de Saúde, que veem neste tipo de violência a realidade que muitas adolescentes enfrentam pela situação de gravidez, principalmente se ocorre fora de um contexto de casamento, conforme já discutido anteriormente.

“[...] negou a gravidez e depois deu o filho para outra pessoa no hospital mesmo e não fez pré-natal, a mãe não quis, não deixava assumir, tinha preconceito, não queria a criança” (Vera, Agente Comunitário de Saúde).

“[...] aconteceu com a minha irmã, nossa, minha mãe brigava tanto com ela, meu pai falava tanto até mandar ela embora” (Íris, Agente Comunitário de Saúde).

“A mãe falou pra tomar esses chás, essas coisas que pega bebê pra atrapalhar[...] ela até bebeu[...]” (Íris, Agente Comunitário de Saúde).

Nestes últimos relatos, apesar dos ACS não relatarem a violência física, fica clara a presença dos dois tipos de violência: a simbólica e a física, uma vez que o aborto é uma violência contra a integridade física e psicológica da mulher.

Quanto ao tipo de apoio recebido pelas adolescentes, vindo de suas famílias ou comunidades, constatou-se que, para os ACS, ficou evidente que as famílias apoiam as adolescentes, mas no sentido de prover o sustento. Entretanto, houve um relato de uma adolescente que foi expulsa de casa; e de outro caso, que a mãe não apoiou a adolescente nem durante a gravidez, nem depois do parto, fazendo inclusive que seu filho fosse adotado por outra família. Quando as famílias não proporcionam o apoio que as adolescentes necessitam, elas recorrem aos amigos, vizinhos ou ao serviço de saúde para receber atendimento e ajuda psicológica e financeira. Casos como o descrito no depoimento abaixo, não parecem muito incomuns de acontecer; isto é, situações em que a família dá apenas o sustento, sem nenhum apoio emocional tanto durante a gravidez quanto após o parto.

“[...] na hora de ganhar neném[...] mãe falou, “eu não desço, eu não quero saber, ela que se vira pra lá”[...] ela precisava de um apoio naquele momento, aí foi uma pessoa estranha que a mãe pagou pra descer[...] depois de muito conversar ela até foi pra Muriaé, mas voltou no mesmo carro, não quis nem saber[...]” (Ada, trabalha no PSF).

“[...] não vai deixar passar fome e nem vai expulsar de dentro de casa” (Amara, Agente Comunitário de Saúde).

Como postulado pelo Ministério da Saúde, os ACS de Rosário da Limeira desenvolveram uma relação de confiança com a comunidade, aqui representada pelas adolescentes, ficando claro o vínculo estabelecido quando eles passam a serem as pessoas de confiança, os confidentes das adolescentes, as pessoas em quem elas veem um suporte, um apoio para ajudar na resolução de seus problemas. Nesta pesquisa, a confiança entre as adolescentes e os ACS se mostrou tão forte, sendo muitas vezes eles os primeiros a saberem ou até mesmo desconfiarem da gestação.

“Eu já desconfiava, que eu já conhecia ela, já desconfiava[...] Aí eu falei assim, eu estou desconfiada e tal, isso daí e ela falou, “sim é verdade, só que eu tenho medo do meu pai, porque ele é muito bravo, minha mãe tem problemas de saúde, então é difícil, porque eu já estou de um tempinho e pra marcar o pré-natal fica difícil”[...] marquei aí eu tive que distrair a mãe dela e entregar a fichinha, no dia da consulta eu tive que ir com ela pra policlínica[...]” (Amara, Agente Comunitário de Saúde).

Para os Agentes Comunitários de Saúde, não é incomum que a mãe da adolescente, ao saber da gravidez da filha, peça para que ela esconda o fato de seu pai. Para os ACS, isto ocorre porque as mães são consideradas e se sentem responsáveis pela educação e cuidado dos filhos, como descritos nas reproduções dos depoimentos abaixo:

“Minha mãe teve que fingir que não sabia, até ela ter coragem de contar pro meu pai[...]” (Íris, Agente Comunitário de Saúde).

“[...] daí uns quatro meses pra frente, a menina começou a passar mal, teve que contar pro pai[...] a mãe já sabia” (Amara, Agente Comunitário de Saúde).

“[...] que a maioria das famílias, o pai joga na mãe a carga de educar as filhas, né. Se a filha engravidar é a culpa da mãe que não soube ensinar, então acontece isso” (Amara, Agente Comunitário de Saúde).

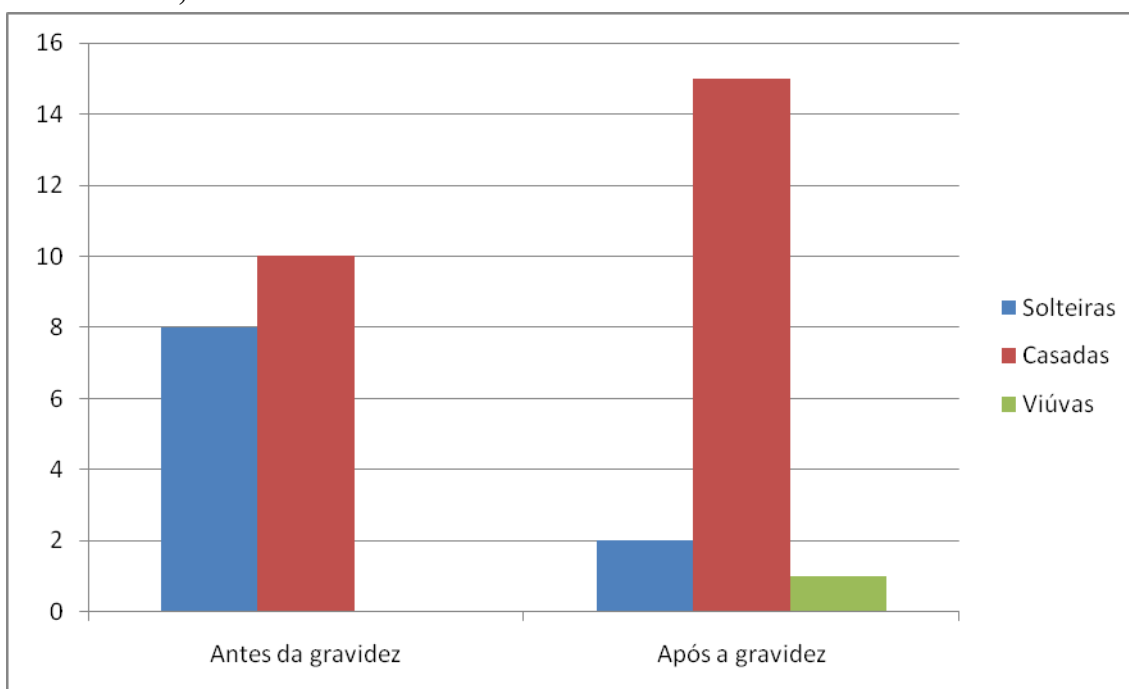
6.3 Perfil Socioeconômico das Adolescentes

Os dados do perfil socioeconômico das adolescentes mostram que, quando as adolescentes engravidaram, 44% (n=8) moravam com os pais, eram solteiras e moradoras da área urbana, enquanto 66% (n=10) eram casadas e moravam com marido ou companheiro, sendo que, deste total, mais da metade residia na área urbana e, as demais, na área rural.

Do total de adolescentes que moravam com os pais, metade das famílias possuía casa própria e metade morava em casa alugada. Por outro lado, das adolescentes casadas apenas uma morava em imóvel próprio até a data da entrevista; as demais residiam em casas alugadas ou cedidas por parentes ou pelo empregador do marido.

Conforme observado na Figura 2, após a constatação da gravidez houve mudanças significativas no estado civil das adolescentes, pois, 84% se casaram ou foram morar com o pai da criança e apenas 16% continuaram solteiras após o nascimento da criança. Ressalta-se que, destas, 2 buscaram morar com o pai da criança e 1 era viúva, de forma que todas as adolescentes que engravidaram tentaram viver em situação de casamento.

Figura 2 – Estado civil das adolescentes antes e após a gravidez, Rosário da Limeira/MG, 2010.



Fonte: Dados da pesquisa.

Quanto à escolaridade, observou-se que todas as adolescentes frequentaram a escola, 39% possuíam o Ensino Fundamental Incompleto e 12% Ensino Fundamental Completo; 27% o Ensino Médio Incompleto e 22% Ensino Médio Completo. Quanto aos pais das crianças, obteve-se que 12% não frequentaram a escola; 22% possuíam o Ensino Fundamental Incompleto e 22% Ensino Fundamental Completo; 12% o Ensino Médio Incompleto e 27% Ensino Médio Completo. Nenhuma das adolescentes ou pais das crianças tinha ingressado ou cursado qualquer ano do ensino superior na data da entrevista.

Quanto ao número de residentes na moradia atual da adolescente obteve-se que 78% das moradias contavam com 3 habitantes, com a seguinte distribuição; 11 moradias eram constituídas pela adolescente, seu marido ou companheiro e filho(a); 2 eram formadas pela adolescente, seu filho(a) e sua mãe; e 1 constituída pela adolescente e 2 filhos(as). Outra parcela, equivalente a 12% das moradias, era constituída por 5 membros, sendo os habitantes de uma das moradias: a adolescente, seu filho(a), sua mãe e dois irmãos; enquanto a outra era composta pela adolescente, seu filho(a), marido, e seus pais. Existe ainda uma moradia (5%) com 2 habitantes, sendo a adolescente e seu filho(a); e outra parcela de 5% da amostra, em que a moradia era constituída por 4 habitantes: a adolescente, seu marido e 2 filhos (as).

Considerando-se o número de membros ocupados por domicílio das adolescentes, obteve-se a média de 1,08 ocupados. Tal realidade se refere aos domicílios onde residia a nova família da adolescente, formada por ela, o marido e os filhos(as). Quanto às adolescentes que moravam com os pais, a média de membros ocupados era de 2,0 pessoas, sendo que apenas duas adolescentes se encontram nesta situação.

Com relação à renda, 10 adolescentes tinham alguma fonte de renda, antes da gravidez, com rendimentos de R\$ 50,00 à R\$650,00 mensais. Após o nascimento da criança, menos da metade das adolescentes (n=8) possuía alguma fonte de renda (n=8), sendo que 2 possuíam renda exclusivamente de pensão, 5 contavam apenas com seu salário e 1 complementava seu orçamento com pensão.

A média de rendimentos das adolescentes que recebiam apenas pensão (n=3) era de R\$331,00. Ressalta-se que uma adolescente recebia R\$510,00, representando o maior

valor de renda, enquanto que outras duas contavam com R\$153,00 cada uma. Para as adolescentes que dispunham apenas de seus rendimentos (n=5), a renda média era de R\$223,00, com mínima de R\$50,00 e máxima de R\$650,00. Por outro lado, a renda total da adolescente que trabalhava e recebia pensão (n=1) era de R\$803,00. As demais adolescentes (n=9), que eram casadas, não recebiam nenhum tipo de pensão ou renda própria, e toda a renda da casa era proveniente do trabalho do marido ou companheiro.

Com relação à idade da primeira gestação, pôde-se observar que 22,2% das adolescentes tiveram o primeiro filho aos 15 anos, outras (22,2%) aos 19 anos e 17 anos, respectivamente; 11,1% aos 16 anos, 16,7% foram mães aos 18 anos, enquanto 5,6% foram mães aos 13 anos. A idade média da primeira gestação das adolescentes foi de 16,9 anos, com desvio padrão de 1,7 anos.

Quanto à idade do pai de seus filhos, obteve-se a média de 21,4 anos. Comparando-se com a idade média das mães adolescentes, observou-se uma diferença de 4,5 anos entre as duas médias de idade. O pai mais jovem tinha, na época da gravidez, 18 anos, sendo o máximo de idade entre os pais, de 34 anos.

6.4 Perfil Socioeconômico Familiar das Mães Adolescentes

As famílias, segundo Goldani (2002), podem ser tipificadas de três formas: nucleares (presença do pai, mãe e filhos); monoparentais (presença de um dos cônjuges, geralmente a mãe, além dos filhos, seja por separação ou viuvez) e extensa (formada por mais de um grupo familiar ou inclusão de outros parentes).

