

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

JOANNIE DOS SANTOS FACHINELLI SOARES

**BIOGRAFIAS DE GRAVIDEZ E MATERNIDADE NA ADOLESCÊNCIA EM
ASSENTAMENTOS RURAIS DE ENCRUZILHADA DO SUL / RS**

Porto Alegre

2009

JOANNIE DOS SANTOS FACHINELLI SOARES

**BIOGRAFIAS DE GRAVIDEZ E MATERNIDADE NA ADOLESCÊNCIA EM
ASSENTAMENTOS RURAIS DE ENCRUZILHADA DO SUL / RS**

Trabalho de Conclusão apresentado ao Curso de Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Orientadora: Profa. Dra. Marta Julia Marques Lopes

Porto Alegre

2009

AGRADECIMENTOS

Ao longo de três anos como bolsista de Iniciação Científica, membro de um grupo tão coeso como o GESC (Grupo de Estudos em Saúde Coletiva), aprendi que não é possível realizar pesquisa sozinha. Por esse motivo, são muitas as pessoas a quem direciono meus agradecimentos.

Primeiramente, agradeço à minha orientadora, professora Marta Julia, por ter me lançado o desafio de estudar as biografias de gravidez e maternidade na adolescência em meio rural. Obrigado pela confiança, pela paciência e pelas orientações brilhantes, sem as quais este estudo não teria se concretizado.

Agradeço à mestranda Graciliana Swarowsky, companheira de atividades em campo, por toda a ajuda na execução dessa pesquisa e pela disponibilidade em dividir idéias e pensamentos, e por ouvir atenciosamente todas as minhas dúvidas e abrandar minhas angústias.

Agradeço às Agentes Comunitárias de Saúde de Encruzilhada do Sul, Erci e Maria, por ter facilitado o acesso aos lares das testemunhas do estudo. Agradeço as 16 jovens mães que se dispuseram a me contar suas histórias de vida e suas experiências de gravidez e maternidade.

Aos competentes membros do GESC pelas excelentes parcerias de trabalho e pelas trocas de experiências. À Elisiane Bonfim e Sandra Leal por compartilharem seus conhecimentos. Em especial, à professora Maria Alice, que me permitiu dar os primeiros passos no universo da pesquisa e, dessa forma, contribuiu em muito para o meu desenvolvimento acadêmico.

Enfim, meu muito obrigado a todos que não foram citados aqui, mas que de alguma forma colaboraram para a realização deste trabalho.

RESUMO

Buscou-se conhecer e compreender, através de biografias, as vivências de gestação e maternidade na adolescência em assentamentos rurais no município de Encruzilhada do Sul. O estudo desenvolveu-se a partir de uma abordagem qualitativa, sustentando-se no método biográfico. As testemunhas do estudo foram mulheres que vivenciaram/vivenciam gravidez e maternidade na adolescência. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista biográfica temática, que compuseram 16 ao total. O tratamento dos dados foi realizado por meio da técnica de análise de conteúdo temático. As histórias de vida mostram trajetórias de instabilidade e mudanças constantes, habitação e emprego precários. Observou-se que a quase a totalidade das testemunhas vive em união estável, muitas vezes, originada em consequência da gravidez. Para as adolescentes solteiras, a gravidez ocorreu sem planejamento e foi referida como fruto de “descuido” e desinformação. A aceitação da gravidez pelas famílias das adolescentes está diretamente ligada à condição do companheiro em “assumir” ou não a criança e a adolescente. As mudanças decorrentes da gravidez e maternidade citadas com mais frequência foram a perda de liberdade e o aumento de responsabilidade. Quanto aos planos para o futuro a maioria das entrevistadas citou o desejo de melhorar as condições materiais em que vivem. Também foi referida a perspectiva de voltar a estudar e de ter trabalho remunerado. Em relação às situações de saúde, observou-se despreparo das testemunhas para realizar ações preventivas de saúde, falta de domínio de informações, e que o acesso a serviços se dá exclusivamente na perspectiva da atenção pré-natal. Considera-se que as adolescentes dos assentamentos estudados vivem situações de precariedade material e de infraestrutura de vida e trabalho. A ausência de políticas públicas e, conseqüentemente, de serviços dirigidos e adequados às especificidades é outra constatação. Esse cenário pode contribuir para a incidência de gravidez e maternidade precoces, sendo propício à reprodução das condições de pobreza das famílias e desigualdades de gênero nas relações sociofamiliares.

Descritores: Gravidez na adolescência. Assentamentos Rurais. Condições Sociais. Saúde da população rural. Experiências de Vida. Biografias.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Prédio da escola localizada no Assentamento Farroupilha	23
Figura 2 - Residência de alvenaria	24
Figura 3 - Residência de madeira	24
Figura 4 - Síntese dos temas e subtemas de análise	30

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	6
2	A PROBLEMÁTICA EM ESTUDO	9
2.1	Aspectos Sociais da Gravidez e Maternidade na Adolescência	9
2.2	Os Cenários em Estudo nas Perspectivas Sociodemográfica e de Saúde	12
3	OBJETIVO	15
4	METODOLOGIA	16
4.1	Tipo de Estudo	16
4.2	Área de Estudo	16
4.3	Testemunhas em Estudo	17
4.4	Coleta de Dados	19
4.5	Análise dos Dados	19
4.6	Aspectos Éticos	20
5	CENÁRIOS E BIOGRAFIAS	22
5.1	Os fatos: Contexto Social e de Saúde nos Assentamentos	22
5.2	As Gestantes e Mães Adolescentes: quem são?	25
5.3	Temáticas, Estratégias, e Juízos: Histórias de Gravidez e Maternidade na Adolescência em Meio Rural	30
5.3.1	Trajetórias Pessoais: o caminho até o assentamento, contexto familiar e vida afetiva – Temática de Síntese 1	31
5.3.2	A Gravidez na Adolescência – Temática de Síntese 2	36
5.3.3	Vivências de Maternidade – Temática de Síntese 3	42
5.3.4	Vida Atual e Projetos de Futuro – Temática de Síntese 4	49
5.3.5	Situações de Saúde – Temática de Síntese 5	55
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	61
	REFERÊNCIAS	64
	APÊNDICE A – Roteiro para Entrevista Biográfica Temática	69
	APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Informado para as adolescentes	70
	ANEXO 1 – Parecer de Aprovação do Comitê de Ética na Pesquisa em Saúde da Escola de Saúde Pública	71
	ANEXO 2 – Carta de Aprovação da COMPESQ/ENF	72

1 INTRODUÇÃO

Trata-se de um Trabalho de Conclusão apresentado ao Curso de Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para obtenção do título de enfermeiro. Este estudo está vinculado ao projeto denominado “Gravidez e Maternidade na Adolescência em Municípios de Pequeno Porte e em Áreas Rurais na Metade Sul do Rio Grande do Sul” (Projeto aprovado no Edital MCT/CNPq/MS-SCTIE/CT - Saúde nº 022/2007) concedido a pesquisadores do Grupo de Estudos em Saúde Coletiva/GESC/EEenf/UFRGS, ao qual estou vinculada desde abril de 2006.

A “Metade Sul” do Estado do Rio Grande do Sul vem sofrendo crescente desaceleração econômica, quando comparada a outras regiões do Estado. A escolha da área empírica do projeto base deu-se a partir da existência de um acordo de cooperação interuniversitária francobrasileira denominado Programa de Pesquisa Interdisciplinar (PROINTER). Esse programa busca constituir um conjunto de competências científicas voltadas para o estudo das inter-relações entre o desenvolvimento rural e as dinâmicas ambientais/naturais, na perspectiva de uma reflexão sobre a noção de desenvolvimento sustentável, sua pertinência teórica e aplicação prática, numa ótica de trabalho interdisciplinar. Para tanto, buscou-se um espaço geográfico onde características ambientais, econômicas e sociais formassem um lugar particularmente propício para o estudo aprofundado dessas inter-relações. Além disso, o programa busca analisar as transformações que ocorrem nas sociedades rurais e que provocam modificações nas condições de vida. (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, 2003).

A área de estudo do projeto base compreende oito municípios localizados na região sul do Estado: Arambaré, Camaquã, Canguçu, Chuvisca, Cristal, Encruzilhada do Sul, Santana da Boa Vista e São Lourenço. Desses oito municípios, quatro possuem áreas de assentamentos rurais: Arambaré, Camaquã, Canguçu, e Encruzilhada do Sul. Para o presente estudo em particular, foi escolhido como cenário dois assentamentos rurais do Município de Encruzilhada do Sul.

A inserção no projeto referido, associada com a minha trajetória como bolsista do Programa de Iniciação Científica (PIBIC) da Universidade Federal do Rio Grande

do Sul (UFRGS), no qual tive a oportunidade de trabalhar com a temática da violência contra mulher, abordando as diferenças nas relações de gênero e desigualdades sociais e suas consequências para a saúde da mulher, originou o interesse em estudar a problemática da gravidez e maternidade na adolescência em áreas rurais.

Nesse sentido, parte-se da constatação de que as transformações na vida sociocultural nas últimas décadas têm como uma de suas consequências o início da vida sexual de adolescentes cada vez mais cedo, caracterizando uma mudança do padrão de comportamento social e sexual. Essa vivência ocorre em condições desiguais para os (as) adolescentes e jovens, evidenciada nas desigualdades de gênero, entre distintas condições socioeconômicas, culturais, étnicas e de raça/cor, nas relações de poder entre gerações e na discriminação pela orientação sexual (BRASIL, 2006).

Efeito disso pode ser observado nos índices de natalidade. Se entre as mulheres como um todo se assistiu nas seis últimas décadas um decréscimo na taxa de fecundidade (em 1940, a média nacional era de 6,2 filhos, em 2000, passa a 2,3 filhos), entre as adolescentes e jovens (10 a 24 anos) o sentido é inverso. Desde os anos 90, a taxa de fecundidade entre adolescentes aumentou 26%. A cada ano, um milhão de brasileiras são mães antes dos 20 anos. Os índices de atendimento do Sistema Único de Saúde (SUS) demonstram o crescimento do número de internações para atendimento obstétrico nessa faixa etária. As internações por gravidez, parto e puerpério correspondem a 27% das internações entre mulheres de 10 a 19 anos no SUS (BRASIL, 2006).

As culturas de gênero como forma primária de estabelecer relações de poder permeiam as práticas relacionadas à saúde sexual e reprodutiva. Os principais problemas apontados nesse âmbito relacionam-se às adolescentes e mulheres jovens. Isto se deve à responsabilização cultural e social das mulheres pela reprodução e pelos cuidados de saúde da família, muitas vezes reproduzida pelos serviços de saúde. Essa responsabilização ou atribuição das mulheres explica serem elas a maioria dos usuários do SUS público, inclusive no segmento juvenil. Esta situação reflete, entre outras questões, as desigualdades de poder nas relações de gênero e o menor poder das mulheres termina por expô-las à gravidez

não planejada e aos riscos de infecções sexualmente transmissíveis, bem como a distintas formas de violência que afetam sua saúde (BRASIL, 2006).

Em muitos casos, a gravidez na adolescência está relacionada com situações de vulnerabilidade social, bem como com a falta de informação e acesso aos serviços de saúde, e ainda à condição de subordinação de adolescentes mulheres nas relações sociais vigentes, sobretudo das pobres e negras (LOPES *et al*, 2007).

Em relação às áreas rurais, constata-se que refletem as disparidades em saúde existentes no país como um todo e ainda potencializam certas características “crônicas” de acesso a serviços em suas diferentes dimensões. Não só acesso geográfico está aí expresso, mas também aquele que é resultado das desigualdades nas opções e recursos assistenciais. Sabidamente as populações rurais não estão cobertas por programas de atenção básica e, dependem de pólos de concentração urbanos que oferecem serviços com níveis de complexidade mais avançados. Deste modo, fatores sociais próprios do rural, representam particularidades expressas na pobreza crescente, nas dificuldades de acesso às estruturas de cuidado à saúde, entre outros. A situação agrava-se nos assentamentos rurais, onde predomina uma infraestrutura precária de habitação e serviços, com carência de meios de produção, grande diversidade cultural e baixo nível de escolaridade dos assentados (LOPES *et al*, 2007).

Considerando este panorama, apesar de ainda pouco explorada em meio rural, essa temática apresenta-se como de extrema relevância para a área da saúde, e em especial para a Enfermagem, pois o período pré-natal e as ações de educação em saúde são importantes campos de atuação das enfermeiras. Além disso, conhecer os determinantes biográficos da gestação e maternidade na adolescência pode subsidiar informações e conhecimentos importantes para o planejamento de ações de cuidado e mesmo de prevenção da gravidez precoce.

Deste modo, este estudo tem a seguinte questão orientadora: quais são os determinantes sociais e biográficos na área de assentamento rural em estudo que se refletem na ocorrência e vivências de gravidez e maternidade na adolescência e quais as suas repercussões nas situações de saúde dessas adolescentes?

Assim, este relatório de pesquisa se estrutura a partir desta introdução, da problemática em estudo, dos objetivos, da metodologia, dos resultados encontrados e, por fim, das considerações finais, bem como apêndices e anexos.

2 A PROBLEMÁTICA EM ESTUDO

Pensa-se que descrever e analisar os contextos de vida, culturais e familiares faz-se necessário para a compreensão dos eventos de gravidez e maternidade na adolescência. Por esse motivo, e visando conhecer o que tem sido estudado acerca da temática proposta, são abordados na sequência os aspectos sociais da gravidez e maternidade na adolescência e aspectos da situação sociodemográfica e de saúde nos assentamentos rurais.

2.1 Aspectos Sociais da Gravidez e Maternidade na Adolescência

Em razão da crescente incidência, a gravidez na adolescência apresenta-se como um problema de saúde pública, constituindo-se como objeto de intensos debates na esfera da saúde reprodutiva. Além disso, está tornando-se popularizada pelos meios de comunicação, fato que tem contribuído para sua maior visibilidade social (PANTOJA, 2003).

Atualmente o exercício da sexualidade inicia-se cada vez mais cedo, impulsionado pela imposição social que leva as crianças a “adolescerem” precocemente e, por consequência, leva os adolescentes a ingressarem na vida adulta antecipadamente. Além disso, o despertar da sexualidade na adolescência é acompanhado por desinformação. Os pais, por não disporem de informação ou por constrangimento em falar sobre sexo com seus filhos, acabam não cumprindo seu papel de educadores. Dessa maneira, as relações sexuais se iniciam precocemente, com um número alarmante de gestações não desejadas e de doenças sexualmente transmissíveis, caracterizando a falta de conhecimento e informação dos adolescentes sobre métodos contraceptivos e de atitudes precisas para o sexo seguro (MOREIRA *et al*, 2008).

A consequente maternidade na adolescência é um processo social que afeta os jovens e suas famílias, com repercussões diversas frente à sociedade na qual se insere o adolescente (DAMIANI, 2003). Mesmo que a gravidez na adolescência não

seja um fator novo na sociedade, pois em todas as épocas as mulheres engravidaram na adolescência, o problema da sociedade atual é a ocorrência da gravidez indesejada, que ocorre de forma desestruturada (DADOORIAN, 2000 *apud* MOREIRA *et al*, 2008).

As mudanças ocorridas na forma de conceber a adolescência atualmente trouxeram outras expectativas para esta fase da vida, que vão além do casamento e procriação. Assim, a gravidez da filha adolescente tornou-se uma das dificuldades mais frequentes enfrentadas pelo grupo familiar nas últimas décadas. Para as mães adolescentes, o suporte familiar é imprescindível, tendo em vista o papel exercido pelas mães e familiares dessas no cuidado e educação de seus filhos. A família configura-se como o principal, e muitas vezes único, ponto de apoio, principalmente para as adolescentes que continuam coabitando com a família após a maternidade (FONSÊCA; BASTOS, 2001).

Considerando a perspectiva das relações de gênero, prevalece a lógica de que o espaço doméstico e, sobretudo, o cuidado com a criança, é de domínio feminino e a função de provedor associada ao masculino. Além disso, a rede que se estabelece para ajudar a adolescente mãe é composta, na sua maioria, por mulheres (DIAS; AQUINO, 2006).

Há que se considerar também que a gravidez ocorrendo cada vez mais precocemente e fora de uma relação conjugal mais estável, rompe bruscamente o ciclo esperado de desenvolvimento da jovem (FONSÊCA; BASTOS, 2001). Assim, por abreviar etapas importantes do desenvolvimento, a gestação na adolescência constitui-se como uma experiência emocionalmente difícil.

Nesse sentido, alguns estudos apontam que muitas adolescentes gestantes apresentam autovalorização negativa e baixa expectativa em relação ao futuro. O sofrimento psíquico é maior entre as adolescentes cuja reação familiar à gravidez foi ruim, que não viviam com o pai do bebê e naquelas de cor de pele negra ou parda (estas por constituírem grupos mais vulneráveis do ponto de vista socioeconômico). A pouca expectativa em relação ao futuro está associada ao fato de não estarem estudando ao engravidar (SABROZA *et al*, 2004).

Para ilustrar essa situação, uma pesquisa sobre maternidade e paternidade na adolescência, realizado em três capitais brasileiras (Salvador, Rio de Janeiro e Porto Alegre), identificou que os jovens pais/mães apresentam baixa escolaridade e

inserção mais precoce no mercado de trabalho, mesmo que essa situação não apareça como consequência direta da gravidez na adolescência (DIAS; AQUINO, 2006). As trajetórias escolares femininas, ainda que mais longas do que as masculinas, são igualmente descontínuas, com grande defasagem idade/série e interrupções que antecedem a ocorrência de gravidez ou nascimento de um filho (AQUINO *et al*, 2003).

Complementando o panorama apresentado anteriormente e reconhecendo sua complexidade, Silva e Tonete (2006) afirmam que a questão da gravidez na adolescência não deve ser marcada apenas como experiência negativa para as jovens e suas famílias. Na mesma idéia de positividade desse evento, um estudo realizado por Pantoja (2003) analisou um grupo de jovens de camadas populares de Belém do Pará, apontando que a gravidez/maternidade é valorizada pelas adolescentes por traduzir mudanças de *status* social e a afirmação de projetos de mobilidade social, justificando a continuidade dos estudos diante das dificuldades que a situação impõe, visando garantir um futuro melhor para os filhos.

Outro estudo destacou o desejo de ser mãe como principal motivo para engravidar entre as adolescentes, e que a percepção dessas em relação à gravidez está relacionada com felicidade e realização pessoal. Os autores consideram que a adolescente que vive em um meio social desprovido de recursos materiais, financeiros e emocionais satisfatórios, pode ver na gravidez a sua única expectativa de futuro, tornando-se vulnerabilizada (XIMENES NETO *et al*, 2007).

