

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

LÍGIA GONZAGA RAMOS LAUDADE

**Maternidade na adolescência: o apoio social da família para o cuidado materno e
autocuidado na perspectiva das adolescentes**

Ribeirão Preto

2013

LÍGIA GONZAGA RAMOS LAUDADE

Maternidade na adolescência: o apoio social da família para o cuidado materno e autocuidado
na perspectiva das adolescentes

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da
Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em
Ciências, Programa Enfermagem Saúde Pública.

Linha de Pesquisa: Assistência à saúde da mulher no ciclo vital

Orientador(a): Profa. Dra. Ana Márcia Spanó Nakano

Ribeirão Preto

2013

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Laudade, Lígia Gonzaga Ramos.

Maternidade na adolescência: o apoio social da família para o cuidado materno e autocuidado na perspectiva das adolescentes, 2013.

100 p. : Il. ; 30 cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem Saúde Pública.

Orientador: Profa. Dra. Ana Márcia Spanó Nakano

1. Maternidade. 2. Saúde da Mulher. 3. Cuidado materno.
4. Autocuidado. 5. Apoio social. 6. Gravidez na adolescência.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Nome: LAUDADE, Lígia Gonzaga Ramos

Título: Maternidade na adolescência: o apoio social da família para o cuidado materno e autocuidado na perspectiva das adolescentes

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa Enfermagem Saúde Pública.

Aprovado em / /

Comissão Julgadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

Dedico esta dissertação ao meu marido, Felipe Nardi Laudade, pelo apoio incondicional e pela ajuda oferecida durante esta minha trajetória, incentivando as minhas conquistas e torcendo pelo meu sucesso. Muito obrigada por tudo. Te amo muito!

Dedico à minha família, em especial à minha mãe, Ivone Maria Gonzaga, e à minha irmã, Aline Gonzaga Ramos, por acreditarem em mim e me incentivarem nesta jornada. Amo muito vocês e obrigada por existirem na minha vida.

Dedico à minha sobrinha querida Manuella, criança que veio iluminar as nossas vidas e a quem amo muito, afilhadinha linda!

Dedico à minha filha que ainda está a caminho, sabendo que é uma criança muito especial, enviado por Deus, que soube aguardar o melhor momento para dar a luz de sua presença em nossas vidas. Muito Obrigado meu Deus por ter me dado o dom de gerar uma criança e ainda o desafio de ser mãe. Peço que guie e ilumine os meus passos para essa nova fase de vida que está por vir.

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

Agradeço primeiramente a Deus, pela dádiva da vida, por ter me concedido a oportunidade de estudar e me especializar, permitindo mais esta vitória em minha vida.

À Profa. Ana Márcia Spanó Nakano, por ter acreditado em mim e por todos os ensinamentos e compreensão durante esta minha jornada.

À Profa. Rosana Aparecida Spadoti Dantas e à Profa. Marta Angélica Iossi Silva, pelas orientações que me foram oferecidas nos momentos mais difíceis deste estudo, enriquecendo-o e colaborando grandemente na sua construção.

Às adolescentes que permitiram que eu as entrevistasse e conhecesse as suas trajetórias de vida, aprendendo com as suas falas e seu jeito de viver.

Às mães e familiares das adolescentes que permitiram a minha presença em suas casas, sendo sempre generosas e compreensivas.

Às minhas colegas de trabalho, pelas trocas de experiências e conselhos importantíssimos na construção deste estudo.

À provedoria, à administração e aos funcionários da Santa Casa de Guaranésia que permitiram o acesso às mães adolescentes, abrindo as portas para a minha pesquisa, entendendo os meus horários e dedicação para o trabalho.

Ao UNIFEG e às coordenadoras do Curso de Enfermagem, pelo apoio e pela compreensão neste momento importante da minha vida.

Enfim, a todas as pessoas que, de alguma forma, contribuíram e me ajudaram a conquistar este título.

Epígrafe

*Tu és divina e graciosa
Estátua majestosa
No amor!
Por Deus esculpurada
E formada com ardor...*

*Da alma da mais linda flor
De mais ativo odor
Que na vida é preferida
Pelo beija-flor...*

*Se Deus
Me fora tão clemente
Aqui neste ambiente
De luz, formada numa tela
Deslumbrante e bela...*

*Teu coração
Junto ao meu lanceado
Pregado e crucificado
Sobre a rosa e a cruz
Do arfante peito teu...*

*Tu és a forma ideal
Estátua magistral
Oh! alma perenal
Do meu primeiro amor
Sublime amor...*

*Tu és de Deus
A soberana flor
Tu és de Deus a criação
Que em todo coração
Sepultas um amor...*

*O riso, a fé, a dor
Em sândalos olentes
Cheios de sabor
Em vozes tão dolentes
Como um sonho em flor...*

*És láctea estrela
És mãe da realeza
És tudo enfim
Que tem de belo
Em todo resplendor
Da santa natureza...*

*Perdão!
Se ousa confessar-te
Eu hei de sempre amar-te
Oh! flor!
Meu peito não resiste
Oh! meu Deus
O quanto é triste
A incerteza de um amor
Que mais me faz penar
Em esperar
Em conduzir-te
Um dia ao pé do altar...*

*Jurar aos pés do Onipotente
Em preces comoventes
De dor, e receber a unção
Da tua gratidão...*

*Depois de remir meus desejos
Em nuvens de beijos
Hei de envolver-te
Até meu padecer
De todo fenecer...*

(Rosa –Pixinguinha e Otávio de Souza)

RESUMO

LAUDADE, L. G. R. **Maternidade na adolescência: o apoio social da família para o cuidado materno e autocuidado na perspectiva das adolescentes**, 2013. 97f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2013.