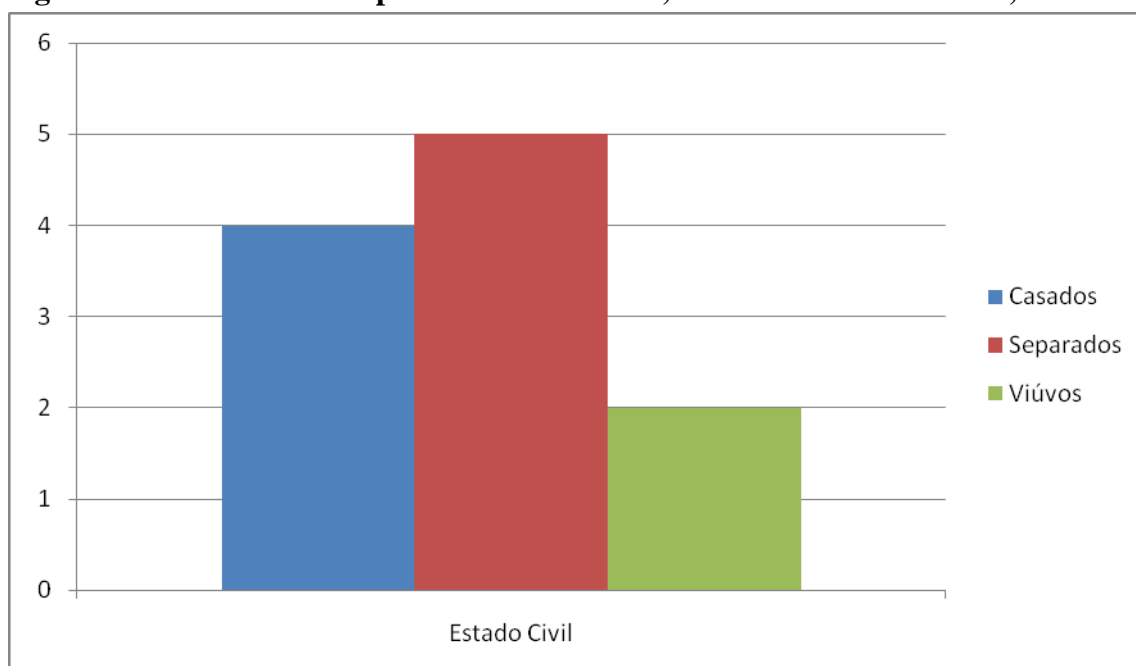
No caso específico deste trabalho, observou-se que 45% (n=5) do total de famílias eram do tipo extenso, devido à recasamentos ou a presença de outro núcleo familiar formado pela adolescente, seu filho e marido. As famílias monoparentais representavam 36% (n=4) das famílias entrevistadas, sendo que a metade era devido ao divórcio e outra metade por viuvez. Enquanto 18% (n=2) das famílias eram do tipo nuclear.

Conforme observado na Figura 3, quanto ao estado civil, a maioria dos pais das adolescentes (45%) era separada, representando os pais casados uma menor parte da amostra (36%), e uma das mães era viúva (18%).

Os dados deste estudo, relativos às famílias de origem das adolescentes, mostraram que o número médio de residentes era de 4,25 membros, contando com a família da adolescente; enquanto nas residências, em que residiam apenas as famílias de origem, sem as mães adolescentes, a média foi de 2,28 membros.

Foi possível ainda verificar que, na maioria das moradias, havia no mínimo 1 membro trabalhando (55%), uma parcela menor equivalente a 27% das moradias contava com 2 membros trabalhando, seguida por uma parcela menor de 18%, que não possuía nenhum membro trabalhando. Em nenhuma das moradias, onde nenhum dos membros trabalhava, residia alguma das mães adolescentes. Observou-se, ainda, que em 27% dos domicílios havia 1 pessoa aposentada e, em 45% das moradias, havia 1 pessoa encostada, recebendo 1 salário mínimo. Não havia nenhum parente ou amigo morando com as famílias das adolescentes na data da entrevista.

Figura 3 – Estado civil dos pais das adolescentes, Rosário da Limeira/MG, 2010.



Fonte: Dados da pesquisa.

No que se refere à escolaridade da família, obteve-se a média de 6,0 anos de estudo para as mães das adolescentes, sendo que duas mães não frequentaram nenhum ano escolar. A média de anos de estudo para os pais das adolescentes foi de 2,4 anos, existindo dois pais analfabetos, sendo que mais da metade das mulheres (54%) não

souberam informar a escolaridade dos pais das adolescentes, de forma que estes não compuseram tal amostra.

Com relação à renda, pôde-se observar que a média de rendimentos das famílias foi de R\$878,64, enquanto que a renda per capita média foi de R\$328,33. Observou-se que apenas uma família, em que a adolescente morava com os pais, contava com o auxílio da pensão para a criança; nesta família, especificamente, a pensão, no valor de R\$153,00, representava 12% de toda a renda, elevando a renda média per capita desta família de R\$200,00 para R\$230,60.

6.5 Percepção das Adolescentes Acerca da Gravidez

6.5.1 Motivações da gravidez

As abordagens teóricas para se discutir gravidez na adolescência trazem sempre, de forma implícita, um cunho de irresponsabilidade quanto à vida sexual das adolescentes, muitas vezes justificada pela falta de informação ou pensamento mágico por parte da adolescente, que acredita nada vai acontecer. Entretanto, neste estudo, pôde-se perceber que a gravidez foi planejada e desejada pela maioria das adolescentes entrevistadas (55%), destacando-se que todas que se enquadraram nesta afirmativa estavam casadas na época da gravidez, as demais (45%) relataram que a gravidez se deu por descuido, por parte delas e de parceiros.

Quanto às motivações da gravidez pôde-se perceber que metade das adolescentes desejava ser mãe. As demais adolescentes não planejavam ou não queriam filhos naquele momento.

A gravidez foi surpresa para metade das adolescentes, como já dito acima. Mesmo optando pelo uso de camisinha, 38% das adolescentes disseram ter engravidado, pois não a utilizaram em todas as relações sexuais. Observou-se que o não uso de tal método se deu por dois motivos, a saber: os comprimidos ou injeções contraceptivas faziam mal, causando inchaços, ou por descuido delas e de seus parceiros. As demais (12%) não utilizavam nenhum método contraceptivo, por acharem que não iriam engravidar, como nos depoimentos a seguir apresentados:

“Fez cinco anos esse ano agora, que a gente tava namorando, aí escapuliu né!” (Aline, mãe aos 17 anos).

“Ah, eu acho que foi descuido meu, porque eu tomava remédio, só que depois, eu comecei a passar mal e eu fiquei um tempo sem tomar e engravidei” (Rose, mãe aos 17 anos).

“Olha, no início eu até tomava, mas aí eu fui passando muito mal, aí eu parei[...] fiquei muito tempo, fiquei uns 6 meses, que foi assim, eu comecei a namorar e daí uns oito meses eu engravidei. Com oito meses de namoro só eu engravidei” (Carla, mãe aos 16 anos).

Quanto a este aspecto, Takiuti (1996) discorre como sendo a gravidez derivada de uma motivação inconsciente para a adolescente, uma vez que ela não acredita na sua capacidade de gerar um filho. Dadoorian (2000), também aponta para o desejo da adolescente em testar seu aparelho reprodutivo, que vai proporcionar a ela o exercício da função social feminina, que está fortemente atrelada a maternidade.

Quanto ao desejo de ser mãe, algumas adolescentes apontaram para a busca de companhia, principalmente porque as adolescentes, que se dedicavam em tempo integral ao marido e a casa, se sentiam sozinhas, na maioria das vezes.

“Aí, eu resolvi que ia acabar os estudos, aí eu ia ficar sozinha e tal. Que hoje em dia, minha companhia é ela. Eu não estudo, não trabalho fora, to tentando agora trabalhar, mas a minha companhia é ela” (Clara, mãe aos 17 anos).

“Hoje aqui em casa é assim, fica só nós duas. Ela que fica comigo o dia todo” (Marta, mãe aos 15 anos).

“Eu estava, eu estava vendo assim, muitas pessoas que estavam tendo menino, fazendo companhia dentro de casa, aí eu peguei e arrumei um” (Luna, mãe aos 18 anos).

“Ah, é uma companhia pra mim, que a gente pode ter” (Luísa, mãe aos 16 anos).

Takiuti (1996) corrobora com os relatos quando diz que a gestação pode ocorrer para suprir a necessidade de companhia da adolescente, principalmente naquele momento em que ela não tem um objetivo de vida.

Pôde-se constatar que 66% das adolescentes residentes na área rural, engravidaram porque planejaram, enquanto 36% das adolescentes residentes na área urbana admitiram que desejaram a gravidez.

No que se refere à decisão de ter filhos, 38% das adolescentes e seus maridos desejavam a gravidez, decidindo de forma conjunta que queriam ter um filho naquele

momento, parando com o uso de métodos anticoncepcionais; 12% queriam ter filhos naquele momento, mas não contavam com a aprovação do marido ou companheiro, para a gravidez; destas, uma adolescente tomou sozinha a decisão de construir uma família, sendo logo que a criança nasceu abandonada pelo marido, que se sentia traído por ela devido a essa gravidez; enquanto outra, mesmo desejando, acreditava que nunca poderia ser mãe, inclusive por comprovação médica.

Os pais, que participaram do processo decisório de ter filhos (38%), não indicaram por que motivo eles queriam que a adolescente engravidasse. Observou-se a seguinte distribuição em relação à participação dos pais dos bebês no processo decisório da gravidez quanto ao local de moradia, 100% dos pais residentes na área rural participaram do processo decisório, enquanto 8% dos pais eram residentes na área urbana.

Quase todas as adolescentes (94%) relataram que tinham acesso às informações a respeito de sexualidade, gravidez, métodos contraceptivos e de doenças sexualmente transmissíveis, seja pelas campanhas do governo, em cartazes e propagandas, seja pela escola ou internet, na época da gravidez.

“Eu tinha informação sim e ainda tenho, de tudo que é lugar” (Dóris, mãe aos 19 anos).

A falta de informações foi relatada somente em um caso:

“[...] eu nem sabia o que era gravidez[...]” (Joana, mãe aos 13 anos).

Os resultados mostraram que o acesso às informações contraceptivas pelas adolescentes é dado principalmente por pessoas de fora do ambiente doméstico, das seguintes formas: por meio de conversas com amigos (44%), através da escola (38%), pela conversa com professores ou por livros e por buscas na internet (18%).

Buscou-se, ainda, identificar se assuntos como sexo, sexualidade, gravidez, doenças sexualmente transmissíveis e métodos contraceptivos, eram frequentes nas conversas familiares, obtendo-se que apenas uma adolescente tinha este tipo de informação em casa, sempre pela mãe. Para Coates e Sant’anna (2001), a falta de esclarecimentos e conversas abertas nas famílias deixam as adolescentes mais

suscetíveis a riscos, como a gravidez não desejada e doenças sexualmente transmissíveis.

6.5.2 Reações e Apoio diante da gravidez na adolescência

Quanto aos principais sentimentos experimentados pelas próprias adolescentes ao descobrirem a gravidez, metade das adolescentes afirmou ter ficado feliz com a notícia, pois a gravidez já era desejada.

“Fiquei feliz, muito feliz” (Luísa, mãe aos 16 anos).

Para as demais (50%), os principais sentimentos experimentados foram: o nervosismo (16%); o medo (16%); a tristeza (6%); enquanto mais 6% ficaram em estado de choque e, uma parte, correspondente a 6% da amostra, não soube dizer exatamente o que sentiu no momento da descoberta da gravidez, relatando uma confusão de sentimentos entre felicidade e tristeza.

“Eu fiquei doida, eu fiquei nervosa, há, eu perdi o chão, não sabia o que ia fazer, nunca[...] só pensei assim, o que eu vou fazer agora? Porque não tinha a mínima ideia do que ia fazer com um menino na mão[...] Fiquei sem rumo” (Rita, mãe aos 15 anos).

“[...] era medo sabe, de ninguém me apoiar nada disso[...]” (Ester, mãe aos 18 anos).

“Ah, eu fiquei muito triste porque você não está preparada. Eu falei assim, ah, eu não to preparada pra ser mãe, responsabilidade[...]” (Ruth, mãe aos 17 anos).

“Foi praticamente um choque, porque eu nem sabia direito o que era gravidez. Eu nem pensava muito, só depois que a barriga cresceu, que caiu a ficha que tinha um neném mesmo dentro de mim[...]” (Joana, mãe aos 13 anos).

“Ah, na hora eu fiquei sem saber, se eu estava feliz ou se estava triste, não sei, eu fiquei muito[...] que eu achei que realmente eu não podia mesmo” (Laura, mãe aos 19 anos).

No que se refere à reação de suas famílias diante de sua gravidez, para metade das adolescentes, foi motivo de brigas, uma vez que seus pais ficaram bravos. Mesmo no caso das filhas casadas, os pais ficaram nervosos principalmente por acreditar que eram novas e iriam abrir mão de estudos e lazer para cuidar de seus filhos; 38% dos pais ficaram felizes com a notícia da gravidez; 6% das adolescentes afirmaram que seus pais

não gostaram da notícia e outros 6% dos pais aceitaram bem a gravidez da adolescente, sem manifestar felicidade ou insatisfação.

“A minha mãe fez um escândalo[...] meu pai ficou uma semana sem conversar comigo[...]” (Rita, mãe aos 15 anos).

“[...] meu pai bebe muito[...] fez um escarcéu, brigou[...] minha mãe foi aquela coisa de ficar calada, ficou meio, bastante chateada, então preferiu não falar nada” (Neide, mãe aos 16 anos).

Esses dados são compatíveis com aqueles já reportados na literatura. Osofsky e Osofsky (1978) destacaram que a resposta mais comum de início é a raiva da família frente à gravidez. Os autores ainda salientam que, muitas vezes, a reação é acompanhada de sentimentos de vergonha, principalmente por considerarem suas implicações no seu círculo de sociabilidade, preocupados no que dirão os vizinhos e amigos; bem como em que parte da situação enfrentada é culpa deles, inclusive que influência eles podem ter tido nessa gravidez.

Apesar de metade das adolescentes afirmarem que a gravidez trouxe problemas familiares, todas receberam apoio familiar, seja no cuidado de seus filhos, com a aquisição do enxoval ou cuidado com sua casa. Esse apoio, como afirmam Guimarães e Colli (1998), se torna fundamental para que a adolescente consiga superar as dificuldades psicossociais de uma gravidez.

