



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
UNIRIO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO**

**A HISTÓRIA SE REPETE: Mães de adolescentes grávidas /
subsídios para o cuidar da enfermagem**

ANTONIO HENRIQUE VASCONCELLOS DA ROSA

RIO DE JANEIRO

2012

ANTONIO HENRIQUE VASCONCELLOS DA ROSA

**A HISTÓRIA SE REPETE: Mães de adolescentes grávidas /
subsídios para o cuidar da enfermagem**

Dissertação de Mestrado apresentada à Banca Examinadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Enfermagem na Atenção à Saúde da Mulher, do Adolescente e da Criança.

Orientadora: Prof^a Dr^a Leila Rangel da Silva

Co-orientadora: Prof^a Dr^a Inês Maria Meneses dos Santos

Rio de Janeiro
2012

R788 Rosa, Antonio Henrique Vasconcellos da.
A história se repete : mães de adolescentes grávidas / subsídios para o cuidar da enfermagem / Antonio Henrique Vasconcellos da Rosa, 2012.
xi, 104f. ; 30 cm

Orientador: Leila Rangel da Silva.

Coorientador: Inês Maria Meneses dos Santos.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2012.

1. Gravidez na adolescência. 2. Mães adolescentes - Relações familiares. 3. Enfermagem transcultural. 4. Enfermagem materno - infantil. I. Silva, Leila Rangel da. II. Santos, Inês Maria Meneses dos. III. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. Centro de Ciências Biológicas e da Saúde. Curso de Mestrado em Enfermagem. IV. Título.

CDD – 618.20835

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO UNIRIO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM MESTRADO**

ANTONIO HENRIQUE VASCONCELLOS DA ROSA

**A HISTÓRIA SE REPETE: MÃES DE ADOLESCENTES GRÁVIDAS /
SUBSÍDIOS PARA O CUIDAR DA ENFERMAGEM**

Aprovada em 29 de fevereiro de 2012.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a Dr^a Leila Rangel da Silva
UNIRIO
Presidente

Prof^a Dr^a Rosângela da Silva Santos
UERJ
1^a Examinadora

Prof^a Dr^a Inês Maria Meneses dos Santos
UNIRIO
2^a Examinadora

Prof^a Dr^a Cristiane Rodrigues da Rocha
UFRJ
Suplente

Prof^a Dr^a Maria aparecida de Luca Nascimento
UNIRIO
Suplente

DEDICATÓRIA

- ✚ Aos meus pais **Henrique e Leda**, que serviram como alicerces em minha escalada rumo a um projeto de educação mais qualificado.
- ✚ A minha esposa **Denise**, pela dedicação e amor dispensado para união da nossa família durante a minha ausência.
- ✚ Aos meus **filhos Yasmin e Felipe** por me presentear com um sorriso cada vez que retorno para casa.

AGRADECIMENTOS

- ✚ A **DEUS**, AMIGO E COMPANHEIRO NOS MOMENTOS BONS E RUINS, QUE SEMPRE ME DÁ TUDO AQUILO QUE BUSCO COM ESFORÇO E HONESTIDADE.
- ✚ AS **MÃES/AVÓS** QUE SE DISPUSERAM A PARTICIPAR DA PESQUISA, APESAR DE TANTOS DESAFIOS PERTINENTES A GRAVIDEZ DE SUAS FILHAS.
- ✚ A **RAQUEL E VINICIUS**, SECRETÁRIOS DA PÓS-GRADUAÇÃO PELO ACOLHIMENTO DEDICADO A TODOS OS MESTRANDOS.
- ✚ AOS AMIGOS DO **UNIFESO** QUE TORCERAM POR MIM, EM ESPECIAL AO ENFERMEIRO **WAGNER** QUE SAIU DO INTERIOR DE MINAS GERAIS PARA FAZER PARTE DA FAMÍLIA TERESÓPOLIS.
- ✚ AOS PARTICIPANTES DO **NUPEEMMC** QUE FORAM PERSONAGENS ATIVOS DESTA JORNADA.
- ✚ A EQUIPE DO **CENTRO MATERNO INFANTIL** QUE CEDEU SEU ESPAÇO PARA AS ENTREVISTAS DA PESQUISA.
- ✚ A TODOS OS COLEGAS DE **TURMA DO MESTRADO** PELA TROCA DE CONHECIMENTO.
- ✚ AS DOUTORAS **ROSÂNGELA DA SILVIA SANTOS E CRISTIANE RODRIGUES DA ROCHA** QUE ABRILHANTARAM O TRABALHO COM A PARTICIPAÇÃO NA BANCA.
- ✚ A DR^a **MARIA APARECIDA DE LUCA NASCIMENTO** PELA ENORME CONTRIBUIÇÃO NA CONSTRUÇÃO DESTE TRABALHO.

AGRADECIMENTO ESPECIAL

AGRADEÇO IMENSAMENTE AS MINHAS ORIENTADORAS PROF^a DR^a **LEILA RANGEL DA SILVA** E PROF^a DR^a **INÊS MARIA MENESES DOS SANTOS** PELO APOIO, FORÇA, INCENTIVO, COMPANHEIRISMO E AMIZADE. PELOS CONSELHOS, IDEIAS, SUGESTÕES E PRINCIPALMENTE POR ACREDITAREM EM MEUS OBJETIVOS, OFERECENDO A ORIENTAÇÃO NECESSÁRIA E ADEQUADA PARA CONCLUSÃO DESTA DISSERTAÇÃO. AGRADEÇO PELA PACIÊNCIA, DEDICAÇÃO E SABEDORIA, INCENTIVANDO-ME, COMPARTILHANDO CONHECIMENTO E ENCORAJANDO-ME SEMPRE. FINALMENTE AGRADEÇO POR ACREDITAREM EM MIM E POR SEREM EXEMPLOS DE PROFISSIONAL NA MINHA VIDA ACADÊMICA.

“Agradeço todas as dificuldades que enfrentei; não fosse por elas, eu não teria saído do lugar. As facilidades nos impedem de caminhar. Mesmo as críticas nos auxiliam muito.” (CHICO XAVIER)

ROSA, A. H. V. **A HISTÓRIA SE REPETE: MÃES DE ADOLESCENTES GRÁVIDAS / SUBSÍDIOS PARA O CUIDAR DA ENFERMAGEM.** Rio de Janeiro, 2012. 104. xi. Dissertação (Mestrado) -. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. Programa de Pós-Graduação Mestrado em Enfermagem.

RESUMO

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa que teve como objetivos identificar e analisar os fatores sociais e culturais que podem influenciar na vida de mães e filhas que engravidaram na adolescência. Para este estudo foi utilizado o método da etnoenfermagem tendo como referencial teórico a Teoria do Cuidado Cultural de Madeleine Leininger. Para a coleta de dados foram utilizados dois enablers (capacitadores): Primeiro Nível do Modelo de Sunrise utilizando o questionário do perfil sócio-econômico-cultural e o Capacitador de Aculturação (História de Vida de Cuidado à Saúde). O estudo obedeceu aos preceitos éticos da pesquisa e foram entrevistadas 17 mães de adolescentes gestantes que foram gestantes na adolescência, atendidas em uma unidade de saúde no Município de Teresópolis/RJ que é referência para gestação na adolescência. A coleta de dados foi no período de dezembro de 2010 a abril de 2011. A análise dos depoimentos foi fundamentada na Análise de Dados da Etnoenfermagem dando origem a uma categoria Os fatores sociais e culturais que influenciam na vida de mães e filhas que engravidaram na adolescência. A Teoria do Cuidado Cultural proporcionou um contato direto com mulheres mães de filhas que engravidaram na adolescência. Reafirmamos a necessidade do enfermeiro entender a influência cultural com o objetivo de garantir a assistência individual e humanizada, respeitando a identidade cultural das mulheres e adolescentes.

Descritores: enfermagem transcultural; gravidez na adolescência; relações familiares; enfermagem materno-infantil.

ROSA, A. H. V. THE STORY REPEATS: PREGNANT TEEN MOTHERS TO TAKE CARE OF NURSING ALLOWANCES. Rio de Janeiro, 2012. 104. xi. Dissertation (Master). Universidade Federal do estado do Rio de Janeiro. Post-graduate master's degree program in nursing.

ABSTRACT

This is a research of qualitative approach which aimed to identify and analyze the social and cultural factors that can influence the life of mothers and daughters who have become pregnant adolescents. For this study, we used the ethnonursing methodology having as theoretical referential the theory of Madeleine Leininger's Cultural Care. For data collection there were used: the first level of the Sunrise Model, the questionnaire of the socio-economic-cultural profile, and the Enabler of Acculturation (Health Care History). The study followed the precepts of ethical research interviewing 17 mothers who became pregnant in adolescence, to whose daughters also happened the same, and were assisted in a health unit in the city of Teresópolis RJ, which is a reference to teenage pregnancy. Data collection took place from December 2010 to April 2011. The analysis of the testimony was based on the analysis of data from Ethnonursing, giving rise to a category of social and cultural factors that have a strong influence on the lives of mothers and daughters who became pregnant as an adolescent. We reassure the need of nurses to understand the cultural influence that can guarantee individual and humanized assistance, taking into account both women and adolescents cultural identity.

Key-words: Transcultural nursing; teenage pregnancy; family relationships; maternal and child nursing.

ROSA, A. H. V. **LA HISTORIA SE REPITE: EMBARAZADOS ADOLESCENTES MADRES PARA CUIDAR DE LAS PRESTACIONES DE ENFERMERÍA.** Río de Janeiro, 2012. 104. xi. Tesis (maestro). Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. Programa de postgrado de Maestría en enfermería.

RESUMEN

Se trata de una búsqueda de enfoque cualitativo que tuvo como objetivos identificar y analizar los factores sociales y culturales que pueden influir en la vida de las madres e hijas que quede embarazadas cuando era un adolescente. Para este estudio se utilizó el método de etnoenfermagem teniendo como teoría referencial teórica de cuidado Cultural de Madeleine Leininger. Recopilación de datos fueron utilizados dos activadores (entrenadores): nivel de modelo de primer amanecer mediante el cuestionario del perfil socio-económico-cultural y el activador de aculturación (historia de vida de la salud). El estudio siguió los preceptos de la investigación ética y 17 fueron entrevistadas madres de las adolescentes embarazadas que estaban embarazadas en la adolescencia, que se reunieron en una unidad de salud en el municipio de TeresópolisRJ que es una referencia al embarazo en la adolescencia. Recopilación de datos fue en el período de diciembre de 2010 a abril de 2011. El análisis del testimonio se basó en análisis de datos de Etnoenfermagem dando lugar a una categoría de factores sociales y culturales que influyen en las vidas de madres e hijas que quede embarazadas cuando era un adolescente. Teoría del cuidado cultural proporciona un contacto directo con las madres de las mujeres de hijas que quede embarazadas cuando era un adolescente. Reafirmamos la necesidad de enfermeras comprender la influencia cultural para asegurar la asistencia individual y Humanized, respetando la identidad cultural de las mujeres y adolescentes.

Descriptores: transcultural de enfermería; embarazo en la adolescencia; relaciones familiares; materna e infantil de enfermería.

SUMÁRIO

CAP. 1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS	11
CAP. 2 BASES CONCEITUAIS GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA NO BRASIL E NO MUNDO	16
2.1 A adolescência e as suas diversas facetas	21
CAP. 3 O MUNICÍPIO DE TERESÓPOLIS BASES CONTEXTUAIS ...	23
3.1 A tragédia na região serrana do Rio de Janeiro	24
CAP. 4 ABORDAGEM METODOLÓGICA O MÉTODO DE PESQUISA DA TEORIA DO CUIDADO CULTURAL	29
4.1 Cenário do Estudo	31
4.2 Aspectos Ético-Legais	31
4.3 As Depoentes	32
4.4 Critérios de Inclusão	32
4.5 Instrumento de Coleta de Dados	32
4.6 Análise dos dados	35
CAP. 5 ANÁLISE DOS DADOS OS FATORES SOCIAIS E CULTURAIS QUE INFLUENCIAM NA VIDA DE MÃES E FILHAS QUE NGRAVIDARAM NA ADOLESCÊNCIA	39
CONSIDERAÇÕES FINAIS	90
REFERÊNCIAS	92
APÊNDICE	98
ANEXO	101

CAPÍTULO 1

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

O objeto desta investigação diz respeito aos fatores sociais e culturais da gestação na adolescência. O interesse pelo tema em questão surgiu durante a experiência que adquiri como enfermeiro e docente do Curso de Graduação em Enfermagem de uma Universidade Privada, localizada em Teresópolis, região serrana do Estado do Rio de Janeiro. Ali acompanhei as atividades práticas da disciplina Saúde da Mulher e realizei consultas de pré-natal, inclusive com adolescentes em uma Unidade Básica de Saúde (referência no Município para atendimento materno-infantil).

Este estudo faz parte do Projeto de Pesquisa Cuidado Cultural à Saúde da Mulher Brasileira: tendências e desafios para a enfermagem. O trabalho integra também o Núcleo de Pesquisa, Estudos e Experimentação em Enfermagem na Área da Mulher e da Criança — NuPEEMC, do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro.

Ao longo de sete anos vivenciados neste serviço, atendemos a um número expressivo de adolescentes gestantes. Um aspecto sempre chamou nossa atenção nessas ocasiões: é que durante a anamnese, ao conhecer a história obstétrica da usuária, encontramos adolescentes secundíparas. Além disso, nas chamadas rodas de conversas — momento de interação no grupo de gestantes — descobríamos que essas adolescentes, por sua vez, também foram geradas na adolescência.

Alguns questionamentos acerca da gravidez na adolescência, então, começaram a ser delineados. Dois deles se impunham. As genitoras que foram gestantes na adolescência, por exemplo, influenciam de alguma forma a gravidez da filha adolescente? E o contexto do ambiente, incluindo modos de vida, fatores econômicos e culturais, interferem no fenômeno da gravidez na adolescência entre as gerações?

Segundo o Relatório da Organização Mundial da Saúde intitulado “As Mulheres e a Saúde: Evidência Atual e Agenda Futura”, o mundo conta atualmente com de 1 bilhão e 200 milhões de adolescentes com idades entre

10 e 19 anos. Ainda de acordo com o documento, cerca de 90% deles vivem em países em desenvolvimento, dos quais aproximadamente 600 milhões são do sexo feminino. Neste sentido, a saúde, bem estar e desenvolvimento futuros são importantes para o desenvolvimento das adolescentes, já que algumas delas serão mães e espera-se que tenham filhos saudáveis. (WHO, 2009)

Os profissionais de saúde experimentam e concebem uma série questionamentos quando cuidam de adolescentes grávidas que estão vivenciando intensa mudança biológica e social. Para Osório (1992), a adolescência é o momento em que ocorre uma passagem da infância para a idade adulta, caracterizada por um intensivo crescimento e desenvolvimento responsáveis por transformações anatômicas, fisiológicas, mentais e sociais. Esse período, assim, vem a ser uma etapa evolutiva própria do ser humano. Por isso, os chamados aspectos psicológicos, biológicos, sociais e culturais não podem ser estudados separadamente. Essas variáveis são, portanto, indissociáveis e é o seu conjunto que distingue e confere unidade ao fenômeno da adolescência.

Entendemos que a gravidez precoce pode estar relacionada a diferentes fatores, entre eles a desestruturação familiar e baixa autoestima. É por isso que o apoio da família é tão importante e funciona como um alicerce para as adolescentes envolvidas neste processo. Esse amparo familiar contempla a própria criança que está sendo gerada e contribui para que seu desenvolvimento futuro seja saudável.

Ao longo dos anos passados no Centro Materno Infantil, acompanhei as adolescentes gestantes e percebi que muitas vivem no limite da pobreza, convivem em um ambiente conflituoso e, por isso, possuem valores culturais e sociais diferenciados. Ao longo da pesquisa questionamos, então, como é o relacionamento delas com suas mães que também foram gestantes na adolescência? Perguntamos ainda às pesquisadas quais são os valores sociais e culturais vividos por suas mães, que também foram gestantes na adolescência, e se esses valores, hoje, influenciam na gravidez de sua filha?

Durante a prática desenvolvida com os grupos de gestantes identificamos que algumas adolescentes são acompanhadas pelas suas mães – já que, muitas vezes, este é seu primeiro contato com um serviço de saúde – que costumam ser receptivas às orientações de saúde e participam ativamente

desta etapa. Aliás, a presença materna também tem grande regularidade no pré-natal.

A cultura é conceituada como “os valores, crenças, normas e modos de vida de um determinado grupo, aprendidos, compartilhados e transmitidos e que orientam seu pensamento, suas decisões e suas ações de maneira padronizada e frequentemente entre gerações” (LEININGER e MCFARLAND, 2006, p.13).

A partir deste conceito é possível concluir que a gravidez na adolescência também é um fenômeno cultural. Isso porque o fenômeno é compartilhado dentro de um grupo - a família – e transmitido através das gerações, aqui, no caso, pelas mães das adolescentes que foram gestantes adolescentes.

A preocupação com a gravidez na adolescência vem de longa data, Gispert *et al* (1984) relataram que, na década de 80, ao estudarem mais de 200 artigos sobre gravidez na adolescência, constataram que a maioria referia-se à reincidência. Já Ventura *et al.* (1999) e Pfitzner *et al.* (2003) apontam, em seus estudos, que 30% das adolescentes engravidam no ano subsequente ao primeiro parto e até 50% no segundo ano.

Em seu estudo “Direitos humanos, ética e direitos reprodutivos”, a autora Dora *et al.* (1998) identificou que a mãe da adolescente gestante também fora mãe adolescente em 70% dos casos. Por isso, os cuidados com os irmãos menores já eram praticados por 56% das adolescentes e o exercício da maternidade, portanto, não era um hábito de todo desconhecido, pois fora aprendido nos cuidados com os irmãos, parentes e vizinhos.

Neste caso, a gravidez na adolescência faz parte da história familiar dessas jovens, razão pela qual não causa espanto aos seus pais. Quem explica é Dora (*et al.* 1998): “ Sua mãe também fora mãe adolescente e muitas dizem que também têm irmãs que também são mães adolescentes.

Um outro estudo da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo realizado ao longo de 10 anos, com 428 mães e companheiros adolescentes atendidos na Casa do Adolescente de Pinheiros, zona oeste da capital paulista, demonstrou que em 69,2% dos casos de gravidez na adolescência, a avó materna também foi mãe quando adolescente. Divulgado em 2008, o levantamento indicou ainda que 80,5% dos bebês nascidos de mães

adolescentes dependem de ajuda financeira da família materna. Das adolescentes entrevistadas, 66,8% viviam consensualmente com o parceiro, 20% permaneceram solteiras e 10,5% estavam casadas. O início médio da atividade sexual das jovens foi aos 15,1 anos.

De acordo com Motta, a família é um mundo de símbolos, significados, valores, saberes e práticas que, a partir de suas vivências, possibilitam aos seus filhos concretizarem-se como ser no mundo. “Discutir e investigar a temática da gravidez na adolescência conduz à reflexão sobre os estereótipos estabelecidos e sedimentados por meio da cultura, dos hábitos, das crenças, dos valores, dos aspectos econômicos” (MOTTA in CORRÊA et al. 2004.)

O mesmo autor adverte que os adolescentes vivem, atualmente, impregnados pelos meios de comunicação. Esses veículos atuam sobre os padrões familiares e grupais através, por exemplo, de programas de televisão como os realities shows e as músicas que tocam a todo tempo nas rádios e nas festas. O adolescente vive ainda sob a ação de preconceitos que refletem uma opinião demasiadamente simplificada sobre classes ou grupos sociais. Não há dúvidas de que esses valores preconceituosos atingem parcelas da população jovem. Em geral, os adolescentes são herdeiros da experiência adquirida pelas gerações que vieram antes deles. (MOTTA in CORRÊA et al. 2004.)

Ao longo de minha atividade profissional - atendendo as adolescentes nas consultas de pré-natal – constatei as dificuldades que as mães destas adolescentes grávidas enfrentam para aceitar a gravidez da filha. Muitas delas relatam que não irão criar os netos com o seguinte argumento: “que quem faz cuida”. As mães sustentam ainda que suas filhas terão que trabalhar para dar sustento ao seu próprio filho, pois nem sempre o pai assume a criança. Algumas lamentam que desejavam uma vida melhor para as suas filhas.

Outro aspecto a destacar era a ausência do homem no pré-natal, quer seja o pai ou o padrasto, o companheiro ou o namorado da filha adolescente. O que sempre ouvi da mãe da adolescente é que o pai ou padrasto da adolescente grávida queria pô-la para fora de casa e que o pai do futuro bebê não participava da gestação.

Foi a partir desta experiência – ouvir a mãe da filha adolescente gestante que também engravidara na adolescência – que consideramos fundamental para o direcionamento deste estudo a seguinte questão

norteadora: Quais são os fatores sociais e culturais das mulheres que foram gestantes na adolescência que podem influenciar na gravidez da sua filha adolescente?

Para responder a este questionamento traçamos o seguinte objetivo deste estudo: identificar e analisar os fatores sociais e culturais que podem influenciar na vida de mães e filhas que engravidaram na adolescência.

Entendemos que todas as mulheres têm a sua própria cultura e modos de vida, e encaram a gravidez da filha adolescente de diferentes maneiras e convicções. Neste sentido, é a partir das suas experiências e vivências que elas poderão contribuir para uma discussão científica. Essa participação instrumentaliza os enfermeiros que trabalham em Unidades Básicas de Saúde e, conseqüentemente, ajuda o profissional a compreender a melhor forma de prestar um cuidado de enfermagem coerente com a realidade das adolescentes gestantes. Respeitando sempre seus valores, crenças e modos de vida.

Acreditamos que este estudo de abordagem qualitativa contribuirá para a produção do conhecimento na Área da Saúde da Mulher, notadamente para a Enfermagem Obstétrica, permitindo uma prática mais reflexiva e abrangente para o Ensino de Graduação e Pós-Graduação *Lato e Stricto Sensu*.

CAPÍTULO 2

BASES CONCEITUAIS

GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA NO BRASIL E NO MUNDO

O Estatuto da Criança e do Adolescente, Lei nº. 8.069/90 (BRASIL,1990), circunscreve a adolescência como o período de vida que vai dos 12 aos 18 anos de idade. Já a Organização Mundial da Saúde (OMS) delimita a adolescência como a segunda década de vida (10 aos 19 anos) e a juventude como o período que vai dos 15 aos 24 anos. O Ministério da Saúde, por sua vez, toma por base a definição da OMS, definindo o público beneficiário como o contingente da população entre 10 e 24 anos de idade, que representa 29% da população mundial. Deste último recorte, 80% vivem em países em desenvolvimento (BRASIL, 2008).