Nesse sentido, enquanto para algumas adolescentes a gravidez constitui-se em um evento não planejado, desagradável que gera conflitos e acentua os já existentes, para outras as condições materiais da existência e os significados e expectativas que cercam a gestação, tornam a maternidade, mesmo que precoce, parte do projeto de vida (LIMA *et al*, 2004).

Ainda, o *status* de mãe para algumas meninas confere um sentimento de realização pessoal e para outras de arrependimento e medo. Para essas últimas o cuidado materno apresenta-se como tarefa difícil e conflituosa, ao mesmo tempo em que representa o alcance da maturidade e da apropriação do filho, confronta-se com a insegurança, o despreparo, a dependência e a imaturidade, que fazem com que a adolescente perceba-se como pouco competente para cuidar do bebê (FOLLE; GEIB, 2004).

2.2 Os Cenários do Estudo nas Perspectivas Sociodemográfica e de Saúde

Assentamentos Rurais são áreas ocupadas por trabalhadores e trabalhadoras na luta pelo direito à terra. Os assentamentos estabelecem espaços de sociabilidade comunitária e novas situações de inserção política, econômica e social. Por mais percalços que estejam presentes na vida das populações rurais, a maioria dos assentados consideram que suas vidas melhoraram e acreditam que o futuro é promissor. Além de gerar empregos para a família, os assentamentos proporcionam trabalho para outras pessoas, indicando uma grande contribuição da reforma agrária para o desenvolvimento rural. Por outro lado, os assentados ainda enfrentam problemas graves de saúde, educação e infra-estrutura (LEITE *et al*, 2004).

Quanto ao papel social dos jovens nos assentamentos, verifica-se que suas famílias esperam que estes se mantenham na terra onde vivem. Os assentados têm como expectativa gerar emprego para seus filhos para que esses tenham um futuro assegurado no assentamento. Além disso, outra expectativa é o desejo de ter acesso à educação, lazer e saúde no próprio assentamento (ALBUQUERQUE; COELHO; VASCONCELOS, 2004).

Um aspecto importante a considerar nas dinâmicas do meio rural é a divisão sexual do trabalho, que mostra que as mulheres ocupam uma posição subordinada e seu trabalho geralmente aparece como "ajuda", mesmo quando elas trabalham tanto quanto os homens ou executam as mesmas atividades que eles. Quanto aos jovens, enquanto que os rapazes exercem suas atividades com os pais, participando juntamente com eles ou substituindo-os em algumas de suas responsabilidades, tal como a comercialização, as moças exercem suas atividades junto com as mães, acompanhando-as no trabalho produtivo e nos afazeres do lar ou substituindo-as nas tarefas domésticas. Assim, devido a tais desigualdades de gênero, as mulheres têm menores perspectivas profissionais e motivação para permanecer no meio rural do que os homens (BRUMER, 2004).

Nesse contexto de vida e trabalho, as condições de saúde são apontadas pela população do meio rural como ruins com maior frequência do que a da área urbana. Constata-se também, que uma proporção bem maior de indivíduos utiliza o sistema público de saúde no meio rural em comparação ao urbano. Na área urbana

uma maior proporção de pessoas procura atendimento à saúde para exames de rotina ou de prevenção, enquanto que no meio rural o principal motivo são as doenças já estabelecidas (KASSOUF, 2005). As dificuldades de acesso e a falta de oferta de uma rede de serviços condicionaram o tipo de busca e o caráter predominantemente “curativo” da procura (LOPES *et al*, 2007).

No cenário deste estudo, como em sua maioria, os serviços de saúde estão localizados nas áreas urbanas dos municípios e não cobrem as áreas dos assentamentos (SOARES, 2006). Dessa forma e considerando as dificuldades econômicas e geográficas, para conseguirem acesso aos serviços de saúde no período pré-natal, as mulheres de assentamentos rurais precisam usar de estratégias como referir falsos endereços. E mesmo quando conseguem atendimento nos serviços, o acompanhamento pré-natal para essas mulheres apresenta uma qualidade baixa em relação ao preconizado pelas políticas de saúde nacionais (MAEDA *et al*, 2007).

Segundo dados extraídos do IBGE e DATASUS, referentes ao ano 2000, o município de Encruzilhada do Sul, cenário deste estudo, possui população total 23.902 habitantes, sendo distribuída em 62% urbana e 38% rural. A taxa de natalidade geral do município, referente ao ano 2000, foi de 1,94%, sendo superior a do Estado e do Brasil que são 1,73% e 1,89%, respectivamente (SODER, 2007). O percentual de nascidos vivos de mães adolescentes foi de 21,63% no período de 2000 a 2005, taxa também superior a do Estado que foi de 19,38% no mesmo período (PERETTO, 2008).

Segundo dados fornecidos pelo INCRA, o município possui 242 famílias assentadas, as quais estão distribuídas em seis assentamentos. Sendo cinco federais: Assentamento Segredo Farroupilha (113 famílias), Assentamento da Quinta (45 famílias), Assentamento Padre Réus (40 famílias), Assentamento Santa Bárbara (16 famílias) e Assentamento Guará (16 famílias), e um Estadual: Assentamento Vassoural (12 famílias).

A situação assim contextualizada, nos coloca frente à complexidade de dinâmicas socioculturais que se apresentam nesses espaços rurais. Optou-se por pensá-las considerando entre outros conceitos, como de geração e gênero, o de “situações de vida” que, a nosso ver, indicam ou tem o potencial de mostrar as múltiplas influências presentes na ocorrência da gestação e maternidade na

adolescência nesse meio. De acordo com Gerhardt (2003) “situação de vida” é definida como o reconhecimento da existência de fatores objetivos de vulnerabilidade (materiais e imateriais, e relacionais) e da ação dos sujeitos como intérpretes do real. Assim, esse conceito torna-se um instrumento interessante para a compreensão da vulnerabilidade.

Nessas situações se conjugam interinfluências nas quais o gênero, definido como a construção social dos sexos, é um elemento estruturante das relações de poder entre homens e mulheres e dá sustentação a hierarquias sociais que influenciam formas concretas e simbólicas de dominação (LOPES *et al*, 1996). Nesse sentido, essa categoria de análise nos fornece elementos para a compreensão de muitas vivências relacionais das adolescentes e muitas formas de exercer ou “sofrer” a gestação e a maternidade.

Nesse sentido, ao admitirmos essas hierarquizações ou exercícios de poder de gênero, é necessário compreendê-los também potencializados pela “situação geracional” que vivem as protagonistas deste estudo.

A juventude é uma categoria socialmente construída. Assim, a divisão da vida em sucessivas fases é produto de um complexo processo de construção social. No dia-a-dia, os indivíduos tomam consciência de determinadas características e, se estas afetam um universo considerável de indivíduos pertencentes a uma geração, são culturalmente incorporadas (PAIS, 1993 *apud* COCCO, 2007). Nesse sentido, considera-se que nos estudos com adolescentes e jovens é necessário analisar as condições contextuais, históricas, sociais e culturais que os influenciam num dado momento, e em determinado grupo social (COCCO, 2007).

Nesse raciocínio, geração e gênero se conjugam mostrando elementos, muitas vezes potencializadores de situações de opressão e violência.

Assim, considerando este panorama, pretende-se investigar as situações que constituem as formas de viver a gestação e a maternidade no período da adolescência, incorporando tanto a definição etária (período de desenvolvimento biofisiológico) como as definições socioculturais que instituem comportamentos e valores, buscando “compreender vivências positivas e negativas e seus reflexos na vida atual e nos projetos de futuro dessas jovens”.

3 OBJETIVO

Conhecer e compreender, através de biografias, a (re) construção das vivências de gestação e maternidade na adolescência em dois assentamentos rurais no município de Encruzilhada do Sul / Rio Grande do Sul, considerando aspectos do coletivo comunitário dos assentamentos, dos grupos familiares e das situações relatadas de vida e saúde das adolescentes.

4 METODOLOGIA

A opção metodológica seguiu as orientações e técnicas exigidas para estudos biográficos, subdividindo-se em: tipo de estudo, área de estudo, testemunhas em estudo, coleta de dados, análise dos dados e aspectos éticos.

4.1 Tipo de Estudo

Este estudo desenvolveu-se a partir de uma abordagem qualitativa, sustentando-se no método biográfico. Segundo Minayo, Deslandes e Gomes (2007, p.21), a pesquisa qualitativa “*trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes.*” Tem como objeto a produção humana, representada pelo mundo das relações, das representatividades e da intencionalidade e, portanto, justifica-se quando se trata de compreender o objeto analisado,

Já o método biográfico, que é empregado por alguns autores como sinônimo do método de história oral, enfoca o que os agentes sociais comunicam, como sendo fundamental para a reconstrução, compreensão e explicação de processos sócio-históricos (SILVA, 1998). Neste estudo optou-se por utilizar a denominação “método biográfico”. Segundo Marre (1991), este método permite reconstruir, em cada história de vida, a presença de relações básicas e complexas, que dizem respeito às categorias: sociedade, grupo e indivíduo, ou seja, a história estrutural e sociológica de determinados grupos sociais, expressas no relato oral.

4.2 Área de Estudo

A definição do campo de estudo foi realizada com base nos resultados obtidos na etapa quantitativa do projeto base denominado “Gravidez e Maternidade na

Adolescência em Municípios de Pequeno Porte e em Áreas Rurais na Metade Sul do Rio Grande do Sul” ao qual este estudo está vinculado.

Dessa forma, para este estudo foram escolhidos os assentamentos rurais de Encruzilhada do Sul com o maior número de famílias: o Assentamento Segredo Farroupilha e o Assentamento da Quinta, com 113 e 45 famílias respectivamente. Estes assentamentos também são os que possuem maior número de registros de nascidos vivos filhos de mães adolescentes, de acordo com os dados estaduais encontrados no Sistema de Informações de Nascidos Vivos (SINASC).

O município de Encruzilhada do Sul está localizado na chamada “Metade “Sul” do Rio Grande do Sul, a qual apresenta uma estrutura social e produtiva fortemente baseada em uma agricultura que tem se mostrado historicamente incapaz de alavancar o desenvolvimento econômico e social regional. Evidencia-se que a área é fortemente marcada por uma situação de desigualdade social, pois grande parte das principais atividades econômicas se caracteriza ou por uma baixa capacidade de geração de riqueza (como a pecuária de corte e o reflorestamento) ou, no caso de atividades agrícolas mais rentáveis, pela concentração da riqueza produzida em poucas categorias sócio-produtivas. A este contexto, acrescenta-se uma histórica deficiência em infraestrutura produtiva (estradas, energia, serviços, etc.) (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, 2003).

O diagnóstico situacional dessa área de estudo evidenciou, dentro da Metade Sul, uma grande diversidade de espaços apresentando condições variadas e potencialmente suscetíveis de contribuir ao desencadeamento de processos diferenciados de geração de desigualdade. Busca-se, através de propostas específicas, como a deste projeto, desvendar as situações histórica e socialmente criadas dentro desses espaços e os processos de desigualdades sociais e de saúde em andamento (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, 2004).

4.3 Testemunhas em Estudo

As testemunhas em estudo são mulheres residentes no campo de estudo citado que vivenciaram/vivenciam a experiência da gravidez e maternidade na

adolescência, no período de 2000 a 2008. Para delimitar a faixa etária, adotou-se o conceito de adolescência a partir da referência da Organização Mundial da Saúde, que demarca essa etapa do desenvolvimento humano como a segunda década de vida, ou seja, dos 10 aos 19 anos (BRASIL, 2006).

Contudo, considera-se que a idade não é suficiente para a identificação da adolescência, uma vez que dentro de uma mesma faixa etária pode haver uma grande heterogeneidade em função do contexto social e das situações de vida. Ser ou não adolescente está diretamente relacionado com as condições sociais e econômicas ou com a posição que o indivíduo ocupa na estrutura social. Esse período da vida, estruturado pela classe social, é vivenciado diferenciadamente pelo adolescente e pela adolescente. Também, as relações de gênero impõem padrões comportamentais que cada um deve cumprir (ALMEIDA, 2002). No entanto, mesmo que essa definição etária nem sempre dê conta de comportamentos e papéis sociais geracionais, a utilizamos para demarcar o contingente que aparece nas estatísticas oficiais.

É importante destacar que o interesse do estudo é conhecer as histórias de vida e as vivências de gravidez e maternidade, por este motivo algumas testemunhas já não se encontravam na faixa etária da adolescência no momento da pesquisa.

Marre (1991), afirma que o tamanho da amostra no método biográfico deve poder possibilitar com relativa evidência a coleta de um número suficientemente grande e qualitativo de testemunhas. Esse número qualificado tem o intuito de garantir, com um grau satisfatório de evidência qualitativa, a totalidade dos temas, fatos, estratégias e juízos vividos pelos indivíduos pertencentes ao grupo social investigado, do qual se pretende reconstruir a trajetória.

Para alcançar este objetivo, as testemunhas foram identificadas a partir de busca ativa no campo de estudo, que contou com a ajuda de Agentes Comunitárias de Saúde responsáveis pelas áreas de abrangência nos dois assentamentos em estudo. O grupo de biografadas foi composto por todas as mulheres que se enquadravam no perfil etário e temático do estudo, que foram encontradas na área em estudo no período da coleta de dados e que aceitaram participar da pesquisa.

4.4 Coleta de Dados

A coleta de dados foi realizada por meio de biografias no formato de entrevistas temáticas. Alberti (2004) refere que as entrevistas temáticas são aquelas que tratam prioritariamente sobre a participação do entrevistado no tema escolhido. A autora ainda acrescenta que *“a escolha de entrevistas temáticas é adequada para o caso de temas que tem estatuto relativamente definido na trajetória de vida dos depoentes”*. Assim, *“o tema pode ser extraído da trajetória de vida mais ampla e tornar-se centro e objeto das entrevistas”* (ALBERTI, 2004, p. 38).

As biografias foram desencadeadas a partir do enunciado *“fale sobre sua vida”*, contando com um roteiro orientador (APÊNDICE A) para evitar a dispersão do tema e facilitar a condução da entrevista no sentido de tematizar a gravidez e a maternidade. Além de falar sobre o enunciado, as testemunhas também preencheram um pequeno formulário, com o objetivo de fornecer algumas informações para a caracterização do grupo.

Para a descrição do contexto social e de saúde foram obtidas informações através de observação em campo e de entrevistas com informantes-chaves.

As entrevistas biográficas foram realizadas nos meses de Janeiro e Fevereiro de 2009, gravadas em formato digital e transcritas na íntegra.

No Assentamento Segredo Farroupilha foram identificadas 13 mulheres que se enquadravam no perfil do estudo. Destas, uma recusou-se a participar da pesquisa e uma não foi encontrada no local no período da coleta dos dados. No Assentamento da Quinta foram identificadas 6 mulheres que se enquadravam no perfil do estudo, sendo que uma delas não foi encontrada. Assim, o estudo totalizou 16 biografias.

4.5 Análise dos Dados

Para o tratamento dos dados foi utilizado o método de Análise de Conteúdo, por meio da técnica de análise temática. Segundo Minayo (2004):

“fazer uma análise temática consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõe uma comunicação cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico visado” (Minayo, 2004, p. 209)

Considerando essa definição, a análise dos dados seguiu as três etapas preconizadas por Minayo (2004) para a Análise de Conteúdo: pré-análise, exploração do material, e tratamento dos resultados obtidos e interpretação.

Com o auxílio do software QRS Nvivo versão 7 como ferramenta para categorização e classificação dos dados foram criadas cinco temáticas de síntese, para as biografias, sendo cada uma dividida em subtemáticas. As temáticas de síntese foram classificadas em: trajetórias pessoais; gravidez na adolescência; vivências de maternidade; vida atual e projetos de futuro; e situações de saúde.

4.6 Aspectos Éticos

As considerações bioéticas foram respeitadas quanto ao acesso e análise de dados em pesquisas com seres humanos, conforme resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996).

As testemunhas foram esclarecidas oralmente sobre os objetivos do estudo e, após, receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B) para confirmar o aceite de participação na pesquisa, por meio da assinatura. Foi garantida a privacidade e a confidencialidade das informações, além de lhes ser assegurada a possibilidade de desistência em qualquer momento do estudo, bem como sua recusa.

As gravações e transcrições oriundas das entrevistas biográficas com as adolescentes serão arquivadas por um período de cinco anos e após, serão eliminadas.

O projeto original denominado “Gravidez e Maternidade na Adolescência em Municípios de Pequeno Porte e em Áreas Rurais na Metade Sul do Rio Grande do Sul” que deu origem a este estudo, foi apreciado pela Comissão de Pesquisa da Faculdade de Economia da UFRGS em razão do vínculo institucional do Programa

de Pós-Graduação em Desenvolvimento Rural (PGDR) com essa Unidade Acadêmica. O mesmo também foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Saúde Pública do Estado do Rio Grande do Sul, tendo sido aprovado pelo protocolo CPS-ESP nº 389/08, em quinze de agosto de 2008 (ANEXO 1).

Também foi submetido à Comissão de Pesquisa (COMPESQ) da Escola de Enfermagem desta Universidade, tendo sido aprovado pela mesma, conforme Carta de Aprovação presente no Anexo 2 deste relatório.

5 CENÁRIOS E BIOGRAFIAS

A análise das biografias teve como referencial Marre (1991), que sugere subdividir as narrativas em temas, fatos, estratégias e juízos. Essa subdivisão é proposta para dar conta tanto de aspectos materiais e sociodemográficos, como das subjetividades e juízos de valor implicados na vivência dos fatos, a gravidez e a maternidade neste caso.

5.1 Os Fatos: Contexto Social e de Saúde nos Assentamentos

Os assentamentos são áreas que dependem de legalização do governo. Ao ser definido, ocorre um sorteio entre as famílias acampadas que têm interesse em ir para a região em questão. A área total do assentamento é dividida em lotes iguais para cada família de acordo com a análise do perímetro; o lote é a propriedade que cada família vai usufruir efetivamente, sendo descontadas as áreas que não são possíveis de serem utilizadas para a agricultura, como o banhado e a mata. Assim, cada família recebe a mesma quantidade de hectares agricultáveis.

O Assentamento Segredo Farroupilha, um dos cenários de vida das testemunhas, foi o primeiro a ser implementado no município de Encruzilhada do Sul, existindo há 15 anos. Foram assentadas 113 famílias, das quais 111 vieram de três diferentes acampamentos e 2 duas famílias que eram chamadas de “posseiros”, que eram empregados da fazenda que existia no local onde hoje é o assentamento. Cada família recebeu um lote de 20 hectares produtivos. O Assentamento da Quinta, outro cenário deste estudo, foi formado há 12 anos. As 42 famílias que se instalaram ali na época dividiram o espaço em lotes iguais de 24 hectares de área produtiva.