As adolescentes afirmaram que, para a família do pai da criança, a gravidez foi motivo de felicidade, em 56% dos casos; 6% disseram que as famílias dos pais de filhos ficaram bravas e outros 6% disseram que eles não gostaram.

“A mãe do pai do bebê adorou” (Neide, mãe aos 16 anos).

A falta de contato com a família do pai de seus filhos fez com que 32% das adolescentes não soubessem afirmar qual foi a reação da família do pai da criança face à notícia de sua gravidez.

Com relação à aceitação da gravidez pelas famílias, pôde-se perceber que a aceitação pela família do pai da criança (56%) foi maior em termos quantitativos do que a aceitação pela família da adolescente (50%). Tais dados contrariam o que é relatado

por Zagonel (1999), que aponta como maior aceitação e acolhimento pela mãe da adolescente do que a dos sogros da adolescente.

Uma adolescente afirmou que a primeira pessoa, além do pai da criança, a saber de sua gravidez foi sua mãe, que pediu que ela não revelasse ao pai que a mãe sabia da gestação, por medo de que ele julgasse como traição o fato da esposa saber e não contar a ele.

Quanto à reação dos pais de seus filhos, para as adolescentes, 61% ficaram felizes com a gravidez; 16,5% ficaram assustados, pois a gravidez foi uma surpresa; 16,5% receberam bem a notícia, não demonstrando felicidade ou descontentamento; 6% não queriam ter filho naquele momento, portanto não ficaram satisfeitos naquele momento.

“[...] eu nervosa, sem saber o que fazer e ele todo feliz que ia ser pai” (Rita, mãe aos 15 anos).

“Ah, ficou até bobo” (Luísa, mãe aos 16 anos).

“Ficou surpreso, mas me deu todo apoio” (Ester, mãe aos 18 anos).

“Aceitou numa boa” (Júlia, mãe aos 15 anos).

“Não queria[...] não falou nada não, só achou que era muito cedo pra gente ter filho, que a gente tinha muito pouco tempo” (Ruth, mãe aos 17 anos).

Quanto ao apoio recebido durante a gravidez, obteve-se que todos os pais dos filhos das adolescentes deram algum suporte durante a gravidez para adolescente, seja financeiro ou emocional. A distribuição quanto ao tipo de ajuda recebida deu-se da seguinte forma: 83% ofereceram tanto apoio emocional, como carinho e cuidado com a gestante quanto apoio financeiro, pagando exames e contribuindo para a aquisição do enxoval do bebê. Os demais (17%) contribuíram apenas financeiramente.

Após o nascimento da criança, o apoio financeiro e emocional para adolescente por parte dos pais de seus filhos se manteve, enquanto 12% afirmaram receber, hoje, apenas apoio financeiro.

Diante da notícia da gravidez, 38% das adolescentes disseram que seus amigos ficaram assustados, pois não esperavam que elas tivessem filhos naquela época; outras (28%) disseram que os amigos ficaram felizes; 6% disseram que os amigos apoiaram;

outros 6% afirmaram que eles não gostaram da notícia e uma parcela de 22% das adolescentes não souberam informar a reação de seus amigos.

“Falou que eu era doída, que eu estava ainda estudando, aí eu tive que parar meus estudos tudo, pra mim, porque eu já estava no final, aí eu passava muito mal, aí eles sempre falavam que eu era muito doída de ter engravidado, que eu tinha que terminar os estudos” (Carla, mãe aos 15 anos).

“Ah, muitos ficam felizes né, mais assim, fala assim, ah aí depois você não vai poder estudar, que eu estava terminando o segundo ano, né” (Rose, mãe aos 17 anos).

“Ah, eles levaram na maior, assim, alguns ficou chateado, porque eu não contei. Só ficaram sabendo quando todo mundo ficou sabendo. Mas acho que levaram tranquilos na brincadeira e tudo” (Rita, mãe aos 15 anos).

Quanto ao apoio recebido de amigos, 88% das adolescentes afirmaram ter recebido apoio dos amigos enquanto estavam grávidas, sendo o apoio emocional mais marcante segundo os relatos; mas, também, o apoio financeiro esteve presente em todos os casos, principalmente com o enxoval do bebê, uma vez que as adolescentes foram presenteadas pelos amigos com roupas, fraldas e, em um caso, com um berço.

“[...] meus amigos ajudaram, o A e B (amigos), foi quem deu o berço, iam muito me ver, qualquer coisinha que eu tinha também iam me ver” (Rita, mãe aos 15 anos).

“[...] e ajudaram muito em questão de apoiar sabe[...] conversando comigo, me dando o que eu precisasse, mas graças a Deus eu não precisava de nada deles. Me ajudaram assim, conversando muito comigo, saindo me distraíndo sabe, pra mim não ficar pensando na minha família e não ficar toda hora ali me cutucando, me jogando alguma coisa na cara. Com enxovalzinho. Fazendo negócio de chá de bebê, essas coisas. Ganhei bastante coisa” (Ester, mãe aos 18 anos).

Quanto aos relacionamentos antes da gravidez, pôde-se observar que 52% das adolescentes consideravam o relacionamento familiar bom; 30% relataram que o relacionamento com os pais sempre foi ruim; 12% julgavam como ótimo; enquanto que, para 6%, não havia diálogo entre a família, não dizendo ser bom ou ruim.

“É assim, muita briga e pouca conversa” (Rita, mãe aos 15 anos).

Com a gravidez, 61% das adolescentes não perceberam nenhuma mudança no relacionamento familiar, enquanto para 39% houve mudanças. Das adolescentes que

perceberam alguma mudança no relacionamento familiar, 43% disseram que a gravidez piorou o relacionamento familiar; enquanto que para 57% das entrevistadas, a gravidez teve impactos positivos no relacionamento familiar, gerando mais abertura para conversas e maior aproximação com suas mães, principalmente pelo cuidado com os bebês.

A maioria das adolescentes que apontou para os impactos negativos da gravidez no relacionamento familiar, residia na área urbana quando engravidou, destacando-se que o principal fator que levou a tais impactos foi a precocidade da gravidez.

“[...] aí a gente foi se distanciando, mas assim, eu ainda tenho contato com eles, vou na casa deles, mas não é como era antes[...]” (Carla, mãe aos 15 anos).

“Piorou um pouquinho” (Rita, mãe aos 15 anos).

A maior incidência de impactos positivos no relacionamento familiar também foi observada entre as adolescentes residentes na área urbana do município. Após se tornarem mães, as adolescentes passaram a viver o sentimento materno e tornaram-se mais compreensiva com os pais.

“Melhorou bastante, tem mais carinho” (Aline, mãe aos 17 anos).

“Melhorou, agora ela e ele veem as coisas de outro jeito. Hoje me acham mais responsável que na época[...]” (Júlia, mãe aos 15 anos).

A maioria das adolescentes que moravam na área rural quando engravidaram não perceberam mudanças no relacionamento familiar, principalmente por serem casadas, de forma que a gravidez não gerou conflitos, sendo, na maioria das vezes, desejada pela família. Dependendo do contexto social em que está inserida a adolescente, a gravidez pode ser encarada como evento normal, não problemático, aceito dentro de suas normas e costumes (NECCHI, 1998).

Quanto ao relacionamento com o pai de seus filhos, 38% disseram que nada mudou com a gravidez ou chegada deles; para outros (38%), o relacionamento piorou; e, para 24% das adolescentes, o relacionamento com o pai da criança ficou melhor após a gravidez.

De todas as adolescentes residentes da área rural, apenas uma não percebeu mudanças no relacionamento com o pai de seus filhos. Para a maioria delas, o relacionamento com o marido/companheiro ficou pior após a gravidez, sendo a falta de lazer apontada como principal fator que contribuiu para tal mudança.

“[...] que a gente aqui na roça, fica mais difícil, não sai, não se arruma, às vezes eu fico entediada, de não sair pra lado nenhum não me arrumar[...] e aí o marido[...] também fica só por conta de serviço, que eu não to trabalhando mais, fica tudo pra ele[...] que quando eu casei eu não perdia uma festa, agora[...]” (Luca, mãe aos 16 anos).

“Tá bem pior[...] sem muita conversa, às vezes ele fala de qualquer jeito, podia ser mais educado, conversar melhor, tem hora que magoa as palavras que ele fala” (Marta, mãe aos 15 anos).

Considerando as adolescentes residentes na área urbana, a maioria mencionou melhorias no relacionamento com o pai de seus filhos, principalmente porque, com a gravidez, o casal se tornou mais próximo; ou seja, a criança representou, nesses casos, um forte elo de ligação entre as adolescentes e seu parceiro.

“Ah tá melhor né[...] Bem mais apaixonado[...] quando a gente tá namorando, as coisas são bem mais complicadas[...] Hoje tem mais intimidade pra falar das coisas, conversar” (Aline, mãe aos 17 anos).

“Aproximou mais a gente, por que a gente assim, por ele estudar e ele vinha assim pra cá, então a gente não ficava muito junto, era só final de semana, eu via ele muito poucas vezes durante a semana, depois que eu engravidei, aí ele começou a ir todo dia lá em casa, eu vim aqui em Limeira[...] conhecer os irmãos dele” (Carla, mãe aos 15 anos).

Para as residentes na área urbana, que observaram que o relacionamento com o pai de seus filhos piorou com a gestação, percebeu-se que a maioria está ligada à pouca atenção e falta de respeito com sua pessoa; e, para uma parcela pequena dos casos, a aspectos relacionados a situações de violência.

“Piorou, Nossa Senhora[...] tá bem ruim[...] Ah, sei lá parece que perdeu o interesse sabe, dele[...]” (Clara, mãe aos 19 anos).

“Ah, a gente até separou, que perdeu o respeito completamente, não tinha mais nada[...] antes a gente sentava e conversava, depois, acabou tudo” (Ruth, mãe aos 17 anos).

“Quando eu tava grávida ele me tratou bem mal e depois que minha filha nasceu, piorou. Ele me deixava dentro de casa e não me deixava sair, mas estava tranquilo, quando eu saía me fazia humilhação no meio dos outros[...]” (Rita, mãe aos 15 anos).

Quanto ao relacionamento com os amigos, a maioria das adolescentes (61%) relatou que os amigos se afastaram delas, seja pela gravidez em si ou porque elas passaram a ter menos tempo para encontrá-los, pois dedicava a maior parte de seu tempo à família em formação.

“Ah, afasta mais é porque não tem tempo mais nada é só por conta de menino” (Dóris, mãe aos 19 anos).

Observou-se que o distanciamento das relações de amizade causou uma mudança nas redes sociais ativadas pelas adolescentes, entendendo-se por redes, como destaca Lewis (1987), um sistema composto por pessoas, suas atividades e o contexto em que se desenvolvem, que possibilitam apoio instrumental e emocional às pessoas (CRAIG; WINSTON, 1989).

Com a gestação e o nascimento dos filhos, observou-se que as redes de ajuda à adolescente foram ativadas, enquanto as redes de amizade se tornaram mais fracas, devido às necessidades impostas à adolescente pela maternidade; ou seja, o tempo dedicado aos amigos e lazer é substituído e ocupado com o cuidado com o filho, casa, marido e com a própria mãe adolescente; que recorre aos vizinhos e parentes, principalmente para conseguir suprir tais demandas.

6.5.3 Qualidade de Vida

Para entender as implicações da gravidez na qualidade de vida das adolescentes, procurou-se identificar as percepções das adolescentes com respeito ao significado de qualidade de vida. Para isso, indagou-se às adolescentes o que elas entendiam por qualidade de vida; 72% das adolescentes disseram que nunca tinham pensado no que era qualidade de vida; enquanto 28% disseram que já pensaram a respeito do assunto e também o que entendiam por qualidade de vida, conforme os depoimentos abaixo:

“Pra mim a qualidade de vida é o que você tem assim. Se você tem muita coisa ou se você não tem” (Ana, mãe aos 16 anos).

“Olha, pra mim no caso seria, um bom emprego, dá uma educação pros meus filhos boa, pra eles viverem melhor no futuro, por enquanto é só. É a casa né, ter a sua casa, seu cantinho e só” (Neide, mãe aos 16 anos).

“A gente até decidiu morar aqui na roça[...] até eu ou estudar ou arrumar um emprego melhor, pra gente ter uma qualidade de vida melhor” (Rose, mãe aos 17 anos).