No Brasil, os adolescentes e jovens correspondem a 30,33% da população nacional. Trata-se de 35.287.882 de indivíduos em mutação biológica, emocional e social, havendo quase igual proporção entre os sexos (50,4% são rapazes e 49,5% moças). Os dados estatísticos também demonstram semelhança na população entre 10 – 14 anos (17.348.067) e 15 – 19 anos (17.939.815), enquanto há decréscimo dos jovens na população entre 20 – 24 anos (16.141.515). Essa diferença é explicada principalmente pela perda de vidas por causas externas – acidentes e homicídios, principalmente relacionados ao tráfico de drogas e uso abusivo de álcool. (IBGE 2000)

No Nordeste, do grupo de 15 a 17 anos, 21,1% estão fora da escola (na região Sudeste esta cifra é de 14,6%) e cerca de 46% dos indivíduos de 0 a 17 anos vivem na pobreza, isto é, com até 1/2 salário mínimo per capita (IBGE, 2007). Cerca de 15,5 milhões de brasileiros acima de 10 anos não sabem ler nem escrever, sendo que 65% dos jovens analfabetos estão no Nordeste. (Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD, 2005)

Como se não bastassem as estatísticas aqui citadas, a maioria dos adolescentes e jovens brasileiros tem pouco acesso aos serviços de saúde, entram precocemente no mercado de trabalho sem preparo técnico e emocional e não conseguem realizar seus projetos de vida. A literatura disponível indica ainda que eles iniciam muito cedo a atividade sexual – em

todas as camadas sociais. E essa iniciação se dá de forma desprotegida, apesar de muitos terem acesso a informações. É elevado também o número dos que caem nos labirintos das drogas e cresce, a olhos vistos, a população dos que vivem perambulando nas ruas, sob elevado risco de todo tipo de violência. (BRASIL, 2005)

Para Yazlle é muito importante não só conhecer a problemática no Brasil, em suas diferentes regiões, mas identificar a população mais vulnerável aos efeitos negativos que a gravidez possa acarretar, tanto para a mãe como para a criança. Assim é que devemos estimular os projetos e programas que visam à abordagem do tema, principalmente no que diz respeito a sua prevenção e também viabilizar publicações a esse respeito. (YAZLLE, 2006)

O aumento relativo do número de nascimentos cujas mães são adolescentes, com idade até 19 anos, é motivo de preocupação para diversos segmentos sociais. Na opinião de Simões (2003), isso ocorre em função das características desse grupo. Por um lado, argumenta o autor, há que se considerar a vulnerabilidade em termos biológicos e sua relação com a sobrevivência das crianças. “Sabe-se que a gravidez em idade muito jovem eleva os riscos de mortalidade para a mulher e seus filhos” – explica. De outro, acrescenta, o fenômeno está concentrado entre as adolescentes das classes menos favorecidas economicamente.

O número de adolescentes grávidas aumentou em 15% desde 1980, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE). De cada 100 mulheres que têm filhos no Brasil, 28 engravidaram antes dos 18 anos. Cerca de 700 mil meninas tornam-se mães a cada ano no país, e 27% dos partos feitos pelo SUS (Sistema Único de Saúde), em 1999, foram em adolescentes de 10 a 14 anos. (IBGE 1999)

A gravidez na adolescência tem sido um tema polêmico e controverso nos debates sobre saúde sexual e saúde reprodutiva deste segmento. Em geral, a gravidez na adolescência tem sido considerada uma situação de risco e um elemento desestruturador da vida de adolescentes. Em última instância, ela aparece como elemento determinante na reprodução do ciclo de pobreza das populações, ao colocar impedimentos na continuidade de estudos e no acesso ao mercado de trabalho, sobretudo entre as adolescentes.

A reflexão mais crítica e ampla sobre a questão nos leva a considerar a gravidez na adolescência como um acontecimento que está associado a diversos fatores sociais, como também pessoais e familiares. É preciso considerar, que há relevantes distinções entre a gravidez ocorrida no início da adolescência (na faixa etária dos 10 a 14 anos) e aquelas que ocorrem nas demais faixas etárias. Isso exige uma análise complexa da questão em suas particularidades.

Com efeito, em muitos casos, a gravidez na adolescência está relacionada com a situação de vulnerabilidade social, bem como com a falta de informação e acesso aos serviços de saúde. Cavasin acrescenta, a esse rol de dificuldades, o baixo status de adolescentes mulheres nas relações sociais vigentes, sobretudo das pobres e negras. Alguns estudos têm explorado a relação entre gravidez na faixa etária de 10 a 14 anos e a ocorrência de violência sexual, hipótese que não tem sido contestada (CAVASIN, 2004).

De acordo com Bee (1996), “o momento de maior risco da gravidez é aproximadamente o primeiro ano depois do início da atividade sexual, período durante o qual é menos provável que as adolescentes busquem informações contraceptivas”.

Guerra adverte que o prognóstico da gestação é influenciado pelo estado nutricional materno antes e durante a gestação, já que boas condições do ambiente uterino favorecerão o desenvolvimento fetal adequado. Para ele, a inadequação do estado nutricional materno tem grande impacto sobre o crescimento e desenvolvimento do recém-nascido (RN). “É que o período gestacional é uma fase em que as necessidades nutricionais estão elevadas, decorrentes dos ajustes fisiológicos da gestante e das demandas de nutrientes para o crescimento fetal. (GUERRA, 2007)

Ainda segundo Guerra *et al* (2007), na adolescência, a evolução da gestação e do crescimento fetal é alterada pelos maiores riscos de desnutrição, anemia, deficiências vitamínicas, retardo do crescimento intrauterino, uso de drogas e infecções. “As consequências daí decorrentes são o aumento dos índices de prematuridade, baixo peso ao nascimento e desnutrição pós-natal”. Para este autor, a desnutrição é uma causa conhecida de baixo peso ao nascer, especialmente em países em desenvolvimento. Ele explica: “gestantes adolescentes com índice de massa corporal (IMC) de desnutrição no final da

gestação têm maior número de RN com peso menor de 2.500 gramas”. E a altura materna e outras medidas antropométricas, adverte ele, têm sido utilizadas para avaliar os riscos de baixo peso ao nascer. “Gestantes com ganho de peso insuficiente apresentam maiores riscos de gerarem recém-nascidos com peso inadequado, podendo comprometer o crescimento pós-natal, com maior risco de morbidade no primeiro ano de vida”.

Período fisiológico na vida reprodutiva da mulher, a gravidez se caracteriza por modificações físicas, psíquicas e sociais num curto espaço de tempo. Ao engravidar e se tornar mãe, a mulher vivencia momentos de dúvidas, inseguranças e medos. Já a adolescência constitui um período entre a infância e a idade adulta, com profundas alterações físicas, psíquicas e sociais. Em poucos anos a menina transforma-se em mulher, exigindo com isso uma definição de sua nova identidade, o que gera questionamentos, ansiedades e instabilidade afetiva. (BRASIL 2008)

As duas fases evolutivas importantes na vida de uma mulher se assemelham e têm em comum importantes transformações em intervalo de tempo relativamente curto. A associação das duas fases no mesmo momento de vida acarreta, assim, uma exacerbação desse processo, aumentando os riscos de alterações que possam ser consideradas patológicas.

O Ministério da Saúde revela que as complicações decorrentes da gestação e do parto são a terceira causa de morte entre adolescentes de 15 a 19 anos, atrás apenas de acidentes de trânsito e homicídios. Barros traz para a discussão dados alarmantes. A gravidez precoce, segundo ele, vem afetando até quem mal saiu da infância. “No período 2001/ 2003, por exemplo, nasceram no Brasil 82 mil bebês cujas mães tinham entre 10 a 14 anos; outros dois milhões são filhos de jovens entre 15 e 19 anos, e gravidez, parto e puerpério indicam taxa de mortalidade de 2.7 por cada grupo de cem mil jovens na faixa etária de 15 a 19 anos. (BARROS, 2005)

Os países desenvolvidos estão, há algum tempo, interessados nesta questão. Nos Estados Unidos, segundo Spitz *et al* (1996), ocorreu um aumento da incidência de 8,8%, em 1980, para 9,6% em 1990. Já na população de 15 a 19 anos, o índice subiu de 7,4% em 1980, para 8,4% em 1990. No Brasil, os números indicam aumento da ocorrência da gravidez na faixa etária abaixo de 15 anos, com índices que variaram de 14 a 22%. Alguns estudos realizados

sugerem a necessidade de estratégias voltadas para a prevenção, já que a gravidez na adolescência repercute negativamente sobre a saúde do binômio mãe-filho e, principalmente, sobre as perspectivas de vida futura de ambos.

Na América Latina, anualmente, 3.312.000 de crianças nascem de adolescentes que, em plena fase de crescimento e desenvolvimento, vêm participando efetivamente do aumento das taxas de fecundidade e mortalidade materna e neonatal. Segundo dados do SINASC, no período 2000/2002, foram 28 mil nascidos vivos de adolescentes na faixa de 10 a 14 anos. Na faixa etária de 15 a 19 anos, o número girou em torno de 670 mil.

De acordo com o Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC), em 2007 foram realizados 2.328 partos em Teresópolis, dos quais 414 foram de adolescentes entre 15 e 19 anos, e 11 foram de adolescente entre 10 e 14 anos. Atualmente, o Município não dispõe de uma Unidade de referência para o atendimento ao parto das gestantes adolescentes e essa carência aumenta as chances de complicações para mãe e filho.

A literatura institucional sobre o tema acrescenta outros dados significativos. Houve, por exemplo, um decréscimo do número de partos realizados na rede pública de saúde em meninas entre 10 e 19 anos (30,6%) nos últimos dez anos. De acordo com dados do Ministério da Saúde, em 2008, foram realizados 485,64 mil partos contra 699,72 mil em 1998. No Rio de Janeiro, de 46.483 partos realizados em 1998 foram contabilizados 23.835 mil partos dez anos depois. A queda na quantidade de adolescentes grávidas no Brasil deve-se, principalmente, ao acesso às políticas de prevenção e orientação sobre saúde sexual. No entanto, é preocupante a gravidez em adolescentes em situação de grande vulnerabilidade social, ainda que haja uma queda na fecundidade em todo o País. (BRASIL, 2008).

Apesar do problema do sub-registro de nascimentos, é possível, a partir das informações do Registro Civil, observar as tendências apontadas pelas estatísticas. Uma delas refere-se ao comportamento reprodutivo das mulheres conforme os grupos de idade. Com relação a esse assunto, Simões lembra que as estatísticas revelam uma maior participação das mulheres mais jovens (20 a 24 anos) no padrão de fecundidade do País. Todavia, acrescenta o autor, a questão que mais tem chamado a atenção de estudiosos, autoridades governamentais e da sociedade em geral é o aumento da proporção de

nascimentos oriundos de mães com idades menores que 20 anos. “É importante esclarecer, no entanto, que parte deste aumento também é devido ao decréscimo acentuado da fecundidade que se verifica nas faixas etárias a partir de 25 anos. (SIMÕES 2003)

2.1 A adolescência e as suas diversas facetas

A adolescência é, na maioria das vezes, uma fase bastante conturbada. Isso ocorre em razão das descobertas, das ideias opostas às dos pais e irmãos, e da formação da própria identidade. Neste período, as conversas passam a versar sobre namoro, brincadeiras e tabus. Trata-se de uma fase do desenvolvimento humano localizada entre a infância e a fase adulta. Muitas alterações são percebidas, assim, na fisiologia do organismo, nos pensamentos e nas atitudes desses jovens. (BRASIL, 2005).

Muitos autores se debruçaram sobre o tema. Marshall e Tanner, por exemplo, veem a adolescência como um momento da vida humana caracterizado por profundas mudanças físicas, emocionais, mentais e sociais. A puberdade, segundo eles, é o fenômeno biológico que se refere às mudanças fisiológicas e morfológicas resultantes da reativação dos mecanismos neuro-hormonais do eixo hipotalâmico-hipofisário-gonadal. As principais manifestações da puberdade são: o estirão puberal, o desenvolvimento gonadal, o desenvolvimento dos órgãos de reprodução e das características sexuais secundárias, as mudanças na composição corporal e no desenvolvimento dos sistemas e órgãos internos (MARSHALL e TANNER, 1986).

Ocorre uma grande variabilidade no tempo de início, duração e progressão do desenvolvimento puberal. Do mesmo modo, ocorrem modificações nas relações sociais, na família, na escola e na comunidade. Os adolescentes vivenciam um processo contínuo de busca de autonomia e independência. O amadurecimento emocional manifesta-se por um novo olhar para a vida, acompanhado de um questionamento de valores até então aceitos. A interação dessas transformações no contexto da família, da sociedade e do ambiente sociocultural culmina com a construção da identidade adulta. (BRASIL, 2002)

A adolescência é uma etapa da vida caracterizada por um complexo processo de desenvolvimento biológico, psicológico e social. Além disso, um conjunto de experiências marca a vida do adolescente: o desenvolvimento do autoconhecimento que dá origem aos sentimentos de autoestima e de questionamento dos valores dos pais e dos adultos em geral. Além disso, segundo Gama, os impulsos sexuais ganham uma expressão mais efetiva em função da maturação física, e a percepção do início da potencialidade de procriação (Gama *apud* Ruzany, 2000). Entretanto, esse processo se dá de forma diferenciada de acordo com a história de vida de cada adolescente e do grupo sócio-econômico no qual ele está inserido (GAMA *apud* KAHHALE, 2000).

Para Palácios (1995), a adolescência é considerada como um período psicossocial, não necessariamente universal, mas determinado pelo ambiente cultural em que o indivíduo se encontra. Nos grupos de planejamento familiar, realizado com as adolescentes grávidas, temos sempre o cuidado de preservar a imagem, identidade, autonomia, valores e crenças. O objetivo é não só fazer com que elas confiem nos profissionais responsáveis pelo acompanhamento da sua gestação, mas estabelecer um diálogo a fim de detectar possíveis agravos à saúde do binômio mãe e filho, sanando, assim, as dúvidas que atorçam e angustiam essas jovens.

Adolescência e gravidez, quando ocorrem juntas, podem acarretar sérias consequências para todos os familiares, principalmente para os adolescentes envolvidos, pois o processo é complexo e envolve crises e conflitos. Esses jovens, na verdade, não estão preparados emocionalmente e nem mesmo financeiramente para assumir tamanha responsabilidade. Isso acaba fazendo com que muitos adolescentes saiam de casa, cometam aborto, deixem os estudos ou abandonem as crianças, sem saber o que fazer. Na prática, eles fogem da própria realidade. (LAY-ANG, 2011)

Quando a gravidez acontece na adolescência, geralmente de uma forma não planejada ou até mesma indesejada, ela pode detonar uma série de complicações para a vida desta jovem. Os receios e os medos passam a incomodar tanto a futura mãe que ela teme perder tanto sua liberdade quanto o convívio de seus familiares que, em última instância, irão planejar o sustento da criança.

CAPÍTULO 3

BASES CONTEXTUAIS O MUNICÍPIO DE TERESÓPOLIS

A cidade de Teresópolis, um dos municípios que compõem a região serrana do Estado do Rio de Janeiro, abriga em seu nome uma homenagem à Imperatriz Teresa Cristina, mulher do Imperador D. Pedro II. A família imperial encantou-se com as belezas naturais e o clima desta região serrana, onde, em frequentes visitas e períodos de férias, descansava. As origens de Teresópolis datam da primeira metade do século XIX.

Em 6 de julho de 1891, através do decreto de nº 280 do então Governador Francisco Portela, a freguesia foi alçada à condição de município, passando a denominar-se Teresópolis, sendo desmembrado o seu território do município de Magé.

A cidade abriga a sede do Parque Nacional da Serra dos Órgãos, bem como grande parte do Parque Estadual dos Três Picos, o maior parque estadual do Rio de Janeiro. É uma cidade cercada por matas e por formações bastante conhecidas, como o Dedo de Deus, Pedra do Sino, Agulha do Diabo, Pedra da Tartaruga e Mulher de Pedra. Por suas formações montanhosas, a cidade é considerada a capital nacional do montanhismo. A 910 metros de altura é a cidade mais alta do estado e seu clima agradável atrai muitos turistas que desejam curtir o frio da serra carioca.

Para compreender melhor o processo de trabalho do enfermeiro no município é necessário, antes de tudo, conhecer como a região se divide e abriga sua população em diversos grupos culturais. Teresópolis está oficialmente subdividida em três distritos. São eles:

1º distrito: Teresópolis — Centro e bairros adjacentes. Fazendo fronteira com o Município de Guapimirim, na BR 116, o município de Petrópolis é margeado pela RJ 495, que faz a ligação do Município com o distrito de Itaipava (Petrópolis) e o Município de Cachoeira de Macacu, através da mata do Jacarandá. É a região mais populosa e abriga o grande centro comercial, dispondo da maioria dos serviços públicos. É comum, neste território, uma imensa diversificação cultural, uma vez que a proximidade entre os habitantes

é inevitável, dada a falta de áreas próprias para a construção de novas moradias.

2º distrito: Vale do Paquequer — Faz divisa com o município de São José do Vale do Rio Preto e Sumidouro. Esta é a região mais dependente do 1º Distrito. Ali faltam infraestrutura, serviços de saúde e educacionais. Isso faz com que sua população precise recorrer à parte central do município de Teresópolis em busca de atendimento nas áreas de saúde e educação. A única fonte de sustento é a pouca produção agrícola e o trabalho em uma cervejaria que fica na localidade de Água Quente, cortada pela BR 116 e que liga o estado do Rio de Janeiro a Minas Gerais. Esta região sofre com a circulação de um grande número de veículos vindo do Rio de Janeiro em direção ao nordeste do Brasil.

3º distrito: Vale de Bonsucesso — Faz divisa com o município de Nova Friburgo pela RJ 135. É conhecido também como cinturão verde e vem a ser um importante produtor de hortaliças para todo o estado do RJ. Essa região distrital tem condições favoráveis ao desenvolvimento populacional, através de infraestrutura comercial. No campo educacional, oferece à comunidade local o ensino fundamental até o ensino médio. Já com relação aos serviços de saúde, há, no distrito, uma lacuna entre a oferta e a procura. Por isso, é necessário recorrer ao 1º distrito para obter atendimento especializado.

Teresópolis, atualmente, é formada por 60 bairros oficiais, além de inúmeros loteamentos, como Vale Feliz, que não é considerado um bairro. Os bairros mais populosos são São Pedro; Meudon; Alto e Várzea.

O município tem como sua principal fonte econômica a produção de hortaliças que sustentam várias famílias do segundo distrito (Vale do Paquequer) e do terceiro distrito (Vale do Bonsucesso). A cidade faz parte do cinturão verde do Estado do Rio de Janeiro, região responsável pela produção da maior parte dos hortigranjeiros consumidos no estado.

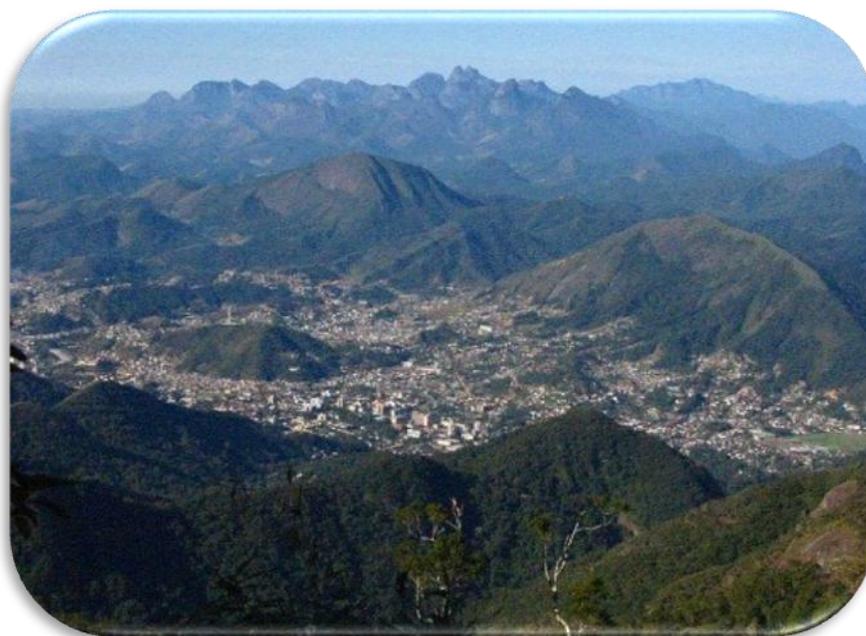
A cidade tem ainda vocação turística, possui comércio diversificado e setor hoteleiro muito desenvolvido. Além disso, abriga uma das maiores feiras de artesanato a céu aberto do Brasil. Trata-se da Feirinha de Teresópolis ou Feirinha do Alto, que contém diversos produtos da moda feminina, infantil, móveis, uniformes, potes, bijouterias etc.

No passado, Teresópolis foi detentora de um grande potencial na produção de *jeans*, até que a fábrica textil Sudantex faliu. Hoje, o município

conta com uma cervejaria no 2º distrito e um pólo industrial no 1º distrito, no bairro do Meudon, que é o 2º mais populoso.

A população de Teresópolis, segundo o IBGE (2010), é de 163.805 habitantes, e isso faz do município o 19º mais populoso do estado do Rio de Janeiro. A cidade reúne um grande número de favelas e a maior parte dos seus habitantes mora em áreas de risco, tanto nos morros quanto nos vales. As cadeias de montanhas que cercam a cidade, dominadas pela Serra dos Órgãos, fazem com que a parte central forme um imenso vale cortado pelo rio Paquequer.

Uma das maiores preocupações para seus munícipes, que sonham com uma cidade melhor, é a herança perpetuada pela família real e que até os dias atuais permanece: o sentimento de posse imposto por uma minoria. Desta forma, tornam-se inviáveis a implantação de políticas públicas de saúde, educação, habitação e desenvolvimento sustentável. Isso faz com que a cidade padeça numa relação em que o bem privado prevalece em detrimento do bem público.



Fonte: Foto do Portal-Terê

Fotografia da região do 1º distrito denominando distrito de Teresópolis, tirada do Parque nacional da Serra dos Órgãos. A foto mostra o 1º distrito

cercado pelas montanhas da Serra dos órgãos em primeiro plano e as montanhas do parque Estadual dos Três Picos ao fundo.

3.1 A tragédia na região serrana do Rio de Janeiro

Em Janeiro de 2011, esta bela cidade serrana e os Municípios de Nova Friburgo, Petrópolis, Bom Jardim, e Sumidouro foram palco da maior tragédia climática acontecida no território brasileiro, com grande número de mortos e desaparecidos. São José do Vale do Rio Preto, outro município próximo a Teresópolis, também foi castigado pela tragédia de 12 de janeiro de 2011, causada principalmente pelas águas vindas do rio Paquequer.

Alguns bairros foram fortemente atingidos. No terceiro distrito, o Bairro de Vieira, que faz divisa com Nova Friburgo, foi o mais castigado, já que a economia da área é baseada na produção de hortaliças. Como esta atividade produtiva emprega a maioria dos homens da região e eles permanecem a maior parte do tempo em seus lares – perto dos locais de trabalho – o número elevado de mortes na região repercutiu muito na imprensa. E o município do Rio de Janeiro, o maior cliente das hortaliças, parou de comprar temendo a contaminação dos alimentos. Isso aumentou o desemprego e levou os homens a procurarem o sustento em outros lugares, afastando-os de seus lares e familiares. O que a imprensa não divulgou foi que nem toda a área do bairro Vieira foi atingida e que aqueles trechos afetados tornaram-se improdutivos devido ao acúmulo de areia que inviabilizou as plantações.

Já no 1º e 2º Distritos, a principal forma de sustento das famílias é o emprego dos homens na construção civil. Infelizmente, após a tragédia o investimento nas novas construções vem caindo a cada dia e obrigando alguns chefes de famílias a abandonarem seus lares em busca de trabalho em outros municípios.

Fotos do bairro de Campo Grande
Antes da Tragédia



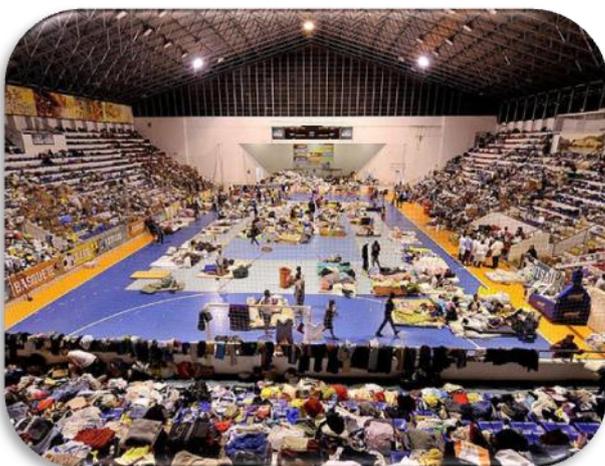
Imagem Star One Feso

Fotos do bairro de Campo Grande
Após a tragédia



Arquivo próprio

Estas imagens mostram que não houve só uma mudança física na região. Elas indicam que a tragédia pode representar uma mudança no comportamento social da população atingida.