A gravidez na adolescência é uma importante temática em saúde pública por relacionar-se à saúde sexual e reprodutiva das adolescentes, exigindo que a jovem mãe adquira responsabilidade e habilidades para o cuidado materno e o autocuidado. Apresenta-se como um momento difícil, pois requer reestruturação pessoal e social, sendo o apoio familiar fundamental para a superação das adversidades, permitindo que a mãe adolescente possa ser a protagonista de sua história. O presente estudo tem como objetivo analisar o apoio social no contexto da família, considerando o perfil estrutural e funcional da família de puérperas adolescentes frente à maternidade, especificamente no cuidado materno e no autocuidado no puerpério. Utiliza-se a abordagem quantitativa para análise da rede social, segundo o Modelo de Escolta Social. Para compreender o significado das vivências da maternidade pelas adolescentes e o apoio social recebido para o cuidado materno e autocuidado, utiliza-se a abordagem qualitativa. Foram realizadas entrevistas com puérperas adolescentes, analisadas por meio da técnica de análise e interpretação de sentidos, sobre a perspectiva teórica do apoio social. A maioria das adolescentes era primípara, cursara até o nível fundamental, não exercia atividade laboral e residia com o parceiro. A gestação foi indesejada, com a realização do pré-natal tardio. O parto cesariano foi predominante. Na Análise da Escolta Social, a rede de apoio social das adolescentes é constituída por pessoas próximas com predomínio de mulheres. Na análise das entrevistas, depreendem-se três categorias temáticas centrais: o significado da gravidez e da maternidade para a adolescente, a gravidez precoce no contexto da família e o apoio social, e o cuidado com o bebê e a prática do autocuidado no pós-parto. A gravidez precoce demarca um rompimento com os sonhos e planos pessoais e requer adaptação à nova situação, enquanto para outras se apresenta como um sonho realizado. A vivência da maternidade é percebida como oportunidade para o amadurecimento. Na família, a gravidez é um elemento surpresa, na qual, diante da sexualidade das filhas e a aceitação, a família presta ajuda de forma processual e gradativa. O apoio social é através de pessoas que contribuem financeiramente, com experiências, ajudando nas atividades domésticas, no cuidado materno e no autocuidado. A família possibilitou à mãe adolescente ser a protagonista do cuidado materno. Identifica-se a ausência do profissional de saúde como parte da rede de apoio social, tanto como referência de cuidado à saúde quanto como mediador deste cuidado a ser ofertado pela família. Considera-se que as políticas de saúde devem ser intensificadas na prevenção e promoção da saúde dos adolescentes, atuando na conscientização sobre a maternidade e paternidade. Importante desenvolver pesquisas de intervenção para subsidiar estratégias de atuação dos profissionais de saúde para uma apreensão ampliada das necessidades das adolescentes frente à maternidade precoce.

Palavras-chaves: Gravidez na adolescência. Apoio social. Cuidado da criança. Autocuidado

ABSTRACT

LAUDADE, L. G. R. **Teenage motherhood: the familiar social support to the maternal health care and self care from the teenagers' perspective**, 2013. 97f. Dissertation (Master's degree) – Nursing School of Ribeirão Preto, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2013.

Teenage pregnancy is an important theme in the field of public health, it refers to sexual and reproductive teenager health, claiming from the young mother to be prepared with responsibility and skills to handle all situations, including maternal health care and her own care. It presents as a crisis which demands personal and social restructuration, familiar support is of primary importance helping to overcome adversities, so the teenager mother may be the protagonist of her own history. This study has as goal to analyze social support in the familiar context, considering the structural and functional profile of the puerperal teenager's family facing motherhood, specifying maternal health care and postpartum care. We utilized quantitative approach to analyze the social network according to the Social Escort model. To understand the meaning of the motherhood experiences lived by the teenagers and the social support received to maternal care and theirs own care, we utilized qualitative approach. Postpartum teenagers were interviewed; technical analysis and interpretation of senses on the theoretical perspective of social support were used to analyze them. Most of them were primiparous teenagers; they just had studied until the elementary school, they did not have a labor activity and used to live with their partners. As well, the gestation was not desired, the prenatal monitoring had a late follow-up. The C-section was the prevalent one. In the analysis of social escort, the support of teenager is made by relatives and friends, most of these are women. Analyzing the interviews we had three categories of main themes: meaning of pregnancy and motherhood to the teenager, early motherhood in the familiar context and the social support, baby care and postpartum care. Early pregnancy demands a rupture with dreams and personal plans, it demands an adjustment to the new situation, while to others it represents a dream that was brought in. The experience of motherhood is noticed as an opportunity to have an adult condition. To the family motherhood is a surprise, having to face the sexuality of the daughters and the acceptance, their family helps on a procedural and gradual way. Social support is made by donation from known people, experiences, helping with the house activities, mother and baby care. The family helped the teenager mother to be the protagonist of the maternal care. We noticed the default from public health professional assistance as part of social support network, as well as reference of health care and support to the family. We consider that the policy of public health must be intensified to prevent and to promote teenage health, acting to create awareness about motherhood and fatherhood. It's important to build up intervention researches to subsidize strategies to help health professionals, so they will be more prepared to handle all situations facing the needs of teenagers' early motherhood.

Keywords: Teenage Pregnancy, Social Support, Child Care, Self-Care.

RESUMEN

LAUDADE, L. G. R. **Maternidad en la adolescencia: el sustento social de la familia para el cuidado materno y autocuidado en la perspectiva de las adolescentes**, 2013. 97f. Disertación (Máster) – Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2013.