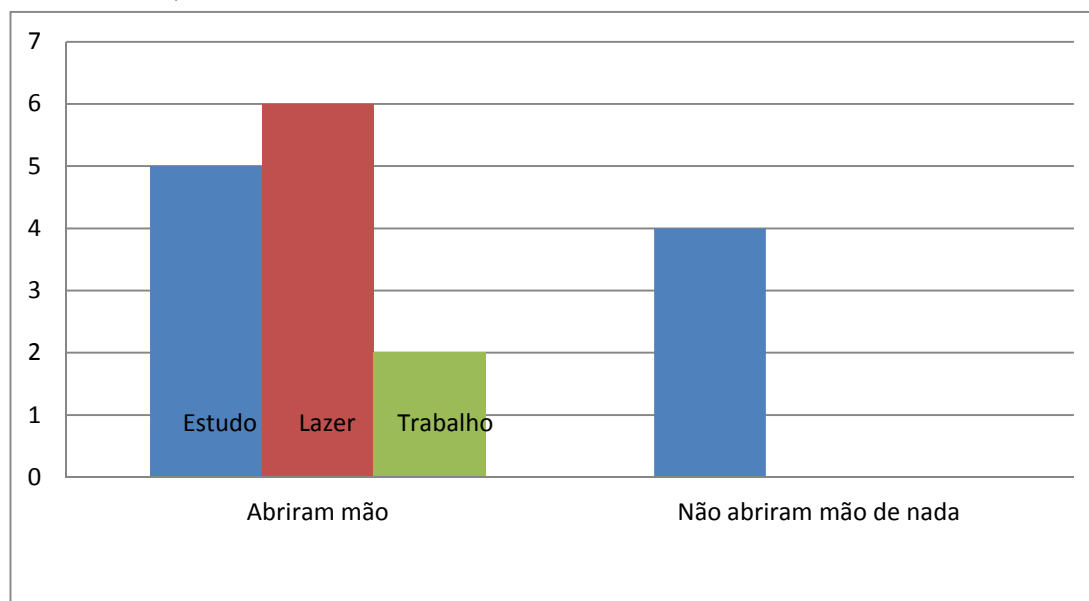
“É assim, poder dar a mais, um conforto melhor” (Laura, mãe aos 19 anos).

Das adolescentes que relataram a respeito da qualidade de vida, a maioria era residente da área urbana, apenas uma delas morava na área rural. Todas as adolescentes relacionaram a qualidade de vida com a questão financeira, sendo que 40% das mesmas se reportaram à educação.

Em se tratando da repercussão que a gravidez teve na vida das adolescentes, observou-se, conforme Figura 4, que 27% das adolescentes não abriram mão de nada por causa da gravidez, sendo que neste caso, todas eram casadas na época ou moravam junto com o pai de seus filhos. Assim, como no estudo de Pisconti (2004), o abandono dos estudos é muito recorrente quando as adolescentes engravidam. Neste estudo, 73% das entrevistadas afirmaram que abriram mão principalmente de estudos e de sair para se divertirem, muitas relacionaram esses aspectos a uma coisa própria da idade e que, por conta de filho e casamento, tiveram que deixar de viver essa etapa plenamente.

Quanto às mudanças que ocorreram na qualidade de vida da adolescente, por conta da gravidez, observou-se que, para 67% das adolescentes houve mudanças na qualidade de vida e, para 33%, continuou a mesma coisa.

Figura 4 – Repercussão da gravidez na vida das mães adolescentes, Rosário da Limeira/MG, 2010



Fonte: Dados da pesquisa.

No caso das mudanças positivas, os aspectos predominantes estavam relacionados com a renda e independência financeira, seguidos pela felicidade e satisfação pessoal delas, que aconteceram pelo fato de se tornarem mães.

“Ai, eu, agora, depois que eu engravidei, por eu trabalhar ter as minhas coisas, então tenho coisas melhores do que o que eu tinha antes, porque eu não dependo do meu pai, minha mãe não precisa me dar mais, então, se eu quero uma roupa um calçado, se meu filho quer e precisa eu é que compro, aí eu acho que melhorou bem” (Rita, mãe aos 15 anos).

“Melhorou muito, antes dependia só do dinheiro do pai, hoje o C (marido), trabalha e está ganhando melhor. Pode falar que dinheiro não é nada, mas ajuda muito” (Júlia, mãe aos 15 anos).

“Em questão de alimento, de comer essas coisas[...] minha independência mesmo, porque eu dependia de tudo dele e é muito ruim depender de homem[...] hoje eu faço o que eu quero” (Ruth, mãe aos 17 anos).

“O que melhorou foi que eu to tocando a minha vida pra cá, com meu filho, meu marido” (Luna, mãe aos 18 anos).

Também para as adolescentes que afirmaram que piorou sua qualidade de vida após a gravidez, o fator dinheiro foi apontado como principal responsável pela mudança, seguido pelos fatores associados à discriminação.

“Muito apertado[...] e não é coisa tão cara, mas pra gente da roça é difícil[...] então eu compro fralda, compro leite, todo dia eu compro leite, acaba sendo muito difícil” (Luca, mãe aos 19 anos).

“[...] eu não estou bem é com meu sentimento e com os outros que ficam fazendo cara[...] tem só uma amiga que vem aqui, tenta me animar, mas aí eu saio na rua e tem os outros[...] na escola, tem vez que nem cumprimentar eles tem coragem, se tiver na rua aí não fala nada mesmo” (Joana, mãe aos 13 anos).

Para 38% das adolescentes, após a gravidez e o nascimento de seus filhos, elas notaram que a família precisava suprir novas necessidades, se reportando a aspectos que demandam recursos financeiros para serem supridos, como alimentação e medicamentos, principalmente.

“[...] mudou muito porque assim, a Flor (filha), a gente passa por qualquer coisa, se tem pão, você já toma café e tá almoçado e jantado, mas ela tem que almoçar, tomar café, jantar, tudo direitinho[...] e tem uns remédio também que tem que ficar comprando[...] a famosa fralda[...]” (Laura, mãe aos 19 anos).

“Tivemos que mudar, com um pouco de aperto, mas a gente comprou berço[...] teve que comprar bebê conforto, o mercado aumentou bem[...]”
(Aline, mãe aos 17 anos).

No que se refere à avaliação subjetiva das adolescentes levou-se em consideração o modelo de Metzen *et al.* (1980), que consideram 14 componentes ou domínios da vida, a saber: alimentação, educação, saúde, família, amizade, serviços comunitários, segurança financeira e pessoal, habitação, transporte, emprego, renda, lazer e estar bem consigo mesma; associando-os à importância e satisfação. Esses componentes foram dimensionados conforme escala Likert, pelo nível de satisfação e importância, apresentados no Quadro 3.

Quanto à satisfação, observou-se que a maioria das adolescentes mostrou estar muito satisfeita principalmente com Família e Saúde, seguidos pelos domínios Alimentação e Habitação; os domínios Renda e Serviços Comunitários foram aqueles aos quais as adolescentes atribuíram menor satisfação.

O domínio Família foi para as adolescentes aquele com o qual apresentaram maior satisfação, principalmente por hoje estarem morando com o filho e o pai da criança, o que traz o sentimento de “família unida”. A satisfação com a Saúde reflete principalmente a tranquilidade das mães adolescentes com o bom estado de saúde de seus filhos.

Para o domínio bem-estar consigo mesmas, apontado como um dos de menor satisfação, tem-se as seguintes justificativas: as adolescentes afirmaram que, por não saírem para festas e não se sentirem motivadas a se arrumarem, não se sentiam tão bonitas e bem consigo mesmas como acontecia antes de se tornarem mães.

Quanto à importância, constatou-se que para todas as adolescentes, Família, bem como Saúde, Educação e Emprego foram os relacionados como os domínios de maior importância, em contrapartida, Serviços Comunitários e Transporte foram relacionados com o menor nível de importância para as adolescentes.

O domínio Transporte e Serviços Comunitários foram relacionados como o de menor importância sobre a qualidade de vida das adolescentes, pois, para transporte de urgência e emergência, recorrem aos serviços da Secretaria Municipal de Saúde, enquanto que, para lazer, a maioria utiliza veículo próprio (carro/moto) ou transporte coletivo.

Os domínios Renda e Emprego, ao mesmo tempo em que foram relacionados como os de maior importância, foram também apontados como os domínios de maior insatisfação entre as mães adolescentes; uma vez que tais domínios da vida seriam os responsáveis pela melhoria da qualidade de vida delas, uma vez que julgam baixos os rendimentos do marido ou da família para satisfazer todas as suas necessidades. As adolescentes esperam que o emprego e a renda deem a elas independência financeira e possibilitem uma melhor manutenção da casa e das necessidades básicas da família.

Quadro 3 – Nível de Satisfação e de Importância, quanto aos domínios da vida para as mães adolescentes, Rosário da Limeira/MG, 2010

Domínios da Vida	Nível de Satisfação				Nível de Importância			
	4	3	2	1	4	3	2	1
	%	%	%	%	%	%	%	%
Alimentação	59	35	6		59	35	6	
Educação	41	24	35		100			
Saúde	64	6	18	12	100			
Família	76	6	12	6	100			
Amizade	47	12	24	17	59	35	6	
Serviços Comunitários	29	47	18	6	47	41	12	
Segurança Financeira	36	29	29	6	94		6	
Segurança Pessoal	47	23	30		82	12	6	
Habitação	59	6	29	6	94	6		
Transporte	30	35	35		64	24	6	6
Emprego	41	12	12	35	100			
Renda	24	35	12	29	82	18		
Lazer	47	6	29	18	82	12	6	
Bem-estar consigo mesma	35	29	18	18	82	12		6
Média Total	45	22	22	11	82	14	3,4	0,8

Fonte: Dados da pesquisa.

Legenda: **Nível de Satisfação:** 1 (Insatisfeito); 2 (Pouco satisfeito); 3 (Satisfeito) e 4 (Muito satisfeito).

Nível de Importância: 1 (Sem importância); 2 (Pouco importante); 3 (Importante) e 4 (Muito importante).

6.6 Percepção das famílias da adolescente acerca da gravidez

Pôde-se constatar que, para 36% das mães das adolescentes, a gravidez foi motivo de felicidade. As demais mães mostraram diferentes reações quanto à gravidez

da filha, de forma que 18% afirmaram que ficaram muito nervosas com a situação inesperada, o que resultou em brigas com a adolescente; 18% disseram ter ficado preocupadas com a nova situação que suas filhas iriam enfrentar; 9% ficaram decepcionadas; 9% tristes e 9% se sentiram em estado de choque.

Para as mães das adolescentes da área rural, apenas uma demonstrou preocupação quanto à gravidez de sua filha; pois na época ela estava desempregada e não poderia ajudar com as despesas da criança, quando engravidou sua filha tinha 15 anos e morava com o companheiro, que era o provedor da casa.

“A hora que ela falou comigo eu pensava: E agora, como é que vai ser?”
(Dora, mãe da adolescente).

Para as outras mães das adolescentes residentes da área rural, a gravidez foi motivo de felicidade, sendo já casadas quando se tornaram mães:

“A gente ficou mais feliz né” (Norma, mãe da adolescente).

“Eu senti muito feliz” (Ivete, mãe da adolescente).

As mães daquelas adolescentes, que residiam na região urbana do município, em sua maioria (72%) manifestou insatisfação com a gestação, principalmente pela preocupação com as oportunidades que as filhas deixariam de ter por conta das novas responsabilidades próprias da maternidade.

“Ah, boba eu fiquei assim chocada né[...] eu batalhei, eu briguei, eu falei, antes de engravidar, aí depois que ela engravidou eu lavei as mãos” (Ilda, mãe da adolescente).

“Nossa fiquei nervosa demais, nervosa mesmo[...] e eu dei um disparo de choro e eu queria bater nela, eu estava nervosa[...]” (Inês, mãe da adolescente).

“Eu briguei mesmo, isso ao eu falo, que eu briguei com ela mesmo” (Meire, mãe da adolescente).

“[...] pra falar a verdade eu fiquei muito triste na época que aconteceu, porque é muito nova, ela tinha o quê? Uns 12 anos[...] naquela hora pra mim foi um desespero né[...]” (Dina, mãe da adolescente).

Ainda, para as mães das adolescentes da área urbana, apenas 28% delas ressaltaram aspectos positivos da gravidez. Estas mães, assim como aquelas que manifestaram insatisfação com a gestação, também se reportaram às novas responsabilidades da adolescente como um aspecto positivo da gravidez e acrescentaram, ainda, a questão de que as adolescentes não são mais para elas motivo de preocupação, pois a maternidade e o casamento das adolescentes trouxeram tranquilidade para elas.

“Pra mim foi até melhor, porque ela me dava muito trabalho[...] mas aí pra mim foi melhor, porque graças a Deus ela arrumou um ótimo marido, muito bom pra ela. Porque você sabe a juventude como é né!” (Mirtes, mãe da adolescente).

“Eles já namoravam tinha um tempão, ia casar mesmo, então foi bom, já veio morar tudo junto, ela e ele cuida bem do menino, eu não preocupo mais com eles” (Ema, mãe da adolescente).

No que se refere à reação do pai das crianças, 82% disseram que eles ficaram felizes com a descoberta da gravidez, 9% disseram que o pai da criança queria o aborto e outros 9% não souberam dizer qual foi a reação.

“Ele (o pai da criança) ficou muito alegre, não almoçou e voltou pra rua falando que ia ter um rapaz na casa dele, que ele ia ter um filho[...] ficou tão alegre no dia que não almoçou nem jantou. Ficou satisfeito” (Ema, mãe da adolescente).

“[...] e quando ela engravidou, ele (o pai da criança) queria que ela tomasse remédio pra poder abortar a menina, aí, ela não tomou” (Dina, mãe da adolescente).

As mães das adolescentes afirmaram, ainda, que o fato das filhas serem menores de idade gerou medo no pai das crianças. Este fato foi observado por 27% das mães das adolescentes.

“[...] igual eu estou te falando, ele (o pai da criança) falava que a criança não podia nascer, que ela era de menor, que ela tinha que tomar remédio pra atrapalhar[...] ele pegava ela nos braços e sacudia ela e falava: minha vida virou um inferno, você vai me colocar na cadeia” (Dina, mãe de uma adolescente).