Autorizada

Fotos Padrão Água

Grupo de apoio às vitima da tragédia

Esta imagem mostra a ocupação do Ginásio Poliesportivo pelos desabrigados, que permaneceram por 10 dias neste local até que pudessem ser removidos para outros abrigos em bairros não atingidos

Abrigo das Bebidas Comary



Foto do local que abrigou o maior número de pessoas. A população dos três distritos atingidos foi alojada neste mesmo espaço, onde crianças, adolescentes e idosos partilharam valores distintos.

Autorizada

CAPÍTULO 4

ABORDAGEM METODOLÓGICA O MÉTODO DE PESQUISA DA TEORIA DO CUIDADO CULTURAL

Para atender aos objetivos da Teoria do Cuidado Cultural, Leininger desenvolveu um método de pesquisa qualitativo para ajudar as enfermeiras, sistematicamente, a documentar e compreender o significado das experiências de vida diária relacionadas ao cuidado humano, saúde e bem-estar em diferentes e semelhantes contextos do ambiente (LEININGER e MCFARLAND, 2006, p.47).

Nos últimos anos da década de 1950, Leininger concebeu a ideia dos “capacitadores” (*enablers*) como meio de explicar, provar, ou descobrir os fenômenos em profundidade que pareciam tão complexos, evasivos e ambíguos como o cuidado humano.

A ideia da criação dos capacitadores, também chamados de facilitadores, possibilita aos informantes dividir suas ideias de modo natural. Essa estratégia permite o partilhamento de seus valores e modos de vida, tornando possível explicar a cultura e o cuidado cultural. (LEININGER e McFARLAND, 2006, p.58)

Leininger criou seis capacitadores e destaca que estes não são ferramentas ou escalas, mas formas (meios) de analisar as principais tendências da teoria e do domínio da inquirição. Aqui no caso, o estudo da gravidez na adolescência, o pesquisador encoraja os informantes a *contar suas histórias* de suas experiências de vida. (LEININGER e McFARLAND, 2002)

Os seis principais capacitadores designados para facilitar os dados de etnoenfermagem são:

1. O Capacitador (Modelo) de Sunrise. Este capacitador é usado como o guia principal do estudo para explorar as influências múltiplas e compreensivas sobre o cuidado e a cultura.
2. Capacitador Observação – Participação – Reflexão. Este capacitador orienta o pesquisador a obter informações focalizadas dos informantes em seus ambientes familiar e natural de vida ou de trabalho. O pesquisador gradualmente move-se da observação a fase de

participação e ainda mais tarde a completa reflexão e confirmação dos dados coletados com os informantes.

3. Capacitador do Domínio de Inquirição do Pesquisador (*Domain of Inquiry*) (DOI). Mais importante, os pesquisadores e designado para cobrir cada aspecto (palavras ou ideias) estabelecidas no DOI, focalizando primariamente nos principais ganchos dos pesquisadores e nos interesses gerais sobre cuidado e cultura.
4. Capacitador de Estranho a Amigo Confiável. Este capacitador foi desenvolvido pela teórica enquanto ela trabalhava ao redor do mundo, em ambas as culturas ocidental e não-ocidental. Ele pode, portanto, prover alta confiabilidade e confirmação com os informantes, enquanto o pesquisador cuidadosamente move-se de um papel de estranho para um amigo de confiança.
5. Capacitador Etnodemográfico. Este capacitador é utilizado como um guia para extrair os dados gerais etnográficos sobre os informantes-chave com respeito ao seu ambiente, história e fatores relacionados. Os fatores etnodemográficos incluem os fatores sociais e culturais, orientação étnica, gênero e locações geográficas onde os informantes estão vivendo ou tem vivido. Os dados familiares, a área geográfica, e os fatores gerais ambientais tais como suprimento de água, edifícios e outros fatores podem ser incluídos. Este capacitador, geralmente, é usado durante as entrevistas com os informantes-chave e os gerais, enquanto eles falam com seus interlocutores sobre as origens de suas famílias, história geral, atual ou passado, modos de viver e trabalhar, o ambiente. A história presente e passada história são parte dos dados obtidos durante as entrevistas abertas e fechadas.
6. Capacitador da Aculturação, também chamado de História de Vida de Cuidado à Saúde. O objetivo deste capacitador tem sido identificar a extensão pela qual os informantes são mais tradicionalmente ou não-tradicionalmente orientados pela sua cultura. Pode ser chamado também de entrevista com uma única pergunta: *Conte-me sobre* precisa ser cuidadosamente utilizado, a fim de acessar completamente a aculturação e os padrões de estilo de vida dos informantes. (LEININGER e McFARLAND, 2002, 2006)

Neste estudo foram utilizados dois capacitadores: Modelo de Sunrise (1º nível) utilizando o questionário sócio-econômico-cultural e capacitador de aculturação (História de Vida de Cuidado à Saúde). Eles serão descritos no item instrumentos de coleta de dados.

4.1 Cenário do Estudo

A pesquisa foi realizada em uma Unidade Secundária de Saúde, o Centro Materno Infantil (CMI), localizado no Município de Teresópolis, Estado do Rio de Janeiro. Esta Unidade foi reestruturada em dezembro de 2008, oferecendo condições necessárias para dar atendimento com qualidade às gestantes, com amplos consultórios e salas de reuniões. A equipe profissional é composta por enfermeiros, médicos obstetras e pediatras, nutricionistas e assistente social. O espaço é campo de prática do Curso de Enfermagem do Centro Universitário Serra dos Órgãos (UNIFESO).

A filosofia de trabalho desta Unidade é a integração multiprofissional que acolhe a mulher em idade fértil em consultas ginecológica, consulta de pré-natal e puerpério. É também uma unidade de referência para gestação na adolescência.

4.2 Aspectos Ético-Legais

O estudo atendeu aos aspectos éticos e legais regidos pela Resolução de 196/96 (Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos, 1996). As depoentes da pesquisa foram identificadas por codinomes para que seu anonimato fosse mantido e tiveram a liberdade para abandonar a pesquisa em qualquer momento sem que houvesse qualquer penalidade. Todo material será guardado por 05 anos, sendo descartado após este período, de forma que não possa ser reutilizado por outro pesquisador. Foi solicitada autorização da Unidade Saúde e, posteriormente, o Projeto de Pesquisa foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da UNIRIO, sendo aprovado sem ressalvas sob o parecer nº 232 (Anexo 1).

4.3 As Depoentes

As depoentes do estudo foram 17 (dezesete) mulheres que foram gestantes na adolescência e que acompanhavam suas filhas adolescentes na consulta de pré-natal.

Antes da realização das entrevistas, foi feita a primeira aproximação na ocasião do acompanhamento das mães das adolescentes que compareceram na consulta de pré-natal da filha. Elas (as mães) foram convidadas a participar da pesquisa e foram esclarecidas sobre os objetivos do levantamento. Posteriormente, foi realizado um agendamento na própria Unidade de Saúde.

Todas assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 1). O período de coleta foi de dezembro de 2010 a abril de 2011.

4.4 Critérios de Inclusão

Para este estudo traçamos, como critérios de inclusão, mulheres de qualquer faixa etária, que foram gestantes na adolescência e que acompanhavam suas filhas adolescentes gestantes nas consultas de pré-natal.

4.5 Instrumento de Coleta de Dados

1) O Capacitador (Modelo) de Sunrise (Questionário sócio-econômico-cultural):

Foi elaborado para atender especificamente ao primeiro nível do Modelo de Sunrise de Leininger. A finalidade foi identificar as dimensões da estrutura cultural e social para trabalhar a identificação dos sete fatores: tecnológicos, religiosos e filosóficos, companheirismo e sociais, políticos e legais, econômicos e educacionais (Apêndice 2).



Fonte: Leininger, M. (1991)

Para conhecermos as dimensões da estrutura cultural e social e a influência da gravidez na adolescência de mulheres em relação a gravidez de suas filhas adolescentes, utilizamos o primeiro nível do Modelo de Sunrise, construído por Madeleine Leininger (LEININGER & MCFARLAND, 2002, 2006).

Essa ferramenta funciona de forma articulada, tornando-se, assim, um facilitador para trabalhar com os diversos fatores de maneira interrelacional. São sete os fatores utilizados por Madeleine Leininger: Tecnológicos, Políticos e Legais, Religiosos e Filosóficos, Educacionais, Valores Culturais e Modos de Vida, Companheirismo e Sociais e Econômicos. Este modelo também nos ajuda a conhecer e melhor compreender de maneira inter-relacional, ajudando-nos a conhecer e melhor compreender a história de vida das mulheres.

O cuidado, na perspectiva de Leininger, deve considerar a integralidade, a totalidade e a perspectiva holística da vida, presentes em fatores sociais e culturais, expressos na linguagem e modelos populares e profissionais de saúde. Para tanto, sustentam Teixeira e Ferreira, é imprescindível, às ações, conhecer a cultura dos clientes, acedendo à interpretação do significado do cuidado e experiência de grupos culturais diversos. “Assim é possível diminuir o distanciamento entre o profissional e o cliente, no sentido de melhorar a adaptação e aceitação das recomendações profissionais” (TEIXEIRA e FERREIRA, 2010).

A partir do questionário sócio-econômico-cultural, foi elaborada a caracterização das depoentes para facilitar a compreensão do leitor. Foram construídos 07 quadros aqui apresentados e discutidos no capítulo análise dos dados. No quadro I, é apresentada a caracterização das 17 mulheres entrevistadas. Nos quadros II a VII, são apresentados dados referentes aos fatores da estrutura cultural e social (Modelo de Sunrise), permeando os fatores tecnológicos, de religião e filosofia, companheirismo e social, modo de vida, econômicos e educacionais.

A partir da análise temática das entrevistas (que será descrita a seguir) observou-se que dentre os sete fatores, do modelo de Sunrise, os que se destacaram neste estudo foram: econômico, educacional, companheirismo e social. Mais adiante eles serão discutidos com maior profundidade.

2) Capacitador História de Vida de Cuidado à Saúde:

O Capacitador História de Vida (*Life History*) de Cuidado à Saúde é um guia para obter dados longitudinais de informantes selecionados de “suas experiências de vida”. O enfoque é centrado no cuidado e cuidar (ou aspectos relacionados à enfermagem), nos sistemas de saúde profissionais e populares, no domicílio ou nas instituições. As histórias de vida têm sido de grande valia em antropologia. Para Leininger e McFarland (2006, p.69), as enfermeiras agora estão aprendendo como usar as histórias de vida em pesquisas e atrelar as práticas de enfermagem e de cuidado à saúde.

Este capacitador foi designado para obter um registro completo e sistemático dos informantes sobre seu cuidado saudável, ou menos saudável, modos de vida e como as crenças e práticas do cuidado influenciaram no seu bem-estar. Dados ricos e detalhados têm sido obtidos com respeito ao cuidado humano e aos valores de saúde, expressões e significados. Os enfermeiros pesquisadores que usam o método de etnoenfermagem são estimulados a usar este capacitador para destacar critérios históricos sobre os valores de cuidado à saúde e práticas. Notadamente aqueles relativos aos padrões e práticas de cuidado genérico e profissional através do ciclo da vida.

Para a realização deste capacitador, utiliza-se a entrevista aberta do tipo “Conte-me sobre (domínio de inquirição)” (LEININGER & MCFARLAND, 2006, p.28).

De acordo com Bertaux, a entrevista aberta “deve ser uma combinação de escuta atenta e questionamento porque o sujeito não relata simplesmente a sua vida, ele reflete sobre a mesma, enquanto conta”. (BERTAUX, 2010). Essa ferramenta é adequada ao método história de vida, pois permite obter informações na essência subjetiva da vida de uma pessoa. E isso vai ao encontro do objeto de estudo.

Nesta pesquisa foi utilizada a entrevista aberta com uma única pergunta: Fale-me sobre a sua vida e o que tenha relação com a sua gravidez na adolescência e a gravidez da sua filha adolescente.

As entrevistas foram gravadas em MP3 e posteriormente transcritas na íntegra para posterior análise.

4.6 Análise dos dados

A análise dos depoimentos foi fundamentada na Análise de Dados de Etnoenfermagem. Segundo Leininger & McFarland (2006), esta é uma análise sistemática, profunda e rigorosa da pesquisa qualitativa, dividida em quatro fases:

Fase I - Coleta, Descrição e Documentação de Matéria Prima. O pesquisador coleta, descreve, registra e começa a analisar os dados relativos aos objetivos, domínio de inquirição ou das questões em estudo;

Fase II - Identificação e Categorização de Narradores e Componentes. Os dados são codificados e classificados de acordo com o domínio da inquirição e, às vezes, as questões em estudo;

Fase III - Padrão e Análise Contextual. Os dados são escrutinados para descobrir a saturação de ideias e os padrões recorrentes de significados semelhantes ou diferentes, expressões, formas estruturais, interpretações, ou explanação de dados relativos ao domínio da inquirição. Os dados são também examinados para mostrar a padronização com respeito aos significados no contexto e junto com outros dados confiáveis e de confirmação, realizando, assim, uma recodificação;

Fase IV - Temas principais, resultados de Pesquisas, Formulações Teóricas e Recomendações. Esta é a mais alta fase de análise de dados, sínteses e interpretação. Requer a síntese de pensamento, análise da configuração,

resultados de interpretação e formulação criativa de dados das fases anteriores. A tarefa do pesquisador é abstrair e confirmar os principais temas, resultados de pesquisas, recomendações e, às vezes, fazer novas formulações teóricas. (LEININGER E MCFARLAND, 2006)

O processo sistemático de análise de dados foi extremamente detalhado e rigoroso, pois só assim é possível entender os dados e reverter em resultados e conclusões. O detalhamento e o rigor são essenciais na procura pelos critérios da análise qualitativa, mostrando como o pesquisador encontrou os critérios de credibilidade, padronização recorrente, confirmação, significado no contexto, e outros critérios do estudo qualitativo (LEININGER & MCFARLAND, 2006).

Na primeira fase desta etapa da pesquisa, foi realizada a leitura e releitura, descrição e documentação de toda a matéria prima, para dar início à análise dos dados de acordo com o domínio da inquirição, questão norteadora e objetivo do estudo. Foi utilizada, nesta fase, a técnica de recorte e colagem. Após a leitura prévia de todas as entrevistas impressas, todo o material foi lido e relido, sendo anotado a lápis, nas laterais das falas, as primeiras impressões do pesquisador.

Em seguida, na segunda fase, onde ocorre a identificação e categorização de narradores e componentes, os dados foram codificados e classificados de acordo com o domínio da inquirição (gravidez na adolescência). Neste estágio, o pesquisador identifica as “categorias” dos primeiros dados na Fase I. Na prática, as entrevistas foram separadas por temas, e nestes, foi atribuído um título principal para representá-los.

Na terceira fase, realizou-se a análise contextual, que aconteceu na terceira leitura, onde os dados foram escrutinados para descobrir a saturação de ideias e os padrões recorrentes de significados semelhantes ou diferentes, expressões, formas estruturais, interpretações, ou explanação de dados relativos ao domínio da inquirição. Assim, foram captadas as falas com os temas em comum, filtradas e reunidas por aproximação numa mesma unidade temática, em uma folha A4.

Na última e mais alta fase da análise de dados, síntese e interpretação, foi realizada uma síntese de pensamento para confirmar os principais temas encontrados. Em todos os estágios, os resultados de pesquisa da análise dos

dados podem ser transportados de volta, a cada fase e aos dados estabelecidos na primeira fase, para confirmar e conferir os resultados em cada fase. Realizou-se, por fim, nesta fase, a CODIFICAÇÃO e assim emergiram 11 UNIDADES TEMÁTICAS, a saber:

- 1- Eu converso com minha filha sobre gravidez
- 2- Fragilidade das relações familiares
- 3- Dificuldade para criar os filhos (mãe e filha)
- 4- Abandono dos estudos (mãe e filha)
- 5- Descrição das condições socioeconômicas e cultural
- 6- Violência (intrafamiliar, infantil e contra a mulher)
- 7- Dificuldade para regulação da fertilidade
- 8- Motivos para engravidar (mãe e filha)
- 9- Transgeracionalidade da gravidez na adolescência
- 10- Ausência/abandono do parceiro
- 11- Poder judiciário / conselho tutelar / perda da guarda dos filhos

Após a codificação, foi realizada uma nova leitura das entrevistas na íntegra. Elas foram comparadas com as unidades temáticas de maneira que fosse identificada a possibilidade de se descobrir novos temas e a forma de realizar os agrupamentos. Após esse exercício, foram feitos 3 AGRUPAMENTOS que são chamados de RE-CODIFICAÇÃO.

1º agrupamento: Gravidez / Transgeracionalidade

Eu converso com minha filha sobre gravidez.

Dificuldade para regulação da fertilidade

Motivos para engravidar

Transgeracionalidade da gravidez na adolescência.

2º agrupamento: Família / Violência familiar

Fragilidade das relações familiares.

Violência familiar

Ausência/abandono do parceiro.

3º agrupamento: Fatores sociais e culturais

Dificuldade para criar os filhos.

Abandono dos estudos (mãe e filha).

Descrição das condições socioeconômicas e cultural

Poder judiciário / conselho tutelar / perda da guarda dos filhos.

Após o agrupamento foi realizada nova leitura e, assim, construída a SÍNTESE que originou uma categoria analítica: Os fatores sociais e culturais que influenciam na vida de mães e filhas que engravidaram na adolescência.

CAPÍTULO 5

ANÁLISE DOS DADOS

OS FATORES SOCIAIS E CULTURAIS QUE INFLUENCIAM NA VIDA DE MÃES E FILHAS QUE ENGRAVIDARAM NA ADOLESCÊNCIA

A trajetória de aproximação com o objeto de estudo deu-se por meio da leitura dos discursos das depoentes. O agrupamento de seus discursos em uma categoria analítica forneceu elementos para o entendimento da gravidez na adolescência.

A partir do questionário sócio-econômico-cultural, foi elaborada a caracterização das depoentes para facilitar a compreensão do leitor. Foram elaborados, assim, 07 quadros que são apresentados e discutidos neste capítulo. No quadro I é apresentada a caracterização das 17 mulheres entrevistadas. Nos quadros II a VII são apresentados dados referentes aos fatores da estrutura cultural e social (Modelo de Sunrise), permeando os fatores tecnológicos, de religião e filosofia, companheirismo e social, modo de vida, econômicos e educacionais.

Quadro I: Identificação das depoentes, acesso método contraceptivo e serviços de saúde

Codiname	Idade atual	Idade da 1ª gestação	Nº de gestação	Idade de cada filho	Acesso a método contraceptivo	Acesso ao serviço de saúde
Beth	39 anos	15 anos	05 filhos	25, 23, 17, 12, e 04 anos	Não	Sim
Cisa	45 anos	16 anos	05 filhos	25, 24, 24 (gemelares), 20 e 17 anos	Não	Não
Claudia	34 anos	19 anos	11 filhos	17,15,13,11,10,08,06, 05, 03, 02 e 1 ano	Laqueadura	Sim
Déia	36 anos	17 anos	02 filhos	18 e 11 anos	Pílula	Sim

Isabel	38 anos	18 anos	06 filhos + 01 aborto	19, 17, 16, 13, 10 e 07 anos	Não	Às vezes
Margarida	40 anos	18 anos	02 filhos + 01 aborto	20 e 18 anos	Pílula	Tem dificuldade
Nenê	40 anos	15 anos	07 filhos	25, 22, 20, 16, 15, 13 e 04 anos.	Pílula	Não
Preta	43 anos	14 anos	04 filhos	25, 22, 18 e 14 anos.	Pílula	Não
Quinha	38 anos	17 anos	07 filhos	23, 21, 17, 14, 10, 08 e 05 anos.	Às vezes	Às vezes
Rosa	34 anos	16 anos	02 filhos	17 e 13 anos	Não	Sim
Tê	34 anos	16 anos	06 filhos	18, 18, 15, 11, 07, 03 anos	Não	Sim
Tia Su	45 anos	18 anos	04 filhos	26, 22, 20, e 18 anos	Não	Dificuldade no acesso
Tuca	43 anos	17 anos	06 filhos	28, 26, 22, 21, 17 e 14 anos.	Não	Não procura
Vê	36 anos	17 anos	02 filhos	18 e 14 anos	Pílula	Sim
Vera	42 anos	17 anos	08 filhos	23, 22, 21, 19, 17, 16, 10 e 08 anos.	Laqueadura	Sim
Vica	32 anos	15 anos	03 filhos	16, 15 e 13 anos.	Não	Não
Zica	51 anos	18 anos	04 filhos + 01 aborto	32, 27, 22 e 19 anos.	Não	Não. É diabética e não trata

Fonte: Questionário sócio-econômico-cultural, 2010-2011, Teresópolis/RJ.

A idade das mulheres que participaram do estudo variou entre 32 e 51 anos. A média foi de 39 anos. Elas tiveram seu primeiro filho na adolescência, entre 14 e 19 anos. As pesquisadas têm entre 02 e 11 filhos, sendo que três sofreram aborto e uma teve gestação gemelar. São mulheres ainda jovens que já são

avós e suas filhas repetiram suas histórias de vida engravidando na adolescência.

Depreende-se por meio das entrevistas que o fenômeno da gravidez na adolescência perpassa as gerações. Os depoimentos aqui reproduzidos ilustram bem o tema:

Quando eu engravidei aos 17 anos eu estava morando com o pai da criança; depois que eu tive a criança eu me separei dele. (Nenê 40 anos)

Minha família é muito grande, meu irmão é pai de 05, sendo dois falecidos; a mais velha é mãe de 05, somos no total 06 irmãos; só uma que ficou solteira. Minha mãe teve 06 filhos fora os abortos, que foram muitos abortos; eu tive dois que nasceram vivos com saúde, mas morreram. Agora eu vou ter a 1ª neta. (Vera 42 anos)

Eu tinha 04 irmãos, só que 01 faleceu quando eu era novinha. Minha mãe teve 04 filhos e eu tive 06 filhos. Minha filha mais velha (28 anos) tem 01, a outra 03 (26 anos) e essa aqui (14 anos) é o primeiro. (Tuca 43 anos).

Minha mãe teve 07 filhos, mas naquela época era fácil de comprar as coisas, hoje é muito difícil, minha filha vai ser mãe e a outra já tem um filhinho. (Beth 39 anos)

Eu morava com minha mãe, depois fiquei grávida e fui morar com o pai da minha filha; não tem nada de especial. Eu tinha 10 irmãos e na minha casa a relação era muito bom, meu pai faleceu, mas ele era uma pessoa muito boa. (Zica 51 anos)

A gestação é um rito de passagem entre a fase da adolescência para a vida adulta. É um processo de transição durante o qual as depoentes receberam de suas mães a influência dos fatores sociais e culturais para que este fenômeno, ocorrido com elas, fosse, como foi, repassado para suas filhas.

Como já foi dito aqui, a adolescência é uma fase de transições entre a infância e a idade adulta marcada por conflitos determinados por inúmeras transformações, biológicas, psicológicas e sociais. (BRASIL 2006)

As falas das depoentes Quinha e Vê demonstram claramente que a maternidade na adolescência é uma herança herdada por estas mulheres e perpetuada na vida das filhas.