Atualmente algumas das famílias desses assentamentos não são as mesmas que se instalaram na época da legalização. Um dos motivos é a troca de lote entre famílias de assentamentos diferentes, na maioria das vezes estas ocorrem por falta de adaptação ao tipo de agricultura da região. Foi citado como exemplo famílias que fazem o trabalho de área baixa, produção de arroz, que não se adaptaram ao cultivo de verdura.

A comunidade do assentamento Segredo Farroupilha criou uma associação baseada na prestação de serviços, que atualmente se dedica à comercialização de leite. Além disso, tem a função de representar legalmente a comunidade nas mais diversas questões sociais.

A maior parte da produção agrícola dos assentamentos é voltada para comercialização, sendo esta uma necessidade uma vez que os agricultores têm que pagar pelos créditos recebidos para subsidiar o plantio. A base da produção nos assentamentos em estudo são o milho, feijão e uma quantidade menor de soja. Uma das maiores dificuldades dos assentados é a comercialização da produção, pois ao mesmo tempo em que o comércio local não absorve toda a produção, não há interesse das indústrias em comprar dos pequenos agricultores, uma vez que para a industrialização essa produção é insuficiente.

Essa dinâmica de comercialização e política agrícola vigente associada a fatores climáticos desfavoráveis originam dificuldades econômicas aos assentados. Por esse motivo muitos jovens que vivem nos assentamentos procuram trabalho fora dos seus lotes, empregando-se em empresas agrícolas ou prestando serviços temporários a outros agricultores.

Na área do assentamento Segredo Farroupilha há uma escola pública municipal de educação básica, que recebe crianças e adolescentes de todo o assentamento, bem como de outras comunidades rurais. A escola está instalada em um prédio histórico, construído em 1919 (Figura 1), que foi adequado para as atividades de ensino.



Fonte: SOARES, Encruzilhada do Sul, Fevereiro de 2009.

Figura 1. Prédio da escola localizada no Assentamento Farroupilha

As comunidades dos dois assentamentos em estudo possuem ambas uma igreja e uma sede comunitária, onde as famílias se reúnem para festas comunitárias e reuniões. A maioria das residências das famílias se localiza próxima à sede.

As famílias residentes nos assentamentos apresentam diferentes condições de habitação. As figuras 2 e 3 ilustram variações na qualidade das moradias: a primeira é uma construção de alvenaria, com dois quartos, sala, cozinha e banheiro; a segunda é uma construção de madeira de apenas uma peça, sem infraestrutura sanitária.

Na sua maioria, as casas são construções mistas (alvenaria e madeira). O abastecimento de água se dá através de rede pública do município. Todas as casas possuem luz elétrica. A coleta de resíduos é realizada na própria residência, de maneira individual, não dispondo de serviço público de coleta de resíduos.



Fonte: SOARES, Encruzilhada do Sul, Janeiro, 2009.

Figura 2. Residência de alvenaria



Fonte: SOARES, Encruzilhada do Sul, Janeiro, 2009.

Figura 3. Residência de madeira

A principal via de acesso às comunidades é a rodovia RS – 471, e as vias de acesso às propriedades não possuem asfaltamento. A distância entre as propriedades é relativamente grande, a maioria das famílias reside a aproximadamente 200 metros do vizinho mais próximo. O trajeto das residências até a estrada principal é realizado a pé. Somente na via principal as famílias tem acesso a ônibus para deslocamento até a sede municipal. Toda a infraestrutura comercial e de serviços está localizada na cidade (farmácias, mercados, agropecuárias, etc.). A distância entre os assentamentos e a cidade é de cerca de 20km.

No que diz respeito a infraestrutura de saúde, as famílias assentadas referem enfrentar muitas dificuldades de acesso aos serviços. Os dois assentamentos pesquisados são área de abrangência do Programa de Saúde da Família, no

entanto o papel dos Agentes Comunitários de Saúde, segundo as testemunhas, fica restrito a ações de informação e educação em saúde, não constituindo uma “ponte” interativa entre os serviços de saúde e a comunidade local. Mesmo assim, citam que não é “tão” ruim, principalmente para crianças, já os adultos são menos privilegiados.

No trecho abaixo, uma das testemunhas fala sobre a saúde local:

É boa. Tem uns dias que a gente vai lá, tem atendimento na hora, até por enquanto tá dando certo. É boa pra criança. O adulto que precisa ir consultar lá, às vezes chega lá no Plantão, no posto pra consultar, se chega muito tarde já não tem mais ficha, como a gente mora muito longe não tem como ir todo dia pegar ficha, porque quem mora no interior a gente vai quando ta doente mesmo, quando precisa, chega lá às vezes e não é bem atendido ou não é atendido. Mas, tá médio, médio pra bom, tá bom (Entrevista 3).

Essa fala reflete a situação mais comum encontrada nas áreas rurais, que está vinculada à dificuldade de acesso, em particular o geográfico, caracterizado pelas grandes distâncias da sede municipal e pelas limitações de transporte em quantidade e alternativas de horários para os deslocamentos. Já a assistência e a oferta de serviço está expressa na “falta de fichas”, indicando insuficiência na oferta/demanda e inadequações às necessidades locais como as da população adulta.

Considerando as mudanças no perfil populacional e de morbimortalidade no país, em particular no Rio Grande do Sul, contata-se a necessidade de um “cardápio” que responda ao perfil da demanda em quantidade e especificidade. Oferecer serviços à população materno-infantil apenas não é suficiente para dar conta da problemática multigeracional da mesma. A população adulta e, em particular, a masculina, está fora de ações e programas na Atenção Básica.

5.2 As Gestantes e Mães: quem são?

As testemunhas do estudo tinham entre 18 e 23 anos no momento das entrevistas. A idade delas na primeira gravidez variou de 14 a 19 anos, sendo que nove dentre elas tinham entre 14 e 16 anos na primeira gravidez e sete tinham entre

17 e 19 anos. A idade atual dos primeiros filhos está entre oito meses e oito anos de idade.

Das dezesseis entrevistadas, nove têm apenas um filho e duas estavam na segunda gestação no momento da entrevista. Quatro entrevistadas possuem dois filhos, uma delas, ainda adolescente, está na terceira gestação. As outras três possuem três ou mais filhos.

Assim, observa-se a ocorrência de reincidência de gravidez na adolescência, uma vez que seis dentre as entrevistadas tiveram duas ou mais gestações nessa faixa etária.

Estudo realizado com mil adolescentes apontou a repetição de nova gestação indesejada ainda na adolescência, de uma em cada cinco jovens (CHALEM *et al*, 2007). As reincidências da maternidade adolescente inesperada são mais recorrentes nas classes populares (HEILBORN *et al*, 2002).

A maioria das entrevistadas possuía união estável, apenas duas delas eram solteiras (não tinham companheiro), porém essas últimas viveram relações conflituosas anteriormente com os pais de seus filhos. Muitas delas relacionaram o fato de estarem casadas ao fato de terem filhos:

“Eu acho que se eu não tivesse filhos, eu não estaria com o meu marido” (Entrevista 1).

“Daí, eu poderia estar solteira ainda, me divertindo, trabalhando” (Entrevista 3).

“Eu não ia casar mais, ia trabalhar, ter um emprego, comprar minhas roupas, me divertir e não queria homem” (Entrevista 13).

“... hoje eu estaria estudando, não estaria casada, estaria aproveitando mais a vida...” (Entrevista 16).

Essa condição de “casada” pode estar ligada à dependência financeira, uma vez que essas mulheres não têm renda própria e não teriam como sustentar a si e aos filhos fora do casamento. Outro fator pode estar associado a conceitos socioculturais de gênero, como o de que “ser mãe solteira” não é bem visto socialmente, já que muitas se uniram com seus companheiros em consequência da gravidez.

Os núcleos familiares das testemunhas são compostos em média de 4,2 pessoas, sendo encontrada uma variação de três a cinco integrantes por família. Foram consideradas como membros da família as pessoas que moram na casa da

entrevistada e que dependem da mesma renda. As condições em que essas famílias vivem são bastante variadas, enquanto a maioria das casas tinha no mínimo um quarto para o casal e outro para os filhos, quatro testemunhas vivem em casas com apenas um ou dois cômodos precariamente divididos, sendo que algumas dessas não possuem infraestrutura sanitária.

A fala que segue ilustra condições de moradia:

*“Ali no inverno, Deus o livre, a gente quase morre de frio, porque entra chuva pra dentro e é frio que Deus o livre.
[Tu tens banheiro ali?]
Não tem.
[E como tu fazes?]
Eu vou no mato.
[E o banho?]
Daí, fiz uma pecinha lá, botei tijolo em baixo e daí botei um chuveiro, mas só que não é quente, daí quando eu quero tomar banho, eu levo a manga daqui pra baixo, coloco no chuveiro e sai água.
[Tua casa tem quantas peças?]
Uma só. Daí nós repartimos. Que é pequeninha, é três metros por cinco, um galpãozinho. Daí fica a nossa cama de casal e eu peguei e fiz uma pras crianças de solteiro. Daí dorme os dois guris na cama e eu, a guria e ele na cama grande. Daí no lugar onde nós repartimos, colocamos duas tábuas e coloquei as roupas dobradas ali, pra poder ser virar”* (Entrevista 13).

Essa fala retrata a precariedade das condições de moradia, em que a casa, que é habitada por cinco pessoas, resume-se a apenas um cômodo. Dois filhos, de 5 e 8 anos de idade, dividem a mesma cama de solteiro e a filha mais nova, de 3 anos, divide a cama com o casal. Essa situação assemelha-se a de outra testemunha (Entrevista 4), que vive com o marido e dois filhos, de 1 e 2 anos, em um cômodo e sobre as condições de dormitório ela diz: *“por enquanto estamos dormindo tudo junto”*.

Em relação à escolaridade nove das entrevistadas não completaram o Ensino Fundamental, quatro completaram o Ensino Fundamental e não deram continuidade aos estudos e duas interromperam os estudos enquanto cursavam o Ensino Médio. Uma das entrevistadas está cursando Magistério. Algumas interromperam os estudos antes mesmo de engravidarem, porém a grande maioria delas (12 das 16) abandonou os estudos por causa da gravidez. A maioria justificou as atividades domésticas e o cuidado aos filhos como os fatores que as impediram de retomar os estudos. Essa situação está expressa nas seguintes falas:

“Eu estudei um pouco, mas daí eu parava, não gostava muito de estudar, daí eu estudava, parava, depois começava de volta e fui até a quarta série” (Entrevista 11).

“Saí do colégio por causa da gravidez. Daí não quis ficar no colégio porque ia dar ânsia de vômito, alguma coisa assim, e daí parei” (Entrevista 3).

“Eu estudei até metade da oitava, daí engravidei das gurias e não fui mais pro colégio, fiquei com vergonha. Eu queria até, mas daí fiquei com vergonha, todas as minhas colegas, ninguém... Eu achei esquisito também” (Entrevista 9).

“Eu estudava, aí me juntei e parei de estudar, fui mais uma semana e depois não fui mais. Tinha que levantar cedo e tirar leite, daí não ia” (Entrevista 6).

“Eu não gostava de estudar, sempre pensei em casar mesmo, sempre quis ter uma família” (Entrevista 11).

Essas motivações expressas vêm ao encontro de resultados de outros estudos que apontam que a evasão escolar está relacionada à condição de maternidade na adolescência, sendo justificada pela necessidade de cuidado e sustento do filho. Nesse sentido, a dificuldade de conciliar os estudos com o trabalho e, mais ainda, dessas atividades com as responsabilidades domésticas e maternas, complica ou impossibilita a retomada da carreira escolar (HEILBORN *et al*, 2002).

Moreira *et al* (2008) afirma que os sistemas convencionais de ensino não dispõem de estrutura adequada para acolher a adolescente grávida e, comumente a induzem a interromper a escolaridade. Porém, mesmo que a gravidez na adolescência tenha consequências na trajetória escolar, verifica-se que são comuns situações de interrupção dos estudos anteriores à situação de gravidez, sobretudo nas camadas populares, em que as próprias condições materiais de existência determinam restrições e impõem outras prioridades aos sujeitos. Nessa perspectiva, o nascimento da criança configura-se em mais um motivo de interrupção dos estudos dentro de um itinerário escolar já entrecortado (SABROZA *et al*, 2004, DIAS; AQUINO, 2006).

No caso dos assentamentos pode-se argumentar que essas duas situações apresentadas estão presentes. A infraestrutura escolar nem sempre é adequada e não raramente é distante. Também as condições materiais de algumas famílias são bastante precárias e as prioridades de subsistência ou mesmo sobrevivência determinam escolhas ou a falta delas.

As principais ocupações das jovens gestantes e mães são as atividades “do lar”, sendo esta atribuída como uma tarefa exclusiva para metade delas. Além das tarefas domésticas e cuidados aos filhos, sete das entrevistadas também desenvolvem atividades na agricultura e na pecuária. Apenas uma se ocupa com os estudos.

As ocupações são referidas, muitas vezes, na forma de “desalento” como se resultassem da falta de alternativas:

“Em casa. Cuidando das duas pequenas e serviço de casa”
(Entrevista 2).

“É só cuidar da casa, limpar a casa, sentar, tomar um mate. Não tem nada mais pra fazer” (Entrevista 13).

“Eu de manhã levanto, tiro o leite, arrumo o leite na geladeira, lavo a louça que eu não lavo a louça de noite, arrumo café pra nós três, lavo a louça de novo, varro a casa, quando tem que limpar, limpo, daí lavo roupa, de vez em quando é tarde que eu lavou roupa, faço almoço, almoçamos, saímos de tarde um pouco, aí voltamos pra casa de tardezinha, pico lenha, arrumo a água dos terneiros, mudo os terneiros” (Entrevista 5).

“Eu fico em casa, lido na lavoura, uma coisa ou outra que tem que fazer, lido com bichos, passo o dia inteiro em casa, eu cuido da horta...” (Entrevista 10).

“Eu cuido da casa, às vezes eu ajudo na lavoura, cuido dos bichos porque não dá pra ir na lavoura com ela [filha]”
(Entrevista 11).

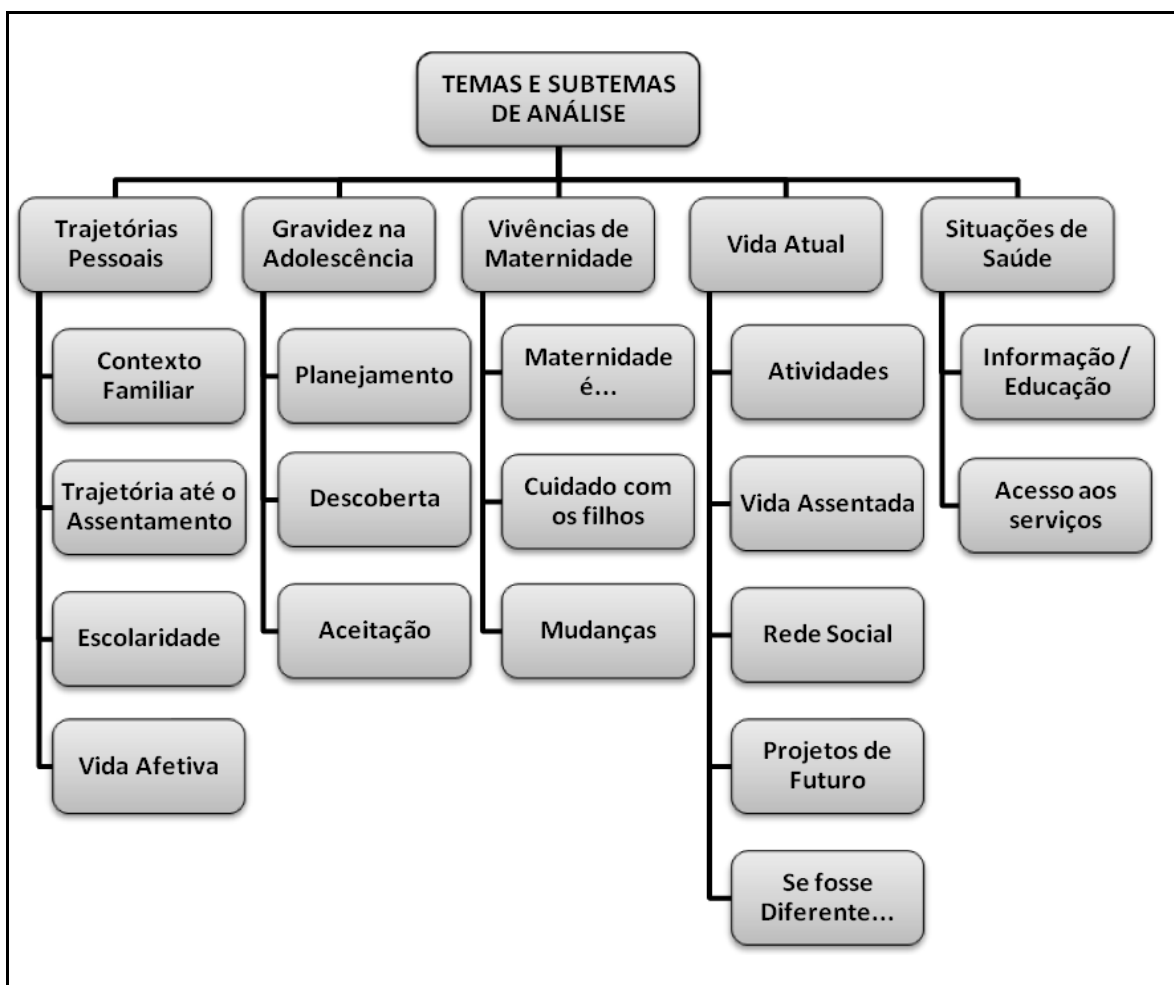
Nesse sentido, Salvaro (2004), em estudo sobre o trabalho de mulheres em acampamento do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST) em Santa Catarina, refere que essas acumulam jornadas de trabalho na lavoura e no lar. A autora ressalta que, embora haja discursos diversos sobre o tema gênero, a mulher continua sendo responsável pelo cuidado da casa e dos filhos, o que não é contabilizado como trabalho. Ou seja, é considerado trabalho o que é convertido para subsistência ou pode ser comercializado, sendo invisibilizados o trabalho doméstico, o trabalho social (cuidado com as crianças e os idosos) e os cuidados de saúde (SALVARO, 2004).