“Mas eles (família do pai da criança) ficaram com medo[...] que ela era de menor, contando que depois que ela ficou de maior, eles não quiseram nem saber mais[...] porque ela é de menor eu quis colocar na justiça[...] aí eles

pegaram ela daqui e levaram pra dentro de casa e depois não quiseram nem saber, quer dizer, ela é maior, o problema é dela” (Inês, mãe de uma adolescente).

A maioria das mães das adolescentes (91%) não impôs que a adolescente tivesse um comportamento diferente de antes de engravidar ou proibiu que algum tipo de atividade, apesar de recomendar o casamento, como forma de regularizar a situação; enquanto uma pequena parcela (9%) admitiu impor à filha um novo comportamento devido à maternidade, principalmente no que concerne às atitudes da adolescente com seu filho, como descrito no depoimento abaixo:

“Ah, exigi. Que ela era assim, muito nervosa, eu falei com ela: tem que mudar, porque o que você sente passa pra sua criança. Então você tem que mudar seu jeito de comportar, em casa, com os outros, que ela é daquela pessoa que tem de falar é no ato. Mas eu falei com ela pra mudar o comportamento, porque ela era muito nervosa, não tinha muita paciência com menino” (Norma, mãe de uma adolescente).

Quanto às mudanças que a gravidez da adolescente trouxe para a família, observou-se que a rotina de todas as famílias mudou com o nascimento da criança, pois as avós maternas ajudaram as adolescentes com os primeiros cuidados com o recém-nascido. Mesmo que, por um curto período, 91% das avós que participaram deste estudo ajudaram as filhas com os primeiros banhos, trocas de fraldas e adaptação com a amamentação.

“[...] Que ela ficou aqui comigo né, no período final da gestação e durante, ela ficou comigo durante uns 20 dias depois que teve o neném[...]” (Norma, mãe de uma adolescente).

“Aí ela ficou comigo até um mês, depois ela foi embora pra casa” (Mirtes, mãe de uma adolescente).

“Não só eu que cuidei” (Ema, mãe de uma adolescente).

“Que ajudou ela mais foi a sogra dela e da família fui eu” (Alda, mãe de uma adolescente).

“Não ajudei muito, que ela tava lá morando com eles, depois que veio pra cá que eu ajudei mais” (Inês, mãe de uma adolescente).

Para a maioria das mães das adolescentes, a gravidez da filha e o nascimento da criança não geraram mudanças na administração de recursos, como tempo e dinheiro,

pela família. Apenas 9% das mães das adolescentes admitiram que houve mudanças na administração do tempo após o nascimento da criança, deixando de trabalhar fora e dedicando quase que integralmente seu tempo ao cuidado do novo membro da família.

“Trabalhava e parei pra cuidar dele[...] que ela tá saindo pra ganhar um dinheiro, pra ajudar a comprar fralda pra ele, que é necessário” (Ema, mãe de uma adolescente).

“Mudou nada, na verdade eu nunca fui mesmo de sair, meu negócio é trabalhar” (Dina, mãe de uma adolescente).

Em relação à situação financeira da família, 63% disseram que nada mudou com a gravidez ou nascimento da criança; enquanto 37% admitiram que os gastos da família aumentaram durante a gestação da adolescente, pois, neste período, dedicaram parte da renda para a compra do enxoval da criança. Além disso, após o nascimento da criança, principalmente os gastos com alimentação e higiene pessoal, aumentaram. Essas famílias todas eram moradoras da área urbana da cidade, tendo dedicado parte de seus rendimentos à adolescente e ao neto, tanto durante a gestação quanto após o nascimento da criança.

“Nada mudou[...] eu posso comprar pra ela, não falta nada, graças a Deus, não falta nada pra ela” (Dina, mãe de uma adolescente).

“Sempre a gente deixa né, mas eu a vida toda nunca incomodei comigo não sabe. Assim, eu preocupava sim se tivesse de comprar alguma coisa eu comprava para os meus netos, para os meus filhos, pra mim eu nunca preocupe com nada não” (Ilda, mãe de uma adolescente).

“Deixei de gastar né, tem umas coisas que precisa[...] Tira e compra pra ele[...] Necessário para os adultos, que os adultos podem esperar né[...] mas de onde nós mudamos era alugado também, passei pra essa casa aqui que é meio maiorzinha, o aluguel é mais caro” (Ema, mãe de uma adolescente).

“[...] piorou até assim, a situação financeira né, porque quer dizer, mais uma boca e tinha que comprar as coisas pra criança, aí apertou bastante[...] a luz subiu muito[...] tem vez que eu tenho que me virar, quando eu não tenho, eu corro na mãe[...]” (Inês, mãe de uma adolescente).

Nos depoimentos acima se percebe que as mães das adolescentes praticavam uma economia forçada, se privando da satisfação de suas necessidades básicas, para promover o bem estar de suas filhas e netos.

No que se refere às mudanças na casa da família de origem da adolescente, em decorrência da gravidez, observou-se que em 55% dos domicílios não houve nenhuma modificação estrutural ou rearranjos nos cômodos; em 27% das famílias, as mães das adolescentes cederam seus quartos por estes serem maiores e que, portanto, acomodariam melhor a adolescente e seu filho; 9% das famílias precisaram mudar de casa, pois o pai da criança também foi morar com a família e mais 9% fizeram uma reforma na casa, construindo 2 cômodos para a adolescente, seu filho e marido terem maior privacidade.

“[...] a única coisa que mudou foi que o quarto que eu dormia eu passei pra ela. Botei o berço no quarto pra menina, comprei guarda-roupa pra ela” (Dina, mãe de uma adolescente).

“[...] o quarto que era dela ficou sendo o quarto deles[...] Aí tem quarto, cozinha e o banheiro, o quarto continuou o mesmo, só tirou a porta de lugar[...] só reformou porque já era uma nova família né, aí tampou a porta que fazia parte da nossa casa e passou um quarto pra eles. Quem não quer ficar sossegado né? Pelo menos que tá dentro de quatro paredes né!” (Tânia, mãe de uma adolescente).

Para as mães das adolescentes, que moravam em casas separadas das de sua família de origem, todas receberam ajuda com os cuidados da casa: para 61% esse cuidado veio principalmente delas mesmas; para 13% foram a mãe da adolescente e o marido que auxiliaram nos serviços domésticos; 13% consideraram que a adolescente teve ajuda apenas da família do marido, na figura da sogra da adolescente; 13% afirmaram que a adolescente teve ajuda de vizinhos, de amigos, de sua sogra e de uma tia, com tais serviços.

“Ah, eu deixava assim o meu e ia lá fazer o dela e depois[...] o meu” (Ivete, mãe de uma adolescente).

“Mas aí o marido ajudava[...] aí eu fui lá na casa dela, cheguei lá menina, a casa tava limpinha, toda enceradinha, limpinha, achei até que era a mãe dele, e não era nada, era ele mesmo[...]” (Mirtes, mãe de uma adolescente).

“A sogra dela e uma que tá no lugar de tia[...] até hoje ela é o xodó da sogra dela” (Alda, mãe de uma adolescente).

Das adolescentes que moravam com suas famílias de origem, percebeu-se que, em todos os casos, o cuidado com a casa ficou a cargo da mãe da adolescente.

Quanto à ajuda com a preparação do enxoval do bebê, para 46% das mães das adolescentes, a sogra foi a pessoa que mais contribuiu; 27% disseram que foram elas mesmas as responsáveis pelo enxoval dos netos; e, para outros 27%, as próprias adolescentes que adquiriram o enxoval de seus filhos, usando de recursos próprios. Algumas mães (36%) citaram que receberam grande ajuda da comunidade, vizinhos e Pastoral da Criança na preparação do enxoval e informações sobre gravidez.

“Só a avó dele (bebê) que, a mãe do rapaz, que deu as coisas” (Ema, mãe de uma adolescente).

“Tudo, tudo[...] ninguém ajudou não foi só eu mesma” (Mirtes, mãe de uma adolescente).

“[...] eu comprei, tive que comprar umas roupas pra ela que ele não deu nada entendeu[...]” (Dina, mãe de uma adolescente).

“Teve ajuda não, foi só ela e o marido mesmo” (Ilda, mãe de uma adolescente).

“[...] tinha gente lá de Muriaé que ajudou, eu que arrumei pra ela lá, com as meninas de Muriaé[...] duas colegas que ajudaram, aí elas deram roupa, aí eu trouxe pra ela, que ela estava desempregada, que ficava difícil pra comprar, porque ela estava desempregada” (Dora, mãe de uma adolescente).

Apenas 18% das entrevistadas admitiram que suas filhas receberam algum tipo de apoio emocional durante e após a gravidez, estando associado principalmente com os movimentos da igreja, além de vizinhos da adolescente. Todas estas adolescentes, cujas mães disseram ter recebido apoio emocional, eram residentes da área rural, enquanto suas mães moravam na área urbana de Rosário da Limeira e não tinham contato diário com as filhas.

“[...] amiga, a sogra, uma tia[...] mais cuidado com ela, de atenção” (Alda, mãe de uma adolescente).

“Graças a Deus eu tive muita ajuda mesmo[...] mas a igreja me ajudou não em questão de Pastoral da Criança não, os outros movimentos todos[...] me ajudaram[...] com o trabalho deles[...] com o acompanhamento da gravidez” (Norma, mãe de uma adolescente).

6.7 Percepção dos pais das crianças frente à gravidez da adolescente

Para a maioria dos pais dos bebês (86%), a descoberta da gravidez das adolescentes trouxe felicidade, mesmo que tivesse sido uma surpresa; enquanto que, para uma pequena parcela (7%) dos pais, a notícia da gravidez trouxe um sentimento de pânico; os demais (7%) afirmaram terem ficado chateados.

Entre os residentes na área urbana, para 64% destes pais a gravidez foi motivo de felicidade, para os demais, os sentimentos experimentados foram de: surpresa (18%), preocupação (9%) e pânico (9%), como relatado nos depoimentos abaixo:

“Ah, eu fiquei feliz, porque eu falava com minha mãe que eu queria ser pai[...]” (Renan).

“Fiquei muito feliz né, que era o que a gente queria” (Paco).

“[...] eu achei bom demais, só que deixa agente meio acostumado que não tem costume, sabe que todo o hábito da gente vai mudar[...]” (Alan).

“Apavorado, eu estava estudando[...] aí, eu falei vou rapar fora, aí depois eu voltei de boa, pensei[...]” (Ruan).

“Fiquei surpreso e meio chateado” (Marco).

Para todos os pais residentes na área rural de Rosário da Limeira a gravidez de suas esposas foi motivo de felicidade.

Quanto à reação das famílias dos pais das crianças, 74% disseram que suas famílias de origem gostaram e apoiaram a gravidez da adolescente; outros 12% disseram que os pais ficaram bravos, mas que, mesmo assim, deram apoio a eles; 7% disseram que a família não gostou e 7% não se lembraram da reação dos pais.

“Minha mãe me amava demais, quando eu falei ela ficou meio balançada, o medo dela era que eu não estivesse preparado, mas eu falei que estava preparado, ela me abraçou e me apoiou. Não gostava muito da nora não[...]” (Caio).

Quanto ao relacionamento que mantinham com as adolescentes, na época da gravidez, 66% afirmaram estar casados com a adolescente na época da gravidez e 44% afirmaram que estavam namorando.

Após a gravidez, todos os solteiros foram morar com as adolescentes ou se casaram. Atualmente, 18% deles não vivem com a adolescente na mesma casa e nem mantêm nenhum tipo de relacionamento afetivo com ela. As separações ocorreram,

segundo os relatos, porque não havia mais ligação afetiva entre o casal. Constatou-se que uma minoria (9%) mantém um relacionamento amoroso com a adolescente, mas não mora junto.

Quando questionados a respeito das mudanças que a gravidez trouxe no relacionamento, com as esposas ou namoradas, apenas 18% afirmaram que não houve mudanças no relacionamento, justificando que o tempo que tinham antes para se dedicar à esposa, trabalho e lazer continua o mesmo após o nascimento de seus filhos.

Por outro lado, para 82%, ocorreram mudanças nestes relacionamentos, se reportando aos seguintes aspectos: para metade destes, o relacionamento com a adolescente melhorou, pois, após o nascimento da criança, eles passam mais tempo juntos com a esposa ou namorada; para outros (44%), o relacionamento entre eles e a adolescente piorou, principalmente pelas exigências e responsabilidades da vida de casado; para o restante (6%), hoje estão mais nervosos do que antes da chegada do bebê.

“Uai, eu acho que mudou assim, um pouco pra melhor porque, antigamente quando nós não tinha filho, assim, tipo assim, nós namorava esse negócio assim, tipo assim, há, eu não esquentava cabeça se hoje ela fosse embora, pra mim, eu não estava nem ai, entendeu, por que tipo assim, era namorado, agora depois que eu tive filho com ela, tipo assim, eu me apeguei mais a ela e tipo assim, tem um amor com a menina então” (Ruan).

“Pra melhor. Pra mais carinho, que já são três pessoas na família é o fruto meu e dela[...]” (Marcos).

“Nossa, a vida a dois muda tudo, né. Se você está namorando, passa a raiva, você vai pra casa. Agora, brigou dentro de casa tem que aturar uma ao outro” (Darlan).

“Ah, mais nervoso” (Tarço).

Com relação ao trabalho, observou-se que, por causa da gravidez, 27% do total de pais começaram a trabalhar, pois apenas estudavam quando as namoradas engravidaram; 47% permaneceram no mesmo emprego e com mesma renda; enquanto 20% dos pais mudaram de trabalho, em busca de uma renda melhor para a família; e 6% investiram em negócio próprio.