Eu sou igual a minha mãe, parideira, tenho 07 filhos. Acho que não tinha juízo, engravidava muito. Todos os filhos são do meu ex-marido, só a menina de 17 anos que não é. (Quinha, 40 anos)

Eu tive minha filha com 17 anos, engravidei com 16 anos, já morava com meu marido, minha filha está grávida. (Vê 36 anos)

O fenômeno da transmissão familiar, definido como transgeracionalidade, e a diversidade de padrões familiares se repetem de uma geração a outra, mesmo que as pessoas envolvidas não percebam. Segundo Wagner, este padrão é definido a partir dos legados, valores, crenças, segredos, ritos e mitos que se perpetuam e fazem parte da história familiar. (WAGNER, 2005)

Na nossa sociedade, as avós são mulheres que já cumpriram seu papel materno. Nas entrevistas, no entanto, fica claro que as filhas adolescentes permaneceram nos seus lares ou moram no mesmo quintal da mãe. E as avós maternas, por sua vez, participam ativamente da criação dos seus netos. O fenômeno pode ser observado na fala de Tê, que, a exemplo da filha, está grávida:

Eu dou apoio a minha filha, porque eu sei o que é engravidar. Eu e ela estamos grávidas, eu estou de 07 meses e ela está com 05 meses de gravidez. Mas, eu já estou acostumada a viver com muita gente, na casa da minha mãe tinha seis filhos e só eu que casei. (Tê 34 anos)

O diálogo franco entre a mãe e a filha favorece o vínculo familiar e ajuda na construção da identidade pessoal. Uma escuta sem preconceito ou julgamento, permite que os pais conheçam o universo que envolve a vida do adolescente. E a interação, obtida através das conversas no seio familiar, produz mudanças estruturais no processo de identificação do adolescente.

Durante o depoimento das mães, que invariavelmente alegaram sempre conversar com suas filhas, observamos, na verdade, que o diálogo era mais uma imposição ao modo de vida da adolescente do que, propriamente, uma conversa aberta com relação à gravidez na adolescência.

Converso muito com ela, mas às vezes ela tem a cabeça dura. Por isso às vezes nós brigamos e discutimos. Quando eu falo que não queria o bebê agora, ela fica de cara feia. Já briguei e chorei, mas agora não tem jeito, é só trabalhar e ajudar. (Vica 32 anos)

Todo adolescente tem a necessidade de estabelecer canais de conversas e de interação. Quando isto não é possível no ambiente familiar, muitos jovens acabam recorrendo ao meio social em que vivem. Nesses casos, o interlocutor é um amigo da escola, a igreja ou um vizinho. Isso dificulta a aproximação com seus familiares e expõe suas fragilidades, pois alguns grupos não garantem a privacidade e a confiabilidade dos assuntos tratados.

Desde os oito anos de idade eu não tive mais controle sobre minha filha; ela frequentava festinha, ela ia para casas das amigas dela, as amigas iam para minha casa, ela frequentou boates da cidade e ficava dois ou três dias na casa das amigas (Vera 42 anos)

É muito comum que os adolescentes se afastem de seus familiares, na mesma proporção em que se aproximam de seus pares. Esta atitude é adotada porque eles se acham incompreendidos no seu núcleo familiar e também nos inúmeros conflitos internos e externos que vivenciam. Para o adolescente, só o seu grupo de iguais é capaz de compreendê-los e é só ali que ele pode conversar sem tabus sobre a sua sexualidade e o sexo. O problema é que, em geral, as informações trocadas nestes grupos se dão de forma equivocada, e essa desinformação acaba por colocá-los em situação de risco. O depoimento de Quinha confirma a tese:

Eu conversava com ela que agora é diferente, que agora tem injeção, ela vai tomar injeção para não ficar mais grávida. Porque antes de engravidar eu falei muito com ela pra não engravidar, porque ela era menor de idade, mas ela não me respeitou. (Quinha 45 anos)

Por outro lado, Tia Su, em sua fala, se reporta a sua mãe, com quem não mantinha nenhum diálogo relacionado à prevenção da gravidez. Ela, no entanto, destacou, em seu depoimento, a importância de orientar a filha quanto ao peso da maternidade na adolescência.

Quando eu engravidei, eu não tinha noção das coisas, ela não, eu expliquei como era a vida. A minha mãe nunca me deu uma explicação do que era a vida. (Tia Su 45 anos)

A influência dos exemplos dos pais, na verdade, é mais forte do que as palavras tentam ensinar. Essa tendência de viver as experiências do grupo de pares leva muitos adolescentes e jovens a assumirem comportamentos para os quais não só não estão despreparados, mas onde nunca deveriam pisar – por exemplo o mundo das drogas, a criminalidade e o início precoce da atividade sexual. Cabe destacar que este estudo foi realizado na região serrana do Rio de Janeiro. Ali, muitas das famílias são tradicionais e não aceitam a gravidez na adolescência, mesmo que a sua história de vida seja a mesma de suas filhas.

Wagner utiliza uma interessante metáfora para ilustrar esses conflitos. E acordo com ele, a tentativa de rejeição do padrão familiar de origem, em muitos casos, se dá pela busca do modelo oposto. “Assim, seria como se encontrar com o outro lado da mesma moeda e, inevitavelmente, o sujeito passa a sofrer consequências semelhantes àquelas do padrão vivenciado na família de origem” (WAGNER, 2005).

O início da atividade sexual está intimamente relacionado ao contexto familiar. Os adolescentes que iniciam a vida sexual precocemente e engravidam, na maioria das vezes, tem o mesmo histórico dos pais. A queda dos comportamentos conservadores, a liberdade idealizada e o hábito de “ficar” em encontros eventuais são alguns fatores que contribuem com isso. Por outro lado, a não utilização de métodos contraceptivos, embora haja distribuição gratuita pelos órgãos de saúde públicos (seja por desconhecimento ou por tentativa de esconder dos pais a vida sexual ativa), fazem com que, a cada dia, a atividade sexual infantil e juvenil cresça e, conseqüentemente, haja um aumento do número de gravidez na adolescência. (BRASIL, 2005)

Durante a entrevista com as mães que foram gestantes adolescentes e que acompanharam suas filhas adolescentes na consulta de pré-natal percebemos um grande distanciamento cultural e social. Essa distância dificulta a compreensão sobre algumas atitudes tomadas pela adolescente.

Os dados do Quadro I – Caracterização das Depoentes evidenciam que as avós, que foram mães adolescentes, à sua época não tiveram condições e apoio dos familiares. Atualmente, elas dizem oferecer condições, apoio e orientações, mas suas filhas, no entanto, também engravidaram na adolescência. Não houve, portanto, prevenção, tampouco diálogo ou mesmo uma boa relação materno-filial, conforme indica o depoimento de Vica:

No caso da minha filha eu falei para ela não ir atrás das colegas e ela preferiu ir. Não ouviu, sempre conversei com ela. Não quis me ouvir. Me enganou muitas vezes e foi atrás das amigas para encontrar com o namorado, que ela está agora, foi aí que ela engravidou (Vica 32 anos)

Para a mãe, a conversa com sua filha se resume a contar sua própria trajetória de vida e dar conselhos para que sua filha possa seguir rumos diferentes. Já para a adolescente, a oportunidade de quebrar regras sociais estabelecidas por sua mãe ou mesmo transformá-las possibilita um marco transformador em sua vida.

Neste caso, a maternidade pode ser encarada de varias formas: ao mesmo tempo em que, muitas vezes, foi vangloriada e considerada como uma dádiva dos deuses, também pode ser utilizada como um instrumento de dominação, na medida em que a mulher-mãe fica aprisionada tanto no seu papel biológico, quanto no social da (criação). Foi esse fato, aliás, que determinou a posição das mulheres na esfera doméstica e tornou-se a base central para a divisão do trabalho por sexos (CRISCI, 1994; CHODOROW, 1990)

As consequências podem ser trágicas. Na expectativa de viver tudo rápido e de forma intensa, o adolescente termina por não refletir sobre suas ações, ficando exposto a uma gravidez não planejada e o aborto, infecções sexualmente transmissíveis e AIDS. (FONSECA, GOMES & TEIXEIRA, 2010)

Até mesmo na fala em que a depoente relata ter uma proximidade com a filha percebe-se o distanciamento em torno da abordagem da sexualidade.

Esse bloqueio reafirma o embate entre a realidade e o que essas mães-avós tiveram como experiência de vida. Neste ponto, portanto, evidencia-se a relação com a transgeracionalidade. Fica clara a perpetuação do modelo de diálogo que essas mulheres tiveram com suas mães.

Hoje eu sento com meus filhos e uso a minha própria história para conversar com eles, pois eu não escolhi a vida que passei. Com as meninas eu sempre conversei: vocês estão na fase da adolescência e vai chegar um dia em que vocês vão ter a vida de vocês, vão ter que usar camisinha, ter que tomar remédio; a mais velha, quando completou 14 anos, eu levei ao ginecologista para ver, a mesma coisa eu fiz com essa, procurava levar no médico para orientar. É mais difícil e complicado com o menino, porque ele é mais fechado e não conversa tanto sobre esse assunto, pois ele diz: a senhora é mulher, mas eu já disse para ele que na primeira vez tem que usar camisinha, tem que se prevenir, você nunca sai de casa sem levar camisinha, eu mesmo dou a camisinha. Sempre falei com aquela ali, você se prepara porque um dia você vai ter sua vida, pode acontecer em casa, pode não acontecer em casa, mas você sempre se previna. (Tia Su 45 anos)

Apesar de considerar que tem uma boa relação com os filhos - a que não tiveram com suas mães - o modo de vida delas demonstra o contrário.

Para a jovem é necessário que suas mães tenham uma percepção sobre as normas atuais à luz das quais a sociedade moderna se organiza. Porém, se a mãe não tem acesso à educação e à cultura ela(a mãe) pode ter dificuldade para superar o chamado choque de gerações.

Me deixa explicar: eu levei ao médico, foi tudo explicadinho a ela, que se ela tivesse relações sexuais sem se prevenir ela ia engravidar; mas acho que ela pensou, como eu pensei quando tinha a idade dela, ela achou que não ia acontecer com ela e aconteceu; e eu digo para ela que não deve se comparar com minha vida

porque ela teve tudo, mãe presente, pai presente, tudo que uma mãe e um pai podem dar demos pra ela; agora, na minha época não, eu não tinha minha mãe presente, pai presente (Rosa 34 anos)

É interessante salientar a contradição dos depoimentos maternos aqui transcritos. Tia Su utiliza sua história de vida como exemplo para os filhos. Já Rosa recomenda exatamente o contrário, ou seja, que as filhas não tenham sua história de vida como exemplo.

De acordo com os dados alinhavados no Quadro I – “Identificação das depoentes, acesso método contraceptivo e serviços de saúde”, 08 (47,05%) depoentes tem acesso a algum tipo de método e 09 (52,94%) não tem como regular sua fertilidade devido à indisponibilidade de aquisição dos métodos fornecidos pelas UBS ou PSF.

Eu explicava a minha filha que tanto filho atrapalha a gente, se eu tivesse um estudo antigamente que explicava, eu não teria filho nenhum. (Beth 39 anos)

Até 2007, o município de Teresópolis fazia regularmente a compra de métodos contraceptivos através da Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil (BEMFAM). Entretanto, devido a irregularidades apontadas pelo Ministério Público Estadual, a Secretária Municipal de Saúde de Teresópolis, conforme Ata da Reunião Ordinária, realizada no dia 1º de novembro de 2007, a compra foi suspensa, reduzindo, assim, a oferta dos métodos para população.

Quanto ao acesso ao serviço de saúde, garantido pela Lei 8080, de 1990, 07 (41,17%) entrevistadas utilizam a rede de saúde, 04 (23,52%) relatam dificuldades para conseguir consultas e atendimentos hospitalares e 06 (35,29%) não têm acesso aos serviços. Os dados vêm ao encontro da distribuição das unidades de saúde no território, onde algumas áreas não são cobertas por serviços de atenção básica. O Hospital das Clínicas de Teresópolis, antiga referência ambulatorial para a população, passou a atender, em 2010, somente as demandas referenciadas pela Unidade de Pronto Atendimento (UPA). Somente as gestantes têm acesso direto ao hospital, sem antes passar pela UPA. Após o parto, elas são encaminhadas

para o Centro Materno Infantil, tanto para o teste do pezinho quanto para consulta de puerpério.

Na opinião de Moscon (2010), o acesso da população aos serviços de saúde públicos tem uma série de condicionalidades, desde o costume de buscar os serviços clínicos da atenção básica até a alta complexidade. Outros obstáculos são as crenças religiosas ou os tratamentos caseiros; a auto-medicação; a disponibilidade de serviços e de transporte; referências às formas de atendimento dos profissionais. O leque de dificuldades inclui ainda as distâncias geográficas; as notícias vinculadas pela mídia em relação aos atendimentos públicos e privados; a propaganda da indústria médico-farmacêutica e a forma como a gestão local da saúde se apresenta para seus municípios.

Portanto, o acesso envolve um conjunto de elementos culturais, políticos e econômicos em relação aos serviços de saúde que, historicamente, vem sendo ofertados a uma população.

Sabe-se que pelo menos metade das gestações não são inicialmente planejadas, embora possam ser desejadas (BRASIL, 2005). No entanto, na nossa realidade, o não planejamento deve-se, como já foi citado aqui, a falta de orientação ou mesmo oportunidade para aquisição de um método anticoncepcional. E isso ocorre comumente com as adolescentes que, muitas vezes, não desejam dispor apenas da camisinha como método contraceptivo. É bom lembrar aqui que, ainda assim, o preservativo não é fornecido com a frequência necessária.

É necessária, portanto, a implementação da atenção em planejamento familiar, num contexto de escolha livre e informada, com incentivo à dupla proteção (prevenção da gravidez e do HIV e outras IST). A adoção dessa providência deve ocorrer não só nas consultas médicas e de enfermagem, mas também nas visitas domiciliares, durante as consultas de puericultura, puerpério e nas atividades de vacinação (BRASIL 2006). Essa necessidade está bem explicitada na fala de Beth e de Zica:

Hoje eu queria que, se pudessem, as garotas operasse; se eu pudesse pediria o médico para arrancar tudo, porque elas só olham para o prazer, quando diz camisinha elas dizem estourou, estourou nada, bota uma duas, três,

quatro, o que não pode é engravidar. Minha filha adotiva casou de véu e grinalda, tudo direitinho, tem tudo do bom e do melhor, não tem filho, isso que eu queria para minhas filhas. (Beth 39 anos)

Eu e ela sempre tivemos boa relação, quando ela começou a ter relações eu levei ela para o ginecologista, passou o remédio, mas aí depois ela quis engravidar, o marido dela é gente boa, ele trabalha de carteira assinada, é pintor e trabalha no Rio. (Zica 51 anos).

A baixa oferta dos serviços de saúde e a conseqüente falta dos métodos contraceptivos impedem que as mulheres tenham a oportunidade de regular sua fertilidade. Há tempos, o município de Teresópolis enfrenta enormes dificuldades com relação à saúde dos munícipes e a má gestão dos recursos destinados à saúde. Esse quadro se deve aos desvios de verbas públicas, obras irregulares, falta de um planejamento adequado nas atividades e serviços de saúde. A situação dificulta ainda o controle do sistema pelos profissionais capacitados.

Para Cecim (2007), o acesso das mulheres à anticoncepção disponível, na prática, não é fácil, principalmente no contexto do acesso aos serviços de saúde. E isso dificulta o planejamento da gravidez para a mulher e o casal

A fala de Claudia demonstra a preocupação da mãe com a sua filha adolescente mãe e a sua saúde reprodutiva. Já Vica recorda o desejo que teve de não engravidar:

Eu conversei com ela, depois que você ganhar esse bebê, você conversa com os médicos que estão te acompanhando, que eles vão ter que indicar o remédio. (Claudia 34 anos, 11 filhos)

Eu já falei com ela, que quando ganhar para procurar um médico e tomar o remédio, porque eu engravidei três vezes um atrás do outro, mas eu não tinha orientação, o que não fizeram por mim, eu quero fazer por ela. (Vica 32 anos, 3 filhos)

A fala de Tê, uma jovem avó de 34 anos, explicita o desejo de fazer a laqueadura tubária, o fato de ainda não ter conseguido e o risco de engravidar novamente:

Eu preciso operar urgentemente, porque não me dou bem com remédio e já tenho bastante filhos. (Tê 34 anos, 6 filhos)

Façanha assinala que a assistência em anticoncepção pressupõe a oferta de todas as alternativas de meios de contracepção, assim como o acompanhamento da adolescente referente ao método escolhido (FAÇANHA et al, 2004).

Existe uma notória insuficiência na oferta destes serviços, visto que algumas engravidaram mesmo adotando práticas de contracepção relatadas. O caso de Claudia é emblemático.

Eu sempre quis ter meus filhos, não a quantidade que tive, mais quando fiquei grávida da quarta menina tentei operar, mas eu não consegui, pois a médica falou que só iria me operar quando eu tivesse 10 filhos, eu falei tudo bem, tive 11. (Claudia 34 anos).

Há de se fazer aqui uma reflexão sobre o papel dos profissionais de saúde. O que leva uma médica a fazer esta afirmação? Que só realizaria a laqueadura com 10 filhos? Esse tipo de posicionamento é totalmente contrário à legislação vigente e revela falta de compromisso social.

A regulação do planejamento familiar no Brasil, por meio da Lei nº 9.263/96, foi uma conquista importante para as mulheres e homens no que diz respeito à afirmação dos direitos reprodutivos. Conforme o texto da lei, o planejamento familiar é entendido como um conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação, ou aumento da prole pela mulher, pelo homem, ou pelo casal. (BRASIL, 2006)

Atualmente, nas Unidades de Saúde de todo o Brasil, vinculadas ao Sistema Único de Saúde, a mulher que deseje a laqueadura tubária precisa passar por todas as etapas do planejamento familiar: escuta individual, grupos educativos de saúde sexual e reprodutiva, consulta médica. Só então, ela assina o termo de manifestação da vontade e confirmação desta manifestação livre da vontade pelo método cirúrgico. A declaração deve estar datada e

assinada com no mínimo 60 dias da data prevista para a realização do ato cirúrgico. Esse ritual, no entanto, não funciona como deveria. Ainda que a lei seja federal, elas peregrinam e não conseguem. Não raro são obrigadas a enfrentar filas de espera e acabam engravidando sem planejamento.

O planejamento familiar na realidade das depoentes deste estudo, portanto, não faz parte do elenco de ações preconizadas pelas políticas públicas de atenção à saúde da mulher, assim como as ações educativas, preventiva, de diagnóstico e tratamento das doenças sexualmente transmissíveis. Não é mais cabível que a percepção do problema se restrinja apenas ao aspecto reprodutivo, de peregrinação por um método contraceptivo e espera por uma laqueadura tubária, Nosso olhar sobre a questão deve necessariamente abranger as várias necessidades de saúde da mulher, do homem, do adolescente, da família e da sociedade. Tudo isso precisa ser reavaliado.

Para promover um estudo relacionado à Teoria do Cuidado Cultural é necessário levantar dados relacionados aos fatores da dimensão sociocultural sugeridos pelo Modelo de Sunrise. O primeiro fator a ser abordado é o tecnológico. Para observar a tecnologia de que dispõem as depoentes residentes no município de Teresópolis, região serrana do Estado do Rio de Janeiro, foi elaborado o Quadro II, a seguir:

Quadro II: Fatores Tecnológicos

Codiname	Possui água na residência	Forma de transporte
Beth	Sim	Ônibus
Cisa	Não	Ônibus
Claudia	Não	Ônibus
Déia	Sim	Ônibus
Isabel	Sim	Ônibus
Margarida	Sim	Ônibus
Nenê	Não	Ônibus
Preta	Não	Ônibus
Quinha	Não	Ônibus

Rosa	Sim	Carro
Tê	Não	Ônibus
Tia Su	Não	Ônibus
Tuca	Não	Ônibus
Vê	Sim	Moto
Vera	Sim	Ônibus
Vica	Não	Ônibus
Zica	Sim	Ônibus

Fonte: Questionário sócio-econômico-cultural, 2010-2011, Teresópolis/RJ.

*Todas depoentes tem acesso ao fornecimento de eletricidade na residência.

O município de Teresópolis tem um grande recurso hídrico ainda não contaminado e, por isso, muitas famílias não necessitam de abastecimento de água por rede encanada. Elas utilizam água de nascente, como é o caso de 09 (52,9%) entrevistadas. Todas as depoentes têm luz na residência e dispõem de eletrodomésticos. As televisões e fogões estão presentes nas casas de todas as entrevistadas, apesar de seu baixo poder aquisitivo (Quadro VI).

Das depoentes, 15 (88,2%) utilizam ônibus e duas (11,76%) referiram ter transporte próprio (carro e moto). Há uma grande deficiência, na cidade, de transporte público. Os meios disponíveis não atendem de forma satisfatória a maioria da população devido a um monopólio na gestão deste serviço.

Quadro III: Fatores Religião e Filosofia

Codiname	Qual religião que foi criada	Qual religião pratica agora
Beth	Nenhuma	Evangélica
Cisa	Cristã	Cristã
Claudia	Evangélica	Evangélica
Déia	Católica	Católica
Isabel	Católica	Evangélica
Margarida	Católica	Católica
Nenê	Evangélica	Evangélica

Preta	Evangélica	Nenhuma
Quinha	Batista	Batista
Rosa	Evangélica	Evangélica
Tê	Cristã	Cristã
Tia Su	Católica	Nenhuma
Tuca	Cristã	Cristã
Vê	Católica	Evangélica
Vera	Católica	Nenhuma
Vica	Nenhuma	Evangélica
Zica	Católica	Católica

Fonte: Questionário sócio-econômico-cultural, 2010-2011, Teresópolis/RJ.

O levantamento dos dados religiosos é extremamente importante para estudos focados na questão cultural. É que a religião influencia o modo das pessoas viverem e verem o mundo que as cercam. (LEININGER e McFARLAND, 2006). Dentre as entrevistadas identificam-se religiões diferentes, mas todas cristãs.

Neste estudo, 08 (47,05%) mulheres foram criadas na religião evangélica (por elas definidas como evangélica, cristã ou batista), 07 (41,1%) na religião católica, e 02 (11,76%) não referiram religião. Mas, atualmente, 11 (64,7%) mulheres se disseram evangélicas, 03 (17,6%) são católicas e 03 (17,6%) declararam não professar religião. Isto que dizer que 07 (%) mulheres mudaram de religião, das quais duas (11,76%) tornaram-se católicas e outras duas sem religião tornaram-se evangélicas. Duas (11,76%) católicas e uma (5,88%) evangélica referiram não ter mais religião.

A entrevistada Beth é um exemplo de conversão à religião evangélica e as consequências comportamentais daí decorrentes:

Meu marido me largou porque tinha outra mulher na rua. Depois eu conheci o pai da minha filha mais nova, mas ele nunca quis ver ela. Minha vontade é de bater nele, mas sou evangélica e não posso. (Beth 39 anos)

A mesma depoente relata sofrer com a diferença de valores culturais das filhas e se apega à religião para tentar superar as dificuldades

Minhas filhas são malucas, quanto mais eu oro mais coisas aparecem; agora elas ficam dentro de casa sempre reclamando e eu digo: Vai ter mais filhos! Agora os jovens só querem ver Funk, festas e brigas. (Beth 39 anos)

O município de Teresópolis, na última década, teve um aumento considerável de templos evangélicos, refletindo um fenômeno que acontece em todo o país, conforme demonstra o censo do IBGE (2000). Em 1970, o Censo constatou uma população evangélica de 4,8 milhões; em 1980 foi de 7,9 milhões; em 1991 foi de 13,7 milhões; e em 2000, foi de 26,1 milhões. Se o crescimento constatado entre 1991 e 2000 continuar neste ritmo, a população evangélica brasileira terá alcançado a marca de aproximadamente 55 milhões em 2010.

De acordo com dados do censo de 2000, a população de Teresópolis está composta por católicos (51,81%), evangélicos (24,97%), pessoas sem religião (18,41%), espíritas (1,39%). Os 3,42% restantes estão divididos entre outras religiões.