A renda familiar da maioria das testemunhas, 9 entre 16, é menor que um salário mínimo mensal, 5 têm renda familiar de até dois salários mínimos. Condições econômicas menos favorecidas podem ser fator relacionado à ocorrência de gravidez na adolescência, conforme demonstrado em diversos estudos (AQUINO *et al*, 2003; LEVANDOWSKI; PICCININI; LOPES, 2008).

O perfil dessas mães e gestantes situa a ocorrência de gestação e maternidade em um contexto não totalmente destituído de escolha. Esses eventos constituem-se para além do desejo, como, muitas vezes, estratégias concretas de mudança de vida e *status* individual de menina para mulher, mais valorizado socialmente.

5.3 Temáticas, Estratégias e Juízos: Histórias de Gravidez e Maternidade

Para a descrição e compreensão das dinâmicas interativas e as interinfluências entre contexto e vivências da gravidez e maternidade foram elaborados temáticas de síntese e subtemáticas que podem ser observadas na figura que segue.



Fonte: Elaborado por Soares, 2009, com o auxílio do software QRS NVivo

Figura 4. Síntese dos temas e subtemas de análise

5.3.1 Trajetórias Pessoais: o caminho até o assentamento, contexto familiar e vida afetiva – Temática de síntese 1

Com poucas exceções, as famílias das testemunhas eram formadas por pai, mãe e irmãos, normalmente mais de três irmãos. Na maioria das vezes, os pais eram trabalhadores rurais que prestavam serviços a proprietários de terras, como se pode observar nas informações sobre as condições anteriores à posse de terra nos assentamentos.

“Trabalhavam assim de agregado, trabalhavam nas lavouras, daí se acampavam. Trabalhavam ajudando as pessoas pra poder ganhar comida” (Entrevista 3).

“Meu pai trabalhava na terra como empregado e a minha mãe trabalhava no colégio de faxineira” (Entrevista 4).

“Trabalhavam na lavoura. A mãe saía a trabalhar pra fora, capinar, essas coisas” (Entrevista 9).

“... meu pai trabalhava e ganhava muito pouco, ele trabalhava no mato, plantava as terras de um homem lá...” (Entrevista 12).

As entrevistadas foram para os assentamentos acompanhando seus pais ou irmãos mais velhos, a maioria ainda criança. Antes de chegar a Encruzilhada do Sul, muitas passaram por diversas cidades, muitas vezes em acampamentos do MST e mesmo em outros assentamentos rurais, conforme relatado:

“Meu irmão foi acampar, aí ele ficou um bom tempo. Nessa época eu acho que eu tinha uns oito anos. Aí ele ganhou terra aqui, aí ele foi pra lá e disse que ia trazer nós pra morar pra cá, porque lá nós tinha terra, mas era um pedacinho só... Daí ele foi lá e trouxe nós pra cá e nós ficamos morando aqui com ele, todos nós (Entrevista 5).

“Eu nasci em Caibaté, depois nós fomos morar em Novo Hamburgo, eu tinha uns seis anos quando nós fomos morar pra Novo Hamburgo e lá nós fomos acampar. Depois nós fomos acampar, daí nós ganhamos terra e depois nunca mais fomos embora pra outro lugar, só no assentamento” (Entrevista 11).

“Eu acho que eu nasci em Nonoai. Daí nós vivemos morando aqui, ali. Trabalhava de agregado, nunca tivemos o que é nosso. Agora que temos, que a mãe, o pai e nós viemos se acampar, se não, nós não tinha nada ainda. [...] Quando nós viemos assentados pra cá eu tinha onze anos” (Entrevista 13).

“Eu nasci lá em Trindade do Sul. [...] Só que lá a gente morava assim, a terra não era da gente, a terra era do meu padrinho

[...] Só que ele pegava meu pai e minha mãe pra trabalhar pra ele em troca de moradia. Daí uma vez meu pai foi se acampar, aí conseguiu a terra e a gente veio pra cá” (Entrevista 15).

A maioria das histórias de vida mostra trajetórias de instabilidade e mudanças constantes, habitação e emprego precários. Essa situação de vida contribuiu para que as jovens iniciassem cedo a conhecer privações e dificuldades de acesso à escolaridade, opções e estabilidade de trabalho e vida familiar. Considera-se que esses são elementos que contribuem para reproduzirem as experiências e dificuldades vividas pelos próprios pais. As marcas do “desalento” transparecem em algumas falas indicando as poucas alternativas para construção de trajetórias diferentes com bases em novas oportunidades.

A maioria das mães adolescentes iniciou sua vida sexual e afetiva com o pai do primeiro filho. Nove, mais da metade dentre elas, já viviam com seus companheiros quando engravidaram pela primeira vez, destas uma se separou e está solteira e outra se separou e casou novamente, as demais mantêm o mesmo relacionamento.

Observa-se em muitos casos a ocorrência de casamentos precoces. Este fato pode ser explicado pelo o que diz Rodrigues (1993):

“O meio rural não é um bom lugar para as solteiras. A solteira não tem direito a uma vida sexual nem a uma casa própria. Fica com os pais até que morram, depois mora de favor com irmãs ou cunhadas, ajudando nas lidas da casa, da roça e a cuidar dos sobrinhos” (RODRIGUES, 1993 apud PAULILO, 2000, p. 10).

Pode-se argumentar também que o casamento é, em algumas situações, considerado como “alternativa” a uma vida sem perspectivas quanto a escolarização e trabalho. A mudança de status de solteira para casada em grupos populares é uma valorização do “papel” atribuído às mulheres e a própria relação consolidada e legitimada socialmente representa uma ascensão dentro da sociedade local. Estudos de Fonseca (2004) atestam algumas dessas “funções” sociais do casamento. A autora refere que, em grupos populares, a “honra” feminina é indissociável do papel de esposa, que deve ser dona-de-casa eficiente e mãe devotada (FONSECA, 2004). Nessa perspectiva, as fontes de gratificação e reconhecimento permanecem, para a mulher, ligadas ao desempenho dos papéis de esposa e mãe (PINHEIRO, 2000).

Das sete adolescentes que eram solteiras quando engravidaram, apenas uma permaneceu solteira durante a gestação, as outras seis casaram-se com o pai do primeiro filho ainda gestantes. Dessa maneira, em alguns casos, a gravidez foi o fator que motivou a união, conforme exemplificado a seguir:

“Porque eu acho que eu mais me casei por causa que eu tava grávida, se não ia levando, podia não estar casada, estar solteira ainda. Mas, daí engravidei, ele teve que assumir, aí se casamos” (Entrevista 3).

“Eu não tinha o que fazer, meus pais não iam me aceitar em casa, então fui morar com ele [...] Eu na verdade não queria vir morar com ele porque eu passei minha vida inteira com a minha mãe e meu pai, eu achava tão ruim sair da casa deles, mas com o tempo a gente acostuma” (Entrevista 5).

“Aí, depois que eu fiquei sabendo que ela [mãe] não aceitou, eu resolvi casar com o pai da minha filha pra ela não ficar assim tão desesperada, ‘mãe solteira’, e eu também não queria ser mãe solteira” (Entrevista 14).

“Quando eu contei que tava grávida eu já vim morar pra cá [casa da família do companheiro] no mesmo dia, por causa que eu fiquei com medo do meu pai” (Entrevista 15).

Constata-se que, não raro, a união com o pai da criança se dá por imposição da família da jovem, que pressiona para o casamento (OLIVEIRA, 1998). Estudo realizado com gestantes adolescentes da periferia de São Paulo apontou um grande número de uniões consensuais em consequência da gravidez, demonstrando a existência de uma pressão social para que o casal formalize uma união (CHALEM, *et al*, 2007).

Oliveira (1998) refere que a adolescente paga um preço por "ter sua dignidade recuperada", mesmo que apenas parte dessa, através dessa união. Sua família (e, muitas vezes, a própria adolescente) vê o arranjo matrimonial com alívio e gratidão, colocando o pai da criança em posição privilegiada de impor suas condições, perpetuando-se assim a situação de inferioridade a que a jovem se vê exposta.

Observa-se a rejeição da família à filha adolescente solteira e grávida, baseada no estigma de “mãe solteira”. Esses argumentos (culturais e morais) estão assentados nas desigualdades de gênero em relação à repressão sexual e a dupla moral ainda vigente. Existe um maior controle sobre o comportamento feminino do que sobre o masculino, que impõe a cobrança às mulheres de serem “virgens” até o

casamento e a responsabilização à mulher pela prevenção da gravidez. Dessa maneira, a “culpa” é amenizada quando a mulher tem a “sorte” de o pai da criança “assumir a responsabilidade” e aceitar a união.

Independente de terem casado antes ou após a gravidez, a maioria das testemunhas (11) referiu viver bem com o companheiro atualmente.

“Com nós é bom porque a gente não briga, se dá bem, sempre de acordo um com outro, nós não brigamos” (Entrevista 11).

“Eu e ele se damos bem. Ele é muito bom pra mim, pro meu filho. Nunca fomos de brigar, de estar se xingando, coisa assim” (Entrevista 12).

“[o relacionamento] É normal, nós não brigamos, não tem nada... Se discutimos, mas é bem pouquinho, mais eu que fico braba com ele, ele é bem calmo” (Entrevista 4).

No entanto, quatro relatos de violência por parte dos companheiros mostram a instabilidade e a vulnerabilidade das mulheres (jovens) em situações de casamentos, muitas vezes impostos, além da falta de oportunidade e alternativas para optarem por uma situação melhor para si e para os filhos.

“Ah, eu apanhava, né? Apanhava do meu ex-marido. Do pai do meu primeiro filho. Ele bebia e chegava... Às vezes ele trabalhava lá pra Amaral, aí ele saía de lá e primeiro passava pela cidade, ele saía de lá sábado e chegava domingo de manhã. Ele saía sempre bêbado, chegava em casa brigando, sempre brigando e me batia. Puxão de cabelo, então... Eu não gosto nem que pegue nos meus cabelos, que eu já me lembro. Ele parecia que ia quebrar o meu pescoço de tanto que ele puxava. Apanhei bastante dele” (Entrevista 1).

“Uma vez até, na cidade, quando a gente morava lá, ele chegou até a me dar uns tapas. Eu tenho até o registro na delegacia, eu tenho lá todos os registros que uma vez ele me deu na minha cara, se não fosse uma senhora, até bem de idade, ele tinha me dado mais” (Entrevista 9).

“... ficamos um ano juntos e ele me espancava muito, ele me batia, ele era muito ciumento” (Entrevista 14).

Os relatos acima se referiam a ex-companheiros, no entanto, houve referência de uma das testemunhas que diz sofrer violência por parte do atual companheiro.

“É porque em casa eu vivo só humilhada. Chama de tudo. Todos os dias ele levanta reinando, não conversa direito. [...] Às vezes, já pensei quantas vezes de ir lá na cidade denunciar, mas ele me mata, não adianta. [...]

Eu disse pra ele: ‘o dia que tu der mais um tapa em mim, não me interessa se vem filho, o quem vem na frente, eu vou pegar um faca e vou te retalhar todo’. Daí, ele disse: ‘se tu se botar em mim eu te mato, dou uma tunda na tua mãe e nas tuas irmãs de facão’. [...]

Pensei até em fugir. É muito ciúme. [...]

Ele todo dia agride com palavras. Se deita na cama, é eu que tenho que ir pro lado dele fazer carinho, não se vira pro lado da gente, tem que acariciar até ele se virar e se não vou ele diz que eu já andei com outro de dia. Não é vida isso aí!”(Entrevista 13).

Essas situações de extrema violência são conjugadas com a falta de “saída”. As mulheres no meio rural estão em piores situações de vulnerabilidade social, associadas à falta de informação e ao precário acesso aos serviços estatais, o que potencializa as assimetrias de gênero nas relações afetivas homem/mulher. Essas desigualdades afetam as diferentes dimensões da vida social – em particular a saúde no enfrentamento das violências, e reverberam de modo perverso nos dados sobre mortalidade e morbidade entre este segmento populacional. Nesse cenário, o dia-a-dia de muitas mulheres pode estar marcado pela violência e situações de submissão, mas também de enfrentamentos. Em relação à violência doméstica, as mulheres vivenciam situações muitas vezes naturalizadas, consideradas como “brigas de casal” e, conseqüentemente, invisibilizadas como crime. Observa-se a existência de hierarquias e submissões sustentadas nas culturas de gênero que fazem parte das vivências das mulheres tanto em meio urbano como rural (LOPES *et al*, 2008).

Quando a jovem da fala acima diz “*não é vida isso aí*” está mostrando sua inconformidade, mas, ao mesmo tempo, o medo de represálias e do aumento da violência para si e seus familiares a torna impotente para reagir. Essa invisibilidade cultural e a conseqüente “solidão” no enfrentamento da violência doméstica é vivida por muitas mulheres, o que atesta a permanência das assimetrias de poder e a ausência de políticas públicas que auxiliem nesses enfrentamentos. Contata-se que a ausência do poder público em condições de vida material (habitação, trabalho, renda, etc.) precárias como a dos assentamentos vulnerabiliza ainda mais as mulheres, em particular as jovens.

5.3.2 A Gravidez na Adolescência – Temática de síntese 2

Em alguns casos, principalmente entre as adolescentes que já estavam casadas, a gravidez era esperada e desejada. Porém, na maioria das vezes a gravidez aconteceu sem que as adolescentes a tivessem planejado.

“Não foi planejada porque, no caso, ele não gostava de usar camisinha, né? E foi naquela, né? Numa tu entra, né? [...] Eu não esperava e nem queria. Eu sempre pensei primeiro em estudar. Foi uma surpresa” (Entrevista 2).

“É, não foi planejada não, nós tava namorando e aí... Quando eu comecei a namorar ele, eu tinha quatorze anos. Comecei a namorar em março, em novembro eu engravidei. Fiz quinze anos em maio” (Entrevista 3).

“Eu casei, estava com quinze anos. Eu esperava, eu engravidei porque eu quis, não por descuido” (Entrevista 11).

“Eu não estava esperando, eu estava tomando remédio, pílula, e foi sem querer” (Entrevista 12).

“Eu não tinha planejado, até nem queria filho tão cedo, era muito nova” (Entrevista 13).

A gravidez não planejada na adolescência é considerada como um obstáculo e talvez um fator que pode desviar essa adolescente daquilo que tinha como projeto de vida. Porém, nos casos em que a adolescente já se encontram casadas o filho constitui-se no próprio projeto de vida delas, uma vez que ao ser mãe e dona-de-casa, estas consideram estarem cumprindo seu papel social (SANTOS JUNIOR, 1999).

Algumas das jovens que tiveram mais de uma gestação no período da adolescência engravidaram novamente sem ter planejado o segundo e, até mesmo, o terceiro filho. Como observado nos trechos abaixo.

“[a segunda gravidez] também não foi planejada” (Entrevista 2).

“[a segunda gravidez] Também não estava esperando. [...] A terceira também não planejei. Foi tudo de surpresa” (Entrevista 13).

O fato de as gestações subsequentes não serem planejadas evidencia que a experiência da maternidade não impõe mudanças nas trajetórias anticoncepcionais. Este fato pode ter relação com a escolaridade irregular e com a ausência de perspectiva profissional (HEILBORN *et al*, 2002). Esse último argumento pode ser

relacionado ao pequeno universo de perspectivas proporcionado nos assentamentos rurais. Também pode ter relação com os problemas de acesso aos serviços de saúde e a métodos anticoncepcionais, assim como com a escassez de informações.

Muitas das entrevistadas relataram que tiveram dificuldades para reconhecer os sintomas de gravidez. Em alguns casos, foram as mães das adolescentes que desconfiaram e as alertaram sobre a possibilidade de estarem grávidas.

“Assim, nem fui eu que descobri. Tá certo, eu nunca tinha ficado grávida. Aí eu estava conversando com minha mãe um dia, daí eu falei que estava com uma ânsia, vomitando, vomitei umas duas ou três vezes durante o dia, daí numa dessas, ela falou assim, me perguntou se eu não tava grávida. Eu até fiquei braba com ela, mas não me passou assim que eu estaria grávida (Entrevista 15).

“Aí, quando ela [mãe] percebeu que eu tava dormindo demais, fazendo ânsia de vômito, aí ela desconfiou e disse que eu tava grávida. Daí, eu fui fazer exame de urina e deu positivo, que eu estava grávida” (Entrevista 3)

“Eu não sabia que eu tava grávida, eu tava até trabalhando, aí eu tinha muito enjôo, dor de cabeça pela manhã e tinha vontade de comer coisas estranhas. E não vinha nenhuma menstruação, todo mês sem vir, só que a minha menstruação nunca vinha certo, então no início eu não pensei. E acabei falando com a minha mãe, aí minha mãe disse assim: ‘não, mas eu acho que tu tá grávida’ (Entrevista 5).

Esses relatos demonstram a falta de informação e conhecimento dessas adolescentes em relação ao próprio corpo, como ciclo menstrual e gestação. O papel das mães das adolescentes na prevenção desses eventos também pode estar negligenciado nesse contexto de dificuldades.

Aquino *et al* (2003) afirma que a comunicação verbal entre mãe e filha em torno da menarca é uma oportunidade de transmissão de normas, valores e conhecimentos sobre comportamentos preventivos. Estudo realizado por esses autores revela que as mulheres cujas mães conversaram sobre menstruação com elas antes da menarca engravidaram menos na adolescência.

No entanto, as mães das adolescentes deste estudo podem estar repetindo a própria história de precariedade, baixa escolarização e ausência de apoio na iniciação da vida sexual e afetiva. Dessa maneira, “não podem”, não possuem elementos para construir uma história diferente, na maioria das vezes.

As reações das adolescentes frente à descoberta da gravidez foram bastante variadas, passando por “felicidade, preocupação, culpa e medo”. Não foi encontrada relação da “aceitação” com o fato de a gravidez ter sido “planejada ou não”.

“A gravidez, no começo eu não estava preparada. Até no começo eu não gostei muito. Mas, depois eu comecei a gostar, a amar o meu filho” (Entrevista 6).

“Eu engravidei, eu queria, eu estava muito esperando ele, até que eu consegui engravidar e foi muito bom” (Entrevista 7).

“Eu não esperava aquela hora, mas eu queria mesmo. [...] Quando ele [médico] disse que eu estava, me deu uma alegria. [...] Fiquei feliz, meu marido também” (Entrevista 12).

“Olha, quando eu descobri, tipo, eu nem pensava... Quando foi feito o teste de gravidez, que deu que eu tava grávida parece que não tinha caído a ficha que estava grávida, eu passava a mão na minha barriga, não sentia nada. Aí, depois que a minha mãe quis que nós casasse porque eu estava grávida, aí foi caindo a ficha, aí fui vendo que eu ia ter que sair de casa, não ia poder mais estudar, ia ter que em vez de comprar uma coisa pra mim, ia ter que começar a comprar roupa pro meu filho” (Entrevista 3).