“Tive que arrumar um emprego[...]” (Marcos).

“A gente teve que mexer com negócio de *lan house*. Teve que começar a mexer, investir na *lan house* pra trabalhar, porque estavam bem difíceis as coisas antes” (Breno).

Para a Organização Pan-Americana de Saúde (1995), a paternidade precoce se associa com maior frequência ao abandono dos estudos, à sujeição a trabalhos aquém da sua qualificação, à prole mais numerosa e à maior incidência de divórcios. Os dados deste estudo seguem essa mesma tendência, visto que os pais que estudavam, apenas na época da gravidez da adolescente, abandonaram os estudos em função do ingresso no mercado de trabalho, sendo que a metade deles possui mais de um filho.

“Do primeiro eu tive que começar a trabalhar[...] do segundo aí eu tive que arrumar um emprego melhor, porque família é caro e onde eu trabalhava eu ganhava um salário mínimo só, aí tive que mudar de emprego pra ficar numa situação melhor, pra melhorar pra gente né, porque a gente morava na casa de um tio dela, numa casa pequena[...]” (Darlan).

Em relação ao trabalho, observou-se ainda que 94% estavam trabalhando na data da entrevista e 6% haviam perdido o emprego.

Darlan, pai de dois filhos de uma adolescente, quando questionado quanto às mudanças que ocorreram na família com a segunda gravidez da adolescente, relatou que não houve grandes mudanças. Para ele, com o primeiro filho, eles sentiram mais as mudanças que ocorreram em suas vidas, pois foram morar juntos e viver a vida de casados. Ele disse:

“Agora brigou dentro de casa tem que aturar um ao outro[...] Dorme junto, ainda virado e menino chora, aí nela não levanta de pirraça, faz a gente levantar e é complicado[...] Convivência a dois é difícil mesmo, às vezes tem que andar pra lá senão briga mesmo, não tem jeito” (Darlan).

Ele percebeu que a gravidez trouxe maiores mudanças para a vida da adolescente do que pra ele, porque ela não viveu uma etapa de sua vida como as demais adolescentes, dizendo que:

“[...] por ela ser nova né, perdeu a vida de adolescente todinha[...]” (Darlan).

6.8 Relação da Gravidez na Adolescência com Situações de Violência

Na tentativa de obter informações relativas ao caso de violência contra as adolescentes, perguntou-se às mesmas, assim como aos pais das crianças e às mães das adolescentes, se eles haviam percebido alguma forma de violência contra as adolescentes por motivo da gravidez, tanto durante a gestação, como no período anterior a ela.

No estudo em questão, foi relatado apenas um caso de violência sexual. Joana teve filho aos 13 anos, mora na casa da mãe, onde residem também dois irmãos, sendo que os pais são divorciados e sua gravidez foi fruto de relação sexual não consentida. Os relatos a seguir apresentados demonstram as situações de violência que ela passou a sofrer repetidamente, como uma pressão muito forte para abortar, além de agressões físicas constantes, por parte do pai do bebê.

“[...]durante a gravidez, nos quatro meses que eu fui morar com ele, ele dava um problema, [...]todo dia de noite, de madrugada ele acordava e me batia. Batia na cara, na barriga onde pegava e fingia que tava dormindo. Levei ele ao médico, ele passou um remédio, ele comprou o remédio e jogou o remédio fora porque fazia ele dormir demais. Depois que eu separei dele ele não deu mais esse problema”

“E vivia pedindo pra eu fazer aborto, dos quatro meses pra cá, pedindo pra fazer aborto”

“Ele me levava pra casa da irmã dele, a irmã dele tipo assim, fazia eu ir lá na roça, distâncias longe de casa com ela, fazia coisas absurdas, só pra ver se eu perdia o neném. Dentro de casa, fazia eu arrumar casa, não era pano no chão não, era passar com a mão”

Na percepção das adolescentes, no que se refere à violência psicológica, 39% disseram ter sofrido quando constataram a gravidez, mesmo que acontecesse imediatamente após a descoberta da gravidez, por parte da família, do pai da criança ou dos amigos. Destas, a maior parte (86%) era residente da área urbana de Rosário da Limeira.

Esse tipo de violência está fortemente associado à repreensão do comportamento das adolescentes, como relatado nos depoimentos abaixo:

“Ah, verbal um monte né[...] não tem como uma cidade pequena, aí quando a pessoa fica sabendo disso, mete a língua[...] falou que eu criei barriguinha não saia na rua mais, aí falou pra minha cunhada tomar cuidado,

que senão ela ia ficar de barriguinha, sabe. Várias coisas assim” (Aline, mãe aos 17 anos).

“Teve colega minha assim, que já chegou pra mim e falou assim, que a mãe dela não queria que ela andasse comigo porque eu era uma má companhia né!” (Ester, mãe aos 18 anos).

Uma das adolescentes afirmou que sofreu esse tipo de violência da própria mãe e da mãe do namorado.

“Minha mãe brigou muito quando eu falei pra ela que tava grávida, tanto é que ela falou que preferia que o neném nascesse morto do que nascesse vivo. Praga da hora do nervoso, nem é de pegar não”.

“[...] eu tive muito preconceito da minha sogra[...] e ela achou, ela ficava falando que o filho não era dele” (Ester, mãe aos 18 anos).

Outra adolescente disse ter sofrido violência por parte da família, que, apesar de apoiar, sempre lembrava a adolescente que ela era a responsável pelas mudanças em sua vida e também, por parte de seu namorado, que queria que a adolescente praticasse o aborto.

“Ele mesmo, me falou isso[...] eu falei que nunca ia fazer isso. Contei pro meu tio, ele contou pra minha mãe, aí eu fui e falei com a minha mãe, aí não teve como ele (pai da criança) fazer nada não, aí ele acostumou com a ideia” (Carla, mãe aos 15 anos).

Tal fato foi confirmado pelo pai da criança, hoje marido da adolescente, que quando questionado com respeito à violência praticada contra a adolescente grávida, assumiu para si a responsabilidade de sua ocorrência.

“É, isso aí eu faço. Que ela engravidou pra mim não ir embora pra outra cidade longe, isso aí teve sim. Isso aí teve muito, eu, nesse ponto eu até não dei muito apoio pra ela na gravidez não[...] queria que ela abortasse, tirasse o neném” (Ruan, pai aos 19 anos).

Na percepção dos pais dos filhos das adolescentes, quanto às situações de violência que as adolescentes pudessem ter sido submetidas, 80% afirmaram que as adolescentes não sofreram nenhum tipo de violência, seja psicológica ou física; enquanto que, para os demais (20%), as adolescentes sofreram violência psicológica

pelas suas famílias, pelos amigos ou por eles mesmos, sempre na forma de violência psicológica.

“Só de boca mesmo, foi quase só na agressão mesmo, na minha parte né, eles combinam na minha parte, e eu na parte dela, na minha família com ela e a família dela com ela. Foi só verbal mesmo. E eles brigaram mais assim por que era muito nova[...]” (Ruan).

“Fofocas, sempre chegava primeiro nela, pra depois chegar em mim” (Caio).

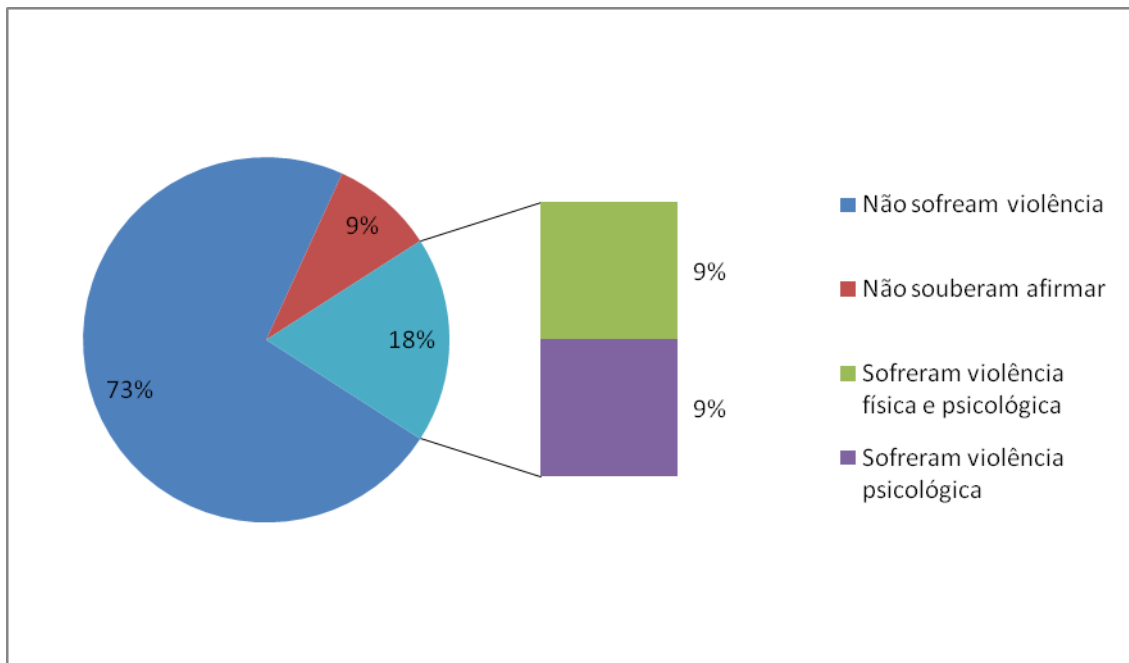
“Ah, eles afastam né, às vezes até porque arrumar um relacionamento mais sério[...]” (Darlan).

O marido de uma das adolescentes que, na época da gravidez, era namorado da mesma, afirmou ele mesmo ter sido vítima de violência psicológica, tanto pela gravidez da adolescente, quanto pelo comportamento agressivo que teve com ela enquanto estava grávida.

“A família dela chegava e me cercava na rua, queria me bater, discutir comigo, falou um monte de coisa comigo[...]” (Ruan).

Na percepção das famílias das adolescentes, quanto às situações de violência explícita, pôde-se constatar, conforme Figura 5, que, na visão de 73% das mesmas, as adolescentes não sofreram nenhum tipo de violência; para 18%, as adolescentes foram vítimas sim de algum tipo de violência; e 9% da amostra não soube dizer se a gravidez pôde ter gerado ou ser resultado de algum ato de violência.

Figura 5 – Percepção das Famílias quanto à ocorrência de violência contra as mães adolescentes, Rosário da Limeira/MG, 2010



Fonte: Dados da pesquisa.

Para metade das mães adolescentes, o tratamento que as pessoas tinham com elas mudou, hoje elas sentem que as pessoas ou as acham mais responsáveis, pois agora são mães, ou cobram delas mais responsabilidade pelo mesmo fato. As adolescentes que se sentem mais cobradas disseram que esse julgamento das pessoas as incomodava, pois, ainda são adolescentes, mesmo que já sejam mães. Observou-se que a maioria das adolescentes que notou alguma mudança na forma como as pessoas a tratam, após serem mães, era residente da área urbana, enquanto que apenas uma delas morava na área rural do município de Rosário da Limeira.

“Sim, lógico, muda muito[...]não sei te falar como, mas as pessoas começam a te tratar diferente” (Júlia, mãe aos 15 anos).

“Ah eu creio que sim, antes tinha umas brincadeiras sem graça sabe, hoje em dia já vê que eu amadureci um pouco mais” (Ester, mãe aos 18 anos).

“É eu acho que te olha com mais responsabilidade, mais compromisso[...]” (Laura, mãe aos 19 anos).

Para uma das mães adolescentes que morava na área urbana, além de perceber mudanças no tratamento das pessoas, para ela, o fato de ser mãe fez com que deixasse de ser adolescente para ingressar na vida adulta. Tal fato foi descrito por Dadoorian (2000), quando coloca a maternidade adolescente como um rito de passagem, que traz uma mudança substancial no *status* de menina para mulher.

“É diferente porque antigamente assim, você era uma adolescente e você não tinha responsabilidades, hoje você tem responsabilidades, então hoje eles acham que você tem que ter, se você pedir ajuda de novo, eles acham que tem que ter responsabilidade ali (com o filho). Mais é uma responsabilidade que eu tive que criar de uma hora pra outra” (Carla, mãe aos 15 anos).

Quanto às mudanças de comportamento impostas às adolescentes, pôde-se observar que 12% das adolescentes se sentiram pressionadas a mudar seu comportamento por conta da gravidez, sendo que essa pressão veio por parte do pai de seus filhos. Para metade destas, tal imposição veio sobre a forma de se vestir e comportar, incluindo o abandono dos amigos; enquanto que para a outra metade, as principais mudanças impostas foram na restrição do lazer e das amizades.

As adolescentes que afirmaram ter sofrido tal imposição eram todas residentes da área urbana do município de Rosário da Limeira. Como discutido por Dadoorian (2000), a divisão cultural dos papéis feminino e masculino, reforça a dominação masculina imposta de forma arbitrária. Assim, a violência simbólica ocorre, geralmente, de forma dissimulada, velada sob a alegação da função social feminina com a maternidade e criação dos filhos.

“Ah, não podia sair, não podia[...] eu usava brinco ele me fez tirar o brinco, cabelo eu não podia pentear, não podia passar maquiagem, não podia pintar unha, não podia usar roupa curta, só calça[...]” (Joana, mãe aos 13 anos).