El embarazo en la adolescencia es un importante tema en la salud pública porque hay una relación con la salud sexual y reproductiva de las adolescentes, exigiendo que la joven madre tenga responsabilidad y habilidades para el cuidado materno y autocuidado. Presenta-se como una crisis que demanda una reestructuración personal y social, siendo el sustento familiar fundamental para la superación de las adversidades, permitiendo que la madre adolescente pueda ser la protagonista de su propia historia. Este estudio tiene como meta analizar el sustento social en el contexto de la familia, considerando el perfil estructural y funcional de la familia de las adolescentes puérperas ante la maternidad, específicamente el cuidado materno y en el autocuidado el en puerperio. Hemos utilizado el abordaje cuantitativo para analizar la red social segundo el modelo de Escolta Social. Para entender el significado de las vivencias de la maternidad por las adolescentes y el sustento social recibido para el cuidado materno ha sido utilizado el abordaje cualitativo. Fueran realizadas entrevistas con las adolescentes puérperas, analizadas por medio de técnica de análisis e interpretación de sentidos, sobre la perspectiva teórica del sustento social. La gran mayoría de las adolescentes era primipara, había cursado sólo la escuela fundamental, no tenía una actividad laboral y vivía con su compañero. La gestación fue indeseada, con la realización del prenatal tardío. La operación cesárea ha sido predominante. El análisis de la escolta social, la red de sustento de las adolescente es constituida por amigos y familiares con el predominio de mujeres. En el análisis, vimos tres categorías temáticas centrales: el significado del embarazo y la maternidad para la adolescente, el embarazo precoz en el contexto de la familia y el sustento social, y el cuidado con el bebé y la práctica del autocuidado en el postparto. El embarazo precoz demanda una rotura con los sueños y planes personales y exige una adaptación a la nueva situación, mientras para otras se presenta como un sueño realizado. La vivencia de la maternidad es percibida como una oportunidad para obtener más responsabilidad. En la familia el embarazo es un elemento sorpresa, la cual, ante la sexualidad de las hijas y aceptación, la familia ayuda de manera procesal y gradativo. El sustento social es hecho por medio de personas que contribuyen financieramente, con experiencias, ayudando en las actividades domésticas, en el cuidado materno y en el autocuidado. La familia ha posibilitado la madre adolescente ser la protagonista del cuidado materno. Hemos identificado la ausencia del profesional de la salud pública como parte de la red del sustento social, como referencia de cuidado a la salud y como mediador de este cuidado a ser ofrecido por la familia. Consideramos que las políticas de salud pública deben ser intensificadas en la prevención y también en la promoción de salud de los adolescentes, actuando en la concientización sobre la maternidad y paternidad. Es importante desarrollar encuestas de intervención para subsidiar estrategias de actuación de los profesionales de salud para una mayor aprehensión de las necesidades de las adolescentes ante la maternidad precoz.

Palabras claves: Embarazo en la Adolescencia. Sustento Social. Cuidado con chiquillo. Autocuidado.

LISTA DE SIGLAS

Aids	Síndrome da Imunodeficiência Humana Adquirida
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
DATA SUS	Departamento de Informática do SUS
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
SINASC	Sistema de Informação de Nascidos Vivos
SUS	Sistema Único de Saúde

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Nível de escolaridade das adolescentes	36
Quadro 2 - Idade dos integrantes da rede de apoio social estrutural das adolescentes	40
Quadro 3 - Apoio social oferecido e recebido pelos integrantes da rede de apoio social das adolescentes.....	41
Quadro 4 - Demonstrativo do perfil biográfico das adolescentes, segundo idade, situação obstétrica, estado civil, tipo de gravidez, moradia e peculiaridades de cada uma.....	96

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	14
1 INTRODUÇÃO	15
2 DELINEAMENTO DO OBJETO DE ESTUDO.....	18
2.1 A maternidade na adolescência e suas repercussões	18
2.2 A maternidade na adolescência no contexto da família - o apoio social para o cuidado materno e o autocuidado na fase puerperal	21
3 OBJETIVOS	26
3.1 Objetivo Geral	26
3.2 Objetivos Específicos	26
4 QUADRO TEÓRICO-CONCEITUAL - APOIO SOCIAL	27
5 PRESSUPOSTO	30
6 PERCURSO METODOLÓGICO	31
6.1 Caracterização do estudo	31
6.2 Campo e local da pesquisa.....	31
6.3 Sujeitos do estudo.....	32
6.4 Coleta de dados.....	33
6.5 Análise dos dados	35
6.6 Aspectos éticos da pesquisa.....	36
7 RESULTADOS E DISCUSSÃO	37
7.1 Perfil biográfico das adolescentes	37
7.2 Análise da Escolta Social	40
7.2.1 Características estruturais da rede de apoio social das adolescentes.....	40
7.2.2 Aspectos funcionais da rede de apoio social das adolescentes.....	42
7.3 Análise e discussão das categorias temáticas centrais.....	43
7.3.1 Significado da gravidez e da maternidade para a adolescente.....	43

7.3.2 Gravidez precoce no contexto da família e o apoio social	52
7.3.3 O cuidado com o bebê e a prática do autocuidado no pós-parto	59
8 ANÁLISE DOS RESULTADOS À LUZ DO REFERENCIAL TEÓRICO.....	69
9 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	75
10 REFERÊNCIAS	78
ANEXOS	88
Anexo 1: Autorização da diretora clínica da Santa Casa de Caridade de Guaranésia.....	88
Anexo 2: Aprovação do Comitê de Ética em pesquisa da EERP/USP	89
Anexo 3: Parecer do Comitê de Ética.....	90
APÊNDICES.....	91
Apêndice 1: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	91
Apêndice 2: Termo de Assentimento	93
Apêndice 3: Instrumento para entrevista semiestruturada com mães adolescentes no município de Guaranésia – MG.....	94
Apêndice 4: Instrumento para aplicação da Escolta Social.....	95
Apêndice 5: Quadro Demonstrativo do Perfil Biográfico das adolescentes, segundo idade, situação obstétrica, estado civil, tipo de gravidez, moradia e peculiaridades de cada uma	96

APRESENTAÇÃO

Na maternidade da Santa Casa de Guaranésia, em que atuo como enfermeira obstetra e responsável técnica, tenho vivenciado muitas situações preocupantes relacionadas ao comportamento de adolescentes frente às vivências da maternidade tais como: a rejeição do filho(a), o despreparo em lidar com os eventos que são inerentes ao processo do nascimento e parto, a impaciência em amamentar e a falta de interesse em realizar os cuidados com o recém-nascido. Vale considerar que, na maioria dos casos, as adolescentes se apresentam desprovidas de apoio do parceiro e familiares, desde a gestação até as fases subsequentes. São situações em que, muitas vezes, o profissional de saúde se mostra despreparado para atuar no sentido de atender às necessidades das adolescentes em seu contexto social.

Em nossa sociedade existem conceitos estigmatizadores que associam a adolescência à noção de crise e, portanto, a maternidade nesta fase da vida se configura como um problema de saúde pública, por agregar situações de estresse, de grandes mudanças na vida da adolescente, sendo concebida como risco biológico e social. Diante dessa realidade, tenho identificado que cada vez mais adolescentes frente à maternidade precoce necessitam de um maior apoio dos serviços de saúde, dos familiares e da sociedade. Quando as adolescentes dispõem de uma rede de apoio social organizada, se estabelece a promoção do bem-estar de seu filho e de si mesma, o que possibilita condições favoráveis para lidar com questões inerentes à maternidade, como o cuidado com o recém-nascido, a amamentação, o autocuidado e a manutenção do estudo ou trabalho, reduzindo assim o impacto dos riscos biológicos e sociais.