“Eu fiquei desesperada. Primeira criança, né? Sem saber o que ia fazer, como cuidar, como ia ser na hora de ganhar” (Entrevista 13).

“Mas, ao principio, a pesar de eu querer muito ser mãe nova, foi desesperador, eu não sabia mais o que eu fazia, se eu contava ou se eu não contava. Até, meus primeiros pensamentos foram tirar, não ficar com o nenê. Só que uma coisa que eu nunca apoiei na minha vida foi o aborto. Então, eu resolvi assumir a minha culpa e criar a minha filha” (Entrevista 14).

Senti medo, muito medo, naquela época lá, com 14 anos. Naquela época eu não sabia de nada, nada mesmo. E quando eu descobri que estava grávida... Deus o livre! Eu quase fiquei louca (Entrevista 16).

“Eu descobri já estava com cinco meses. Daí no começo não aceitava. Só que eu não fiz nada, eu deixei. Eu pensava que eu não queria, que eu não podia ter. Mas, daí depois que eu tava, tinha que criar, tinha que cuidar dele” (Entrevista 4).

Moreira *et al* (2008) afirma que pode-se analisar, em muitos casos, que a gestação na adolescência é enfrentada com dificuldade, pois na transição abrupta do seu papel de mulher em formação para o de mulher-mãe, a adolescente vive uma situação conflituosa, uma vez que a grande maioria é despreparada física, psicológica social e economicamente para exercer o papel materno.

Observou-se em algumas situações que as adolescentes tiveram medo da reação da família frente à gravidez.

“Minha gravidez foi um pouco complicada porque eu tinha que mentir cada vez que eu ligava pra minha mãe e pro meu pai. Daí eu mentia, não dizia nada, não contei que eu estava grávida, nem que eu estava juntada com o cara lá, eu disse que eu estava estudando. Na verdade eu menti, disse que estava solteira, estava estudando, não contei nada da minha gravidez. Eles descobriram porque uma prima minha contou” (Entrevista 8).

“Mas a mãe descobriu que eu estava grávida só quando eu fugi de casa. Eu não contei pra ninguém, só pra ele [companheiro]. Contei pra mãe quando eu voltei a primeira vez, depois de duas semanas. Fugi, porque na época a mãe era muito rigorosa, fugi porque eu achei que ela ia começar a bater, sem deixar a gente explicar, daí eu fiquei com medo e fugi, vim pra cá com ele, pro assentamento, depois de duas semanas eu voltei pra pegar umas roupas, e contei o porquê que eu fugi. Ela aceitou, claro, daí me disse: ‘melhor assim, tu está grávida mas não é mãe solteira, ele está assumindo’” (Entrevista 16).

Porém, apesar do receio das adolescentes, grande parte das famílias aceitou “bem” a gravidez, principalmente nos casos em que o pai do bebê assumiu a responsabilidade.

“Minha mãe tudo bem e meu pai desde que ele assumisse” (Entrevista 5).

“Meus pais me apoiaram até, depois eu fiquei um tempão com eles aqui, sempre me deram apoio, a mãe me ajudava muito” (Entrevista 9).

“Todo mundo aceitou. Ninguém tem nada a ver com a vida da gente, né? Tive muito apoio, tanto da família da gente, quanto dos outros, até de quem a gente não conhecia” (Entrevista 16).

Em uma sociedade que compreende o matrimônio como condição prévia para a formação de uma família, a união estável da adolescente com o pai da criança contribui para a representação da gestação precoce como evento natural e desejado (SILVA; TONETE, 2006). Porém, nos casos em que não acontece a união do casal, as jovens são rechaçadas por suas famílias e pela rede social na qual estão inseridas. Observa-se novamente a estreita relação entre a aceitação da família e o fato de o “homem assumir” a responsabilidade paterna e representativa (casamento/união) perante a adolescente grávida.

Está clara, dessa maneira, a relação de culpabilização moral, ainda persistente, às mulheres pelo exercício da sexualidade fora do casamento ou fora de

relações estáveis com homens determinados. Esse argumento é baseado na moral católica em particular, que institui o sexo como “pecado” fora da procriação e de relações legitimadas pela sociedade como a união civil e religiosa. Historicamente, a Igreja tem papel fundamental na manutenção do “modelo” feminino. Com a pregação da virgindade, da fidelidade, da castidade e da submissão, normaliza os corpos femininos dentro de um ideal de pureza física e mental (OLIVEIRA, 1998). Esses argumentos atestam a “dupla moral” que atribui às mulheres a responsabilização (culpa) pelas transgressões (pecados) e pelas consequências da gravidez.

Em quase todos os casos (14) as adolescentes receberam apoio por parte de seus companheiros (ou namorados).

“Mas, na realidade eu não queria o nenê porque eu me achava ainda muito nova e eu queria abortar. Aí, foi nós conversando eu e ele, até que ele me convenceu que não, nós ia criar juntos” (Entrevista 5).

“Ele ficou super feliz, ele disse que não era pra eu tomar chá nenhum [abortivo], que ele ia criar o bebezinho junto” (Entrevista 8).

Nos dois casos em que a adolescente era solteira e não recebeu apoio do namorado, houve reações familiares negativas.

“Ah, eles ficaram bem brabo, ficaram tudo revoltado, né?” (Entrevista1).

“Aí ela [mãe] ameaçou de se matar, ela disse que ia se enforcar porque ela preferia me ver morta, mas não grávida” (Entrevista 14).

A reação familiar hostil está associada a um grande sofrimento psíquico, apontando a importância do apoio social para uma melhor vivência da gestação pela adolescente (SABROZA *et al*, 2004). Também, muitas vezes, o sofrimento está ligado ao isolamento social, culpa, solidão e precariedade do contexto em que vivem (pobreza, poucos recursos do poder público, entre outros fatores).

Esses cenários de aceitação e revolta produzem diferentes reações e formas de enfrentamento da gravidez pelas adolescentes. Em estudo que avaliou a prevalência de depressão, ansiedade e ideação suicida em adolescentes grávidas, pode-se observar a presença de heterogeneidade nas reações do grupo estudado. Ao mesmo tempo em que algumas adolescentes estavam felizes com sua condição, havia adolescentes cuja gravidez aparecia como a única esperança em uma vida de muita violência e desespero. Essas últimas sentiam-se sós e desamparadas,

manifestando sentimentos de ansiedade, depressão e ideação suicida e contavam com pouco apoio social (FREITAS; BOTEGA, 2002).

Dessa maneira observou-se que, assim como a aceitação da família à gravidez da adolescente está pautada na aceitação do pai da criança, a aceitação da adolescente frente a sua própria situação está relacionada à aceitação de todos: família e companheiro. Isso parece consequência óbvia, pois os cenários que mostram hostilidade e exclusão fragilizam e introduzem sentimentos de revolta e culpa pelo ocorrido. Santos e Schor (2003) referem que a falta de suporte social (principalmente da família da adolescente e do companheiro), ou sua presença conflituosa, é considerada fonte importante de estresse.

“Mas, daí a família aceitou, ele também aceitou, foi tudo bem daí” (Entrevista 2).

“Eu me senti feliz, eu fiquei feliz porque eu queria, e ele também estava feliz, ficou faceiro” (Entrevista 9).

“A gravidez na adolescência é difícil, mas a gente tendo apoio dos pais e a gente estando casada, já é mais fácil. Agora, se não tem apoio dos pais, não tem apoio do marido, já fica difícil pra criar um filho” (Entrevista 10).

“Meu marido quis, me aceitou, se casou comigo, mas, às vezes, elas engravidam e ficam sozinhas, o namorado às vezes é novo, não quer ter responsabilidade, ele larga ela e ela fica sozinha criando o filho, na casa da mãe, sofrendo. Não tive todas essas dificuldades, mas a gente vê bastante que acontece. As minhas amigas também, algumas tem até dois filhos, engravidou, ganhou e na dieta já engravidou do outro e ainda por azar o marido largou” (Entrevista 3).

Ainda explanando as reflexões sobre hierarquias de gênero, observa-se, nas falas acima, a submissão das jovens nas expressões “ele me aceitou”; “ele larga ela”; “o marido largou”. Essas relações são sempre protagonizadas pelos homens, onde as atitudes passíveis de “não ser aceita”, “ser largada”, “engravidar” atestam a situação de inferioridade ou as hierarquias socioculturais nas práticas reprodutivas. Dessa forma a (ir)responsabilidade de engravidar é atribuída às mulheres, a responsabilidades de criar o fruto dessa irresponsabilidade é somente dela, ele “aceita” se quiser.

Também autores que analisam gravidez e maternidade em classes populares auxiliam nas reflexões sobre o seu significado em diferentes contextos de classe. Esses significados são evidentemente constituídos a partir de concepções de gênero

que se configuram com categorias de classe e instituem posição e hierarquia na sociedade. Nas classes populares, constata-se uma valorização da maternidade, onde ser mãe equivale a assumir um novo *status* social, o de ser mulher. A gravidez é a via de acesso à feminilidade. Através do filho, as jovens se sentem mães e mulheres. Observa-se que a função social feminina está relacionada à maternidade, ou seja, ser mulher para essas adolescentes equivale a ser mãe. O desejo de ter um filho é um rito de passagem, uma mudança substancial no status de menina para o de mulher (DADOORIAN, 2003).

5.3.3 Vivências de Maternidade – Temática de síntese 3

Iniciasse-se esta temática analítica apresentando as expressões/reações das testemunhas biografadas a partir do elemento desencadeador “Como foi para você ser mãe na adolescência?” Assim, constituem-se as análises posteriores a partir das falas *in natura*.

Portanto, “maternidade é...”

“É um pouco difícil, mas também é bom” (Entrevista 1).

“A experiência de ser mãe é muito boa. Não tem explicação. Depois que tu tem teus filhos tu... É um amor assim que não se separa nunca” (Entrevista 2).

“Hoje em dia? Eu me sinto outra pessoa. Meus filhos me ensinaram muita coisa também, e dou muito valor pra elas. Pode ser que elas me dêem esse valor um dia pelo o que eu fiz por elas” (Entrevista 9).

“É uma experiência nova, me senti feliz também porque um nenozinho é uma novidade pra mim, nunca tinha acontecido. Mas, foi bom. [...] Mas, eu tive sorte porque eu casei e eu estou até hoje e vivo bem. Minha filha é uma grande felicidade, a gente se dá bem com ela, ela é uma boa filha. É uma alegria na vida um filho. Meus pais me apoiaram sempre, meu marido também” (Entrevista 10)

“Eu me sinto bem porque é o destino da gente, quem quer ter uma família, é o destino. [...] Porque uma família é melhor” (Entrevista 11).

“Pra mim foi muito bom ter filho cedo, porque tu tem filho cedo, tu muda muito. Muitas vezes, tem muita guria nova que

só tem os filhos, porque criar normalmente é os pais que criam, eu não” (Entrevista 12).

“Eu acho que é um mau exemplo. Porque eu não tinha como educar uma criança, não tinha pensamento nenhum na cabeça. Todo mundo diz que eu tenho um parafuso solto. Eu não sei cuidar de uma criança. Cuidar eu sei, eu não sei é educar“ (Entrevista 13).

“Eu me sinto muito bem, porque pra mim é uma coisa que nunca vai sair do meu lado, vai estar sempre junto comigo, mais do que meu próprio irmão, porque irmão às vezes briga, ele some pro um lado e eu fico pro outro, já a minha filha não [...] Tem gente que acha que é um bicho de sete cabeças ser mãe nova, eu já não acho. Eu estou achando bom, um pouco porque eu vou ver a minha filha crescer mais, vou poder até acompanhar meus bisnetinhos quem sabe, então, eu acho bom. Estou achando uma relação super boa. Vou ser mãe nova, vou ser como uma amiga dela pra acompanhar ela. Claro, não quero deixar ela sair muito sozinha, então vou poder acompanhar ela onde ela vai sair e ela não vai ter muita vergonha de mim porque eu não vou ser muito velha. Então, eu acho bom ser mãe nova” (Entrevista 14).

“Mas, eu pensei assim: ‘não vou ser boa mãe’. Eu acredito que eu sou, eu sou uma boa mãe. Eu acredito que tudo que ele precisa eu tenho pra dar pra ele” (Entrevista 15).

“Mãe é uma coisa que tu carrega pro resto da vida, uma vez mãe, sempre mãe” (Entrevista 16).

No entanto essa “idealização da maternidade” traz inúmeras contradições, entre elas: “não se pode dizer que não é bom”. Essa representação positiva e a legitimidade social (moral, cultural, religiosa, etc.) levam necessariamente à aceitação, mesmo que em alguns casos esta assumo o caráter de “sublimação”. Os sentimentos positivos ligados à maternidade se sobrepõem a outros papéis como o de “trabalhadora”, por exemplo. E a maternidade como “destino” (ou ideologia) se impõe na vida dessas adolescentes como via única.

Um estudo realizado com primíparas adolescentes apontou que para essas o filho representa um conjunto de sentimentos positivos, como a extensão de sua própria vida e o responsável direto tanto pela motivação renovada e crescimento psicológico, quanto pelo processo de amadurecimento materno, que as fazem perceber o compromisso da maternidade. Portanto, para a adolescente a maternidade tem uma representatividade social positiva, uma vez que tornar-se propicia uma vivência humana com a representação social de cuidar e socializar a criança (FOLLE; GEIB, 2004).

Outros autores também identificaram a percepção da gravidez e da maternidade de forma positiva pelas adolescentes. A busca de estabilidade e permanência, revelada através da percepção do filho como propriedade, poderia traduzir uma tentativa de obter autonomia e atingir a maturidade, assim como a percepção da própria competência para dar conta das tarefas junto ao bebê (SANTOS; SCHOR, 2003).

Em alguns casos, as mães adolescentes citaram como vantagem de ter filhos, o fato de não se sentirem sozinhas por terem a companhia deles. Isso atesta também a falta de perspectivas, o filho “distrai”, pois não existem, nesse contexto de vida, muitas alternativas.

“Porque, às vezes, a gente está sozinha em casa, só com eles, e é o que entrete. Quando eles saem já fica bem difícil, parece que aí não tem graça dentro de casa. Porque eu gosto muito de brincar com eles, às vezes deixo o serviço de lado e fico brincando” (Entrevista 1).

“Eu não fico mais sozinha, quando meu marido sai, eu tenho ele [filho]” (Entrevista 7).

“Eu acho melhor ter uma criança, a gente entrete” (Entrevista 11).

Uma das entrevistadas relatou sentir-se envergonhada ao perceber que algumas pessoas têm atitudes discriminatórias por ela ser mãe adolescente e pobre.

“E daí bem novinha, tenho vergonha que os outros ficam falando e perguntando. As pessoas perguntam, ficam olhando quando eu saio com os dois, daí eu fico com vergonha. Ficam perguntando, especulando, como é que eu cuido, como é que eu consigo cuidar dos guri” (Entrevista 4).

Ao mesmo tempo em que a maternidade é idealizada ela o é para “algumas”, de preferência se forem casadas, não muito jovens e puderem arcar com as consequências econômicas de ter e cuidar os filhos. Em assentamentos essa importância assume maior visibilidade e a coletividade pode assumir uma atitude de cobrança pela proximidade e conhecimento da precariedade das condições de vida de alguns de seus membros. Novamente as mulheres e as jovens estão em situação de vulnerabilidade e desamparo, muitas vezes, sem estrutura familiar, sem renda própria e com ausência de apoio social.

Quanto ao cuidado com os filhos, as adolescentes afirmam algumas dificuldades no começo quando o filho ainda era bebê. As dificuldades foram

menores para aquelas que tinham “alguém por perto” para ensiná-las e para aquelas que já tinham alguma experiência com outras crianças da família.

“Olha, acho que não foi tão assustadora porque que tinha essa experiência em casa, porque eu era a filha mais velha, eu tinha que cuidar dos meus irmãos, lavar roupa dos meus irmãos, ajudar na lavoura com a minha mãe. Aí, não foi tão...”
(Entrevista 3).

“No começo eu não sabia muito bem. Mas, a minha sogra já sabia e sempre me ajudou, minhas cunhadas, daí eu fui aprendendo. E eu também quando estava em casa ajudava a cuidar dos irmãos mais pequenos, daí não era tão difícil”
(Entrevista 6).

“Só que eu era meio sem experiência. Às vezes pra dar o banho, nos primeiros dias precisava de uma pessoa pra me ajudar, cuidar ele também, porque eu nunca tinha trocado criança, feito essas coisas, pra mim era uma dificuldade. Depois mais tarde comecei a pegar o ritmo e acostumei”
(Entrevista 7).

Estudos que atestam que as adolescentes que não tiveram oportunidade de conviver com irmãos mais novos ou com outras crianças pequenas se sentem inseguras para realizar os cuidados e solicitam ajuda de pessoas mais experientes (MOTTA *et al*, 2004).

A maioria das jovens mães referiu cuidar de seus filhos sozinha atualmente. Referem que podem contar com a ajuda da família, principalmente das mulheres (mãe, sogra, irmã, prima, cunhada). Algumas disseram que o companheiro também “ajuda” no cuidado com os filhos.

“Se eu preciso sair e não posso levar as duas eu peço ajuda pra minha irmã, qualquer coisa que ela possa me ajudar”
(Entrevista 2).

“Meu marido, ele que mais... O tempo que ele ta em casa, ele ajuda, quando ele ta trabalhando que só vem em casa fim-de-semana, eu fico em casa com ele sozinha” (Entrevista 3).

“A minha sogra me ajuda porque ela mora junto, às vezes vem a minha cunhada, fica o dia inteiro, ajuda a cuidar ele também. Às vezes quando eu fico sozinha é só eu, meu marido também ajuda bastante, ele é bem atencioso pra ele” (Entrevista 6).

“Numa precisão ele fica na minha sogra, fica ali com ela. E agora a minha irmã está aqui, ele [filho] fica com ela, amanhã mesmo ele vai ficar pra mim ir consultar” (Entrevista 7).

“Tem a minha mãe, a mãe ajuda sim. Às vezes, quando eu não sei por que ela está chorando, ela me diz: ‘é dor de ouvido’ ou ‘está com cólica’. Até quando eu cuido de colégio, quem fica

com ela é minha mãe, ainda mais magistério que a gente ocupa manhã e tarde semanal. Então, a mãe fica o dia inteiro com ela” (Entrevista 14).