“[...] ele acha assim, que eu tenho que ficar só dentro de casa cuidando de filho[...]” (Ruth, mãe aos 17 anos).

Quanto à imposição do casamento, percebeu-se que 38% das adolescentes foram pressionadas por suas mães a se casarem. Destas, a menor parte era de residentes da área rural e, a maior parcela de adolescentes, residentes da área urbana.

“Olha da parte da minha mãe, no qual eu tinha que dar um jeito de ficar com o pai da criança[...]” (Neide, mãe aos 16 anos).

“Minha mãe queria que ele casasse comigo, aí falou que ele ia morar comigo uns tempos até ganhar, depois nós casava[...]” (Joana, mãe aos 13 anos).

Com relação ao significado que a gravidez tinha para as adolescentes, ficou claro que, para 83% destas, a gravidez tinha um significado especial, atribuído principalmente à capacidade da mulher de gerar vida.

“Lógico eu não sei como falar é uma coisa tão boa, você fica pensando como uma coisa tão boa está dentro de você, você fica pensando como pode criar uma criança” (Júlia, mãe aos 15 anos).

“Você saber que você pode dar a vida a uma criança, né[...]” (Ana, mãe aos 16 anos).

No que diz respeito às principais mudanças que ocorreram na vida das adolescentes ao se tornarem mães, obteve-se que, para 73% das entrevistadas, essas mudanças estavam associadas ao fato de terem que largar os estudos e não poderem sair como antes.

“É porque quando a gente está solteira a gente pode sair pra tudo que é lado, ir pra festa sabe. Depois que tem filho já não tem essa liberdade mais né, tem mais compromisso” (Aline, mãe aos 17 anos).

“Estudo, aproveitar festa, essas coisas[...] de uma boa vida que eu tinha e ter que enfrentar assim, você tem que trabalhar dentro de casa, olhar menino, sem você saber” (Carla, mãe aos 15 anos).

“[...] eu não voltei pro meu emprego depois do auxílio maternidade, porque eu preferi ficar em casa cuidando dele. Deixei de sair à noite, porque ele mama, então não tem como sair mais” (Rose, mãe aos 17 anos).

“Ah, quase tudo né, porque a gente não pode mais fazer as mesmas coisas que a gente fazia antes” (Dóris, mãe aos 19 anos).

Os relatos demonstram que as mudanças com a gravidez precoce surgem em função de disposições já interiorizadas sobre as funções e papéis já reservados à mulher, independente de sua faixa etária. Essas normas sociais impõem determinado comportamento e ações, que muitas vezes anulam a própria pessoa, representando uma forma de violência simbólica, que se torna naturalizada no campo das relações, principalmente pelos estereótipos de gênero, situações de poder e dominação.

7 CONCLUSÕES

O fenômeno da gravidez na adolescência no município de Rosário da Limeira não se diferencia da realidade nacional, tanto em termos da faixa etária e do nível de escolaridade das adolescentes, quanto das condições socioeconômicas das famílias. Há uma desvinculação crescente – e cada vez mais cedo – do sexo das relações conjugais e, ao mesmo tempo, uma supervalorização do casamento enquanto um valor cultural para a constituição de novas unidades familiares. Além disso, as adolescentes vivenciam situações conflituosas e, principalmente, a violência simbólica.

Na percepção dos Agentes Comunitários de Saúde, a violência contra as mães adolescentes é principalmente de cunho psicológico, seja na imposição dos pais ao casamento ou do julgamento da comunidade quanto à situação de gravidez. O casamento desempenha outras funções além da reprodução, pois tem um caráter cultural, fundamentado nos dispositivos dos campos de vivência. Surge como uma opção naturalizada de vida, dentro dos projetos de vida das adolescentes, principalmente daquelas que engravidam quando solteiras. Elas sofrem uma pressão psicológica e uma discriminação por parte de amigos e vizinhos; ou seja, existe um forte cunho de repreensão da conduta sexual precoce das adolescentes.

O nível baixo de escolaridade das adolescentes, associado ao menor poder aquisitivo das famílias, foi reforçado porque algumas adolescentes abandonaram os estudos para poderem cuidar de seus filhos, de forma que o abandono escolar pode contribuir para a perpetuação do ciclo da pobreza em função da exigência do mercado laboral por melhor qualificação profissional. Das adolescentes que pararam de estudar para se dedicarem ao cuidado com os filhos, todas manifestaram o desejo de retomar os estudos quando os filhos estiverem maiores, demonstrando que a gravidez precoce limita o acesso às necessidades básicas e às expectativas de um futuro mais promissor. Em contrapartida, em função das dificuldades financeiras, existe o desejo imediato de obter trabalho e renda, e assim surge o seguinte questionamento: diante das novas demandas financeiras das adolescentes, será possível que elas se dediquem a trabalho e estudo no futuro?

A exigência do homem como provedor faz com que o adolescente pai tenha um menor nível de escolaridade, o que resulta em uma menor qualificação, com

repercussões sobre a vida profissional, acesso à renda, e, portanto, a uma melhor qualidade de vida.

O casamento, para metade das adolescentes, surge como uma opção de vida, pela limitação de oportunidades sociais. Além disso, aparece como uma imposição às adolescentes, isto é, como uma tentativa frustrada de regularizar ou mesmo de amenizar a situação da gravidez fora do contexto de casamento, que possui um significado negativo para as famílias, como uma “situação de vergonha”. De forma que o fato de ser solteira e mãe se sobrepõem ao fato de ser adolescente e mãe, tanto para as famílias, quanto para as adolescentes.

A metade das adolescentes desejava ser mãe, sendo que as demais não planejaram ou queriam filhos naquele momento. O planejamento da gravidez foi mais incidente na área rural do município de Rosário da Limeira, com a participação do marido/companheiro na decisão de ter filhos, pelo fato da maioria já estar casada. A falta de planejamento evidente para a maioria das gestações das adolescentes residentes da área urbana explica-se pelo fato de ocorrer, principalmente, pela ausência do uso de métodos contraceptivos e não associadas ao casamento.

As mudanças na vida das adolescentes ao se tornarem mães afetam tanto aquelas que planejaram a maternidade, quanto àquelas que não fizeram o planejamento. Tais mudanças são, sobretudo, o abandono de atividades próprias de sua faixa etária, fazendo com que as adolescentes amadureçam prematuramente, com menos tempo para as mesmas e sua vida social. Assim, enquanto necessitam de cuidados, têm que aprender a cuidar de outra pessoa, de forma que acabam não vivendo e, sim passando por uma importante faixa etária de descobertas e preparação para o futuro.

As vivências das mães adolescentes quanto aos relacionamentos também passam por transformações, pois as relações familiares se tornam menos confrontantes, as adolescentes que vivem as experiências da maternidade, bem como passam a entender e reproduzir os comportamentos de suas mães na criação de seus filhos. Além disso, as mães das adolescentes deixam de vê-las apenas como filhas e passam a vê-las como mães, atribuindo a elas toda confiança e a responsabilidade de uma mãe, que se traduz em uma rápida promoção para a vida adulta.

Os relacionamentos afetivos perdem espaço na vida da mãe adolescente, uma vez que, para a maioria delas, aliar o cuidado com o filho ao cuidado com o

marido/namorado se torna uma tarefa muito complexa, pela maturidade exigida da mulher na associação de tais papéis. Tal tarefa se torna ainda mais complicada se a adolescente necessitar de associar a estes outros papéis e funções, como os de dona de casa e provedora do lar.

Mesmo tendo acesso às informações a respeito de sexualidade e métodos contraceptivos, todas as adolescentes que engravidaram sem planejamento não faziam uso de nenhum método contraceptivo, por considerarem que “comigo não vai acontecer” ou, até mesmo, pelo medo de não poder ser mãe, sendo a gravidez a prova contrária a esta crença.

Os principais sentimentos experimentados pelas adolescentes casadas ao descobrirem a gravidez, foram principalmente o de felicidade, pois a gravidez já era desejada; o que não ocorreu com as adolescentes solteiras, pela não aceitação, preconceito e discriminação. As famílias das adolescentes tiveram menor aceitação à situação de gravidez, comparativamente com os pais das crianças e suas famílias, o que foi contrário à literatura consultada. O maior acolhimento e suporte da família do pai da criança e dele próprio podem ser explicados, em muitos casos, como uma forma de sanar a culpa pela gravidez da adolescente.

Durante a gravidez, a maioria das adolescentes recebeu apoio do pai de seus filhos, como também dos amigos. Os casos relatados de falta de apoio familiar e social estavam associados à reprovação do comportamento da adolescente ao engravidar e ao fato da gravidez acontecer fora do contexto de casamento.

Conclui-se que, ao se tornarem mães, a maioria das adolescentes sofre mudanças em sua qualidade de vida, associadas ao abandono do estudo, menor tempo para lazer e aumento das limitações financeiras.

As redes sociais, em especial as amizades, consideradas um componente de grande importância na qualidade de vida das adolescentes, tornaram-se mais restritas, sendo que, muitas vezes, estas se mostraram saudosas dos momentos desfrutados com os amigos.

Os domínios da qualidade de vida relacionados à renda e emprego foram apontados como os de maior importância para as adolescentes, como também de maior insatisfação entre as mesmas. As limitações financeiras vivenciadas em função das

novas demandas e necessidades explicam a importância dada aos referidos componentes da vida, bem como a insatisfação das adolescentes com a situação atual.

A associação da gravidez precoce com situações de violência, principalmente de natureza simbólica, foi mais incidente na área urbana do município de Rosário da Limeira, o que pode ser explicado pelo maior contato das adolescentes com outras instituições socializadoras, fora do núcleo familiar. A ocorrência de violência física foi observada em menor escala do que a violência simbólica, que não opera pelas relações coercitivas visíveis, mas pela via simbólica da comunicação disseminada pelas diversas instituições sociais.

Nesse sentido, pôde-se concluir que a gravidez precoce constitui um fator limitante ao desenvolvimento social e educacional da adolescente, impondo novos comportamentos, além de um rápido amadurecimento, pois mesmo que a gravidez seja planejada e aconteça dentro do casamento, as adolescentes tomam para si a responsabilidade de criar e educar uma criança; o que demanda cuidados afetivos e físicos que elas também necessitam. Ao se tornarem mães, as adolescentes se veem e passam a ser vistas como uma mulher adulta, tomando para si a responsabilidade do cuidado com a prole, reforçando os papéis estereotipados de gênero.

As limitações deste estudo estão associadas à abrangência do processo amostral, devido à dificuldade de encontrar os locais de moradia das adolescentes, principalmente aquelas residentes no meio rural; também à inexistência de um cadastro municipal que concentre informações a respeito dos nascimentos, dados da criança e sua família, bem como das condições de gravidez e parto, de forma a possibilitar e facilitar a pesquisa documental para as ciências sociais e humanas.

Sugere-se que sejam feitos outros estudos, abordando as seguintes temáticas: a trajetória de vida dos adolescentes após maternidade, sob uma perspectiva de gênero, vida pessoal, formação profissional e relações sociais das(os) adolescentes, com as novas funções, responsabilidades e sociabilidades; a sexualidade vivida pelo adolescente em função do contexto social e cultural em que ele está inserido, ou seja, as influências da família, escola e/ou cultura de massa nesse fenômeno social; o cotidiano da família em face à gravidez precoce em termos da sua dinâmica de funcionamento, organização, papéis e funções; e a avaliação das políticas de atendimento às adolescentes grávidas e suas respectivas famílias.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, L. E. A. **Mortalidade Infantil em Ribeirão Preto**. Estudo da coorte nascida entre junho de 78 e maio de 79. Análise de algumas variáveis sociais e biológicas. 112 f. Dissertação de Mestrado, Ribeirão Preto: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 1988.

AMARAL, V. **Redes sociais e redes naturais: a dinâmica da vida**. Disponível em: <http://www.rits.org.br/redes_teste/rd_tmtes_fev2004.cfm>. Acesso em: 12 mar. 2011.

BERGER, P.; KELLNER, H. Marriage and the construction of reality. Em P. H. Dreiazel (Org.), **Recent sociology**, New York: The Mac Millow Company, 1970.

BATTAGLIA, F. C.; FRAZIER, T. M.; HALLEGERS, A. E. Obstetric and pediatric complications of juvenile pregnancy. **Pediatrics**, v.32, p.902-910, 1963.

BRASLAWSKY, C. Juventud y sociedad en la Argentina. Relatório CEPAL (Comissão Econômica para América Latina e Caribe) - Santiago, 1985.

BOURDIEU, P. **A dominação masculina**. 4. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2005.

BOURDIEU, P. **A miséria do mundo**. Tradução de Mateus S. Soares. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 1999.

BOURDIEU, Pierre. **O Poder Simbólico**. Trad Fernando Tomaz, 12. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2009.

BRASIL. **Estatuto da Criança e do adolescente (ECA, lei nº 8069, de 1996)**. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/ccivil/LEIS/L8069.htm>>. Acesso em: 15 maio 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial**. Brasília: Ministério da Saúde; 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1886/GM**. Em 18 de dezembro de 1997. Aprova as Normas e Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Perfil de Competências Profissionais do Agente Comunitário de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde; s/d.

BRUNO, Z. V.; FEITOSA, F. E. de L.; SILVEIRA, K. P.; MORAIS, I. Q. de; BEZERRA, M. de F. Reincidência de gravidez em adolescentes. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstétrica**, Rio de Janeiro, v.31, n.10, 2009.