Outro fator abordado pelas depoentes foi o companheirismo e a vida social, sintetizada no Quadro IV a seguir:

Quadro IV: Fatores Companheirismo e Social

Codiname	Vive com Alguém	Há quanto tempo	Como chama a relação	Participa de reuniões ou festa
Beth	Separada	20 anos do 1º marido	Não	Não
Cisa	Separada	16 anos	Não	Não
Claudia	Marido	17 anos	Boa	Não
Déia	Viúva	02 anos	Não	Não
Isabel	Marido	20 anos	Estável	Culto religioso
Margarida	Marido	17 anos	Estável	Não
Nenê	Marido	24 anos	Muito boa	Não
Preta	Não	—	—	Não
Quinha	Separada	03 anos	Não	Às vezes
Rosa	Marido	18 anos	Estável	Sim sempre

Tê	Marido	20 anos	Comum	Não
Tia Su	Companheiro	06 anos	Estável	Não
Tuca	Separada	03 meses	Não	Não
Vê	Marido	22 anos	Uma bênção	Não
Vera	Marido	12 anos	Amigável	Sim
Vica	Marido	09 anos	Estável	Encontros religiosos
Zica	Separada	09 anos	Não	Sim às vezes

Fonte: Questionário sócio-econômico-cultural, 2010-2011, Teresópolis/RJ.

Ao responder sobre viver ou não viver com alguém para as depoentes é a representação significativa em seu modo de conduzir sua própria vida. Nesta pesquisa 10 depoentes (58,8%) vivem maritalmente, 06 (35,2%) são separadas e 01 (5,8 %) é viúva.

Para analisar a situação conjugal apresentada no Quadro IV, inicialmente calculamos a média de tempo em que elas vivem com alguém, período que varia entre 02 e 24 anos. Em seguida foi feita a média das depoentes separadas que vai de 03 meses a 16 anos. Para finalizar, comparou-se o tempo em que a entrevistada vive com o companheiro e o filho mais velho, conforme demonstrado no Quadro I. Constatamos que apenas 05 depoentes (29,41%) tiveram um único parceiro e as outras 12 (70,58%) conviveram com mais de um parceiro.

Das 10 depoentes que vivem maritalmente e responderam a pergunta sobre seus sentimentos em relação a sua situação conjugal, 05 (50%) consideraram suas relações estáveis, 01 (1%) boa, 01 (1%) muito boa, 01 (1%) amigável, 01 (1%) uma bênção, e uma outra (1%) comum.

No plano pessoal foi oportuno indagar das depoentes sobre sua vida social. Onze mulheres (64,70%) declararam não participar de reuniões ou festas, 02 (11,76%) participam de cultos religiosos, 02 (11,76%) os frequentam às vezes e somente 02 (11,76%) participam de atividades de lazer com frequência.

A dedicação à família faz com que muitas mulheres enfrentem dificuldade para criar espaços de convivência fora do âmbito domiciliar. Isso gera estresse devido às múltiplas atividades do dia-a-dia.

Ao contrário da mulher que vivencia todo processo da gravidez, o homem, na maioria dos casos, não vive intensamente este processo e não compreende, em toda sua extensão, as atribuições paternas após o nascimento. Para elevar o nível de conscientização do homem é necessário estabelecer um canal de diálogo nas consultas de pré-natal. Cabe ao enfermeiro criar estratégias capazes de envolver o pai no acompanhamento da gestante, de maneira a fortalecer o vínculo pai/mãe/filho.

A participação do pai na formação de valores para a vida do filho é fundamental porque esta contribuição ajuda a estrutura familiar. Depreende-se dos depoimentos que as mulheres, em sua maioria, tiveram pais ausentes – ou porque abandonaram as mães ou porque quando estavam no ambiente familiar não tinham participação na educação de seus filhos. Isabel tocou no assunto:

Meu marido não gosta de bater papo com eles, ele fala que as crianças encham o saco e atrapalham; estou tentando arrumar um serviço para meu filho prá ver se meu marido fica mais calmo com as crianças. (Isabel 38 anos)

Hoje, muitas destas mulheres vivem sem seu companheiro – o pai dessas adolescentes grávidas. É visível que os núcleos familiares vêm sofrendo modificações ao longo do tempo em sua composição. Muitas destas famílias, hoje, têm na mulher a provedora do lar. São as chamadas famílias matriarcais. Com a difícil missão de prover o sustento dos filhos, elas, às vezes, relegam a orientação a segundo plano e acabam criando as condições necessárias que expõem as jovens riscos (como, por exemplo, gravidez precoce, drogas e álcool).

Minha gravidez foi muito complicada, pois tinha que trabalhar. Eu tenho cinco filhos do mesmo pai e estou separada há 16 anos. Eu vim de uma família de 09 irmãos e meu pai nunca procurava saber o que acontecia com a gente. (Cisa 49 anos)

A ausência e o abandono paterno trazem incertezas quanto ao futuro da família e a criação dos filhos. É comum, entre as depoentes, o abandono do parceiro. Apenas 04 delas (23,52%) vivem com um único companheiro, das quais duas (11,76%) demonstraram, em seus depoimentos, a pouca participação dos companheiros na vida dos filhos. São pais ausentes, ainda que morem com a família, conforme explica Quinha:

*O pai deles ajuda nas compras para casa porque ganho R\$ 300,00 na lavoura. Porém ele não conversa com os filhos, ele nunca chegou para conversar com as crianças.
(Quinha 40 anos)*

A família deve ser entendida em sua complexidade e discrepância de interesses, necessidades e sentimentos. Deve, assim, ser apreendida não só em suas funções econômicas, ideológicas, reprodutivas e sociais, como também em todas as suas contradições internas. Barros averte que, além disso, a família está inserida no meio social que a circunda e em um tempo histórico determinado, não podendo, desta forma, ser entendida fora dele. “Por estar carregada da ideologia da sociedade na qual se encontra, a famílias constitui importante ponto de referência para construção de identidade social. (BARROS, 2007)

As transformações sociais produzem então, sem dúvida, consequências importantes na estrutura e na dinâmica familiar. Ao mesmo tempo, é na vida em família que são trabalhadas novas ideias e novos hábitos que irão questionar a ideologia dominante.

Esses dados vêm ao encontro do estudo de Levandowski *et al.* (2008). Este autor constatou a falta de alternativas educacionais, profissionais e afetivas para as adolescentes que, na falta de perspectivas, acabam, de uma certa forma, se motivando para a maternidade. Então, parcialmente, a aceitação da gravidez, no contexto social menos favorecido, é explicável por esses meios. Constatou-se, neste estudo, que, nas famílias das depoentes, fenômenos como novas formações familiares, instabilidades nas relações conjugais e a falta de apoio financeiro fragilizavam as relações familiares. Por isso, as adolescentes acabavam engravidando em busca de dias melhores.

Hoje eu tenho tempo de ficar em casa e olhar meus filhos, porque sou encostada pela justiça federal e tomo remédio

controlado. Apesar da Mônica estar grávida, ela me ajuda muito porque ela trabalha e compra umas coisinhas para casa, porque minha vida é muito difícil. Meu marido está internado e não deixou nada para nós. Ele internou de tanta cachaça que bebia e ficou com uns problemas de cabe; isso que fez com que eu me separasse dele e fosse viver só com os meus filhos. (Cisa 45 anos)

Como foi demonstrado no Quadro IV – Fatores de Companheirismo e Sociais, só 03 (17,63%) das depoentes consideram sua relações conjugais muito boas. É possível inferir daí o descontentamento das mulheres com seus companheiros: apenas duas delas (11,76%) vivem com o mesmo companheiro.

Minha filha que está grávida convive até hoje com o pai; ele foi embora, mas até hoje ele ajuda minhas filhas. Meu ex-marido soube primeiro que eu da gravidez da minha filha, e foi ele que levou ela no médico. Já o pai da mais nova, de 04 anos, não quer saber dela; quem dá as coisas para a minha filha mais nova é o meu primeiro marido. As duas filhas mais velhas são do primeiro marido, o filho e a menina mais nova são um de cada pai, sendo que o pai do Gabriel sumiu; só o pai da mais nova que dá essa miséria de pensão e o que me ajuda é o pai das outras duas mais velhas, sendo que eu tenho uma filha adotiva (Beth 39 anos)

Durante toda pesquisa encontrei pessoas que, apesar da pouca idade, tinham a aparência de indivíduos com idade superior a 60 anos. Essa discrepância é facilmente explicada: a baixa condição sócio-econômica deixou marcas de envelhecimento no corpo delas.

Um fato que chama a atenção neste estudo são as famílias com número elevado de filhos e sem um companheiro que possa ajudar no sustento. Os relatos de Beth, Cisa, Isabel, Preta e Quinha ilustram bem a situação:

Eu fui morar na casa da minha ex-sogra; lá era um inferno, não tinha esgoto e minha sogra era conhecida como a tal de Ana Raio e tinha cavalo, tinha porco, meus filhos foram criados naquela sujeira. Graças a Deus não

tiveram nada, só um filho meu que levou um coice de um cavalo e ficou meio doidinho. (Beth 39 anos)

Já embuchada do meu 2º filho. Morava em uma casinha que caiu com as chuvas, aí mudei para onde estou hoje; minha vida não é muito boa, porque lá em casa às vezes falta muita coisa. (Isabel 38 anos)

Eu não explico, porque eu sempre trabalhei, sempre paguei gente prá cuidar deles. Então eu acho que, sempre dei conselho por que ela sempre viu a vida que passei pra criá-las; então eu acho que não tem nada a ver com minha gravidez, é da cabeça mesmo. O que eu posso fazer para ajudar eu faço, são três mulheres morando na casa e às vezes a gente se desentende. (Preta 43 anos)

Eu morei em muitos lugares na roça, Mottas, Andradas e muitos lugares. Desde os 10 anos até hoje eu estou trabalhando na lavoura; era pequena mas não ficava sem fazer nada, trabalhava muito pra ajudar meu pai, porque nós éramos pobres e tinha muito filho; a gente trabalhava para por as coisas dentro de casa. Éramos 11 irmãos, um morreu, então ficaram 10, eu era igual a minha mãe parideira, tenho 07 filhos. (Quinha 40 anos)

Costa (2001) relata que a desigualdade social e econômica é determinada pela coexistência destes dois mundos, ou seja, a riqueza de alguns poucos é resultante da exploração da força de trabalho de muitos. No entanto, a situação de exclusão da maioria da população brasileira também é decorrente do descompromisso histórico dos governos com o atendimento das necessidades da maioria de sua população - que, em última instância, com o seu trabalho, vem a ser a mola propulsora do desenvolvimento do país. Beth, uma das depoentes, põe o dedo na ferida:.

Eu morava dentro do mato, elas viram minha vida e não aprenderam. Eu peguei minha filha de criação com 06 anos; já não tinha para eu comer, mas a mãe dela judiava muito; ainda pego filhos dos outros; e as pessoas falavam

que eu era maluca, mas não sou maluca não, porque o que a gente tem a gente divide. A outra sofria mais que minhas filhas e hoje ela casou direitinho e não me deu trabalho; todo mundo falava que ela iria me dar trabalho, mas ela nunca deu, sempre trabalhou direitinho. Eu estava trabalhando, cuidando de um idoso, mas ele morreu; agora eu não estou trabalhando. Quando tenho que trabalhar, deixo minha filha sozinha com meu filho de 12 anos e eles têm que se virar sozinhos, porque tem muita mãe que morre e deixa os filhos sozinhos. (Beth 39 anos)

Recorrer ao poder judiciário na cidade de Teresópolis se tornou um hábito corriqueiro, seja pelo fato de o cidadão ter de exigir seus direitos para se respeitado, ou por determinação da própria autoridade judiciária.

É comum que toda gestante adolescente tenha que passar pela Vara da Infância e Juventude do município. Isso é algo que está pré-estabelecido. Ao atender uma adolescente grávida, o profissional de saúde é orientado a encaminhá-la para o poder judiciário. Isso provoca a indignação de algumas adolescentes que não querem abrir mão da autonomia sobre seus corpos. Trata-se, na prática, de um desrespeito, porque, nas reuniões a que comparecem na Vara da Infância e Juventude do Município, as futuras mães recebem conselhos para não engravidar novamente. E a orientação é dada antes mesmo delas serem ouvidas sobre o que motivou a gravidez.

A interrogação que se impõe, então é a seguinte: porque a orientação sobre regulação da fertilidade das adolescentes foi assumida pelo Poder Judiciário no município de Teresópolis? Afinal de contas, apesar da adoção destes dispositivos legais, o fenômeno da gestação na adolescência continuou a acontecer. Porque, então, os profissionais de saúde se submetem a esta interferência na sua área de atuação?

A Constituição Federal de 1988 preconiza a inviolabilidade da liberdade de crença e de consciência do indivíduo, principalmente a intimidade. Cabe às autoridades competentes fazer com que esta disposição seja cumprida, respeitando o cidadão, independente da sua condição econômica social e

cultural. (BRASIL 1991). Os depoimentos aqui transcritos retratam a relação da justiça com o tema:

Agora ele paga pensão, é pouquinho porque ele falou na audiência no fórum que estava desempregado, mas ele ganha muito. Mas, aí a juíza deu 100 reais para minha filha. Com 100 reais o que você faz? A juíza deu 30% do salário mínimo. (Beth 39 anos)

Eu estou lutando porque estou com 05 filhos na mão da juíza. (Claudia 34 anos)

Ano passado fui ao conselho tutelar porque minha filha de 15 anos começou a namorar desde os 12 anos com um rapaz e engravidou aos 14. (Nenê 40 anos)

O pai da mais nova é que dá pensão. (Preta 43 anos)

Fui ao fórum para conseguir a creche para meus filhos. (Tia Su 45 anos)

Sabemos que a função do poder judiciário no Brasil é garantir os direitos dos cidadãos dentro do que determina a lei constituída e mediar conflitos atuando a favor de uma sociedade mais justa, garantindo a autonomia do sujeito sem desrespeitar o cidadão. (SÃO PAULO, 2004)

Sabemos também que o Brasil é marcado por um extremo déficit social, visto que a política econômica sempre foi privilegiada em detrimento da política social. Costa e Santos aprofundam a análise da questão. “Para crescer nos seus múltiplos aspectos, uma nação deve estar pautada e ter como ponto de partida o desenvolvimento social. Só assim ela irá alcançar um padrão econômico capaz de atender as necessidades humanas de toda sua população e não somente os interesses de uma pequena minoria. Com a manutenção de privilégios, concluem os autores, o país não pode ser identificado como pobre, mas sim com muitos pobres, tendo em vista o grave grau de desigualdade social existente. (COSTA e SANTOS 2001)

Já Souza (2010) vê a família como um complexo sistema de relações onde seus membros são reconhecidos como sujeitos. O núcleo familiar, assim, é um lugar onde são construídos vínculos de pertencimento e necessidade de individualização. E a primeira noção do que é o mundo, afinal, vem através da família, em especial dos pais ou daqueles que estão cumprindo estas funções.

Em geral, as adolescentes provenientes de famílias disfuncionais – pobres, de pouca instrução e cujas mães tiveram precocemente seu primeiro filho – correm um risco maior de também engravidar na adolescência. As famílias que pouco exigem de seus filhos e desconhecem o que ocorre com esses adolescentes seguramente têm poucas informações. E quando o núcleo familiar tem histórico de violência, abuso de drogas e doença crônica de um dos pais, essas circunstâncias podem predispor as adolescentes a uma relação sexual prematura. Por isso, aquelas meninas que possuem baixa auto-estima, baixo rendimento escolar e falta de aspirações profissionais também constituem um grupo de risco (Romero *et al*, 1991; Gomes, 1999).

A gestação das filhas adolescentes não pode ser considerada como a causa principal da desestrutura familiar. Ficou evidenciado nas falas das depoentes que a gravidez da adolescente pode agravar a desorganização já existente na família, conforme podemos observar nos depoimentos de Claudia e Quinha:

Eu tenho um menino que é irmão dela, que tem 17 anos e ela tem 15; eu engravidei aos 17 anos do (Lê), depois vem a (Ju); o pai que pegou eles para criar, ficou com os dois. Depois não sei o que aconteceu com ele, que devolveu os dois. (Claudia 34 anos)

Fiquei quase dois anos separada, aí eu arrumei essa menina de 17 anos, depois voltei pra ele e arrumei os outros quatro, mas a menina está registrada em nome dele e é como se fosse dele, porque quando ganhei ela, e vim do hospital, ele veio pra casa e ficou comigo. (Quinha 40 anos)

A violência no Brasil ainda é algo preocupante para a sociedade, principalmente a praticada contra a mulher. A divulgação de atos violentos envolvendo casais de classes menos favorecidas é bastante corriqueira nos meios de comunicação. Este tipo de violência geralmente está associado ao uso de bebidas alcoólicas, outras drogas e relacionamentos extraconjugais, conforme relata Zica:

Eu peguei meu marido com uma mulher, aí então eu o larguei. (Zica 51 anos)

Algumas facetas da violência podem não produzir sofrimento e morte, mas impõem um “*fardo pesado*” em indivíduos, famílias, comunidades e sistemas de saúde em todo o mundo. Suas consequências podem ser imediatas ou ter efeitos que levam anos para vir à tona. Segundo Dahlberg e Krug, nem sempre os maiores males são aqueles que estão visíveis aos nossos olhos. “Existem traumas emocionais e psicológicos que podem destruir muitas vidas”. Não podemos incorrer no erro de subestimar ou limitar os efeitos devastadores da violência. (DAHLBERG & KRUG, 2008).

No entanto, é necessário conhecer um pouco a vida das mulheres durante as consultas de enfermagem no pré-natal e/ou na ginecologia. É imperioso conhecer o contexto do ambiente em que vivem a sua relação familiar. Só assim iremos direcionar melhor nossas ações.

Minha filha morou e viveu na companhia do pai dela desde os quatro anos; peguei ela agora. Vai fazer um ano que meus filhos estão no abrigo, vai fazer um ano agora em janeiro; ela fez os quinze anos morando comigo, mas só que sendo uma coisa; entre o pai dela e eu, ela prefere mais a mim. (Claudia 34 anos)

A fala de Claudia mostra claramente como é a relação dos pais com seus filhos. Há um ano, revela ela, os cinco filhos vivem em um abrigo municipal. Não podemos deixar de mencionar também o impacto que a violência provoca na saúde das crianças que presenciam ou vivem em um ambiente regido por agressões. Vários especialistas afirmam que episódios de violência provocam pesadelos nas crianças e comportamentos sintomáticos. Entre eles os mais comuns são chupar dedo, enurese, timidez, agressividade, repetência escolar ou abandono da escola, baixa autoestima, dificuldade de concentração, insegurança, medo e ansiedade. Elas também experimentam sentimento de culpa, pois acreditam que, sendo bons filhos, podem controlar o estado agressivo do pai, mas não conseguem. Em casos mais extremos, as crianças podem até tentar suicídio. Não há dúvidas de que uma criança, ao conviver com a violência, fica comprometida em sua área emocional, cognitiva e comportamental.

No município de Teresópolis não é diferente. Há violência contra a mulher e, em sua maioria, os agressores ficam impunes por falta de uma

estrutura policial e judiciária organizada para cuidar do assunto. O reflexo de uma vivência familiar violenta e não coibida, portanto, nos remete invariavelmente à transmissão dos chamados valores transgeracionais para os filhos – pois a família é o ambiente onde a pessoa tem o seu primeiro contato social.

Na sociedade brasileira, muitas mulheres ainda se enxergam como meras procriadoras submissas ao homem. Isso demonstra que os aspectos do gênero e do poder se fundem sem haver um questionamento sobre o desejo ou não do sexo. Assim é que, diariamente, folheamos as páginas dos jornais de grande circulação e nos deparamos com estatísticas alarmantes.

O Relatório Mundial sobre Violência e Saúde, (OPAS, 2003, p.91-6) aponta que as mulheres, via de regra, não denunciam as agressões porque estão emocionalmente envolvidas com os agressores e dependem economicamente deles.

A criação de uma lei específica com o objetivo de coibir a violência contra a mulher (denominada Maria da Penha) geralmente não tem eficácia, pois não há um meio de punição que não exponha também a vítima. O agressor é quase sempre masculino e usa sua força para inibir a mulher e evitar que ela o denuncie.

A Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher (1994) propôs modificar os padrões sociais e culturais de conduta de homens e mulheres, formulando, inclusive, programas formais e não formais adequados em todos os níveis do processo educacional. A finalidade é combater preconceitos e costumes e todas as outras práticas baseadas na premissa da inferioridade ou superioridade de qualquer dos gêneros. Seu objetivo é também o de desconstruir os papéis estereotipados para o homem e a mulher, que legitimam ou exacerbam a violência contra a mulher.

Os depoimentos a seguir mostram como a violência perpetua nas gerações familiares.

Eu engravidei cedo para sair de casa, porque minha mãe batia muito na gente e meu pai foi embora, mas ele batia muito na minha mãe também; ela só batia muito em mim porque eu era a mais atentadinha. (Beth 39 anos)

Ela (filha adolescente grávida) anda muito nervosa, estou falando que ela briga com o pai do bebê, briga comigo, muito nervosa; tem que conversar com ela porque está precisando. (Claudia 34 anos)

Tive que morar na casa da minha mãe na serra de Petrópolis; na casa morava minha mãe, meu marido e meus irmãos, nós brigávamos muito, aí eu tive que ir embora e vim para Teresópolis. (Isabel 38 anos)

Quando eu era criança meu pai era muito ruim, muito ruim mesmo; ele já morreu, mas era muito brabo. (Quinha 40 anos)

A médica chamou minha mãe e falou para ela que eu estava grávida de 07 meses; minha mãe virou a mão e me deu um tapa. Eu vim apanhando do hospital até a prefeitura, como se eu tivesse culpa, pois tudo aconteceu na casa dela; era o companheiro dela, o meu padrasto, que era o pai do meu filho, fui estuprada. (Tia Su 45 anos)
Meu genro já tem uma história longa, uma ficha corrida, mas ela quis assim e vou fazer o que. Se ele quiser assumir e ela gostar, porque ele é o tipo de cara que gosta de bater em mulher, fazer covardia; e eu falei que não aceito que ela viva com ele, só se for perto de mim, porque se eu souber que ele judiou dela ou da minha neta eu tomo minhas providências. (Vera 42 anos)

O uso da violência como forma de poder, praticada pelos companheiros, faz com que as mulheres e seus filhos fiquem reféns em sua própria casa. A história mostra que, ao longo do tempo, o homem vem usando a violência como forma de exercer domínio sobre a sua família. Segundo Guedes, Silva e Fonseca (2009) a desigualdade de gênero constitui uma das grandes contradições da sociedade que se mantém ao longo da história da civilização e tem colocado as mulheres em um lugar social de subordinação.

Essa desigualdade tem na violência contra as mulheres uma de suas mais extremas formas de manifestação e resulta de uma assimetria de poder que se traduz em relações de força e dominação. De acordo com os mesmos

autores, a violência baseada no gênero tem se constituído em um fenômeno social que influencia, sobremaneira, o modo de viver, adoecer e morrer das mulheres. (GUEDES, SILVA & FONSECA, 2009)

Krug (2002) conceitua, assim, que violência de gênero é qualquer ato que resulte em dano físico ou emocional, perpetrado com abuso de poder de uma pessoa contra outra, numa relação pautada em desigualdade e assimetria entre os gêneros. O fenômeno pode, desta forma, ocorrer nas relações íntimas entre parceiros, entre colegas de trabalho e em outros espaços relacionais. (KRUG *et al.*, 2002).

A história de Zica demonstra como a violência de gênero é visível em sua vida.

Meu marido sempre foi muito agressivo, mas eu achava que com um tempo ele ia melhorar, entendeu? que com os filhos criados ele ia ficar numa boa, mas foi piorando. Meu pai morreu não gostando do meu ex-marido; gostava mas não aceitava, porque ele sabia que meu marido me batia, mas eu não levava os problemas para o meu pai. Meu ex-marido quebrava as minhas coisas, aí quando ele vinha me bater eu dava parte dele lá na delegacia; uma vez ele tinha uma arma guardada e eu entreguei para a polícia; ele foi quase preso (Zica 51 anos)

As estatísticas sobre mortalidade são bastante utilizadas para a análise das condições de saúde das populações. É importante considerar o fato de que determinados problemas afetam de maneira distinta homens e mulheres. Isso se apresenta de maneira marcante no caso da violência. Enquanto a mortalidade por violência afeta os homens em grandes proporções, a morbidade, especialmente a provocada pela violência doméstica e sexual, atinge prioritariamente a população feminina. (BRASIL, 2004)

Durante as consultas, portanto, devemos estar atentos para ajudar as mulheres vítimas de agressões a restabelecerem sua saúde, tanto física como psíquica.