As mães das adolescentes são os principais elementos na rede de apoio, seguido por outras familiares do sexo feminino (FONSÊCA; BASTOS, 2001). Esse fato atesta que as “redes” de cuidado, mesmo no meio rural, são predominantemente compostas pelas mulheres, sejam elas da família ou vizinhança. Outras atividades transmitidas entre mulheres são as primeiras práticas de higiene, alimentação e cuidados de saúde como a identificação de situações de risco de doenças e ações “caseiras” de enfrentamento.

Entre as mudanças que ocorreram com a gravidez e a maternidade, as mais citadas foram a perda da liberdade e o aumento da responsabilidade. Conforme se observa nas falas abaixo.

“Ah, mudou muito, né? Porque eu não pude terminar a oitava série, não pude mais sair com os amigos, com as minhas amigas, já não saía muito, daí ali acabou tudo, né? Aí, eu já tive que antes do tempo já ter responsabilidade de criar uma criança, ter responsabilidade de cuidar da casa, de lavar roupa, cuidar o marido. Mas, muda muito ser mãe na adolescência. Ah, muda! Muda muito porque a gente tem que ter responsabilidade de tudo” (Entrevista 3).

“Mudou tudo. Mudou tudo minha vida. Eu não saí mais, fiquei em casa, que nem uma mulher mesmo, uma adulta” (Entrevista 5).

“Foi difícil porque tem todas as transformações, o corpo da gente muda, os pensamentos, as responsabilidades que a gente tem. Não tinha nenhuma responsabilidade, era nova, não pensava nas coisas. Depois que a gente tem filhos a gente muda bastante. Não é só na gente que a gente pensa, tem que pensar no filho também. [...] Mudou tudo de uma hora pra outra. Pra sair em baile, festa, já com criança não dá, chora, tem hora pra dormir. Mudou bastante as coisas” (Entrevista 11).

“Parece que as idéias mudam, não sei te explicar bem como é que é, parece que tu vira mulher de uma vez pra outra. Eu, bem dizer, era uma criança com dezessete anos. Mas, depois que tu tem um filho... Mudou tudo pra mim, tudo, tudo. Como era só eu e ele [marido], depois que eu tive ele [filho], mudou, tudo muda, sabe? Eu pensava só em comprar roupa, só queria saber de comprar roupa, de andar bem vestida, agora não, mudou, agora já pensou outras coisas. Tipo, arrumar um serviço, ajudar ele [marido], trabalhar, ele também” (Entrevista 12).

“Mudou tudo. Mudou a liberdade. Eu comecei a ter mais consciência, a assumir mais os meus atos com ela, ter que começar a ficar mais em casa, parar um pouco de sair em festa, eu ia muito pra boate, agora eu não vou mais, de ir pra salão de baile também eu parei. E meus estudos, eu não caprichava nos estudos, eu era muito descuidada, pra mim estudar era é última coisa, agora não, agora eu tenho mais consciência, eu vou terminar o magistério por causa dela, pra ter uma profissão pra dar o que comer pra minha filha. E mudou a minha responsabilidade em relação a namoro, porque eu vou ter que dar exemplo pra ela, porque eu não posso fazer agora o que eu quero cobrar dela mais tarde. Então, mudou tudo. A responsabilidade tem que ser total agora” (Entrevista 14).

Essas falas evidenciam que a condição de mãe representa um marco de ruptura entre a adolescência e a vida adulta. Assim “ter responsabilidade”, “virar mulher de uma vez”, “mudanças no corpo”, “no comportamento individualista” e pensar até em “ter uma profissão ou emprego”, interferem na conduta das jovens com a experiência da maternidade.

Mesmo que a maioria das entrevistadas tenha referido a maternidade como uma experiência boa, algumas disseram lamentar o fato dessa ter ocorrido na adolescência.

“Mas, no lado que eu te falo, dos estudos, eu me arrependo muito. Não de ter elas, mas de não poder ter tido o estudo primeiro pra depois ter as crianças” (Entrevista 2).

“O arrependimento vem mais tarde, mais tarde vem: “ah meu Deus do céu, se eu não tivesse engravidado...” Porque eu já tive, muitas vezes já pensei: “minha nossa, se não tivesse engravidado, se minha mãe tivesse me aconselhado eu não estaria com filho já”. Mas, agora eu tenho que aceitar, né?” (Entrevista 3).

“Por causa que antes de eu engravidar, até mesmo de eu casar, eu tinha planos de ir embora daqui de Encruzilhada, de repente eu ia pra cidade continuar meus estudos. Tinha sonho de adolescente, mas acabou que se foi também, não tem como voltar atrás” (Entrevista 10).

Muitas das entrevistadas admitem que a continuidade dos estudos é o projeto de vida mais prejudicado com a maternidade, pois interrompe a “vida sem responsabilidades” e impede a mobilidade necessária à frequência na escola.

Estar fora do universo escolar e de trabalho constitui sintoma da “internalidade” feminina, tendência aguçada quando se considera que o lazer fica

bastante comprometido em virtude do nascimento da criança. Esse quadro justifica os lamentos de solidão e de isolamento tão frequentes nos depoimentos de jovens mães (HEILBORN *et al*, 2002).

Ao serem solicitadas a falar sobre o que diriam para outras adolescentes no que se refere à gravidez e maternidade, as entrevistadas parecem admitir com mais facilidade o “erro total”. No entanto, existe uma aceitação da situação atual como se fosse o resultado da conformidade com uma situação pela qual tem “culpa”.

“Meu conselho é...”

“Se eu tivesse que dar um conselho pra alguém, se é com a pessoa que a gente ama, sonha em ter um filho, acho que não é problema nenhum ser mãe adolescente, muito nova, porque um filho dá mais alegria pra gente” (Entrevista 6).

“Pras adolescentes, que pensem, quando tão namorando que acham que não vai acontecer nada, não vai engravidar. Não só por engravidar, até uma doença pode pegar. [...] Então, é isso, pra elas se cuidarem, não acharem que só uma vez não vai acontecer nada, ‘não vou engravidar, não vou pegar uma doença’... Pra elas se cuidarem bastante, porque o arrependimento vem mais tarde, mais tarde vem: ‘ah meu Deus do céu, se eu não tivesse engravidado’...” (Entrevista 3)

“Eu acho que engravidar na adolescência é a maioria dos erros que... Eu acho que as pessoas não pensam. Como eu, pensei: ‘isso não vai acontecer’. E aquilo pode acontecer com qualquer um, é só não se cuidar, é só não usar nada. Eu, se tivesse que nem as gurias, que nem essa que tem ali, eu digo pra ela: ‘não faça o que eu fiz, porque isso depois’... A tua vida... Deus o livre! É um erro total. Muda tudo a tua vida, tu não pode sair, se tu sair tu tem que ter uma hora pra voltar, tu tem que cuidar da tua saúde e do nenê que ta na tua barriga. E vai que dá algum problema, né? [...] Digo pras gurias bem mais novas, adolescentes, que se for transar, use camisinha ou outro método, não façam igual eu, não pensem ‘comigo não vai acontecer’” (Entrevista 5).

Estudos identificaram a depressão, o estresse e a percepção predominante de aspectos negativos e das perdas como fatores consequentes à maternidade. É consenso que a maternidade é uma experiência difícil, que demanda muita responsabilidade (SANTOS; SCHOR, 2003).

O que poderia ser atribuído, em parte, à falta de apoio na ocorrência da gravidez e à cobrança social, pois, embora a sociedade ressalte a maternidade como um atributo de feminilidade e como o “papel social” mais importante da mulher, nas situações em que essa ocorre fora das convenções sociais, o abandono da

família e do companheiro é frequente. Outro elemento é a falta de sustentação social e familiar para as jovens continuarem a investir na escolaridade e no trabalho como elementos fundamentais para sua realização pessoal e garantia de melhorar as condições de vida para si e sua família. A falta de creches públicas, facilidades no acesso à escola e opções de emprego estão na base dessas dificuldades de reinserção social das jovens mães.

5.3.4 Vida Atual e Projetos de Futuro – Temática de síntese 4

Ao falarem sobre a vida atual, 9 dentre elas disseram considerar sua vida como boa, as demais (7) não disseram explicitamente que era ruim, mas deixaram transparecer o descontentamento ao predominar queixas em suas narrativas sobre a vida. Mesmo considerando essa “classificação” (boa ou ruim), metade das entrevistadas relatou que atualmente está melhor do que no passado.

“Eu me sinto feliz, apesar de tudo que eu passei, que só eu sei o que eu passei, eu me sinto feliz agora. Porque eu já sofri bastante. Tudo que eu passei, às vezes não ter nem o que comer como eu com aquele primeiro namorado quando nós fomos embora daqui” (Entrevista 1).

“Agora minha vida é só felicidade. Tenho os dois. O que eu sentia antes da primeira gravidez que eu não queria, não aceitava, que eu me achava presa, agora não, eu tenho liberdade, aonde eu vou levo eles” (Entrevista 4).

“Minha vida hoje, pra mim, é melhor do que quando eu estava em casa. Eu cuido a minha casa, faço os meus deveres, cuido meu filho, pra mim a vida é muito boa eu acho” (Entrevista 7).

No entanto, apesar da maioria ter superado as dificuldades iniciais, observa-se que não estão contentes com a situação financeira da família e com as atribuições domésticas que aumentaram e refletem as atividades femininas a serviço da família. Essas atribuições parecem ser ainda mais exclusivas em se tratando do meio rural. Essa constatação já foi discutida por Brumer (2004) para o Rio Grande do Sul em trabalhos desenvolvidos sobre trabalho e gênero no meio rural.

[Sente-se] Um pouco presa, eu diria assim [...] É aquela vida de sempre, cuidar das duas e a casa” (Entrevista 2).

“A minha vida agora tem seus altos e baixos. Às vezes por causa de discussão, às vezes por causa... Mais é falta de serviço que daí a gente ta passando por uma fase meio ruim. Mas, o resto ta tudo bom” (Entrevista 3).

Sobre a vida no assentamento, algumas referem gostar do ambiente de convívio e da segurança obtida com a terra para morar e cultivar, bem como das atividades sociocomunitárias desenvolvidas.

“A vida no assentamento até que é boa também. Tem coisas que se aborrece, mas passas. De fofoca, essas coisas, que sempre tem. Mas depois passa” (Entrevista 5).

“É boa a vida no assentamento, tem pessoas boas. De vez em quando sai um divertimento, a gente vai. É muito bom” (Entrevista 7).

“Até que é bom, é divertida, tem sempre uma coisa ou outra pra sair, eles inventam sempre um esporte, essas coisas tem aí. Até que é bom morar aqui, é sossegado, ninguém incomoda ninguém” (Entrevista 9).

Algumas se queixaram da falta de recursos e da escassez de trabalho remunerado, principalmente para as mulheres. Como já referido, resta para muitas delas o cuidado à família e as atividades domésticas. Com filhos para criar e com baixa escolaridade as oportunidades se resumem a atividades não remuneradas e contribuições muitas vezes invisibilizadas na lavoura. Isso limita as perspectivas individuais e da família que dispõem de poucos recursos de financiamentos oficiais e não conseguem disputar as poucas vagas de emprego nas cidades por falta de qualificação, na maioria das vezes. Dizem elas:

“Trabalho tem mais pra homem aqui no assentamento, pra mulher tem pouco trabalho. Recursos sai lá de vez em quando, uma vez por ano quando sai. Geralmente agora é pros grupos mais novos que está saindo, porque pros mais velhos sai custeio, mas é só, são poucos recursos pra cá” (Entrevista 10).

“Eu moro aqui, a gente não ganhou nenhum projeto pra plantação, receber algum dinheiro pra fazer alguma coisa, não tem nada disso. Meu marido sempre trabalhou fora, nunca dentro do lote, até porque trabalhar dentro do lote tem que ter condições de... Tem que ter dinheiro pra investir, aí se investe, às vezes da um ano muito de chuva, às vezes dá muito sol, então não tira lucro nenhum. Então, é preferível ir trabalhar fora, que ganha aquele salário por mês, que dá pra se sustentar, criar alguma galinha, algum porco e só. Mais é isso” (Entrevista 3).

Quanto às relações entre as pessoas da comunidade do assentamento, as entrevistadas disseram que há uma boa convivência e apoio mútuo. Espera-se que nos assentamentos, a própria situação de solidariedade surgida dos objetivos comuns de luta pela terra e a conquista do lote, desenvolva sentimentos de união e apoio mútuo. Nas situações de gravidez e maternidade essa convivência assume significado de troca de experiências e sustentação em momentos difíceis para uma grande parte das testemunhas.

“É muito boa, tem bastante apoio” (Entrevista 2).

“E os vizinhos no assentamento a gente se dá bem, os que eu conheço que a gente vai muito, porque a gente não sai muito, não conhece muito gente. Mas, é bom, é boa a convivência. Às vezes tem alguma fofquinha, alguma picuinha, mas normal também” (Entrevista 3).

Assim, as redes sociais de apoio são compostas principalmente pelas pessoas da família, mas também pelos vizinhos.

“Eu vou na mãe, às vezes, na vó, nas tias. Tem os vizinhos que eu vou às vezes. Uma comadre minha que eu gosto mais de ir, só que daí é longe” (Entrevista 4).

“Minha sogra, minhas cunhadas, minha mãe e meu pai, minhas irmãs, têm os vizinhos também pertinho, daí são as pessoas que eu me relaciono mais” (Entrevista 7).

“Tenho, tenho bastante [amigos]. Aqui em casa vive cheio de gente sempre, tenho bastante amigos, tenho meus parentes que moram aqui também” (Entrevista 12).

O sustento e sobrevivência das famílias assentadas advêm da produção agrícola voltada para o comércio, e da proporção dessa voltada para o consumo próprio, que é pequena. Em muitos casos, os homens trabalham não apenas em suas lavouras, mas também prestando serviços para outros agricultores. Essa última parece ser a alternativa mais frequente para aumentar a renda, mostrando as dificuldades da agricultura familiar manter-se ativa e enfrentar os custos de produção.

“Ele trabalha na lavoura e trabalha pra fora também. Pra fora ele trabalha em qualquer lugar, agora ele está na casa da E., colhendo fumo. Ou, se não, nas uvas. Trabalha uns dias fora, outros dias em casa” (Entrevista 11).

“Ele faz de tudo um pouco, ele trabalha às vezes no mato, ele serra acácia, trabalha nas uvas, trabalha nas maçãs, agora no momento ele está trabalhando nas maçãs, na colheita da

maçã. Todo serviço que tem, ele vai, não é só um serviço, trabalha por dia” (Entrevista 10).

“Quando ele pega algum serviço, ele trabalha muito em trator, cuidar melancia, carregar melancia também” (Entrevista 3).

As atividades rurais desenvolvidas pelas mulheres nos assentamentos são bastante variadas, normalmente cuidam dos bichos e realizam serviços mais “leves” na lavoura. Essas práticas de trabalho costumam ser desenvolvidas concomitantemente ao cuidado dos filhos e aos serviços domésticos. No entanto as mulheres rurais por longos anos não foram reconhecidas como trabalhadoras rurais e não tinham acesso ao benefício de aposentadoria (BRUMER, 2002).

“Vendemos leite, na segunda e na sexta nós vendemos leite. [...] Ai quando tem que ir na lavoura, vou na lavoura. [...] Eu capino, eu arranco feijão, esses serviços” (Entrevista 5).

“Na lavoura eu vou. Eu quebro milho, quando tem que quebrar. Às vezes, nós pegamos pra fora as empreitadas, nós quebramos milho, arranca feijão, essas coisas” (Entrevista 7).

“Planto verdura, salada, repolho, cenoura, coisas assim de horta. [...] Às vezes, volta e meia, eu vou na firma que meu marido trabalha colher uva” (Entrevista 12).

Quanto aos planos para o futuro a maioria (11) das entrevistadas citou o desejo de ter uma casa ou de adquirir bens próprios, além de melhorar as condições das casas que possuem.

“Pro meu futuro, os planos é aumentar a casa, comprar um carro e ir pra Igreja” (Entrevista 1).

“Mas, os meus planos é esses, quero ter minha casa, poder cuidar dos meus filhos e ter uma vida normal, que não precise estar dependendo de ninguém” (Entrevista 9).

“Ter a minha casa. Eu quero construir melhor uma casa. E ter a minha família” (Entrevista 11)

“Pro futuro os meus planos é mil planos. Todo dia eu penso que Deus me ajudasse eu acertasse num jogo, primeira coisa que ia fazer era uma casa bem boa, comprar de tudo pra dentro de casa” (Entrevista 13).

Dentre os planos de melhorar as condições materiais de vida está a motivação de independência e de dar a própria contribuição para a família. A família constitui-se o centro das preocupações e projetos de futuro.

Outra expectativa está relacionada à idéia de progredir retomando os estudos, cinco dentre as entrevistadas afirmaram o desejo de voltar a estudar.

“Eu gostaria depois que elas crescessem um pouco mais, que eu pudesse voltar a estudar. Mas, por enquanto só penso em cuidar delas, até que elas comecem os estudos” (Entrevista 2).

“Já que eu tenho o nenê, pretendo me casar, ter uma casa pra mim, ter uma família. Porque estudar agora já não nem vou poder. É meu sonho voltar a estudar, mas por enquanto ainda não” (Entrevista 8).

“Como eu falei, eu pretendo me formar aqui no magistério e depois ir embora pra Bento, onde eu sempre morei, e lá fazer a faculdade, porque é mais perto da UCS” (Entrevista 14).

Os estudos constituem um sonho ainda a ser postergado para a maioria delas e condiciona-se a necessidade de criar os filhos e assegurar a solidez da família.

Muitas das entrevistadas (9) manifestaram o desejo de ter um trabalho remunerado. Esse “sonho” prende-se à expectativa de independência e acesso a uma vida melhor do ponto de vista material. Ser uma “trabalhadora assalariada” parece alimentar esse sonho e, conseguir um emprego está no horizonte delas, mesmo que seja ainda condicionado às prioridades da família e do papel de mães.

“Pro futuro, por enquanto é um trabalho pra mim. [...] Eu queria ter um emprego pra mim. Queria ter um emprego, colocar meu filho na creche, queria ter uma casa mais equipada, alimentação mais farta. Realizada ainda não to, queria ter um emprego pra mim” (Entrevista 3).

“Eu acho meio ruim estar dependendo dos outros. Gostaria de ter uma vida que eu pudesse trabalhar, eu me sustentar e agora ficou complicado” (Entrevista 8).

“Um dia ter um serviço pra mim, até eu penso em trabalhar, ter um serviço meu, que nem outras mulheres que podem contar com um dinheirinho, porque eu não gosto de estar pedindo dinheiro pra homem” (Entrevista 9).

“Eu gostaria, gostaria de trabalhar sim. Porque antes eu trabalhava, todo mundo gosta de ter o seu dinheiro, claro que não me falta nada, o meu sogro bem que me ajuda” (Entrevista 12).