Nesse sentido, proponho investigar como as mães adolescentes vivenciam o cuidado materno e o autocuidado, considerando o apoio social no contexto da família. A relevância da presente pesquisa é trazer subsídios para elaborar estratégias de atuação do profissional de saúde no contexto da estrutura social familiar das adolescentes, de modo a promover o efetivo apoio social que possibilite à adolescente desenvolver atitudes e habilidades para lidar com as situações da maternidade precoce de forma responsável e com poder de decisão, ou seja, estimular o protagonismo.

1 INTRODUÇÃO

A gravidez na adolescência tem sido considerada uma importante temática em saúde pública, e sua relevância se dá uma vez que envolve aspectos relacionados à saúde sexual e reprodutiva das adolescentes. Dados recentes demonstram que a taxa de fecundidade entre os adolescentes e jovens aumentou 26%, até os anos de 1990 (BRASIL, 2006). Entretanto, entre os anos de 2000 a 2009, o número de partos em adolescentes diminuiu 34,6%, o que pode ser justificado pela atuação dos profissionais de saúde nas políticas de planejamento familiar. Dados do Ministério da Saúde apontam que o número de partos em mulheres entre 10 e 19 anos em 2007 foi de 597.205 partos, em 2008 foi de 487.173 e até outubro de 2009 foi de 408.400 partos (BRASIL, sd).

Andrade; Ribeiro; Silva (2006) observam que a gravidez na adolescência não está restrita apenas a uma classe social ou grupo populacional, sendo observada em todas as classes sociais, com acentuada incidência nas classes menos favorecidas economicamente, evidenciando um problema de saúde pública.

Independente da idade, a maternidade causa mudanças no papel social da mulher, exigindo adaptações, reajustes interpessoais e intrapsíquicos e mudança de identidade. Segundo Silva *et al.* (2009), a maternidade na adolescência é um momento que exige da jovem mãe adquirir responsabilidade e habilidade para desempenhar as funções inerentes à maternidade e condições para lidar com as modificações corporais, na esfera social e emocional.

Nesse processo de adaptação à maternidade, é fundamental que a adolescente obtenha da família apoio para a manutenção das suas atividades durante essa fase que, como relata Schwart, Vieira e Geib, (2011), deve proporcionar subsídios para que esta realize todas as atividades inerentes à maternidade e ainda dê continuidade aos seus estudos e a suas relações sociais, vislumbrando um futuro com mais possibilidades de crescimento profissional e amadurecimento de vida.

Acredita-se que, por meio do apoio social, a adolescente poderá nortear as suas condutas perante atividades inerentes à maternidade (nos cuidados maternos e no autocuidado). Vale considerar que, no contexto social atual, existe um estigma em relação à adolescente quanto a sua incapacidade emocional e cognitiva. A este respeito Madeira (1998), ao estudar o significado da maternidade na adolescência, identificou que a adolescente tem sua capacidade subestimada para o cuidado com o filho.

Já para Frota e Marcopito (2004), a falta de competência emocional da adolescente e o risco socioeconômico podem trazer agravantes na condução do ciclo gravídico-puerperal, no cuidado com o recém-nascido e, ainda, no autocuidado materno. Ainda para Mauch *et al.* (2005), apesar de as adolescentes adquirirem capacidade biológica para gerar filhos, estas ainda requerem amadurecimento da personalidade o que é indispensável ao exercício da maternidade.

É no momento de adaptação da mãe adolescente às rotinas do bebê que o apoio social é extremamente importante para a adolescente ter condições de manter sua integridade física e mental, servindo como ajuda para a condução da maternidade com a realização dos cuidados com o recém-nascido e consigo mesma, contribuindo para o protagonismo da adolescente frente às demandas da maternidade (RIBEIRO, 2009).

Folle e Geib (2004) concordam com a ideia de que as dificuldades apresentadas pelas adolescentes, quanto ao cuidado materno e ao déficit observado nas atividades do autocuidado, exigem dos profissionais de saúde maior orientação e apoio para as adolescentes, incentivando que as mesmas assumam gradativamente o cuidado materno, promovendo o aleitamento materno e a realização de todas as atividades inerentes à maternidade.

Na revisão da literatura sobre o apoio social a mães adolescentes, encontra-se um estudo de revisão sistemática, no qual os autores analisaram o apoio social percebido por mães adolescentes e adultas. Eles identificaram que o apoio social contribuiu para uma experiência mais positiva da maternidade, em especial entre as adolescentes (PICCININI, *et al.*, 2002). Outro estudo, de abordagem qualitativa, evidenciou que a adolescente tem a necessidade de apoio para superar o medo, a sensação de incompetência maternal e os desafios da maternidade, sendo as mães e os parceiros as fontes supridoras desse apoio (SCHWARTZ, VIEIRA, GEIB, 2011).

Moreira e Sarriera (2008), ao estudarem a percepção de adolescentes gestantes acerca da satisfação e da composição de sua rede de apoio social, indicaram que as participantes estavam satisfeitas com o apoio social recebido e que as principais figuras citadas foram a mãe, o companheiro, os amigos e o pai, demonstrando que o apoio dos pais na gestação pode ser crucial para o sentimento de satisfação com o apoio social recebido.

No estudo realizado por Pinto e Marcon (2012) sobre o apoio social recebido pela mãe adolescente no cuidado ao filho, foi identificado que o apoio oferecido pela família era na forma instrumental e emocional, sendo a figura da mãe da adolescente a fonte de apoio mais importante durante a gestação e após o nascimento do bebê. Observou-se que apesar de as

adolescentes procurarem ajuda profissional, estas preferem receber a ajuda da mãe ou da sogra, considerando que elas são pessoas experientes por já terem filhos.

No estudo de Jussani, Serafim e Marcon, (2007), as autoras identificaram nas adolescentes estudadas que existem diferentes formas de ajuda prestadas à adolescente. Na esfera familiar, a ajuda se refere ao suporte emocional, psicológico, financeiro e na realização dos afazeres domésticos. O apoio oferecido pelas amigas das adolescentes quando solicitado é por necessidade de conversar ou desabafar, promovendo uma interação social positiva, na forma de aconselhamento, apoio psicológico e atenção, e proporcionando ainda para as gestantes sensações de segurança, alívio e companheirismo.