Quadro V: Fatores Modos de Vida

Codinome	Quem mora em sua casa	Tipo de moradia	Hábito noturno	Hábito diurno	Número de cômodos
Beth	03 filhos	Barraquinho	Não	Trabalhar	04
Cisa	03 filhos	Humilde	Não	Ficar em casa	04
Claudia	Filhos marido e genro	Alvenaria	Não	Ficar em casa	05
Déia	Filha e genro	Pequena e humilde	Não	Trabalhar	04
Isabel	Marido e filhos	Tijolo e telhado	Culto	Ficar em casa	04
Margarida	Marido e filho	Alvenaria	Culto	Trabalhar	04
Nenê	03 filhos genro e marido	Casa dos patrões	Não	Trabalhar	06
Preta	03 filhas 03 netos	Alvenaria e telha	Não	Ficar em casa	03
Quinha	06 filhos e ex-marido	De telhado e piso grosso	Não	Trabalhar	07
Rosa	Marido e filhos	Alvenaria	Ir para igreja	Trabalhar	06
Tê	Marido e filho	Boa	Não	Ficar em casa	04
Tia Su	03 filhos neto e marido	De tabua e madeira	Trabalhar no bar	Ficar em casa	05
Tuca	03 filhos	Barraco pintadinho	Não	Trabalhar	04

Vê	Marido e filho	Boa sou caseira	Igreja	Trabalhar	05
Vera	Marido e 08 filhos	Simples	Não	Trabalhar	06
Vica	03 filhos e marido	Alvenaria	Não	Trabalhar	04
Zica	Filha e genro	Boa	Não	Trabalhar	05

Fonte: Questionário sócio-econômico-cultural, 2010-2011, Teresópolis/RJ.

*Nenhuma das depoentes pratica atividades de lazer e cultura.

*A média de cômodos em cada casa variou entre 03 e 07 cômodos

No Quadro V é possível verificar o perfil das famílias das mulheres em seu ambiente doméstico. Constata-se que três delas (17%) moram apenas com os filhos, sete (41,17 %) moram com o marido e filhos; duas (11,76) têm a companhia de marido, filhos e genro; outras duas (11,76%) convivem com filho e genro; uma (5,88%) mora com filhos e netos; uma (5,88%) com marido filhos e neto e uma (5,88%) mora com filhos e ex-marido. De acordo com Borges e Magalhães, as negociações nos espaços domésticos fazem com que as famílias contemporâneas apresentem amplas possibilidades na configuração familiar. Ou seja, cada família determina suas regras ou comportamentos que devem ser seguidos pelo grupo (BORGES e MAGALHÃES, 2009).

Ao responderem sobre seus hábitos noturnos 12(70,58%) depoentes dizem não ter nenhuma atividade à noite; quatro (23,52%) frequentam cultos religiosos e apenas uma (5,88%) trabalha à noite.

Já os hábitos diurnos das depoentes variaram de acordo com sua situação familiar. Onze delas (64,70%) declinaram trabalhar durante o dia fora de suas residências em empregos formais. As seis (35,29 %) restantes ficam em casa, pois não consideram o serviço em suas residências como uma atividade.

Quando questionadas a respeito das condições de moradia à época da coleta de dados, quinze entrevistadas (88,23%) afirmaram ter sua própria casa. Cinco destas depoentes, no entanto, moravam em bairros atingidos pela tragédia natural que acometeu Teresópolis em 12 de janeiro de 2011 e tiveram

suas residências destruídas. As outras duas (11,76%) são caseiras e moram na casa dos patrões.

É importante destacar aqui que o Município de Teresópolis carece de habitações e esta situação foi agravada com a tragédia que se abateu sobre a cidade em 2011. As condições das moradias, por sua vez, são inadequadas para abrigar com segurança as pessoas, entre elas muitas adolescentes que veem, na gravidez, não só uma saída para conseguir uma nova casa com mais conforto, mas uma válvula de escape para fugir de uma realidade familiar hostil.

A precariedade das condições econômicas da cidade faz ainda com que alguns homens busquem o sustento para sua família em outros municípios. Essa realidade socioeconômica faz com que o companheiro se ausente do lar por muito tempo e acabe, não raro, abandonando seus familiares para constituir uma nova família.

Barros (2006) afirma que a viuvez ou a separação do casal leva a mulher a arcar sozinha com o cuidado e o sustento da casa e dos filhos. Seu ingresso forçado no mundo do trabalho, por outro lado, dá a essas mulheres a possibilidade de conhecer e manter um contato mais estreito com os outros espaços sociais da cidade, além daqueles mais próximos de sua residência.

Segundo dados do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea, 2008), o número de mulheres responsáveis por famílias em todo o Brasil cresceu cerca de nove pontos percentuais, em pesquisa realizada no período de 1993 a 2007 por amostra de domicílios. Segundo o estudo, as famílias chefiadas por mulheres representavam, há 15 anos, 19,7% do universo de núcleos familiares e alcançaram, em 2006, 28,8% do total. Os dados disponíveis reforçam a tendência de alta que já vinha sendo observada pelo Ipea na década atual. Apesar do crescimento, os números, segundo os pesquisadores, apontam para um dos mais importantes dados da desigualdade de gênero do Brasil: a participação feminina nas decisões familiares. O abandono dos parceiros se materializa nas falas de Claudia, Tia Su e Vica.

Na minha adolescência eu conheci meu primeiro marido, foi o pai dela, depois não demos certo, nós nos separamos. (Claudia 34 anos)

Eu sempre fui um pai e mãe na vida dos meus filhos. (Tia Su 45 anos)

Eu convivi com o pai dos meus filhos durante 20 anos; depois de um tempo ele sumiu no mundo, agora sou eu, meus filhos e Deus. (Vica 32 anos).

Cabe destacar aqui que as depoentes refletem sobre suas vidas quando recordam a sua infância, sem a presença do pai, e abordam, paralelamente, sua situação conjugal, conforme explicam Preta e Vera:

Eu não tive pai; quando minha mãe se separou do meu pai eu tinha 2 anos, eu não tive Pai. Já eu me separei do meu marido há 16 anos. Eu acho que a falta do pai não é a causa de minha filha engravidar mas, no meu caso, eu não tive apoio. Eu sempre fui um pai e uma mãe na vida dos meus filhos e nunca separei eles do pai, eles conhecem (Preta 45 anos)

Meu pai sempre foi ausente, minha mãe criou a gente sozinha; eu e meu pai a gente tem uma relação, a gente se curte, eu sou apaixonada pelo meu pai, mas é ele lá e eu cá; eu ando na rua, aí a gente se encontra, mas ele nem ia na minha casa, eu que ia na casa de;, agora ele vai na minha casa, a idade vai chegando, já sabe. Eu separei do pai dela (adolescente grávida), faltava um mês para ela nascer e o pai dela tentou se aproximar, mas ela não quis, ela rejeitou ele desde o primeiro momento; até hoje ela não gosta do pai, ela diz que não gosta. (Vera 42 anos)

O depoimento de Vera, aqui reproduzido, vai adiante e clarifica o fenômeno da transmissão de padrões comportamentais de uma geração para outra:

Minha filha fala: mãe, minha filha não vai ter pai não. (Vera 42 anos)

O depoimento das entrevistadas traz à tona também o processo de construção de uma rede de apoio entre mulheres de diferentes gerações.

Neste estudo, as mães cuidam e apoiam as suas filhas adolescentes gestantes e demonstram que futuramente irão cuidar de seus netos.

Eu fui mãe solteira, minha mãe que me ajudou a criar a minha filha mais velha; minha mãe que me ajudava, e ela (adolescente grávida) eu que ajudo. Dou as coisas porque o pai dela não dá nada, por causa dessa gravidez ele ficou revoltado. (Tuca 43 anos)

Na época eu dei apoio porque na minha infância eu perdi meu pai muito cedo, com 06 anos, e minha mãe é que teve que criar eu e meus seis irmãos. (Déia 36 anos)

Minha mãe não podia me ajudar; ela era mãe de 6 filhos, eu era a caçula; minha mãe ainda criou mais 3 filhos do meu pai, que tinha falecido; então minha mãe não ajudou na época. (Rosa 32 anos)

Quando eu tinha 15 anos eu morava com minha avó, porque eu perdi minha mãe quando tinha 9 anos; convivi com minha avó, minha avó que me criou. (Vica 32 anos)

Fui morar com ele e tive meus seis filhos com ele. Quando eu era nova fui abandonada pela minha mãe e criada pela minha madrinha. (Nenê 40 anos)

Eu tinha muitos irmãos e tinha que tomar conta deles. Então os levava para a roça, colocava-os no ranchinho e lá os deixava, pois minha mãe também tinha que trabalhar. A gente fazia um ranchinho na beira da roça e de vez em quando minha mãe ia dar a mama (Quinha 40 anos)

Após analisar os fatores modos de vida é possível concluir que as depoentes não possuem lembranças positivas da gravidez na adolescência que vivenciaram no passado. A preocupação constante delas é com o futuro das filhas adolescentes que serão brevemente mães. Assim como o trabalho desenvolvido por Cunha e Wendling (2011), a pesquisa aqui apresentada revelou que as únicas recordações presentes no discurso das mães estão relacionadas às dificuldades e aos medos que elas enfrentaram naquela fase de suas vidas.

É possível inferir que, em função dessas experiências negativas, as mães aqui entrevistadas tenham dado mais apoio às filhas, numa tentativa de dar a elas uma vivência diferente da que enfrentaram no passado. Isso revela, a exemplo do que apuraram os mesmos autores, o que esperavam para si mesmas quando engravidaram, demonstrando, também, uma percepção mais otimista acerca do futuro dessas jovens. (CUNHA e WENDLING, 2011)

Minhas filhas vão tendo filho, aí eu digo eu quero ver aonde vão botar porque eu posso não estar aqui. Vai se enchendo de filhos que eu quero ver; ontem eu falei para o meu genro que ela precisa tomar leite e ele tem que me ajudar. (Beth 39 anos)

É na família que se manifestam as mais genuínas experiências de diferentes sentimentos (angústias, medos, prazeres, etc.) que favorecem o mais inesquecível dos aprendizados. Segundo Falcke, integrar todas as demandas da fase adolescente, atender as suas necessidades num contexto em pleno processo de transição e de mudanças significa, muitas vezes, deparar-se com um agravamento das crises inerentes à adolescência e ao ciclo evolutivo da família. (FALCKE *et al.*, 1997)

O Quadro VI: Fatores Econômicos apresenta os dados referentes a renda familiar, ocupação e fonte de renda.

Quadro VI: Fatores Econômicos

Codiname	Renda familiar	Ocupação	Fonte de renda
Beth	1 salário	Não (Está desempregada no momento) Cuidadora de idosos	Bolsa família e pensão
Cisa	1 salário	Não	INSS
Claudia	2 salário	Não	Salário do marido
Déia	1 salário	Sim Lavoura	Trabalho
Isabel	1 salário	Não	Salário do marido

Margarida	1,2 salários	Faxina	Trabalho e meu marido
Nenê	1 salário	Sim Caseira	Trabalho e meu marido
Preta	1 salário	Não	Pensão do ex-marido
Quinha	0,5 salário	Sim Lavoura	Trabalho + bolsa família
Rosa	4 salários	Sim professora	Trabalho e meu marido
Tê	1,5 salário	Sim caseira	Salário do marido
Tia Su	1 salário	Sim balconista	Vendas do bar
Tuca	1 salário	Sim Costureira	Trabalho
Vê	2,5 salários	Sim caseira	Trabalho
Vera	1 salário	Sim Artesã	Trabalho
Vica	2 salário	Sim Faxineira	Trabalho
Zica	1,5 salários	Sim Faxineira	Trabalho

Fonte: Questionário sócio-econômico-cultural, 2010-2011, Teresópolis/RJ.

A renda familiar deveria proporcionar o acesso dos indivíduos a todo um conjunto de bens e serviços essenciais à subsistência humana. Teoricamente, essa receita também devia proporcionar a participação das pessoas na vida da cidade e seu acesso às atividades de cultura, lazer, educação e saúde. Aqui em nosso caso, no entanto, a renda familiar das depoentes varia entre 0,5 a 04 salários mínimos. Esses valores são insuficientes, impõem sérias dificuldades financeiras e comprometem a sobrevivência dos indivíduos.

Reproduzimos aqui o resultado do contraponto que fizemos entre salário e fonte de renda apurados entre as entrevistadas. Quatro mulheres (23,5%) não trabalham, das quais uma (25%) vive com a pensão do ex-marido; uma outra (25%) se mantém com a pensão de ex-marido mais bolsa família; uma (25%) é aposentada pelo INSS e a última delas (25%) vive com salário do marido. Das dez entrevistadas que trabalham (58,8%), sete (70%) vivem exclusivamente de seu trabalho e três (30%) complementam a renda da

família. Duas outras (66,7%) vivem com o salário do marido e uma (33,3%) se sustenta com o dinheiro do Programa Bolsa Família.

A dificuldade de criar os filhos foi tema recorrente entre as mulheres. Elas afirmaram em sua maioria que ao assumir a dupla tarefa de chefiar a família, enfrentam grandes dificuldades para manter o sustento de seus filhos. Os obstáculos são aqueles de cunho social que ainda hoje relegam a mulher um papel secundário na sociedade: a obrigatoriedade de passar a maior parte do tempo em casa, a consequente dificuldade para conseguir emprego e o salário inferior àquele recebido pelo homem.

Sabemos que os problemas de gênero são inerentes a qualquer classe social (dupla função e desigualdade salarial). Mas, é evidente que tais problemas são mais intensos e assumem proporções alarmantes entre as classes sociais mais desfavorecidas do ponto de vista econômico..

*Minha mãe é que teve que criar eu e meus seis irmãos.
(Déia 36 anos)*

*Para mim e meus irmãos sempre tinha uma coisinha;
minha mãe tinha uma hortinha no quintal para cuidar dos
7 filhos. (Isabel 38 anos)*

*Eu sempre convivi com minha mãe porque ela morava
perto da gente, apesar dela ter dado todos os filhos. [...]
Eu e meu marido nos descabelávamos, mas agora só vai
depender dela para não se encher de filhos, porque uma
já tem dois e a outra está grávida. (Nenê 40 anos)*

Segundo o IBGE (2010), entre as mulheres jovens, na faixa de 16 a 24 anos de idade, 69,2% estão em trabalhos informais. A chamada economia informal atrai ainda 82,2% das mulheres de 60 anos e acima desta faixa etária. A alta participação desses dois segmentos etários pode estar relacionada com a baixa escolaridade.

Ainda segundo o Instituto, as mulheres, mesmo aquelas com maior escolaridade, têm rendimento médio inferior ao dos homens. Em 2009, o total de mulheres ocupadas recebia cerca de 70,7% do rendimento médio dos homens ocupados. No mercado formal essa razão chega a 74,6%, enquanto no mercado informal o diferencial entre o rendimento de homens e mulheres é ainda maior: as mulheres, nesse caso, recebem somente 63,2% do rendimento médio dos

homens. “Este diferencial está certamente relacionado com a maior qualificação das pessoas no trabalho formal e com a média de horas trabalhadas, que é inferior para as mulheres em trabalhos informais”. (IBGE 2010). A condição socioeconômica esteve o tempo todo presente nos depoimentos. Alinhavamos aqui alguns depoimentos que já foram citados neste trabalho, mas, reunidos, dão a esta sequência real dimensão do problema:

*Sempre eu passo para minhas filhas que elas têm que ver a minha vida, como foi difícil criar eles; e ela quis engravidar porque quis, pois eu nunca a coloquei para fora de casa; agora ela vai pensar que 100 reais dão para comprar alguma coisa, não dá não, [...] a criança dela vai precisar de leite, fralda, eu falei para ela: se engravidar de novo ela vai ver, pensa aonde eu vou botar meus netos.
(Beth 39 anos)*

Hoje eu procuro dar apoio a minha filha, pois na minha época foi muito difícil, o casamento, ter que cuidar da casa sem ninguém para ajudar, é muito difícil. Minha filha mora comigo e o que ela precisar de ajuda eu estou aqui para ajudar, porque eu sei como que é ficar sem apoio dos pais. (Cisa 45 anos)

*Eu estou lutando, porque estou com cinco filhos na mão da juíza, o senhor já viu, haja cabeça para aguentar isso tudo. Estou te falando quando estas crianças pararam no abrigo, quem ficou em depressão, doente, fui eu mesma.
(Claudia 34 anos)*

Quando eu era criança, eu morava na roça e lá tinha coisa para comer porque nós plantávamos legumes, mas meus filhos não têm, para mim e meus irmãos sempre tinha uma coisinha, minha mãe tinha uma hortinha no quintal para cuidar dos 7 filhos, [...] minha vida é muito difícil, eu moro naqueles terrenos perto do cemitério e quando chove muito, aquelas águas com cheiro ruim vão pra minha casa, minha crianças mais novas brincam no meio das covas. Aí eu não sei o que vou fazer pra ajudar

eles e o filho de minha filha vai viver junto. (Isabel 38 anos)

No normal a gente vive bem, a minha filha mais velha cuida deles, cuida da casa, no momento estou desempregada mas eu trabalhando faço o que posso para ajudar (Preta 43 anos)

Comecei minha vida muito cedo, comecei a trabalhar muito cedo com dez anos, então eu amadureci mais cedo: estudava e trabalhava. A vida naquela época era mais complicada, engravidei aos 16 anos, minha mãe não podia me ajudar, ela era mãe de 6 filhos.” (Rosa 34 anos)
Eu tive mais dificuldade quando engravidei porque só tinha apoio do meu tio e da minha mãe, e ela eu dou apoio a ela. (Tuca 43 anos)

Na cidade de Teresópolis existem vagas ociosas no setor de confecção de roupas para a mulher. Entretanto, a falta de formação profissional inviabiliza sua inserção neste mercado de trabalho. Sem outra alternativa, algumas mulheres com escolaridade baixa trabalham como doméstica ou nas lavouras de hortaliças na zona rural. Elas recebem baixos salários e isso compromete o sustento familiar, conforme relata Tia Su:

Hoje em dia não está fácil para criar um filho, hoje está muito difícil, na minha época era muito difícil, hoje está mais, pois na vida hoje estão acontecendo muitas coisas. Tive muita dificuldade de criar meus filhos; fui pai e mãe, pois quando larguei meu marido eu não tinha nada, tive que trabalhar com criança pequena, era difícil. Até arrumar uma creche para eles. Eu fui me virando, capinando quintal, passando cal na casa de um, até arrumar uma creche. (Tia Su 45 anos)

A proporção de rendimento médio das mulheres em relação ao rendimento dos homens, por grupos de anos de estudo, mostra que, em 2009, as mulheres com 12 anos ou mais de estudo recebiam, em média, 58% do rendimento dos homens com o mesmo nível de escolaridade. Nas outras faixas de escolaridade, a razão é um pouco mais alta (61%). Uma possível explicação

para isso é que, para o grupo com escolaridade mais elevada, a formação profissional das mulheres ainda se insere nos tradicionais nichos femininos, como as atividades relacionadas ao serviço social, à saúde e à educação, que ainda são pouco valorizados no mercado de trabalho. (IBGE 2010)

De acordo com Barros (2006), o mundo do trabalho, enquanto um novo projeto de vida para as mulheres funciona como um diferencial entre as gerações de mães e filhas. A família é considerada a organização social mais antiga, mas não é imutável. E a diminuição do número de casamentos mostra que muitos casais têm a necessidade de não manter vínculos afetivos. Essa transformação, por sua vez, causa impacto na criação dos filhos e quase sempre compromete a vida da mulher, já que ela também assume os papéis atribuídos ao homem.

A dupla jornada de trabalho desempenhada pela mulher - responsável pelo cuidado da família e o sustento da casa – faz com que os estudos, entre outras coisas, fiquem em segundo plano.

Pesquisa conduzida pelo INEP revelou que as mulheres não estudam nem trabalham principalmente por causa do casamento e da maternidade. Segundo o levantamento, 3,4 milhões de jovens, com idade entre 18 e 24 anos, se enquadram neste perfil, o que representa 15% desta faixa etária. (BRASIL, 2004)

Já entre as mulheres na faixa etária dos 18 aos 24 anos, que estudam ou trabalham, o percentual das que têm filhos é cinco vezes menor. Ainda de acordo com a pesquisa, há uma forte relação entre casamento e/ou maternidade e o abandono dos estudos ou do emprego no universo feminino. Apesar destas evidências, o INEP relata que as mulheres são a maioria no ensino médio (BRASIL, 2004).

Costa considera que a gravidez na adolescência é um tema polêmico e controverso nos debates sobre saúde sexual e saúde reprodutiva. O assunto é inclusive olhado como uma situação de risco, entre outras coisas, porque as adolescentes não fazem ou iniciam, tardiamente, o acompanhamento de pré-natal. E essa negligência é fator determinante na reprodução do ciclo de pobreza porque obstaculiza os estudos e o ingresso delas no mercado de trabalho. “Tal situação, na verdade, não é mais uma preocupação apenas dos

profissionais de saúde, mas também de pais, educadores e da sociedade. (COSTA *et al*, 2005)

Falar sobre a sexualidade talvez seja uma das tarefas mais complexas vivenciadas por mãe e filha. A mãe geralmente fica constrangida ao abordar a filha para dar uma satisfação à família – de maneira que ela (a filha) não repita o que se passou em sua própria adolescência. Por outro lado, a filha, que tem medo de falar sobre certos assuntos, teme ser olhada com reprovação. O depoimento de Cláudia explica bem a situação:

Eu vinha orientando ela; Juliana, o dia que você tiver relação com alguém, você fala que a gente te ajuda, a gente compra o remédio e dá para você tomar, entendeu? Quer dizer, aconteceu, e aí já não adianta mais; eu converso com ela, dou conselho, mas sei lá, ela não me escuta, não. Ela nem responde o que eu falo com ela. Ela fica quieta, eu sinto ela assim, como se ela tivesse fechada para tudo; é muito difícil ela se abrir contigo do que esta acontecendo, o que vai acontecer. (Claudia, 34 anos)

O conhecimento sobre os métodos contraceptivos e os riscos advindos de relações sexuais desprotegidas é fundamental para que os adolescentes possam vivenciar o sexo de maneira adequada e saudável. Para autores como Vieira, Doria e Tamara, é o acesso à informação que assegura a prevenção da gravidez indesejada e das IST/AIDS. Além disso, informar-se é um direito que possibilita cada vez mais, ao ser humano, o exercício da sexualidade desvinculado da procriação (VIEIRA, DORIA & TAMARA, 2006).

Por outro lado, a sexualidade é muito mais do que a transmissão e troca de informações. E a prevenção da gravidez na adolescência é um desafio para a nossa sociedade. Nosso estudo sobre mães e filhas grávidas na adolescência, portanto, requer uma quebra de barreiras e valores. Muito embora as mães tenham sido grávidas adolescentes, o intervalo de idade entre as gerações é de mais de uma década e meia. Essa circunstância levou Preta a refletir sobre sua vida novamente:

Sempre conversei com ela;, vocês vêem como o mundo está difícil para criar filho; então, tem como se prevenir

hoje em dia; eu, na época, não tomava remédio, minha mãe não tinha uma conversa comigo; mesmo assim, eu não a culpo, por eu não saber o que ela passou pra criar a gente. A gente conversa; o que eu posso falar prá elas (filhas), eu falo, dou conselho. Pois eu só comecei a tomar remédio para evitar, depois do segundo filho; minhas filhas já começaram a tomar cedo, mas engravidaram mesmo assim. Começaram a tomar o remédio cedo, tem camisinha, tem isso pra se proteger. (Preta 43 anos).