A dificuldade nesse âmbito está na baixa escolaridade e na falta de profissionalização entre as mães adolescentes dificultam a inserção no mercado de trabalho competitivo, implicando em empregos de baixa remuneração (MOREIRA *et al*, 2008). Isso se agrava em caso de escassez de oportunidades como no meio rural e em particular nos assentamentos onde os empregos são priorizados aos homens.

A maternidade adolescente introduz um diferencial importante no encaminhamento dos percursos escola-profissional das mulheres de classes

populares: retira as jovens mães do espaço público, restringindo-as à “internalidade” em relação à casa. Assim, a maternidade, ao contrário do que acontece com os jovens pais, não apressa o ingresso das mulheres no mercado de trabalho, mas torna-as mais dependentes dos outros para garantir sua subsistência (HEILBORN *et al*, 2002).

Durante as entrevistas houve narrativas sobre “o que achavam que seria diferente nas suas vida se não tivessem engravidado na adolescência”. Muitas responderam que não estariam casadas (7), que estariam trabalhando (5) e que teriam dado continuidade aos estudos (5).

E... “Se não fossem os filhos...”

“Seria tudo diferente. De repente até hoje eu estaria solteira, poderia sair, cuidar agora da minha mãe, porque a minha mãe está sozinha, meu pai morreu há dois anos e eu podia estar com ela lá. Seria tudo diferente, eu teria aproveitado mais a juventude, minha adolescência. Eu acho que seria bem melhor” (Entrevista 5).

“Até diferente ia ser, porque ia ser outra coisa, de certo eu nem aqui ia estar, de certo ia estar trabalhando, ter a minha vida, conhecer outras pessoas, de certo ia ser diferente assim” (Entrevista 9).

“Diferente? Ah, se fosse diferente eu não teria saído de lá da minha casa, ter vindo pra cá. Porque quando eu sai lá da minha mãe eu não queria ter vindo pra cá. Assim, eu queria, mas não queria, porque eu gosto muito do meu marido, gostava, gosto e pretendo gostar até mais pra frente. Só que deixar meu pai e minha mãe assim, de uma hora pra outra, foi praticamente um choque, eu queria vir, mas não queria deixar meu pai e minha mãe” (Entrevista 15).

“Eu não vou dizer que seria melhor. Porque criança é uma coisa que não tem explicação. Vai dizer que filho é amaldiçoado? Não é! Mas seria diferente, porque hoje eu estaria estudando, não estaria casada, estaria aproveitando mais a vida” (Entrevista 16).

As falas tentam não “amaldiçoar” a maternidade precoce (para usar termo delas próprias), excluindo a referência aos filhos de qualquer manifestação ruim ou de desamor. No entanto, nos casos de gestação não planejada, são unânimes em afirmar que “tudo” seria diferente. E esse “diferente” corresponde a investimentos pessoais, em estudo, trabalho e nas famílias de origem, cuidar e ajudar mães e pais a conquistarem uma vida melhor.

Os assentamentos, em alguns casos, são referidos como locais de falta de opção melhor, ou, às vezes, o único caminho encontrado, pois houve rejeição da família quando da gestação. Nesses casos sobressai a vulnerabilidade das mulheres, já que gênero e geração se potencializam na constituição de situações de difícil enfrentamento. Nesse caso, considerando o poder masculino nas relações afetivas e no casamento imposto ou “forçado” pelas circunstâncias, no caso a gestação. Também pode-se citar a violência doméstica advinda do sentimento de posse masculina sobre o corpo feminino que se sustenta em “práticas” culturalmente admitidas e invisibilizada na relação homem-mulher.

Há que se considerar também a adolescência como uma etapa em que a maioria, a qualificação para o trabalho e a escolaridade ainda não estão completas, impossibilitando a formalização de empregos e a inserção no mercado de trabalho remunerado com garantias sociais e apoio institucional. Restam os empregos informais e a precariedade nas relações de trabalho. Estudos confirmam este argumento ao dizer que as jovens, com baixa escolaridade, têm menor chance frente a um mercado de trabalho cada vez mais competitivo e, mesmo quando conseguem colocação, isso se dá em atividades com baixa remuneração, o que as mantém, frequentemente, dependentes dos familiares ou companheiro (GODINHO *et al*, 2000).

5.3.5 Situações de Saúde – Temática de síntese 5

Ao centralizarmos nossa análise na situação de saúde observou-se que as testemunhas atestam fragilidades e despreparo no enfrentamento de circunstâncias que demandam ações preventivas e, portanto, domínio de informações. Esse fato se agrava associado, no plano de exercício da sexualidade, a dificuldades de negociação com o companheiro de práticas seguras no campo da prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e mesmo da anticoncepção.

Exemplo disso está em que as adolescentes que engravidaram sem ter planejado a gravidez relataram que tinham pouco ou nenhum conhecimento sobre os métodos anticoncepcionais.

“Eu tava usando “micronor” [minipílula] porque eu ainda amamentava aquela pequena. E daí sem consulta médica, eu fui trocar o anticoncepcional sem ter experiência nenhuma e não sabia que precisava na troca se cuidar durante um mês, e foi ali... Pensei que só continuando com outro... E foi nessa troca que eu engravidei da outra” (Entrevista 2).

“Se a minha mãe tivesse me orientado como cuidar, não tinha engravidado tão cedo, como eu engravidei com quinze anos” (Entrevista 3).

“Nós tivemos duas palestras no colégio sobre a gravidez, mas só que tu adolescente, tu não presta muita atenção” (Entrevista 5).

“No começo usava camisinha, mas daí acho que estourou, sei lá o que é que houve, daí acabei engravidando, não tomava pílula” (Entrevista 10).

“Eu fazia [anticoncepção], mas eu não sabia muito como fazer. Eu tomava remédio pra não engravidar, pílula, só que eu não tomava correto, eu tomava um dia, dali a dois dias tomava de novo, depois me esquecia cinco, seis dias, tomava de novo, tinha vez que uma cartelinha me durava quase dois meses. Então, eu não fazia direito, eu não sabia como usar mesmo” (Entrevista 14).

Nesse sentido, Damiani (2003) considera que a dificuldade ao acesso e utilização dos métodos contraceptivos, bem como a informação tardia e mal veiculada, somadas à desarticulação e insegurança da família em propiciar educação sexual são fatores facilitadores da gravidez na adolescência. Assim, considera-se que a família, especialmente os pais, poderia discutir e orientar seus filhos com relação à educação sexual. Porém, a maioria dos adolescentes coloca que seus pais têm dificuldades de discutir esses temas em casa. Dessa forma, a escola também poderia ser melhor explorada no sentido de dar orientações sobre sexualidade e métodos contraceptivos (SANTOS JUNIOR, 1999). Mas, sem orientação familiar e fora da escola, como fazer?

As adolescentes sabem do risco de engravidar, mas algumas referem que pensaram que isso não aconteceria com elas.

“Aí, a primeira vez tudo bem, transamos e não aconteceu nada, sem camisinha, sem nada. Aí na segunda vez de novo sem camisinha. Só que eu pensava assim: “ah, eu não vou engravidar” (Entrevista 5).

“Eu não tomava nenhum comprimido e ele não usava nenhum preservativo, nada. Só que a gente achava que não ia acontecer (Entrevista 3).

Essas falas refletem a presença do “pensamento mágico”, ou seja, a idéia preconcebida de que nada ruim poderá acontecer consigo, independente das ações praticadas (SANTOS JÚNIOR, 1999). A crença na própria invulnerabilidade é um aspecto característico da adolescência, apontado como possível motivo do não uso de contraceptivos nos casos em que se afirma não desejar a gravidez (PINHEIRO, 2000).

No caso das entrevistadas a omissão das mães e a ausência dos pais na responsabilização educativa para a prevenção estão claras. Isso se soma ao contexto de precariedade e a dificuldades de toda ordem para as adolescentes de classes populares que, neste caso, ainda se agrava pela exclusão da escola e dificuldades de acesso a serviços de saúde, frequentes no meio rural.

Nesse sentido, os serviços de saúde são frequentemente distantes e não raro inacessíveis. No entanto, nas situações de pré-natal, todas as entrevistadas o realizaram nos serviços públicos locais. A maioria delas (10) considerou ter tido um bom atendimento.

“Fiz o Pré-Natal ali na cidade com a doutora, no posto médico. Fui bem atendida, normal também. Fiz várias consultas nas duas gravidez” (Entrevista 2).

“Eu procurei pelo SUS. Eu fui muito bem atendida sempre, em todas as consultas. Eu fui aqui no Alto Alegre, eu fui muito bem atendida pelo doutor, fiz seis consultas” (Entrevista 7).

“Eu fazia pré-natal no centro da cidade, no posto. Ali foi bom. Eu consultava com a doutora, ela sempre me tratou bem, não tenho queixa dela” (Entrevista 11).

“Eu fiz o pré-natal ali no posto de saúde que tem ali, que é público. Dos três meses, quatro meses em diante comecei a fazer o pré-natal sempre ali. E foi bom porque a médica que eu tinha ela sempre me ajuda, ela me auxiliava em tudo, o que eu podia comer, o que eu não podia, o que eu podia fazer, o que eu não podia, o que eu não podia, quanto podia levantar peso ou não” (Entrevista 14).

Essa situação referida como boa e que inclui a qualidade dos atendimentos, é resultado de políticas públicas de Atenção Básica centradas em metas de atendimento qualificado em no mínimo seis consultas por gestante durante o pré-natal.

De acordo com dados do SINASC, no município de Encruzilhada do Sul mais da metade das gestantes adolescentes (54,5%) realizaram um acompanhamento

pré-natal satisfatório (mais do que seis consultas), no período de 2000 a 2005 (PERETTO, 2008).

Pensa-se que o acompanhamento médico adequado durante a gestação pode ser visto como uma política compensatória da saúde, cabendo a ele o papel de minimizar os efeitos das desigualdades socioeconômicas (GAMA; SZWARCOWALD; LEAL, 2002). Mesmo sendo política compensatória, considera-se que a gravidez deve ser vista como uma oportunidade valiosa aos serviços de saúde para promover a saúde da mulher. No entanto, a qualidade da assistência à saúde das mulheres precisa ser alcançada atendendo a população feminina não apenas durante a gravidez, mas de maneira contínua e completa em todas as fases da vida (MAEDA *et al*, 2007).

Mesmo o acesso geográfico sendo dificultado, o pré-natal era considerado importante pelas entrevistadas. O principal meio de locomoção dos assentamentos para ir ao serviço de saúde é o ônibus. As maiores dificuldades ocorreram em relação à distância de suas casas até a parada do ônibus e ao tempo despendido no trajeto e na espera pelo atendimento. Algumas delas (4) relataram que saíam para a consulta pela manhã e voltavam somente à tarde para suas casas.

“Eu pagava ônibus, eu ia de ônibus. Passava bastante mal por causa do ônibus, eu tinha muita ansia, eu tinha pavor de ônibus” (Entrevista 3).

“Quando tinha consulta eu subia a pé daqui até o asfalto, pegava o ônibus, descia lá na rodoviária e ia pro posto. Depois da consulta, eu comia, tomava um café e vinha embora de volta” (Entrevista 5).

“Eu ia a pé até a parada, não tinha carro e dia de chuva era uma dificuldade. Depois eu ia pegar ônibus lá em cima, ia até a cidade, mas era longe até o Alto Alegre, mas eu ia igual, dava um jeito e ia” (Entrevista 7).

“Eu ia de ônibus de manhã, às vezes eu ficava até meio-dia no posto esperando, porque era muito demorado, tinha muita mulher pra ser atendida. Eu ia de manhã e voltava de tarde sempre, sempre de ônibus, era uma vez por mês só” (Entrevista 9).

O acesso limitado aos serviços de saúde está intimamente relacionado à área geográfica onde estão os assentamentos (MAEDA *et al*, 2007). No entanto, o comprometimento com a gravidez e a necessidade de garantir saúde para os filhos foi sempre motivador para as adolescentes enfrentarem as dificuldades.

Todas as entrevistadas realizaram o parto em âmbito hospitalar. Apesar de o atendimento no pré-natal ter sido considerado bom, 6 dentre elas queixaram-se do atendimento no parto nos serviços públicos da cidade.

“O primeiro foi fácil. Mas, aí o segundo já não, porque me deu as hemorragias em casa. Daí eu fui lá e esqueci a carteirinha de gestante, deixei junto com a bolsa, então meus documento ficou tudo, naquela hora com a correria, aí deixei. E eles não queriam me atender, aí fomos lá no plantão e eles mandaram pra casa de volta e quando nós ia saindo eles chamaram de volta e me mandaram lá pro hospital e fizeram cesárea. Aí quando nós chegamos lá eles diziam pra minha irmã e o meu ex-marido que a criança tinha morrido, que eles ia tentar salvar eu, mas que a criança tinha morrido. Aí eles fizeram cesárea e estava vivo a criança” (Entrevista 1)

“Eu queria muito que meu marido entrasse junto e minha sogra, não deixaram ninguém entrar” (Entrevista 3).

“Daí chegamos no Plantão, eles fizeram um exame de toque, a enfermeira me mandou embora que eu não ia ganhar, eu disse: ‘não, eu não vou pra casa’ [...] Daí me mandou pro hospital, eu cheguei lá, chamaram o médico e nem deu tempo dele se vestir, eu já ganhei ela rapidinho” (Entrevista 5)

“O dia que eu tiver outro filho na minha vida, menos ela, prefiro qualquer outro médico, menos a doutora S., ela me castigou, chegou lá na hora, além de demorar, chegou lá me xingando na sala, na hora de costurar deixou passar a anestesia, me castigou” (Entrevista 9).

“Foi quando eu fui pra ganhar, que era pro dia três pra ela nascer. Dia três eu estava sentindo contrações, daí eles me levaram. Daí eu cheguei lá de manhã cedo, a doutora disse que eu não estava pronta, que o nenê não ia nascer, daí eu disse que eu não aguentava, daí ela mandou eu pro Plantão pra fazer exame de toque, daí o médico disse que eu ia ganhar naquela dia, aí ela receitou um remédio pra mim tomar e vir pra casa que dali a uma semana eu ia ganhar. Mas, eu não vim, daí meu marido me levou pro Plantão, eles deram baixa no hospital, eu ganhei no mesmo dia. Se fosse por ela, ela queria que eu viesse pra casa” (Entrevista 11).

A estrutura hospitalar precária em leitos e em qualificação tem sido referido em diferentes estudos e em particular para essa região. Constata-se a falta de resolutividade dos problemas de saúde nos serviços da região, o que determina a busca constante de outras regiões do Estado (ROESE, 2005).

Observou-se que, nos casos em que o parto apresentava alguma complicação, as gestantes eram encaminhadas a Porto Alegre.

“Daí fui ali no Plantão primeiro, daí o medico disse: ‘vamos ter que viajar’. Daí me levaram pra Porto Alegre. Foi cesárea. Até foi bom, aqui não tinha anestesista, se eu tivesse ficado aqui, eu tinha morrido porque aqui é bem difícil as coisas” (Entrevista 6).

“Quando foi entrar pros seis meses eu comecei a sentir muita dor, muita dor na minha barriga, aí eu estava em casa de noite, de tardezinha já, começou a doer, doer forte, pedi pro pai e ele me levou no Plantão de noite, aí o médico que estava no Plantão, que até era o médico que me atendia mesmo, me encaminhou para Porto Alegre, no hospital Conceição porque eu ia ganhar nenê já” (Entrevista 14).

“Eu fui pra ganhar nenê, quando começou as dores. Me levaram pro Plantão pra mim ganhar ali, só que daí não tinha o anestesista e a Dra também não. Aí me levaram pra Porto Alegre. Aí, o nenê tiveram que tirar a ferro, porque eu já não tinha mais força, já estava cansada e com sono, porque começou as dores era onze horas da noite e eu fui ganhar no outro dia de meio-dia, de parto normal. Aí eu já não tinha mais força, fiquei a noite inteira acordada, aí tiveram que tirar a ferro” (Entrevista 15).

Esse fluxo de utilização dos serviços de saúde já foi constatado em estudo anterior, referindo que o município de Encruzilhada do Sul encaminha principalmente para Porto Alegre os casos em que há necessidade de acompanhamento mais complexo (ROESE, 2005).

No entanto, observa-se situações em que a “falta de anestesista” é a responsável pelo deslocamento. Isso mostra a situação de insuficiência de profissionais como um agravante nos casos em que não é a complexidade do diagnóstico ou do procedimento que determinam o encaminhamento a outro serviço. O processo de regionalização em curso apresenta muitas limitações e penaliza de forma mais evidente as populações com maior grau de dependência do Estado. Nesse caso admite-se que a dependência se potencializa para os espaços rurais.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo buscou conhecer e compreender as situações sociais e biográficas da gestação e maternidade na adolescência em áreas de assentamentos rurais. Objetivou, assim, subsidiar com informações e conhecimentos o planejamento de ações de cuidado e mesmo de prevenção da gravidez precoce em contextos particulares e, muitas vezes, adversos.

Através da análise das biografias, observou-se que as testemunhas e suas famílias apresentam trajetórias de instabilidade econômica, migrações constantes, e condições de habitação e emprego precários. Essa situação impõe limitações às alternativas de vida e restrições às perspectivas de futuro, vulnerabilizando as adolescentes em diferentes dimensões de suas vidas como saúde, trabalho e escolaridade.

Observou-se a ocorrência de gravidez e casamentos precoces, motivados pela aspiração à independência dos pais e à mudança no *status* social, assim como pelo preceito moral de que não é aceitável manter relações sexuais fora do casamento. Nesse caso se constituem as influências na decisão das jovens em “oficializar” a união e constituírem família.

Para as adolescentes solteiras deste estudo, a gravidez ocorreu sem planejamento e foi referida como fruto de “descuido” e desinformação. Contatou-se a ausência da família e da escola em relação à educação sexual das adolescentes.

Muitas das testemunhas casaram-se com seus companheiros em consequência da gravidez. Nesses casos a aceitação da família à gravidez da adolescente está condicionada ao fato de o companheiro “assumir” ou não a criança e a adolescente, e ocorre a pressão para que o casamento aconteça.

Nesse contexto, o número elevado de uniões estáveis pode estar relacionado a falta de alternativas de “sobrevivência” para as mulheres em meio rural, visto que, existem poucas opções de trabalho e estas são, na sua maioria, direcionadas para os homens. Assim, fora do casamento, a única opção é continuar vivendo na casa da família de origem, o que nem sempre é uma situação confortável e acolhedora.