Na literatura consultada, identificam-se importantes contribuições dos estudos citados sobre a maternidade na adolescência em termos da subjetividade das adolescentes frente a esta vivência, bem como sobre o apoio social pela família. Vale considerar, entretanto, lacunas no conhecimento elaborado quanto à análise dos aspectos do contexto social e familiar que podem potencializar ou dificultar o apoio social às necessidades das adolescentes. Na amplitude deste campo de investigação, entende-se que as necessidades das adolescentes variam de acordo com cada momento situacional da maternidade, bem como do perfil de cada família.

Nesse sentido, o interesse do presente estudo é elucidar como se processa o apoio social no contexto da família, considerando o perfil estrutural e funcional da família frente à maternidade na adolescência, especificamente no cuidado da criança e cuidado materno e no autocuidado no puerpério.

A pesquisa vislumbra responder às questões: Qual é o significado da maternidade precoce para as adolescentes? Qual a estrutura e funcionalidade da família frente à maternidade na adolescência? Como a família se apresenta para as adolescentes como fonte de apoio social frente à maternidade precoce, particularmente na realização do cuidado materno e do autocuidado? De que forma é oferecido o apoio social familiar no cuidado materno e no autocuidado no pós-parto realizado pelas adolescentes e quais são as pessoas envolvidas nesses processos?

2 DELINEAMENTO DO OBJETO DE ESTUDO

2.1 A maternidade na adolescência e suas repercussões

A adolescência é considerada como uma fase da vida que compreende a transição entre a infância e a fase adulta, tornando-se uma etapa marcada pelo complexo processo de crescimento e desenvolvimento biopsicossocial (BRASIL, 2005). Para a Organização Mundial de Saúde, a adolescência é definida como período compreendido entre a faixa etária de 10 a 19 anos, na qual considera que a juventude se estende dos 15 aos 24 anos. Esses conceitos comportam desdobramentos, ao identificar os adolescentes jovens na faixa etária de 15 a 19 anos e os adultos jovens entre 20 e 24 anos (BRASIL, 2005; WHO, 2011).

Dados recentes da UNICEF estimam que “em 2009, havia 1,2 bilhões de adolescentes de 10 a 19 anos de idade no mundo todo, compondo 18% da população mundial. O número de adolescentes mais do que duplicou desde 1950.” (UNICEF, 2011, p. 20).

Na adolescência, ocorrem mudanças nas relações sociais, corporais e fisiológicas, associadas às novas percepções sexuais e ao desprendimento dos pais, que exige uma maior atenção da família e sociedade. O adolescer é caracterizado pelo processo de crescimento e desenvolvimento humano, no qual se observam rápidas e substanciais mudanças corporais e no modo de viver do adolescente. Ele faz parte do desenvolvimento humano e da formação da personalidade do adolescente, intrínseco ao processo de crescimento, caracterizado como uma etapa na construção do indivíduo, como o crescer e o envelhecer (ARAUJO *et al.*, 2011).

A sexualidade na adolescência é um processo de construção da personalidade inserida dentro do contexto do adolescer, na qual é preciso que a sociedade aceite a sexualidade como uma manifestação natural, que propicia aos adolescentes mudanças e possibilidade para a sua construção enquanto ser humano. São nesses momentos que o adolescente vai experimentar novas sensações, sentimentos, emoções, prazeres e desprazeres que permitam a construção de sua identidade sexual (ARAÚJO; MORÉS; ANTUNES, 2001). Com as modificações sexuais da puberdade, marcada por profundas alterações hormonais e influenciada pelo contexto psicossocial, o adolescente tem um aumento do interesse sexual que, muitas vezes, é limitado pela sociedade com a imposição de proibições e permissividades em relação à atividade sexual (TOQUETTE, 2008).

A maioria dos adolescentes tem no exercício da sexualidade uma forma de adquirir autonomia e liberdade ainda sob os cuidados paternos. Seria como um grito de liberdade, ressoado sob os olhares atônicos de seus pais. Mesmo com a modernização da sociedade e banalização do sexo, os pais ainda têm muita dificuldade em conversar com os seus filhos sobre o sexo e suas formas, evidenciando que a grande maioria dos adolescentes inicia a sua vida sexual e a mantém sem o conhecimento de seus pais. À medida que vão crescendo e descobrindo o seu próprio corpo através de suas relações afetivas, os adolescentes criam mecanismos para a construção de sua personalidade e de seu próprio eu (BRANDÃO; HEILBORN, 2006).

Assim, a educação sexual é extremamente importante para nortear as condutas e ações que os adolescentes vão tomar frente à sexualidade, surgindo como um mecanismo de proteção que minimize as consequências que podem ocorrer com a prática sexual desprotegida, como a gravidez indesejada e o contágio de doenças sexualmente transmissíveis, ainda o abortamento, a promiscuidade, o abandono escolar, a delinquência e o uso de álcool e drogas (SOARES; AMARAL; SILVA, 2008; MIRANDA; BOUZAS, 2008).

A gravidez na adolescência é considerada um problema de saúde pública quando associada a todas as perdas e consequências para a adolescente, uma vez que esta tem um rompimento em seu processo natural de amadurecimento e crescimento enquanto ser humano. Neste contexto, apesar de não se constituir foco do estudo, é importante considerar também a questão da paternidade na adolescência, onde o adolescente se vê na responsabilidade de assumir os seus atos e prover o sustento de uma nova família, quando muitas vezes não se mostra comprometido e nem tem capacidade para exercer tal função.

Nas adolescentes, quando ocorre a gravidez não planejada, gera no primeiro momento a insegurança frente à reação e aceitação dos pais e do parceiro, com medo de serem abandonadas. Em detrimento desse processo de aceitação da gestação não planejada, a adolescente pode manifestar atitudes que trazem consequências para o feto, como a prática do aborto, a não realização do pré-natal ou início do pré-natal tardiamente, a rejeição do recém-nascido e o fato de não assumir o papel de mãe e, no futuro, culpar o filho por suas frustrações. A reincidência de uma nova gravidez não planejada na adolescência é uma realidade que deixa evidenciar que nem sempre a vivência da gestação anterior e suas dificuldades são efetivas para o amadurecimento de um comportamento sexual responsável, levando a repensar o cuidado com o risco de novas gestações (CHALEM *et al.*, 2007).