Portanto, a sexualidade é algo pertinente à existência humana, independente da fase da vida em que o sujeito se encontra. Em cada fase do ciclo evolutivo do homem, assim, a experiência da sexualidade será vivida de maneira diferente, até porque as épocas são diferentes. Desta forma, comportamento do adolescente é influenciado pela sexualidade e esta última sofre interferências de vários fatores com os quais ele convive – tais como seus pares, o núcleo familiar, religioso, mídia (BRASIL, 2008).

Ao longo desta pesquisa foi possível obter informações sobre o nível de escolaridade das mães, um dado importante, capital e influenciador da gravidez na adolescência, conforme sustentam Leininger & McFarland (2006). No Quadro VII, foram levantados o grau de escolaridade das mulheres e os motivos que fizeram com que elas interrompessem os estudos formais.

Quadro VII: Fatores Educacionais

Codiname	Escolaridade	Por que interrompeu os estudos?
Beth	4ª série	Tinha que trabalhar
Cisa	Não	Meus pais nunca me colocaram para estudar
Claudia	Não	Não
Déia	Não	Para Trabalhar
Isabel	3ª série	Tinha que Trabalhar
Margarida	Não	Fiquei doente na infância e o medico falou que não precisaria estudar (Febre reumática).

Nenê	4ª série	Porque minha mãe abandonou os filhos
Preta	Não	Tive que Trabalhar
Quinha	2ª série	Tinha que Trabalhar
Rosa	Médio completo	Gravidez
Tê	4ª série	Porque quis.
Tia Su	Não	Minha família não tinha condições e fui criada por outra família.
Tuca	Não	Não ia para o colégio
Vê	5ª série	Meu pai não tinha condições para dar estudo morava muito longe da escola. (Ceará)
Vera	8ª série	Não quis estudar, pois engravidei e tinha vergonha de ir para escola.
Vica	3ª série	Engravidei
Zica	6ª série	Meu pai tirou do colégio porque tinha muitos filhos.

Fonte: Questionário sócio-econômico-cultural, 2010-2011, Teresópolis/RJ.

Após anos de luta por seus direitos, as mulheres começam a acumular funções que antes eram delegadas aos homens. Desta forma, a carga de trabalho torou-se cada vez maior, pois a maioria delas, além da jornada profissional, acumula as tarefas do lar. Isso faz com que o número relativo de mulheres não tenha acesso aos serviços educacionais, conforme demonstra o Quadro VII. Sete delas (41,17%) nunca estudaram e das dez (58,82%) que estudaram, nove (90%) não concluíram o ensino fundamental. Apenas uma mulher (10%) terminou o ensino médio.

Este mesmo quadro indica causas que levaram as depoentes a comprometer sua formação educacional. Cinco (21,41) relacionaram o abandono do estudo ao trabalho. Outras cinco (21,41%) atribuíram a interrupção a questões familiares. Três (17,64%) porque simplesmente assim o quiseram. Uma (5,88%) por motivo de doença na infância. Apenas três (17,64) alegaram ter abandonado os estudos por causa da gravidez na adolescência.

É público e notório que a nossa sociedade confere uma grande importância à sexualidade – independente do contexto social no qual as

mulheres vivem. Entendemos, por isso, que é necessária a produção de estudos que trabalhem as questões de sexo/sexualidade e as práticas culturais. E a razão é simples: a vulnerabilidade a que a adolescente grávida é submetida produz, entre outras coisas, a evasão escolar.

Existe uma relação grande e comprovada entre os anos de estudo e a idade de iniciação sexual. Quanto menor for o grau de escolaridade mais precoce será o início da atividade sexual. Algumas pesquisas confirmam essa ligação. De acordo com Melhado, Sant'anna e Passarelli (2008), o adolescente sem estabilidade emocional, seja pela ocorrência de conflitos familiares ou ausência dos pais, acaba por apresentar poucos planos e expectativas quanto à escolaridade e a profissionalização.

A formação cultural também tem um peso muito grande nesta questão. O crédito emprestado às crenças, mitos e tabus surgem como resultado da interação entre a falta de informação e os valores culturais dos indivíduos ou comunidades a que pertencem. Esses fenômenos, segundo alguns autores, dificultam a busca de saúde ou até mesmo sua manutenção. (SOUSA, PINHEIRO & BARROSO, 2008). Isabel, uma das entrevistadas, lembra que...

Quando eu fiquei grávida, eu já namorava meu marido, mas eu não sabia como me prevenir, mas minha filha ficou grávida de um homem casado que eu nem sei quem é, e agora quem vai cuidar dela sou eu; antes, ela nem conversava comigo, agora está cheia de carinho. (Isabel 38 anos)

A transposição de barreiras, como idade e valores, em favor de uma proximidade que facilite a percepção do momento existencial do filho é mediada por mensagens que não devem ser restritivas ou permissivas. Quem explica é Fleury. O entendimento, segundo ele, implica na formação de uma aliança comunicativa na qual filho ou filha encontre espaço e apoio para o desenvolvimento psicológico. “Contudo, muitos pais e filhos não conseguem estabelecer essa condição existencial para o diálogo, principalmente quando o tema é sexualidade. Os pais, quando conseguem abordar o tema, não encontram meios de desvencilhar-se de suas histórias pessoais, às vezes conflituosas, e limitam-se a oferecer ou impor conselhos superficiais” (FLEURY, 1995).

Um fato que chama a atenção e, ao mesmo tempo, ratifica estudos de gravidez na adolescência é que muitas mulheres engravidaram na adolescência conscientes e planejaram suas vidas, muito embora os motivos que as levaram á gestação variaram de acordo com o modo de vida de cada depoente. Déia e Beth são exemplos:

Eu engravidei porque quis e minha filha também, logo assim que ela engravidou pela primeira vez, ela foi logo falando que iria morar com o pai da criança. (Déia 36 anos)

Eu engravidei cedo para sair de casa, porque minha mãe batia muito na gente e meu pai foi embora, mas ele batia muito na minha mãe também. (Beth 39 anos)

A gravidez na adolescência planejada foi abordada em estudo realizado no Hospital das Clínicas da Universidade Federal do Pernambuco. Segundo Procópio e Araújo, ela é percebida como uma estratégia de valorização adotada pela adolescente que se sente desrespeitada por seus pais. “ Nesta circunstância, a adolescente tende a buscar no papel de mãe um status de autoridade e poder. (PROCÓPIO & ARAÚJO, 2007)

A autonomia, aqui no caso, é entendida no âmbito do poder de decisão das mulheres sobre o seu corpo, sua vida e sobre o contexto em que vivem. A literatura disponível indica que tal poder corresponderia à realização de desejos e ao rompimento com os ciclos e espaços de dependência, exploração, opressão e subordinação aos quais as mulheres têm estado sujeitas. Esse quadro resulta das opressões de gênero, de classe social e pobreza. (BRASIL, 2004)

Independente do que motivou a gravidez, tal ato possibilitou uma reflexão sobre a autonomia que as mulheres possuem em relação a sua capacidade reprodutiva. Segundo Ministério da Saúde (Brasil, 2002), as próprias políticas públicas de saúde enfatizam a autonomia como poder de decisão das mulheres inclusive no campo do planejamento familiar, definido como um direito que todo o indivíduo tem à informação, à assistência e ao acesso aos recursos que lhe permitam optar livre e conscientemente por ter ou não ter filho. Neste sentido, as falas a seguir remetem ao que foi exposto:

Acho que ela engravidou não por causa de mim, porque ela sempre dizia que iria ter o seu filho sim, mas não iria ter cedo, nova. (Claudia 34 anos)

Eu tinha vontade de ser mãe. Eu queria arrumar um filho e minha filha não, ela escondeu da gente. (Margarida 40 anos)

Minha filha apareceu grávida de repente, porque ela estava namorando e apareceu grávida. Quando eu engravidei aos 17 anos eu estava morando com o pai da criança, depois que eu tive a criança eu me separei. Eu engravidei porque não tinha condições de comprar remédio. (Nenê 40 anos)

Eu engravidei cedo, nem vou por a culpa na minha mãe porque eu era mais liberal, minha mãe me liberava. (Preta 45 anos)

Eu engravidei porque eu não podia tomar remédio, nós não usamos camisinha nem nada aí eu fiquei grávida; o remédio não parava no estomago e eu só ficava vomitando, só passava mal, aí não dava certo. Ninguém receitou o remédio para mim, eu mesmo fui à farmácia e comprei. Essa aqui ficou grávida, vou falar a verdade, foi dentro da minha casa mesmo, porque ela não saia pra rua; só se eu saísse, isso eu falo a verdade, ela ficou grávida sim, mas na rua não. (Quinha 40 anos)

Eu acho que tem alguma coisa a ver devido à idade mesmo, pois adolescente acha que nunca vai acontecer nada, acha que comigo não acontece, acontece com o vizinho. O que eu acho diferente é que, na minha época, eu não tinha apoio da minha mãe; ela trabalhava o dia inteiro, ela não tinha tempo de me explicar, de conversar, e eu acabei achando que não ia acontecer comigo, que não ia engravidar; falta de informação não foi. (Rosa 34 anos)

Quando eu engravidei eu não tinha noção das coisas, ela não, eu expliquei como era a vida a minha mãe nunca me deu uma explicação do que era a vida, eu não engravidei porque quis eu fui violentada com 18 anos. (Tia Su 45 anos)

É comum entre as adolescentes, usar a gravidez como forma de constituir uma nova família, rompendo alguns laços maternos, provocando uma transformação precoce em sua vida como na fala de Margarida onde ela planeja a gravidez e a filha esconde.

Eu tinha vontade de ser mãe. Eu queria arrumar um filho e minha filha não, ela escondeu da gente. (Margarida 40 anos)

Para Dias (1999), a gravidez na adolescência representa um momento de crise no ciclo de vida familiar. Para a adolescente, a gravidez pode significar uma reformulação dos seus planos de vida e a necessidade de assumir o papel de mãe para o qual ainda não está preparada.

Quando engravidei eu queria, pois já morava com meu marido; ela também já mora há 02 anos com o marido e quis engravidar. (Vê 36 anos)

Eu engravidei porque quis, ela engravidou porque aconteceu, mas nada acontece se a gente não quiser, porque tem como evitar; antigamente, não tinha como evitar; hoje já é mais fácil; na minha época era mais difícil, mas não era impossível. (Vera 42 anos)

Nos relatos das mulheres que foram mães na adolescência e agora se deparam com suas filhas gestantes nenhuma delas manifesta preocupação com a continuidade dos estudos. Elas, no entanto, querem o melhor para suas filhas e netos. Rosa e Quinha falaram sobre isso:

Eu estou ajudando minha filha porque eu não quero que ela passe pelo que passei, foi o que eu e meu marido conversamos. Quando nós casamos não tínhamos nada, apenas um fogão emprestado e uma cama de solteiro; não tínhamos nada, moramos na sala da mãe dele. Então nós não queremos que ela passe por isso, pois ele

(genro) não tem condições de casar agora, então a gente tem que apoiar, mas com limites. (Rosa 34 anos)

A gravidez da minha filha eu tenho que aceitar, eu não posso falar nada, ela tem 14 anos e o que eu posso fazer eu faço. Porque quando eu engravidei foi muito difícil a vida, era muito difícil criar os filhos porque a gente tinha que trabalhar na lavoura. Ela tem a mãe pra ajudar, porque ela faz tudo pra mim, toma conta dos irmãos, arruma a casa. (Quinha 40 anos)

O trabalho infantil com a finalidade de ajudar no sustento da família é uma das causas que levam os adolescentes a abandonarem os estudos. Na sequência, os depoimentos ilustram bem o problema:

Comecei a trabalhar com 15 anos na roça e hoje eu trabalho de caseira; minhas filhas não trabalham, nem estudam e não querem nada. (Nenê 40 anos)

Eu comecei a trabalhar muito cedo como doméstica, e não estudei; elas estudavam, mas pararam por preguiça, eu sempre incentivei a estudar, sempre incentivei; todas elas sabem ler, mas não sabem tudo porque era para estudar e não chegaram ao final. (Preta 43 anos)

Trabalhamos muito cedo, portanto nem estudar eu estudei; meu pai dizia que tinha que trabalhar. (Quinha 40 anos)

Na minha infância não fiz nada, não trabalhava, nem estudava. (Tuca 43 anos)

Ela estudou até o 1º ano; estava noiva, resolveu juntar e aí eu achei melhor. (Vê 36 anos)

Ela frequentou as boates da cidade e ficava dois ou três dias na casa das amigas, já não tinha mais controle; aí, ela dizia: mãe, eu sou dona da minha vida, eu sei o que estou fazendo. Ela estudava, mas parou na 6ª série e eu falava: ou estuda ou vai trabalhar. (Vera 42 anos)

Sou irmã gêmea e estudei até a 6ª série; meu pai só tirou a gente do colégio para botar as outras irmãs para

estudar. A gente tinha 12 anos quando ele tirou a gente do colégio, apesar da gente gostar de estudar. Depois eu desanimei de estudar, porque eu já tinha filho e não deu. Minha filha estudou até a 8ª série e, depois, parou; agora não sei se vai voltar, porque essas garotas têm um desânimo de estudar. Porque meu pai tirava 2 filhos da escola para por outros 2, mas eu tinha vontade de ter estudado. (Zica 51 anos)

O abandono dos estudos pelas mulheres está definitivamente ligado a questões familiares. Elas geralmente abdicam de um futuro um pouco mais promissor em favor do sustento da família. Quando tentam retornar, enfrentam desafios como a falta de apoio e até dificuldade de acesso às escolas.

Para elas, o acesso aos bancos educacionais é, em alguns casos, uma verdadeira utopia, já que a mulher tem perspectivas de vida e sonhos muito limitados. Apesar das políticas educacionais, o acesso à educação ainda impõe muitas pessoas das classes menos favorecidas. As dificuldades se multiplicam quando os aspirantes ao ensino são provedoras de sua família. Assim como a saúde, a educação é um direito de todos e cabe ao estado criar condições que viabilizem o acesso do cidadão.

Os profissionais de saúde devem encarar a gravidez como uma oportunidade de atenção integral à adolescente. Além de orientá-los a como cuidar do corpo na gravidez, planejar o parto e cuidar do recém-nascido, é importante também buscar mudanças no comportamento deles. A mais importante delas diz respeito à adoção de uma postura preventiva em relação a seu bem-estar biológico, social e psicológico (KATZ 1998).

Para Mello, o atendimento de enfermagem a gestante é o mais prejudicado no contexto de um sistema que, sabemos, está falido. Durante as consultas de pré-natal, diz o autor, tentamos ofertar uma assistência mais humanizada, seguindo os preceitos do Sistema Único de Saúde. Realizamos, assim, palestras de aleitamento materno, atividades de vida saudável, controle alimentar, cuidados com o recém-nascido. Preparamos ainda a gestante para o parto e o planejamento familiar mas, quando ela retorna, para consulta familiar, não temos como ofertar o método adequado. Há três anos, por exemplo, após o término do convênio com uma empresa fornecedora, o gestor

municipal não faz compra dos métodos contraceptivos, atuando apenas com os métodos ofertados pelo Ministério da Saúde (MELLO, 2011).

Nas consultas de enfermagem com a gestante é fundamental entender a motivação da gestação em curso. A presença da grávida nos remete à condição de poder ou não gerar um filho, seja para o homem, seja para mulher. Isso, necessariamente, nos suscita solidariedade e apreensão. Escutar, afinal, incentiva o autoconhecimento e a reflexão contínua sobre as próprias fantasias, medos, emoções, amores e desamores. Escutar é desprendimento de si. Na escuta, o sujeito dispõe-se a conhecer aquilo que talvez esteja muito distante de sua experiência de vida. Por isso, o ato de escutar exige um grande esforço para compreender e, assim, ser capaz de oferecer ajuda, ou melhor, troca de experiências (BRASIL 2006).

O Programa de Atenção à Saúde do Adolescente (PROSAD) fundamenta-se em um marco conceitual de desenvolvimento humano integral e de promoção da saúde. A iniciativa visa fortalecer o desenvolvimento do adolescente dentro do contexto de sua família e de seu ambiente socioeconômico, político e cultural (BRASIL, 2007).

O PROSAD visa, portanto, ir ao foco dos problemas que caracterizam a ação do setor Saúde e voltá-lo para a promoção da saúde e do desenvolvimento. A complexidade dessa tarefa revela a necessidade de um forte investimento intra e intersetorial. E uma das estratégias de atuação é a participação nos espaços de formulação e implementação de políticas públicas, como o Conselho Municipal de Direitos da Criança e do Adolescente.

Existem atualmente muitos programas voltados para a assistência à adolescente gestante, com o objetivo de prepará-la para o parto e para a maternidade. De modo geral, o modelo consiste em acompanhamento continuado das adolescentes por equipes multidisciplinares, envolvendo médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos e nutricionistas. A forma de atendimento contempla tanto o individual quanto a convivência em grupo. Este tipo de abordagem tem-se mostrado adequado. “Os resultados perinatais obtidos pelo grupo têm sido no mínimo semelhantes e, por vezes, melhores do que os observados no grupo de mulheres adultas jovens, faixa etária universalmente considerada de menor risco materno e perinatal. Além disso, o desempenho obstétrico das adolescentes assistidas por tais programas tem

“... sido inegavelmente superior ao das adolescentes atendidas de forma convencional” (FELICE *et al*, 1981; RADIUS e JOFFE, 1988).

O objetivo do pré-natal, assim, é assegurar que a gravidez transcorra sem intercorrências e termine com o nascimento de um bebê saudável, sem o comprometimento da saúde da adolescente, em todos os seus aspectos. A literatura disponível indica que a assistência pré-natal deve ser realizada por profissionais qualificados e capazes de estabelecer um vínculo com a gestante. Desta forma, ela vai entender a necessidade de fazer os exames, comparecer às consultas e, em última instância, assumir o compromisso do seu próprio cuidado. (BRASIL, 2006)

Concordamos com Miranda (1987). Em seu estudo, este autor afirma que o planejamento do cuidado à adolescente grávida requer, de início, a avaliação meticulosa do risco gestacional. Este cuidado deve abranger, necessariamente, os aspectos clínico-obstétricos, psicológicos e sociais. O pré-natal, diz ele, deve começar o mais cedo possível para que as medidas profiláticas tenham eficácia. Já o exame físico geral e o especializado podem detectar doenças subclínicas não diagnosticadas previamente. Esta atenção, portanto, cria as condições necessárias para o chamado tratamento oportuno, que evita complicações futuras.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo aqui apresentado buscou identificar e analisar os fatores sociais e culturais que podem influenciar na vida de mães e filhas que engravidaram na adolescência. O universo pesquisado abrange moradoras do município de Teresópolis, nos estado do Rio de Janeiro.

A partir da pergunta norteadora desta dissertação - Quais são os fatores sociais e culturais das mulheres que foram gestantes na adolescência que podem influenciar na gravidez da sua filha adolescente? – chegamos às seguintes conclusões à luz dos relatos das depoentes: os sete fatores sócio-culturais desenvolvidos por Madeleine Leininger foram identificados e relacionados pelo seu significado e influência na história de vida das entrevistadas.

Na análise dos dados destacaram-se três fatores: o companheirismo e social; o educacional e o econômico. Este último teve maior influência na perpetuação do fenômeno da gravidez na adolescência.

Ao abrir espaço para a fala das depoentes, ouvimos histórias marcadas por insegurança e frustração e experimentamos uma sensação de impotência ante um grande desafio: promover a saúde de mulheres e adolescentes e preveni-las quanto a eventuais agravos.

Parece muito distante de nós a dura realidade que as mulheres enfrentam neste período de suas vidas em que deveriam estar felizes – planejando os bons momentos que irão desfrutar no futuro com as filhas que vão dar à luz. É constrangedor e por vezes chocante constatar os obstáculos – sociais e econômicos – que elas enfrentam no dia a dia para sobreviver. Até porque trata-se de uma história que se repete: a mulher que foi mãe na adolescência e teve uma filha que reproduziu o modelo e também teve uma gravidez precoce.

Minagawa (2007) destacou muito bem não ser atribuição do profissional de saúde a tarefa de promover a melhoria da renda familiar e da educação das depoentes e de suas filhas. Até porque, mudanças dessa natureza são estruturais, passam pela transformação da realidade e necessariamente devem envolver a conscientização da população, sua mobilização em torno de objetivos comuns e a construção de uma sociedade mais humana e solidária.

No entanto, a visão da gravidez na adolescência das mães que acompanham suas filhas adolescentes, grávidas como elas, faz com que, mais do que outra situação, o enfermeiro avalie sua conduta durante o atendimento: tanto no pré-natal quanto no parto e puerpério.

Concluimos, assim, que certos cuidados devem ser observados durante as consultas de enfermagem. A adolescente deve ser tratada como protagonista de sua vida, pois ela participa de forma ativa na construção de sua nova família. Ela, portanto, deve ser atendida em todas as suas necessidades, não só as relacionadas aos direitos reprodutivos, como também os sexuais.

A Enfermagem, sabemos, é não só uma profissão, mas uma disciplina. O enfermeiro enfrenta o desafio de cuidar do outro que necessita da assistência de um profissional preparado e qualificado para atender ou antecipar suas necessidades. Os enfermeiros, desta forma, atuam melhor na medida em que conhecem e entendem as diferenças culturais, ainda que os valores professados pelo profissional sejam diferentes da pessoa atendida. (LEININGER & McFARLAND, 2002).

A Teoria do Cuidado Cultural de Madeleine Leininger, por exemplo, permitiu que eu tivesse um contato mais direto com essas mulheres mães de filhas que engravidaram na adolescência. Entendi, a partir daí, que, ao prestar o cuidado devemos, necessariamente, levar em conta e respeitar a bagagem do atendido. O objetivo é garantir a assistência individual e humanizada, respeitando a identidade cultural das mulheres e das adolescentes. Afinal de contas, o profissional de enfermagem não tem como resolver os problemas sociais dos usuários do sistema – notadamente os de cunho educacional – mas é obrigação sua entender a realidade da vida dessas pessoas e, na medida do possível, minimizar as dificuldades que elas enfrentam num momento delicado como é o da gravidez.

Entendo, finalmente, que essa pesquisa é uma contribuição ao tema e que a linha aqui adotada deve ter uma sequência. Estou certo de que ampliar essa reflexão dará origem a novas posturas no atendimento prestado às mulheres – aqui, no caso, não só as mães adolescentes grávidas, mas suas filhas adolescentes que estão prestes a dar à luz. Por último, entendo que é importante dar sequência as investigações como a aqui descrita. Pois só a pesquisa e a reflexão dela decorrente nos permitem confrontar

permanente a realidade e a representação que dela se faz em prol da humanização do atendimento à gravidez adolescente.

Ao final desta trajetória, reforço a importância da continuidade do estudo, pois, com uma contínua descoberta, ampliação, reflexão e discussão, novas posturas emergirão para o tema gravidez na adolescência.

REFERÊNCIAS

BARROS, M. M. L. **Tópicos especiais em movimentos sociais** (cultura e subjetividade. Família: transformações, tensões, continuidades e novos sentidos) Rio de Janeiro: FGV, 2007.

BARROS, M. L. (Org.) **Família e gerações**. Rio de Janeiro: FGV, 2006. 45 p.

BARROS, M L In: **Sexualidade, família e ethos religioso** / organizadores, HEILBORN, M L... [et al.]. – Rio de Janeiro : Garamond, 2005 . (Sexualidade, gênero e sociedade. Sexualidade em debate) Parte dos trabalhos apresentados no Seminário Relações Familiares, Sexualidade e Religião realizado no Rio de Janeiro em agosto de 2004.

BEE, H. **A criança em desenvolvimento**. Tradução Maria Adriana Veríssimo Veronese. 7. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996. (Publicação original em inglês, 1975).

BERTAUX, D. **Narrativas de vida: a pesquisa e seus métodos**. Natal, RN: EDUFRN, São Paulo: Paulus, 2010. 31p.