Em relação às vivências de maternidade, observaram-se algumas ambiguidades, ao mesmo tempo em que a maternidade se apresenta “idealizada”, ela poderia ter acontecido “mais tarde”.

As mudanças mais significativas em decorrência da gravidez e maternidade para as jovens foram a perda da liberdade, relacionada à maior restrição da jovem mãe à casa e aos trabalhos domésticos, o ganho de responsabilidade, o cuidado da casa, dos filhos e do marido, e ainda amadurecer mais rapidamente. Isso demonstra a dificuldade dessas adolescentes em assumir o novo papel, a transição da condição de filha para a condição de mãe.

No contexto dos assentamentos, as redes sociais de apoio das entrevistadas são compostas principalmente pelas pessoas da família, mas também pelos vizinhos. Relataram boa convivência e apoio mútuo entre as pessoas da comunidade dos assentamentos. Contudo, houve manifestações de descontentamento com a situação financeira da família, decorrentes da falta de recursos e da escassez de trabalho remunerado.

Nessa perspectiva, muitas entrevistadas relataram desejo de voltar a estudar e de ter um emprego. Observou-se que a continuidade dos estudos foi o projeto de vida mais prejudicado com a maternidade. Esse fato, somado com as responsabilidades dos afazeres domésticos e do cuidado à família, dificultam a entrada das mães adolescentes no mercado de trabalho, já limitado no meio rural. Falta-lhes escolaridade e qualificação, além de sustentação social para que desempenhem atividades de trabalho.

Outra aspiração citada pela maioria das entrevistadas foi a casa própria ou a melhoraria das condições das casas em que moram. A família constitui-se no centro das preocupações e projetos de futuro dessas jovens mães.

Em relação às situações de saúde, observou-se o despreparo das adolescentes para realizarem ações de prevenção. Isso soma-se ao contexto de precariedade material, acrescido à pouca qualificação decorrente da baixa escolaridade e às dificuldades de acesso a serviços de saúde no meio rural.

Este estudo permitiu desvendar cenários desconhecidos e muito pouco discutido e considerados nas políticas públicas, tanto sociais como especificamente de saúde. Constatou-se a similaridade de motivações com adolescentes de contextos urbanos populares, em que papéis sociais e maior prestígio “no mundo

adulto” motivam a gravidez e maternidade. Nesses contextos, associam-se a falta de perspectivas de ascensão socioprofissional e as raras oportunidades de trabalho remunerado limitem os projetos de futuro. Portanto, a gravidez e a maternidade são considerados como “mudanças de vida” o que as leva a “aceitarem” as perdas advindas das responsabilidades do novo papel que assumem.

Pensa-se que existem inúmeras perspectivas e olhares possíveis para essa realidade. As adolescentes e mães deste estudo, com suas fragilidades geracionais e de gênero, desenvolvem formas de enfrentamento e assumem seus filhos com responsabilidade, compartilhando cuidados com as famílias e comunidade de vizinhança. No entanto, são unânimes em afirmar que suas vidas poderiam ser diferentes. Cabe a nós, como representantes do poder público, refletirmos sobre a adequação das nossas práticas de saúde e educação e influenciarmos, através do conhecimento produzido, na construção de novas possibilidades considerando os distintos cenários e as especificidades dos sujeitos por nós assistidos.

REFERÊNCIAS

ALBERTI, Verena. **Manual de história oral**. 2. Ed. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2004. 236p.

ALBUQUERQUE, Francisco José Batista de; COELHO, Jorge Artur Peçanha de Miranda; VASCONCELOS, Tatiana Cristina. As políticas públicas e os projetos de assentamento. **Estudos de psicologia**, Natal, v. 9, n. 1, p.81-88, abr., 2004.

ALMEIDA, Margareth Aparecida Santini de. Gravidez adolescente: a diversidade das situações. **Revista Brasileira de Estudos de População**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, jul./dez., 2002

AQUINO *et al.* Adolescência e reprodução no Brasil: a heterogeneidade dos perfis sociais. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, supl. 2, p. 377-88, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Marco teórico e referencial: saúde sexual e reprodutiva de adolescentes e jovens**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006. 56 p.

BRASIL. **Resolução nº 196**, de 10 de outubro de 1996. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, DF, Conselho Nacional de Saúde. 1996.

BRUMER, Anita. Gênero e agricultura: a situação da mulher na agricultura do Rio Grande do Sul. **Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 12, n. 1, p. 205-227, jan-abr. 2004.

BRUMER, Anita. Previdência social rural e gênero. **Sociologias**, Porto Alegre, n. 7, p.50-81, jun. 2002.

CHALEM, Elisa *et al.* Gravidez na adolescência: perfil sociodemográfico e comportamental de uma população da periferia de São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 177-186, jan., 2007.

COCCO, Marta. **Geração e gênero na constituição de situações de vulnerabilidade aos acidentes e violências entre jovens de Porto Alegre**. 2007. 164 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007.

DADOORIAN, Diana. Gravidez na adolescência: um novo olhar. **Psicologia: ciência e profissão**. Brasília, v. 23, n. 1, mar., 2003.

DADOORIAN, Diana. **Pronta para voar**: um novo olhar sobre a gravidez na adolescência. Rio de Janeiro: Rocco; 2000 *apud* MOREIRA, T. M. M. *et al*, Conflitos vivenciados pelas adolescentes com a descoberta da gravidez. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 42, n. 2, p. 312-20, 2008.

DAMIANI, Fernanda Eloisa. Gravidez na adolescência: a quem cabe prevenir? **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 24, n. 2, p. 161-8, 2003.

DIAS, Acácia Batista; AQUINO, Estela M. L. Maternidade e paternidade na adolescência: algumas constatações em três cidades do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 7, p. 1447-1458, jul., 2006.

FOLLE, Emanuele; GEIB, Lorena Teresinha Consalter. Representações sociais das primíparas adolescentes sobre o cuidado materno ao recém-nascido. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 2, p. 183-90, mar.-abr. 2004.

FONSECA, Claudia. **Família, fofoca e honra**: etnografia de relações de gênero e violência em grupos populares. 2 ed. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2004.

FONSÊCA, Ana Lúcia B.; BASTOS, Ana Cecília de S. Maternidade adolescente em contexto cultural: um estudo com mães adolescentes de duas comunidades (uma urbana e uma semi-rural) na Bahia. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**. São Paulo, v. 11, n. 1, p.86-98, 2001.

FREITAS, Gisleine Vaz Scavacini de; BOTEGA, Neury José. Gravidez na adolescência: prevalência de depressão, ansiedade e ideação suicida. **Revista da Associação Médica Brasileira**, Campinas, v. 48, n. 3, p. 245-249, 2002.

GAMA, Silvana Granado Nogueira da; SZWARCOWALD, Célia Landmann; LEAL, Maria do Carmo. Experiência de gravidez na adolescência, fatores associados e resultados perinatais entre puérperas de baixa renda. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 153-161, Fev. 2002.

GERHARDT, Tatiana Engel. Situações de vida, pobreza e saúde: estratégias alimentares e práticas sociais no meio urbano. **Ciência e Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 8, n. 3, p. 713-726, 2003.

GODINHO, Roseli Aparecida *et al.* Adolescentes e grávidas: onde buscam apoio? **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 2, p. 25-32, abr., 2000.

HEILBORN, Maria Luzia *et al.* Aproximações Socioantropológicas sobre a gravidez na adolescência. **Horizontes Antropológicos**, Porto Alegre, b. 8, n. 17, p 13-45, jun. 2002.

KASSOUF, Ana Lúcia. Acesso aos serviços de saúde nas áreas urbana e rural do Brasil. **Revista de Economia e Sociologia Rural**, v. 43, n. 1, p. 29-44, jan.-mar. 2005.

LEITE, Sergio *et al.* **Impactos dos assentamentos**. 1 ed. São Paulo: Editora UNESP, 2004.

LEVANDOWSKI, Daniela Centenaro; PICCININI, Cesar Augusto; LOPES, Rita de Cássia Sobreira. Maternidade adolescente. **Estudos de Psicologia (Campinas)**, Campinas, v. 25, n. 2, p. 251-263, Jun. 2008.

LIMA, Celian Tereza Batista *et al.* Percepções e práticas de adolescentes grávidas e de familiares em relação à gestação. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, n. 4, v. 1, p.71-83, jan.-mar. 2004.

LOPES, Marta Julia Marques *et al.* **Gênero e saúde**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996. 156 p.

LOPES, Marta Julia Marques *et al.* **Gravidez e maternidade na adolescência em municípios de pequeno porte e em áreas rurais na metade Sul do Rio Grande do Sul**. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto alegre, 2007. Projeto de pesquisa e desenvolvimento. Escola de Enfermagem e Programa de Pós-graduação em Desenvolvimento Rural. Não publicado.

LOPES, Marta Julia Marques *et al.* **A violência contra a mulher em áreas rurais e municípios de pequeno porte do Estado do Rio Grande do Sul**. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto alegre, 2008. Projeto de pesquisa e desenvolvimento. Escola de Enfermagem e Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Rural. Não publicado.

MAEDA, Sayuri Tanaka *et al.* Access to pre-natal care and cervical cancer prevention action among women from Brazilian landless workers movement. **Texto & Contexto – Enfermagem**, Florianópolis, v. 16, n. 3, jul.-set. 2007.

MARRE, Jacques Léon. História de vida e método biográfico. **Cadernos de Sociologia**. Porto Alegre, v. 3, n. 3, p.55-88, jan.-jul. 1991.

MINAYO, Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 8 ed. São Paulo - Rio Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, 2004.

MINAYO, Cecília de Souza; DESLANDES, Suely Ferreira; GOMES, Romeu. **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 26 ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2007.

MOREIRA, Thereza Maria Magalhães *et al.*, Conflitos vivenciados pelas adolescentes com a descoberta da gravidez. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 42, n. 2, p. 312-20, 2008.

MOTTA, Maria da Graça Corso *et al.* Vivências da mãe adolescente e sua família. **Acta Scientiarum. Health Science**, Maringá, v. 26, n. 1, p. 249-256, 2004.

OLIVEIRA, Maria Waldenez de. Gravidez na adolescência: Dimensões do problema. **Cadernos CEDES**, Campinas, v. 19, n. 45, p. 48-70, jul. 1998.

PANTOJA, Ana Lídia Nauar. "Ser alguém na vida": uma análise sócio-antropológica da gravidez/maternidade na adolescência, em Belém do Pará, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, supl. 2, p. 335-43, 2003.

PAULILO, Maria Ignez S. Movimento de mulheres agricultoras: terra e matrimônio. PPGSP/UFSC, **Cadernos de Pesquisa**, Nº. 21, Jun. 2000.

PERETTO, Marcele. **Adolescentes, gravidez e maternidade em oito municípios da “Metade Sul do RS”**: perfil sociodemográfico, epidemiológico e da rede de serviços. 2008. 52 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Graduação em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008.

PINHEIRO, Verônica de Souza. Repensando a maternidade na adolescência. **Estudos de Psicologia**, Natal, v. 5, n. 1, p. 243-251, 2000.

ROESE, Adriana. **Fluxos e acessos dos usuários a serviços de saúde de média complexidade no município de Camaquã / RS**. 2005. 193 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005.

SABROZA, Adriane Reis *et al.* Algumas repercussões emocionais negativas da gravidez precoce em adolescentes do Município do Rio de Janeiro (199-2001). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, supl. 1, p.130-137, 2004.

SALVARO, Giovana Ilka Jacinto. Jornada de trabalho de mulheres e homens em um assentamento do MST. **Rev. Estudos Feministas**. Florianópolis, v. 1, n. 12, jan.-abr. 2004.

SANTOS JUNIOR, José Domingues dos. Fatores etiológicos relacionados à gravidez na adolescência: vulnerabilidade à maternidade. **Cadernos Juventude, Saúde e Desenvolvimento**, Brasília, v. 1, p. 223-229, 1999.

SANTOS, Sílvia Reis dos; SCHOR, Néia. Vivências da maternidade na adolescência precoce. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 37, n. 1, p.15-32, 2003.

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

SILVA, Marcelo Kunrath. Uma introdução à história oral. **Cadernos de Sociologia**. Porto Alegre, v. 9, p.115-141, 1998.

SOARES, Diego. O “Sonho de Rose”: políticas de saúde pública em assentamentos rurais. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 15, n. 3, p. 57-73, set.-dez. 2006.

SODER, Rafael Marcelo. **Saúde e saneamento no meio rural em 8 municípios da “metade sul” do Rio Grande do Sul**. 2007. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. Faculdade de Economia. Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Rural. **Relatório Técnico**

Parcial: Evolução e transformação da agricultura e desenvolvimento sustentável. Contribuições para a elaboração de políticas públicas para a “Metade Sul” do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2003. 198 f. Financiamento FAPERGS, processo nº 00/7970.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. Faculdade de Economia. Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Rural. **Análise das heterogeneidades espaciais e sociais da área de estudo do PROINTER.** Porto Alegre, 2004. 38 f.

XIMENES NETO, Francisco Rosemiro Guimarães *et al.* Gravidez na adolescência: motivos e percepções de adolescentes. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 60, n. 3, p. 279-85, maio-jun. 2007.

APÊNDICE A – Roteiro para Entrevista Biográfica Temática

FORMULÁRIO DE IDENTIFICAÇÃO	
Identificação	
Idade:	
Cor:	
Assentamento:	
Dados socioeconômicos	
Escolaridade:	
Profissão / Ocupação:	
Estado Civil / União:	
Renda Familiar:	
Pessoas na família:	Pessoas com renda:
Antecedentes obstétricos	
Número de filhos vivos:	Idade do(s) filho(s):
Número de gestações na adolescência:	Idade na DUM:
Complicações em gestações:	Aborto
Pesquisadora:	
Data:	

Investigação temática

1. Fale sobre sua vida.
2. Como você contaria a história de sua gravidez?
3. Como foi para você ser mãe na adolescência? O que mudou na sua vida com a gravidez e a maternidade?
4. Como você faz para cuidar do seu filho? Tem alguém que te ajuda?
5. Como é a sua vida agora?
6. Quais são os seus planos para o futuro?
7. Você quer falar mais alguma coisa sobre esse assunto?

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Informado para as adolescentes

Eu, _____
 aceito participar voluntariamente da pesquisa intitulada: **“Gravidez e maternidade na adolescência em municípios de pequeno porte e em áreas rurais na metade sul do Rio Grande do Sul.** A pesquisa é coordenada pela Professora Marta Julia Marques Lopes da UFRGS. O objetivo da pesquisa é conhecer e descrever as vivências (experiências) da gravidez e do ser mãe na adolescência.

A minha participação consiste em uma entrevista, onde responderei livremente a seguinte questão: “fale sobre sua vida”. A entrevista será gravada em formato digital (mp3) e realizada em local que garanta minha privacidade (sem a presença de outras pessoas), evitando qualquer exposição ou constrangimento, seja no meu domicílio ou nos serviços de saúde.

Fui orientada que todas as informações obtidas neste estudo serão utilizadas unicamente para fins científicos sem revelar minha identidade. Fui esclarecida que, em qualquer etapa da pesquisa poderei ter acesso à pesquisadora, através dos endereços e telefones abaixo relacionados, para esclarecimento de eventuais dúvidas. Também foi explicado que poderei me retirar do estudo a qualquer momento sem qualquer prejuízo.

Declaro ter lido, ou que me foi lido, as informações acima antes de assinar este formulário. Fui informada de forma clara e detalhada dos objetivos deste estudo, e sei que poderei solicitar novos esclarecimentos a qualquer momento.

Local e Data: _____, ___ de _____, ____.

PARTICIPANTE*

Nome Completo: _____

RG ou CPF _____

* Em caso de participante menor de 18 anos, deverá ser solicitada, além desse consentimento a autorização do responsável legal (pai, mãe, etc.) e preenchido o termo de autorização.

ENTREVISTADOR

Nome: _____

RG ou CPF: _____

PESQUISADORA RESPONSÁVEL MARTA JULIA MARQUES LOPES

Rua São Manoel, 963.
 Bairro Rio Branco 90620-110- Fone
 (051)3308-5251
 E-mail: marta@enf.ufrgs.br

PROJETO APROVADO PELO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL

Av. Ipiranga, 6311 – Bairro Partenon
 90610-001- Porto Alegre/ RS
 E-mail: ceps-esp@saude.rs.gov.br

PS: Este Termo de Consentimento será assinado em duas vias, uma permanecerá com a pesquisadora e outra com a participante.

**ANEXO 1 – Parecer de Aprovação do Comitê de Ética na Pesquisa em Saúde
da Escola de Saúde Pública**



**ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE**

**COMITÊ DE ÉTICA NA PESQUISA EM SAÚDE
ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA**

PARECER DE APROVAÇÃO

Data da aprovação: 15/08/2008

Protocolo CEPS-ESP nº 389/08

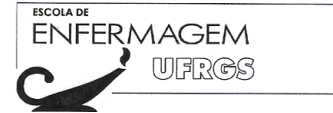
Projeto: Gravidez e maternidade na adolescência em municípios de pequeno porte e em áreas rurais na metade sul do Rio Grande do Sul

Pesquisador(a) Responsável: Marta Júlia Marques Lopes

Orientador(a): Marta Júlia Marques Lopes

Este projeto está de acordo com as normas éticas e metodológicas do Comitê de Ética na Pesquisa em Saúde da Escola de Saúde Pública do Estado do Rio Grande do Sul e conforme a Resolução CNS nº 196/96.

**Nara Regina Moura de Castilhos
Coordenadora do Comitê de Ética na Pesquisa em Saúde
Escola de Saúde Pública/SES/RS**

ANEXO 2 – Carta de Aprovação da COMPESQ/ENF

**COMISSÃO DE PESQUISA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL**

CARTA DE APROVAÇÃO

Projeto TCC: Nº 01
Versão dezembro/2008

Pesquisadores: Joannie dos Santos Fachinelli Soares e Marta Júlia Marques Lopes

Título: BIOGRAFIAS DE GRAVIDEZ E MATERNIDADE NA ADOLESCÊNCIA
EM ASSENTAMENTOS RURAIS NA METADE SUL DO RIO GRANDE DO
SUL

A Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (COMPESQ), no uso de suas atribuições, avaliou e aprova este projeto em seus aspectos éticos e metodológicos. Os membros desta Comissão não participaram do processo de avaliação de projeto no qual constam como pesquisadores. Toda e qualquer alteração deverá ser comunicada à Comissão.

Porto Alegre, 03 de dezembro de 2008.

Maria da Graça Oliveira Crossetti
Coordenadora da COMPESQ/ENF-UFRGS

Profa. Dra. Maria da Graça Oliveira Crossetti
Coordenadora da COMPESQ/ENF