BONI, V.; QUARESMA, S. J. Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais. **Revista Eletrônica dos Pós-Graduandos em Sociologia Política da UFSC**, v.2, n.3, p.68-80, jan.jul. 2005.

CAMARANO, A. A. Fecundidade e anticoncepção da população jovem de 15 a 19 anos. In: **Comissão Nacional de População e Desenvolvimento**. Jovens acontecendo na trilha das políticas públicas. Brasília, p.109-133, 1998.

CANEVACCI, M. **Dialética da família**. 2. ed. São Paulo: Brasiliense, 1982. 282p.

CAVASIN, S.; ARRUDA, S. **Gravidez na adolescência: desejo ou subversão?** Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/156_04PGM2.pdf>. Acesso em: 17 mar. 2009.

CHAGAS, A. Adolescência - Um fenômeno contraditório. **Revista de Psicologia Catharsis**, v.1, n.44, 2003.

CHALEM, E.; MITSUHIRO, S. S.; FERRI, C. P.; BARROS, M. C. M; GUINSBURG, R.; LARANJEIRA, R. Gravidez na adolescência: perfil sociodemográfico e comportamental de uma população da periferia de São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.23, n.1, p.177-186, jan. 2007.

CHARTIER, R. Diferenças entre os sexos e dominação simbólica. **Cadernos Pagu**, n.4, p.37-47, 1995.

Código Internacional de Doenças / Organização Mundial da Saúde. **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde**. Tradução Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para a Classificação de Doenças em Português. 10. ed. Revisada. São Paulo, Editora da Universidade de São Paulo, 2007.

COSTA, J. **Ordem médica e Norma Familiar**. 4. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1999.

DADOORIAN, D. **Pronta para voar: um novo olhar sobre a gravidez na adolescência**. Rio de Janeiro: Rocco, 2000.

DESCOLA, P. **In the society of nature: a native ecology in Amazonia**. Cambridge, Cambridge University Press, 1994.

DURAN, J. G.; MENEZES, T. C.; AMORIM, M. M. R., SANTOS, L. C.; FAÚNDES, A. **Violência Física Doméstica e Gestação: Resultados de um Inquérito no Puerpério**. 220 f. São Paulo. Dissertação (Mestrado) Faculdade de Medicina: Medicina preventiva. Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

FAUSTO, C. **A dialética da predação e familiarização entre os Parakanã da Amazônia Oriental: por uma teoria da guerra ameríndia**. 504 f. Rio de Janeiro: 1997. Tese (Doutorado) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1997.

FILHO, G. C. de F. Terceiro setor, Economia Social, Economia Solidária e Economia Popular: traçando fronteiras conceituais. **Bahia Análise e Dados**, v.12, n.1, p.9-19. 2002.

FROTA, L. M. da. **A Construção da Maternidade em Adolescentes em Classe Média**. Rio de Janeiro. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2003.

FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO. **Violência contra a mulher** - Pesquisa Fundação Perseu Abramo. out. 2001. Disponível em: <www.especiais.com.br/pesquisa_abramo.pdf>. Acesso em: 12 mar. 2011.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo. Atlas. 3. ed. 1991.

GOMES, J. C. V. **Manual de Psicoterapia Familiar**. Petrópolis: Vozes. 1987. 272 p.

GOLDANI, A. M. As famílias brasileiras: mudanças e perspectivas. **Caderno de Pesquisa**, n.91, p.7-22, 2002.

GROSSI, P. K. Por uma nova ótica e uma nova ética na abordagem da violência contra mulheres nas relações conjugais. In: GROSSI, P. K.; WERBA, G. C. (Orgs.). **Violências e gênero**: Coisas que a gente não gostaria de saber. Porto Alegre: Edipucrs, 2001, p.19-45.

IBGE – Instituto de Geografia e Estatística: Censo Demográfico 2000. **Nupcialidade e Fecundidade**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2000/nupcialidade_fecundidade/censo2000_fecundidade.pdf>. Acesso em: 06 mar. 2011.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Perfil das Mães**. 2005. Disponível em: <<http://www.ibge.com.br/home>>. Acesso em: 01 mar. 2011.

KRONBAUER, J. F. D.; MENEGUEL, S. N. Perfil da violência de gênero perpetrada por companheiro. **Revista de Saúde Pública**, vol.39, no. 5, 2005.

LEVCOVITZ, E.; GARRIDO, N. G. Saúde da Família: a procura de um modelo anunciado. **Cadernos Saúde da Família**, ano 1, n.1, p.5-12. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.

LIMA, C. T. B. L.; FELICIANO, K. V. de O.; CARVALHO, M. F. S.; SOUZA, A. P. P. de; MENABÓ, J. de B. C.; RAMOS, L. S.; CASSUNDÉ, L. F.; KOVACS, M. H. Percepções e práticas de adolescentes grávidas e de familiares em relação à gestação. **Revista Brasileira de Saúde Materna e Infantil**, v.4, n.1, 2004.

LOPES, I. M. R. S.; GOMES, K. R. O.; SILVA, B. B. da; DEUS, M. C. B. R. de, GALVÃO, E. R. de C. G. N.; BORBA, D. C. Caracterização da Violência Sexual em Mulheres Atendidas no Projeto Maria-Maria em Teresina-PI. **Revista brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, p.111-116, 2004.

LUZ, A. M. H. **Mulher adolescente - sexualidade, gravidez e maternidade**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 1999.

MACEDO, L. M. **Violência doméstica contra crianças e adolescentes: Sentidos e significados**. Disponível em: <<http://www2.fc.unesp.br>>. Acesso em: 05 fev. 2011.

MALDONADO, M. T. P. **Psicologia da Gravidez, Parto e Puerpério**. Petrópolis, RJ: Ed. Vozes, 1997.

MARTIN-BARÓ, I. **Ação e Ideologia**. 8. ed. San Salvador: UCA Editores, 1997.

MEIRA, M. C. R.; CENTA, M. de L. A Evolução da família e suas implicações na educação dos filhos. **Família, Saúde e Desenvolvimento**, v.5, n.3, 2003.

MELAMED, C. Programa de Agentes Comunitários de Saúde. ALCANTIL (PB). In: **20 Experiências de Gestão Pública e Cidadania**/ Luis Mario Fujiwara, Nelson Luiz Nouvel Alessio e Marta Ferreira Santos Farah (Orgs.). São Paulo: Programa Gestão Pública e Cidadania 1998.

MELTZEN, E., WILLIAMS, F.L., SCHULL, J., KEEF, D.R. **Quality of life as affected by area of residence**. I Project Description. 112 f. Columbia: University Missouri, College of Agriculture, Agricultural Experiment Station. Research Bulletin. 1980.

MINAS GERAIS. **Perfil dos Municípios de Minas Gerais**. 2004. Disponível em: <<http://www.almg.gov.br/munmg/m56452.asp>>. Acesso em: 05 fev. 2011.

MONTALI, L. Arranjos familiares: o esforço coletivo para viver na Grande São Paulo. **Cadernos de Pesquisa**, São Paulo, Fundação Carlos. Chagas, n. 72, p. 58-61, 1990

MONTENEGRO, M. M. D. **Condutas sexuais e atitudes que constituem fatores de risco para gravidez não desejada e AIDS em estudantes universitários**: um desafio para a educação sexual. 67 f. Campinas, 1994. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Educação, Universidade de Campinas, Campinas, 1994.

MOREIRA, T. M. M.; VIANA, D. S.V.; QUEIROZ, M. V. O.; BESSA JORGE, M. S. Conflitos vivenciados pelas adolescentes com a descoberta da gravidez. **Revista da escola de Enfermagem da USP**, v.42, n.2, p.312-320, 2008.

MOTTA, M. da G. C.; RIBEIRO, N. R. R.; RUBIM PEDRO, E. N. ; COELHO, D. F. **Vivências da mãe adolescente e sua família**. 2004. Disponível em: <<http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/ActaSciHealthSci/article/viewFile/1701/1079>>. Acesso em: 05 fev. 2011.

NARVAZ, M. G.; KOLLER, S. H. Mulheres vítimas de violência doméstica: Compreendendo subjetividades assujeitadas. **Psico**, v.37, n.1, p.7-13, jan./abr. 2006.

NECCHI, I. El embarazo en la adolescencia como problema social: estrategias y programas de prevención. **Medicina e Sociedade**, n.21, v.2, p.75-81, 1998.

OSOFSKY, J. D.; OSOFSKY, H. J. **Teemage**: pregnancy psicho social consideration, Clinic Obstetric Gynecologic, Hargestown, v.21, n.4, p.1161-1173, Dec. 1978.

OLIVEIRA, I. F., SILVA, F. L.; YAMAMOTO, O. H. **A psicologia no Programa de Saúde da Família (PSF) em Natal: espaço a ser conquistado ou um limite da prática psicológica?** Aletheia, n.25, p.5-19. jan/jun. 2007.

Organização Mundial da Saúde (OMS). **Child and adolescent health and development.** Disponível em: <<http://www.who.int/child-adolescent-health/OVERVIEW/AHD/adh-over.htm>>. Acesso em: 13 fev. 2011.

Organização Mundial da Saúde (OMS). **CID-10. Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde.** 10^a Revisão. São Paulo: EDUSP; 1998. p.1184.

Organización Panamericana de La Salud (OPAS). **La salud del adolescente y del joven.** Washington, D. C. OPS/OMS. 1995. Disponível em: <http://new.paho.org/bra/index.php?option=com_content&task=view&id=296&Itemid=422>. Acesso em: 10 abr. 2011.

PINTO, J. L.; MOTTA, M. Gravidez na adolescência. In: NEME, B. **Obstetrícia Básica**, São Paulo: Editora Sarvier, 1994.

PEDROSA, J. I. dos S.; TELES, J. B. M. Consenso e diferenças em equipes do Programa Saúde da Família. **Rev Saúde Pública**, v.35, n.3, p.303-311, 2001.

RABELO, I. F. A. **Separação e Divórcio: conflitos conjugais e Qualidade de vida.** Viçosa: 2009. 116f. Dissertação (Mestrado em Economia Doméstica). Universidade Federal de Viçosa, Viçosa, 2009.

REICHENHEIM, M. E.; HASSELMANN, M. H.; MORAES, C. L. Consequências da violência familiar na saúde da criança e do adolescente: contribuições para a elaboração de propostas de ação. **Ciência e saúde coletiva**, v.14, n.2, mar./apr. 2009.

REZENDE, C. B. Os limites da Sociabilidade: “cariocas” e “nordestinos” na feira de São Cristóvão. **Estudos Históricos**, Rio de Janeiro, n.28, p.167-181, 2001.

SANTOS, N. C. de A.; CAVALCANTI, C. P. N.; SOARES, F. C.; RODRIGUES, J. P. E a família, como vai? Um olhar sobre os programas de transferência de renda no Brasil sob a ótica da família. **Estudos de Política e Teoria Social**, n.18, 2008.

SETTON, M. da G. J. A teoria do *habitus* em Pierre Bourdieu. **Revista Brasileira de Educação**, maio/jun./jul./ago, n.20, p.61-70, 2002.

SIGAUD, C. H. S.; VERÍSSIMO, M. O. R. **Enfermagem pediátrica: o cuidado de enfermagem à criança e ao adolescente.** São Paulo: EPU, 1996.

SILVA, D. V. da; SALOMÃO, N. M. R. A maternidade na perspectiva de mães adolescentes e avós maternas dos bebês. **Estudos de Psicologia**, v.8, p.135-145, 2003.

SILVA, J. L. P.; SARMENTO, R.C. Gravidez. In: **Secretaria de Estado de Saúde, Adolescência e Saúde / Comissão de Saúde do Adolescente**. São Paulo: Paris Editorial, 1998.

SPOSITO, M. P. A sociabilidade juvenil e a rua: novos conflitos e ação coletiva na cidade. **Tempo Social**, USP, v.5, n.1-2, p.161-178, 1993.

SUS – Sistema Único de Saúde. DATASUS: Departamento de Informática do SUS. Disponível em: <<http://w3.datasus.gov.br/datasus/datasus.php>>. Acesso em: 01 mar. 2011.

VAN DEN BERG, B. J. Maternal variables affecting fetal growth. **American Journal of Clinical Nutrition**, v.34, p.722-726. 1981.

VASCONCELOS, Naumi A. Mães-Meninas: Sem corpo, sem casa, sem pai. **Coletânea da ANPEPP**, n. 3, Rio de Janeiro: UERJ, 1996, p.55-64.

VIEIRA, D.; MARTINS, C. S.; FERRIANI M. G. C.; NASCIMENTO, L. C. Caracterização da violência física contra crianças e adolescentes. **Rev. de Enfermagem**, UERJ, v.12, p.306-311. 2004.

VILLELA, W. V.; DORETO, D. T. Sobre a experiência sexual dos jovens. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.22, n.11, nov. 2006.

ZAGANELLI, F. L. **Aspectos do Perfil Social da Gestação e do Parto da Adolescente e da Mulher Adulta e Suas Repercussões Sobre o Recém-Nascido**. 2006. 126f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde: Saúde da Criança e do Adolescente) Universidade Federal de Belo Horizonte, Belo Horizonte, 2006.

ZILBERMAN, M. L.; BLUME, S. B. Violência doméstica, abuso de álcool e substâncias psicoativas. **Revista Brasileira Psiquiatria**, v.27, p.51-55, 2005.