Autores como Daltoso, Almeida e Panobianco, (2005) analisaram os fatores que podem favorecer a ocorrência da gravidez precoce não planejada e identificaram o erotismo

aflorado dos adolescentes, estimulado pelos meios de comunicação; a puberdade precoce, relacionada com as condutas sexuais dos adolescentes e jovens, bem como a falta de apoio familiar, evidenciado pela ausência de diálogos a respeito da sexualidade. Observa-se, também, a falta de apoio dos serviços de saúde com escassez de informações acerca da sexualidade, abordando temas relacionados com os métodos contraceptivos e doenças sexualmente transmissíveis e a falta de preparo dos professores para discutirem sobre a sexualidade com os alunos.

O início precoce das relações sexuais entre os adolescentes é observado frequentemente, evidenciando o medo e a insegurança da adolescente de perder o namorado e a não aceitação e pouca adesão quanto ao uso de métodos contraceptivos, banalizando a possibilidade de uma gestação precoce e do contágio de doenças sexualmente transmissíveis (DALTOSO; ALMEIDA; PANOBIANCO, 2005; XIMENES NETO, *et al.*, 2007).

Apesar de alguns estudos evidenciarem que a gravidez na adolescência pode se apresentar como um evento não planejado observa-se que, na maioria das vezes, a adolescente passa a aceitar essa sua condição e nesse momento a gestação torna-se desejada. Esse fato merece destaque, pois essa aceitação de sua condição e o desejo da gestação se refletem diretamente no modo que a adolescente vai criar o seu filho, promovendo um melhor enfrentamento das adversidades advindas com a maternidade.

A gravidez precoce pode se apresentar também como um evento desejável e programado para as adolescentes, como afirmação da sua “maturidade sexual” e a própria vontade da adolescente em mudar de vida e o contexto socioeconômico cultural em que vive, não sendo capaz de refletir e raciocinar sobre as dificuldades que podem surgir decorrentes da gravidez na adolescência (SILVA *et al.*, 2009).

Nessa direção, observa Oliveira (2008) que se deve procurar entender a posição do adolescente na sociedade, em que a gravidez está relacionada com obtenção de *status* social, uma vez que, nas camadas socioeconômicas menos favorecidas, as influências culturais, de gênero e idade possuem significados de como as divisões de papéis se desenvolvem frente à maternidade.

É relevante citar que apesar da gravidez na adolescência ser um evento desejável e programado, ela ainda oferece riscos à saúde da mãe e da criança, pois o corpo da adolescente nem sempre está preparado fisiologicamente para o desenvolvimento da gestação. Os riscos biológicos para a adolescente grávida são as complicações decorrentes da prática do aborto, anemia, desnutrição, sobrepeso, hipertensão arterial pré-eclâmpsia e eclâmpsia, desproporção cefalopélvica, hemorragias, disfunções uterinas e depressão pós-parto que podem elevar os

índices de complicações e mortes perinatais das adolescentes (FLÓREZ, 2005, DIAS; TEIXEIRA, 2010).

Os riscos para a criança são a ocorrência da prematuridade, ocasionando baixo peso ao nascer, morte perinatal, complicações respiratórias e possíveis sequelas como deficiência mental, epilepsia, transtornos de desenvolvimento, baixo quociente intelectual, surdez, aborto natural, cegueira, conforme citam Levandowski; Piccinini; Lopes (2008), além de maiores riscos de morbidade e mortalidade durante o período neonatal (FLÓREZ, 2005, DIAS; TEIXEIRA, 2010).

As repercussões sociais advindas com a gravidez na adolescência estão, de uma maneira geral, associadas a complexos problemas sociais, como o aumento da pobreza, da delinquência, da criminalidade e da violência, além do uso e tráfico de drogas e da evasão escolar (NUNES, 2012).

Mesquita *et al.* (2011) observaram em seu estudo que todas as mães adolescentes tiveram os estudos abandonados quando da iminência da gravidez precoce, e que, a grande maioria, apesar de terem o desejo de voltar aos estudos, relatou que com o nascimento dos filhos, elas tinham dificuldade em conciliar o estudo com o cuidar do filho e o trabalho.

Apesar de muitos estudos observarem que a gravidez na adolescência se mostra como um problema de saúde pública quando atrelado principalmente às questões socioeconômicas, outros estudos relatam que a família da adolescente e a própria adolescente se mostram capazes de promover o cuidado materno, proporcionando condições favoráveis para o crescimento e desenvolvimento da criança. Na medida em que a família se organiza para receber esse novo ente, a adolescente também se prepara, apesar das dificuldades encontradas, e passa a assumir as suas responsabilidades enquanto mãe, observando assim um crescimento e amadurecimento dessa jovem mãe.

2.2 A maternidade na adolescência no contexto da família - o apoio social para o cuidado materno e o autocuidado na fase puerperal

A maternidade, por si só, é considerada um evento estressor, capaz de mudar radicalmente a vida da mulher e quando está associada à adolescência promove ainda mais modificações sociais, emocionais e afetivas em todas as pessoas envolvidas com esse processo, afetando diretamente a dinâmica familiar (BARBOSA, *et al.* 2010).

Nessa direção, observam Folle e Geib (2004), as mudanças na dinâmica familiar frente à maternidade precoce interferem no padrão de sono, repouso, alimentação, lazer e sobrecarga financeira que privam a adolescente de investimentos pessoais, entre eles a educação que frequentemente é interrompida, gerando atraso na vida estudantil e distanciamento do grupo de convivência.

Conforme citam Lima *et al.* (2004), as reações dos familiares diante da gravidez na adolescência tendem a assumir características contraditórias, como a sobreposição dos sentimentos de revolta, abandono, negação, e, enfim, a aceitação do inevitável e o sentimento de conformismo. A constatação da gravidez na adolescência para muitas mães pode parecer um fato normal, como um acontecimento esperado, entretanto para algumas mães torna-se um evento inesperado que gera dor e tristeza, ao entender que esse fato pode interferir negativamente no futuro de sua filha (SILVA; TONETE, 2006; SOUZA *et al.*, 2012).