BORGES, C. C.; MAGALHÃES, A. S. **Transição para a vida adulta: autonomia e dependência na família**. Psico, Porto Alegre, PUC-RS, v.40, n.1, p.42-49, jan./mar 2009.

BRASIL Constituição (1988) Emenda constitucional nº 05 de 10/novembro/1991. **Lex**: legislação federal e marginalia, Brasília,1991.

BRASIL. Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher (1994). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/convencaobelem1994.pdf> Acesso em: 19/07/2011.

BRASIL. Ministério da Justiça, LEI Nº 8.069 complementar Dispõe sobre o **Estatuto da Criança e do Adolescente**. Brasília, DF, em 13 de julho de 1990; 169º da Independência e 102º da República. 1991.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes**. Brasília, 2004.10 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A Saúde de Adolescente e Jovens: uma metodologia de autoaprendizagem para equipes de atenção básica de saúde**. Módulos básicos. Série F. Comunicação e Educação em Saúde, n. 17 Brasília, 2002. 31 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Promoção da Saúde: Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens**. Brasília, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde do adolescente**: Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Marco teórico e referencial**: saúde sexual e saúde reprodutiva de adolescentes e jovens. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde, **Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos**, Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Escolas promotoras de saúde : experiências do Brasil / Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde. – Brasília :Ministério da Saúde, 2007.

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

CECIM, R. B.; STEDILE, N. L. R. **Ensino e atenção à saúde da mulher**: aprendizados da integração da Educação Superior com a rede assistencial. Nilva Lúcia Rech Stedille, Ricardo Burg Ceccim. (Org.) Caxias do Sul, RS: Educs, 2007. 61p.

CHODORW, N. **Psicanálise da maternidade**: uma crítica a Freud a partir da mulher. Rio de Janeiro: Rosa dos tempos, 1990.

COSTA, M. et al. Gravidez na adolescência: **Associação de variáveis sociodemográficas e biomédicas maternas com resultado neonatal**. Revista Baiana de Saúde Pública. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/rbsp/volume29-n2/>. 10/08/2010.

COSTA. I, S, D e SANTOS. A, A. Programa de renda mínima bolsa escola municipal de londrina: Impressões das **famílias quanto a melhoria de sua condição de vida**. Brasília 2001.

CRISCI, C. L. I. **Mulher-mãe: a ideologia patriarcal nas reproduções da relações de gênero**. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Faculdade de Psicologia, PURCRS, Porto Alegre, 1994.

CUNHA, V. S.; WENDLING, M. I. **Aspectos transgeracionais da gravidez na adolescência na perspectiva de mães e filhas residentes em Parobé e Taquara (RS)** Contextos Clínicos. Vol. 4(1):28-41, jan-jun. 2011.

DAHLBERG, L. L.; KRUG, E. G. **Violência: um problema global de saúde pública**. Ciência e Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, v. 11, p. 1163-1178, 2008.

DIAS, A. C. G., Conversas sobre sexualidade na família e gravidez na adolescência: a percepção dos pais. **Revista de Ginecologia & Obstetrícia, Estudos de Psicologia.** Instituto de Psicologia - UFRGS, Porto Alegre, RS, 4(1), 79-106, 1999.

DORA, D. D. No fio da navalha. In: DORA, D. D.; SILVEIRA, D. D. (orgs.). **Direitos humanos, ética e direitos reprodutivos.** Porto Alegre: Themis, 1998. 37-42 p.

FAÇANHA, M.C et al. (2004), **Conhecimento sobre reprodução e sexo seguro de adolescentes de uma escola de ensino médio e fundamental de Fortaleza ? Ceará.** DST- J bras Doenças sex transm 16(2): 5-9, 2004. 2004.

FALCKE, D.; WAGNER, A.; MEZA, E. **Crenças, e valores dos adolescentes acerca de família, casamento, separação e projetos de vida.** Psicologia: Reflexão e Crítica, Porto Alegre 10(1):155-167, 1997.

FELICE, M. et al. - The young pregnant teenager: impact of comprehensive prenatal care. **J. Adolesc. health care.** York Ny 1: 193-7, 1981.

FLEURY, D. **Gravidez na adolescência: difícil enfrentar essa barra.** Revista Crescer. Porto Alegre, 18, 18-22. 1995.

FONSECA, A. D.; GOMES, V. L. O.; TEIXEIRA, K. C. **Percepções de adolescentes sobre uma ação educativa em orientação sexual realizada por acadêmicos (as) de enfermagem.** Esc. Anna Nery Rev. Enferm. Rio de Janeiro 14 (2):330-7. 2010.

GAMA, S. G. apud RUZANY, M. H. **Mapa da Situação de Saúde do Adolescente no Município do Rio de Janeiro.** Tese (Doutorado em 2000) Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, 2000.

GAMA, S. G. N. apud KAHHALE. **A gravidez na adolescência como fator de risco para o baixo peso ao nascer no Município do Rio de Janeiro, 1996 a 1998.** Revista de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 35:74-80. 2000.

GISPERT, M. et al. Predictors of repeat pregnancies among low-income adolescent. **Hop Community Psychiatry.** Santiago do Chile, 35 (7):719-23, 1984.

GOMES. W, B, **Conversas sobre sexualidade na família e gravidez na adolescência: a percepção dos pais** Universidade Federal do Rio Grande do Sul 79 Estudos de Psicologia 1999, 4(1), 79-106

GUEDES, R. N.; SILVA, A. T. M. C.; FONSECA, R. M. G. S. **A violência de gênero e o processo saúde-doença das mulheres.** Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, set. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid>. Acesso em: 07/07/2010

GUERRA, A. F. F. S.; HEYDE, M. E. D.; MULINARI, R. A. **Impacto do estado nutricional no peso ao nascer de recém-nascidos de gestantes adolescentes**. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. Rio de Janeiro, v.29, n.3, p.4, mar. 2007.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Demográfico, Brasil, 2000**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>. Acesso em: 18 jun 2011.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Comunicação Social. Contagem da População 2007**. Publicado em 21 de dezembro de 2007. Disponível em http://www1.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_impresao.php?id_noticia=1065 Acesso em: 18 jul 2011.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Crescimento populacional do Município de Teresópolis**: dados preliminares do Censo Demográfico 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>. Acesso em: 18 jul. 2011.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - PNAD. **A Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde - PNDS**, que integra o Programa Mundial de Pesquisas de Demografia e Saúde. Brasília, 2005.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Síntese de indicadores sociais**, 1999. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>. Acesso em: 18 jul. 2011.

KATZ, R. A. **“Adolescência e maternidade, um destino, um problema, uma escolha”**, dissertação (mestrado em saúde pública) – Escola Nacional de Saúde pública Rio de Janeiro. 1998.

KRUG, E. G. et al. **The World Report on Violence and Health**. Geneva: World Health Organization. 2002.

LAY-ANG, G. **A gravidez na Adolescência** Equipe Brasil Escola Disponível em: <http://www.brasilecola.com/biologia> acesso 08 out. 2011. Acesso em 07/07/2010

LEININGER, M.; MCFARLAND, M. **Transcultural nursing: Concepts, theories, research, and practice**. 3. ed. New York: McGraw-Hill. 2002.

_____. **Culture Care Diversity and Universality – A World Nursing Theory**. Second edition. Sudbury, Massachusetts: Jones and Bartlett publishers, 2006.

LEVANDOWSKI et al. **Maternidade Adolescente**. Estudo de Psicologia Campinas, 25 (2), 251-263. 2008.

MARSHALL, W. A.; TANNER, I. M. Puberty. In: FALKNER, F.; TANNER, J. M. **Human Growth**. 2. ed. v. 2. New York: Plenum, 1986.

MELHADO, A. et al. **Gravidez na adolescência: apoio integral à gestante e à mãe adolescente como fator de proteção da reincidência.** Revista adolescência & saúde. São Paulo, 5 (2): 45-5. 2008.

MINAGAWA, A. T. **Problemas respiratórios em crianças menores de dois anos e reprodução social das famílias (estudo populacional no Município de Itupeva SP)** Tese (Doutorado em Enfermagem). Programa de Pós-graduação da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

MIRANDA, A. T. C. **Idade materna e risco perinatal.** Rio de Janeiro: Dissertação (Mestrado em 1987 Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1987.

MOSCON, N.; KRÜGER T. R. **O serviço social na atenção básica e o acesso aos Serviços de saúde** Rev. Saúde Públ. Santa Cat., Florianópolis, v. 3, n. 2, jul./dez. 2010.

MOTTA, Magda L. **Gravidez na adolescência.** In: CORRÊA, Mário D. et al. Noções práticas de obstetrícia. 13. ed. Belo Horizonte: COOPMED Ed., 2004. p. 403-411.

.OPAS - ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. **Recomendaciones para la atención integral de salud de los adolescentes com ênfasis en salud sexual y reproductivas.** Série OPS/FNUAP, Ciudad de México. 4, 2003.

OSÓRIO, L. C., Síndrome delinquencial: um estudo sobre a psicopatologia do adolescente. In: J. Outeiral, (ed.), **Infância e Adolescência.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1992. 74-86 p

PALÁCIOS, J. O que é a adolescência. In: COLL, C.; PALACIOS, J.; MARCHESI, A. **Desenvolvimento psicológico e educação: psicologia evolutiva.** Porto Alegre: Artes Médicas, v. 1. p. 263 - 272, 1995.

PFITZNER. M. A.; HOFF, C.; MC ELLIGOTT, K. Predictors of repeat pregnancy in a program for pregnant teens. **J Pediatr Adolesc Gynecol**, 3: 77-8, 2003.

PROCOPIO, E. V. P; ARAÚJO, E. C. **Percepções de adolescentes gestantes sobre a gravidez atendidas na clínica de pré-natal.** Revista de Enfermagem UFPE On Line (REUOL).São Paulo, v.01, p.28 - 35, 2007.

RADIUS, S. M. e JOFFE, A. Understanding adolescent mother's feelings about breast –feeding. **J Adolesc Health Care**, 9: 150-60, 1988.

REUNIÃO ORDINÁRIA DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE TERESÓPOLIS. **Ata** do dia 12/05/ 2011 aprovada em reunião ordinária do dia 28/06/2011.

ROMERO, M. I. et al. **Manual de medicina de la adolescência**. Washington: Publicación de la Organización Panamericana de la Salud. p. 473-482, 1991.

SÃO PAULO. **Centro de Estudos da Procuradoria Geral do Estado**. São Paulo, 2004. 460 p. (Série Estudos n. 14)

SÃO PAULO: SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE. **Gravidez na Adolescência passa de Mãe para filha**, estudo na casa do adolescente de Pinheiros. São Paulo, 2008.

SIMÕES, V. M. F. et al. **Características da gravidez na adolescência** em São Luís, Maranhão. Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 37, n. 5, p. 559-565, 2003.

SOUSA, L.B, PINHEIRO. A. K.B, BARROSO. M.G.T; **Ser mulher portadora do HPV: uma abordagem cultural** Rev Esc Enferm USP 2008; 42(4):737-43 www.ee.usp.br/reeusp/ .

SOUZA E SOUZA, L. P.; SILVA, J. R.; LOIOLA, M.F. R. **Reflexão crítica a respeito do perfil epidemiológico da violência doméstica em Montes Claros – MG**. In. III SIMPÓSIO INTERNACIONAL SOBRE METAFÍSICA E FILOSOFIA CONTEMPORÂNEA – METAFÍSICA E VIOLÊNCIA, 2011. Anais ISSN: 1806-549X Montes Claros: Unimontes, Montes Claros, 2010. p.1-10.

SPITZ, A. M. et al. Pregnancy, abortion, and birth rates among US adolescents - 1980, 1985, and 1990. **JAMA**. 275(13):989-94, 1996.

TEIXEIRA, M. L. O.; FERREIRA, M. A. **Pesquisa do cuidado de enfermagem: aplicabilidade do referencial de Leininger e Freire**. Revista de Enfermagem Referência - III, Rio de Janeiro, n. 1, 2010.

VENTURA, S. J. et al Tendências recentes nos nascimentos adolescentes nos Estados Unidos. **MEDLINE PMID**: 10071841, jan-mar, 1999.

VIEIRA, L. M. et al. Reflexões sobre a anticoncepção na adolescência no Brasil. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.** Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292006000100015>. Acesso em 07/07/2010

WAGNER. A. **Como se perpetua a família?** A transmissão dos modelos familiares. Adriana Wagner (coord.). Porto Alegre: EDIPUCRS, 2005 .

WHO COMMISSION ON SOCIAL DETERMINANTES OF HEALTH. 2009 Disponível em: http://www.who.int/socialdeterminants/resources/csdh_media/wgekn_final_report_07 . Pdf, Acesso em: 14 abr. 2011 .

YAZLLE, M. E. H. D. **A Adolescente grávida: alguns indicadores sociais**. Rev Bras Ginecol Obstet. Rio de Janeiro, vol. 28, n. 8, ago. 2006.

APÊNDICE 1

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO Resolução nº 196/96 – Conselho Nacional de Saúde

Prezada Depoente,

Você foi selecionada e está sendo convidada para participar da pesquisa intitulada: mães de adolescentes grávidas que também engravidaram na adolescência (história de vida durante a abordagem de enfermagem no pré-natal) que tem como objetivos: Conhecer os fatores sociais e culturais que envolvem a vida das mulheres que foram mães na adolescência. Discutir a partir da história de vida de mulheres que foram mães na adolescência a influência na gravidez da filha adolescente.

Para a coleta de dados serão utilizados dois instrumentos: um questionário para traçar as dimensões da estrutura social e cultural das depoentes e uma entrevista aberta com uma única pergunta a fim de identificar os valores culturais e sociais que contribuem para gravidez na adolescência. A pesquisa terá duração de dois (02) anos, com o término previsto para dezembro de 2011.

Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo. Será garantido o sigilo e o anonimato. Os dados coletados serão utilizados apenas nesta pesquisa e os resultados serão informados para os entrevistados.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder as perguntas a serem realizadas sob a forma de questionário e entrevista. O questionário traçará o perfil sócio-econômico. A entrevista será gravada em mp3 e/ou fita k-7 para posterior transcrição – Os instrumentos para obtenção dos dados serão guardados por cinco (05) anos e incinerados após esse período.

Você não terá nenhum custo ou quaisquer compensações financeiras. Não haverá riscos de qualquer natureza relacionados à sua participação. O benefício relacionado à sua participação será de ampliar o conhecimento científico na área da saúde da mulher e enfermagem e também estará colaborando na melhoria da qualidade de vida das adolescentes grávidas, bem como, na prevenção e controle de possíveis gestações.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone/e-mail e o endereço do pesquisador responsável, e demais membros da equipe, podendo tirar as suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Sua participação é voluntária, isto é, a qualquer momento você pode recusar-se a responder qualquer pergunta ou desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição que forneceu os seus dados, como também na que trabalha.

Desde já agradecemos!

Profª. Drª. Leila Rangel da Silva
Orientadora do Estudo
(DEMI / EEAP / UNIRIO)
Tel: (021) 2542-7101
e-mail: rangel.leila@gmail.com

Antonio Henrique V. da Rosa
Enfermeiro e Mestrando
(EEAP/UNIRIO)
Cel: (021) 8878-8092
e-mail: nefrotere@yahoo.com.br

Comitê de Ética em Pesquisa da UNIRIO CEP-UNIRIO

Rio de Janeiro, ___ de _____ de 20__.

Declaro estar ciente do inteiro teor deste termo de consentimento e estou de acordo em participar do estudo proposto, sabendo que dele poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer punição ou constrangimento.

Nome por extenso _____

Assinatura: _____



Apêndice 2

CARTA PARA AUTORIZAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Prezado Senhores,

Solicito autorização ao Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO) para desenvolver a pesquisa intitulada “**A história se repete: Mães de adolescentes grávidas / subsídios para o cuidar da enfermagem**”.

O desenvolvimento do estudo será de responsabilidade do mestrando em Enfermagem **Antonio Henrique Vasconcellos da Rosa**, portador do documento de identidade nº 08627570-8 IFP, regularmente matriculado como aluno do Programa de Pós-Graduação Mestrado em Enfermagem da UNIRIO e estará sob a orientação da Prof^a. Dr^a. Leila Rangel da Silva.

Aproveito a oportunidade para informar que a pesquisa terá duração de dois anos, com término previsto para novembro de 2011 e que a mesma estará sendo desenvolvida de acordo com a Resolução 196/96 do CNS.

Na expectativa de contar com a inestimável atenção de V.S.^a no atendimento desta solicitação, aproveitamos o ensejo para apresentar o elevado apreço do mestrando e da Professora dessa renomada Instituição de ensino e agradecer a atenção e o apoio.

No aguardo da devida autorização,
Atenciosamente,

Prof^a. Dr^a. Leila Rangel da Silva
Orientadora do Estudo
e-mail: rangel.leila@gmail.com

Enf. Antonio Henrique V. da Rosa.
Mestrando em Enfermagem
nefrotere@yahoo.com.br

Apêndice 3

Questionário do Perfil Sócio-Econômico-Cultural

Teresópolis, de de Hora:	
Codínome:	Idade Atual:
Idade da primeira gravidez: de cada um:	N° de filhos e idade
Perfil Sócio-Econômico-Cultural	Respostas
Tecnológicos	
Possui luz na residência?	
Possui água na residência?	
Qual a forma de transporte?	
Possui algum eletrodoméstico?	
Religião e filosofia	
Em que religião foi criada?	
Qual religião pratica agora?	
Companheirismo e sociais	
Você vive com alguém?	
Há quanto tempo?	
Como chama relação?	
Participa de reunião ou festas? Frequência?	
Modos de vida	
Quem mora na sua casa?	
Como é a casa?	
Hábito noturno?	
Hábito diurno?	
Quantos cômodos têm sua casa?	
Quais atividades de lazer e cultura você participa?	
Econômicos	
Você tem acesso aos métodos contraceptivos?	
Você tem acesso aos serviços de saúde?	
Renda da família	
Você trabalha?	
Fonte de renda	
Educacionais	
Você estudou?	
Frequentou a escola até quando?	
Interrompeu os estudos, por quê?	

Anexo 1

Solicitação de realização da Pesquisa no Centro Materno Infantil

À ILMA Sr^a..:

Dra. Carmen Lucia Santos

Chefe Assistencial do Centro Materno Infantil

Ilma Sr^a,

Eu **Antonio Henrique V. da Rosa**, enfermeiro, professor da UNIFESO e mestrando regularmente matriculado no Curso de Pós-Graduação Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO, matriculado sob nº 10101P8M03, estou desenvolvendo Projeto de Pesquisa intitulado: **A história se repete: Mães de adolescentes grávidas / subsídios para o cuidar da enfermagem**. Sendo assim, solicito a vossa contribuição para autorização da pesquisa no Centro Materno Infantil com as mães das adolescentes grávidas.

Asseguro que serão mantidos o sigilo e o anonimato dos dados coletados mediante a observância da Resolução 196/96 do CNS. A referida pesquisa será encaminhada ao Comitê de Ética e Pesquisa da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto (UNIRIO).

O desenvolvimento do estudo será de responsabilidade do Mestrando em Enfermagem, sob orientação da Prof^a Dra. Leila Rangel da Silva. Em anexo projeto de pesquisa.

Na expectativa de contar com a inestimável atenção de V.S.^a no atendimento desta solicitação, aproveitamos o ensejo para apresentar o elevado apreço do mestrando e da Professora da instituição.

Desde já agradecemos a sua colaboração.

Prof^a Dr^a Leila Rangel da Silva
Orientadora do Estudo
(DEMI / EEAP / UNIRIO)
Tel: (021) 2542-7101
e-mail: rangel.leila@gmail.com

Antonio Henrique V. da Rosa
Enfermeiro e Mestrando
(EEAP/UNIRIO)
Cel: (021) 8878-8092
e-mail: nefrotere@yahoo.com.br

Anexo 2

CARTA DE AUTORIZAÇÃO PARA PESQUISA

EU _____

Chefe Assistencial do Centro Materno Infantil de Teresópolis, RJ, autorizo o Enfermeiro Antonio Henrique Vasconcellos da Rosa, Enfermeiro mestrando regularmente matriculado sob o n 10101P8M03 no curso de pós-graduação Stricto Sensu Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO, a realizar a pesquisa intitulada: **“A história se repete: Mães de adolescentes grávidas / subsídios para o cuidar da enfermagem”**, sob a responsabilidade da orientadora prof^a Dra. Leila Rangel da Silva.

Declaro estar ciente que para esta investigação, o mestrando utilizará como instrumento de coleta de dados – observação no dia-a-dia das mães das gestantes entrevistadas, um questionário para traçar as dimensões da estrutura social e cultural das depoentes e uma única pergunta a fim de identificar os valores culturais e sociais que contribuem para gravidez na adolescência, no período de outubro de 2010 a janeiro de 2011. Além disso, este estudo não trará ônus aos sujeitos da pesquisa sendo garantido sigilo e o anonimato.

Chefe da Direção Assistencial do Centro Materno Infantil

Anexo 3
Autorização do Comitê de Ética



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP-UNIRIO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - UNIRIO

PARECER CONSUBSTANCIADO

TTDD:232

Assunto: Projetos de Pesquisa – Avaliação.

Protocolo CEP-UNIRIO: 0011/2010 **FR** 368537 **CAAE:** 4575.0.000.313-10

Projeto de Pesquisa: Mães de adolescentes grávidas que também engravidaram na adolescência (história de vida durante a abordagem de enfermagem no pré-natal).

Versão do Protocolo e Data: 09/09/2010

Pesquisador(a) Responsável: Antonio Henrique Vasconcellos da Rosa.

Pesquisador(a) Orientadora: Leila Rangel da Silva.

Instituição: Secretaria Municipal de Saúde de Teresópolis.

Sumário do protocolo:

- **Objetivos:** Conhecer os fatores sociais e culturais que envolvem a vida das mulheres que foram mães na adolescência; e discutir a partir da história de vida de mulheres que foram mães na adolescência a influência na gravidez da filha adolescente.
- **Justificativa:** projeto de investigação de mestrando em enfermagem, onde o mesmo pretende investigar a influência dos fatores sociais e culturais na transgeracionalidade da gestação na adolescência, os fatores sociais e culturais que envolvem a vida das mulheres que foram gestantes na adolescência e como os modos de vida/contexto do ambiente, das mulheres que foram mães na adolescência, influenciam na gravidez da filha adolescente. Pretende realizar a pesquisa através de uma única pergunta. Utilizará um questionário de perfil sócio-econômico-cultural que foi pouco descrito no texto
- **Comentários do Relator:** projeto de investigação com temática para elaboração de dissertação de mestrado com tema/objeto interessante. Apresenta carta de autorização para pesquisa da chefe da direção assistencial do Centro Maternal Infantil. O pesquisador explicitou melhor a utilização do instrumento de perguntas do perfil sócio-econômico-cultural.
- **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido:** Está de acordo com as normas da Resolução 196/96.
- **Cronograma:** contém agenda para realização de diversas etapas de pesquisa, observando que a coleta de dados ocorrerá após aprovação do projeto pelo Comitê.



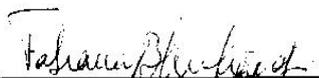
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP-UNIRIO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - UNIRIO

- **Referências:** Sustentam os objetivos do estudo.
- **Orçamento:** Os custos desta pesquisa correrão por conta da pesquisadora responsável
- Informo que a autorização para posterior publicação fica condicionada á apresentação do resumo do estudo proposto á apresentação do Comitê.

Diante do exposto, o Comitê de ética em Pesquisa da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – CEP –UNIRIO, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS196/96 e suas complementares, manifesta-se pela aprovação do protocolo de pesquisa proposto.

Emitimos, portanto, parecer que classifica o projeto como **APROVADO**.

Rio de Janeiro, 16 de fevereiro de 2011.


Fabiana Barbosa Assumpção de Souza
Coordenadora do CEP-UNIRIO

Fabiana B. Assumpção de Souza
Coordenadora
CEP - UNIRIO
PROPG-DPQ