Hoga, Borges e Reberte, (2010), ao discutirem sobre a dinâmica familiar e as relações entre os membros da família de adolescentes frente a uma maternidade precoce, identificaram que a gravidez gerou um grande impacto na vida dos familiares e das adolescentes, sendo tanto na perspectiva positiva, quando a presença da criança na família promove a paz e a união de seus membros e contribui assim para um melhor ambiente familiar, e também na perspectiva negativa, com a ocorrência de muitas discussões e brigas para o enfrentamento do problema. Observam as autoras que as adaptações são significativamente importantes para a melhoria da convivência familiar e para atender às novas necessidades do ambiente familiar.

Souza *et al.* (2012), em um estudo realizado para compreender o significado estabelecido pelos familiares acerca da gravidez de suas adolescentes, relatam que as reações dos familiares são diferentes e determinadas por múltiplos fatores, como históricos, sociais, culturais, educacionais e relacionados às dinâmicas familiares. Identificam que a gravidez na adolescência, para a maioria dos sujeitos, é um evento esperado, um acontecimento normal e de grande felicidade, demonstrando que a iniciação precoce das relações sexuais das adolescentes muitas vezes tem a permissão das famílias.

Em um estudo semelhante, sobre o significado da gravidez da adolescente para seus familiares, foi observado que o sentimento da família frente ao descobrimento da gravidez foi como um “choque”, podendo apreender que, para as famílias, a gravidez precoce representa “um problema, sendo esse julgamento ancorado, a princípio, nas próprias experiências prévias e de outras adolescentes de suas famílias, deixando claro que não gostariam que suas filhas, sobrinhas ou netas se deparassem com as mesmas dificuldades” (SILVA; TONETE, 2006).

A não aprovação da gravidez precoce pela família tem precipitado conflitos nas relações familiares. A este respeito, Monteiro *et al.* (2007) identificaram no estudo sobre violência intrafamiliar contra adolescentes que as relações familiares, antes da ocorrência da gestação, eram harmoniosas e consideradas normais, com a existência de orientações e diálogos e, após, mostraram-se conflituosas e desarmônicas.

Observam Martins *et al.* (2008) que, de uma forma geral, a família frente ao nascimento e puerpério tende a se mobilizar para apoiar a mãe nas atividades referentes aos cuidados com o bebê e nos afazeres domésticos. O apoio familiar se dá em todos os âmbitos, financeiro, emocional, afetivo, de informação, na qual muitas vezes as puérperas recebem orientações de senso comum oriundas dos familiares. O conhecimento familiar das mães e avós das adolescentes deve ser considerado, pois as experiências vivenciadas pelos familiares são ricas, fazendo com que a adolescente sinta-se protegida e amparada.

No caso do apoio às adolescentes, Silva e Tonete (2006) corroboram essas afirmações quando afirmam que:

“Ocorrem mudanças específicas nas relações e práticas entre os familiares e a gestante adolescente, sendo que, integralmente, a família preocupa-se com o bem-estar físico da adolescente e se mobiliza através do cuidado e do oferecimento de suporte durante a gravidez, e também, elabora planos para o momento após o nascimento da criança (SILVA; TONETE, 2006, p. 204)”.

A adaptação à condição materna pode se tornar um processo ainda mais complexo quando não obtém do seu meio relacional um “suporte” apropriado, ou seja, a rede de apoio familiar da adolescente mostra-se falha em prestar esclarecimentos ou reduzir as incertezas das jovens. Além de despreparada, a família apresenta dificuldade relacionada à falta de informação e de conhecimento e a não aceitação da sexualidade do adolescente (SILVA; TONETE, 2006).

Pereira *et al.* (2009) salientam que a família, quando bem orientada e presente nos acontecimentos entre os seus integrantes, atua de uma forma mais resolutiva na prevenção e promoção da saúde de seus membros, garantindo o cuidado mútuo entre os entes familiares, atuando como o apoio social mais efetivo e de referência para os seus componentes e possibilitando o exercício da maternidade através do cuidado materno e do autocuidado na fase puerperal.

Sobre o cuidado materno, Folle e Geib (2004) citam que a adolescente tem uma grande dificuldade de exercer o cuidado materno, sendo este considerado como “difícil e conflituo”, no qual a adolescente vivencia uma dicotomia, exercendo o papel de mãe

madura e responsável pelo seu filho e também de mãe inexperiente, insegura, dependente e infantil, fazendo com que elas se percebam pouco competentes como cuidadoras do seu bebê.

Além de ser capaz de prover os cuidados com o seu filho, a adolescente deve realizar o autocuidado no pós-parto, aqui entendido com base no conceito de Orem (1985) que é a realização de atividades e cuidados individuais que as pessoas realizam para a manutenção de sua própria vida, garantindo o seu bem-estar e a sua saúde. A este respeito, estudo realizado por Nakano (2003), com mulheres adultas e adolescentes, identificou que o autocuidado na fase puerperal, muitas vezes, tende a ser considerado nem tanto como em benefício próprio, mas em função do quanto a saúde da mãe tem interferência direta na saúde do filho.

A família é também fonte de apoio material dos jovens pais, independentemente do segmento social e da situação de coresidência, há sempre uma ajuda importante no sustento deles e de seus filhos. As avós maternas estão sempre próximas aos netos, assumindo responsabilidade de cuidado com eles (DIAS; AQUINO, 2006). Observam essas autoras que a lógica de que o espaço doméstico é domínio da mulher, e ao homem cabe ser o provedor, ainda é visível, tendo como destaque a mãe da adolescente grávida que assume o cuidado da futura criança em parceria com sua filha, formando assim o apoio parental, independente da condição social.

Para o apoio social no auxílio ao cuidado com a criança, o “suporte” financeiro e nos afazeres domésticos pode favorecer a adolescente na retomada de seus projetos de vida, como estudar e trabalhar, minimizando as dificuldades e possibilitando maior interação entre a mãe e o bebê (MACHADO; MEIRA; MADEIRA, 2003).

Os autores ressaltam ainda que a rede de apoio social, como a família, se constitui como um recurso de proteção, minimizando os riscos físicos à mãe-adolescente e à criança, bem como os riscos socioeconômicos. Independentemente do segmento social, a família contribui para o processo de construção de autonomia da adolescente e do seu fortalecimento como mãe (DIAS; AQUINO, 2006).

Observa Ribeiro (2009, p.132) que o apoio social recebido pela adolescente na maternidade precoce é um fator decisivo para a construção da identidade, na qual “a partir do apoio recebido, as adolescentes conseguem desenvolver habilidade resilientes e vivenciam a gestação com capacidade para criar expectativas em relação aos filhos e ao futuro”.

A depender de um efetivo apoio social, a adolescente reavalia os objetivos traçados anteriormente à gravidez, o que pode ou não implicar em abandono escolar. Há ainda a cobrança da família para que a adolescente passe a cuidar do seu filho e de que o pai assuma sua função de provedor, tendo de buscar algum tipo de atividade que permita o sustento da atual família

(OLIVEIRA, 2008). A presença do parceiro também é importante como apoio na divisão das responsabilidades e cuidado com o bebê (SZIGETHY; RUIZ, 2001).

Os autores consideram significativa a participação do parceiro, visto que este apoio aparece associado positivamente tanto ao bem-estar psicológico da adolescente grávida quanto ao grau de satisfação que ela apresenta em relação à vida. O apoio conjugal está associado à diminuição do estresse emocional e da depressão, bem como ao aumento da autoestima da mãe adolescente (DIAS; AQUINO, 2006; CARVALHO *et al.*, 2009).

Nessa direção, é importante destacar a existência de poucos estudos que analisam o lugar social para a paternidade, sendo as ações de conceber e criar filhos apresentadas como experiências atribuídas culturalmente, quase de modo exclusivo ao gênero feminino, ignorando-se a participação, os desejos e sentimentos dos homens nesses processos. É preciso lembrar que a gravidez adolescente não é um evento exclusivamente feminino e, certamente, haverá resolução quando direcionar os estudos tanto para o sexo feminino como para o masculino, agregando valores nas características de cada um (CARVALHO; MERIGHI; JESUS, 2009).

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

- Analisar o apoio social no contexto da família, considerando o perfil estrutural e funcional da família de puérperas adolescentes frente à maternidade precoce, especificamente no cuidado da criança e cuidado materno e no autocuidado no puerpério.

3.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar a estrutura e funcionalidade da rede de apoio social e familiar das mães adolescentes, segundo Modelo da Escolta Social;
- Identificar o significado da maternidade precoce para as mães adolescentes;
- Identificar entre as mães adolescentes, o que elas consideram como apoio social familiar que viabilize a realização das atividades inerentes ao cuidado materno e ao autocuidado na fase puerperal.

4 QUADRO TEÓRICO-CONCEITUAL - APOIO SOCIAL

O termo apoio social apresenta uma grande variação de definições e sentidos, não havendo uma homogeneidade entre as suas definições, o que ocasiona uma dificuldade na busca por referências que são adequadas ao termo. Conforme os Descritores em Ciências da Saúde - DeCS, (2012) a palavra apoio social apresenta-se como descritores em português “Apoio Social”, em inglês “Social Support” e em espanhol como “Apoyo Social”. Como definição significa: sistemas de suporte que proporcionam assistência e encorajamento para os indivíduos com inaptidão física ou emocional para que eles possam melhor superá-la. Apoio social informal que normalmente é providenciado por amigos, parentes ou semelhantes, enquanto ajuda formal é providenciada por igrejas, grupos, etc. (DeCS, 2012).

Buscando uma elaboração teórica do conceito, Pedro, Rocha e Nascimento (2008) definem apoio social como qualquer tipo de informação falada, ou não, recursos materiais oferecidos por grupos ou pessoas que tenham ligações afetivas ou sociais e que gerem efeitos positivos para determinada pessoa ou grupo social. O apoio social permite estabelecer vínculos afetivos, de amizade e troca de informações, e pode se constituir de apoio material, emocional ou afetivo, gerando benefícios individuais e para o grupo, com aspecto de reciprocidade para os indivíduos, contribuindo para a manutenção do bem-estar, da prevenção e promoção da saúde.

Terminologias como apoio social e rede social são apresentadas como sinônimas, entretanto apesar de possuírem uma íntima relação, estudiosos referem haver diferenças (BOMAR, 2004; PEDRO; ROCHA; NASCIMENTO, 2008). Para Bomar (2004), rede social se refere a pessoas, estruturas e/ou instituições que acompanham o indivíduo e com os quais ele mantém vínculo social.

Para Bullock (2004), quando se fala em rede social, esta precisa ser avaliada quanto à composição, ou seja, simetria (grau de reciprocidade dos relacionamentos); homogeneidade, (grau de semelhança entre os indivíduos); densidade e integração dos contatos (quantidade de pessoas próximas com que se relaciona); grau de ligação (intensidade da intimidade, da reciprocidade e da disponibilidade das pessoas com quem se relaciona) e dispersão geográfica (proximidade geográfica das pessoas de sua rede).

A rede social é um sistema de relações de que o indivíduo pode ou não receber os mais diversos tipos de apoio social (PEDRO; ROCHA; NASCIMENTO, 2008). Portanto, o conceito de apoio social objetiva analisar a eficácia da rede em cumprir de fato o seu papel de apoio (ANDRADE; VAITSMSN, 2002).

O apoio social refere-se ainda à dimensão funcional ou qualitativa da rede social (GRIEP *et al.*, 2003). O conceito de rede social representa uma teia de relacionamentos sociais cujo indivíduo os mantém com diversos tipos de pessoas, incluindo os relacionamentos próximos, como familiares e amigos íntimos, e os relacionamentos mais formais, como grupos de amigos e outros indivíduos. Para tanto, considera-se que as relações sociais podem ser de diferentes maneiras de relacionamentos, próximos ou distantes, mas que exerçam aspectos positivos na vida das pessoas.

A rede social envolve, principalmente, aspectos quantitativos dos contatos sociais, com características estruturais como tamanho ou quantidade de pessoas, frequências das relações sociais e tipos de envolvimento em atividades sociais. A rede social pode oferecer diferentes tipos de apoio, como apoio emocional, afetivo ou material e pode ser considerada como a estrutura social por meio da qual o apoio é fornecido (GRIEP *et al.*, 2003).

Um aspecto fundamental a se depreender dessas definições é a percepção do indivíduo sobre a disponibilidade de apoio social por parte de sua rede social. Sob os diferentes aspectos funcionais do apoio social, alguns autores consideram o apoio social como o grau com que a relação interpessoal corresponde a determinadas funções, de acordo com a necessidade de cada indivíduo. Pode-se dizer que o apoio social consiste nos recursos sociais, financeiros e nas relações sociais que o indivíduo estabelece durante a sua existência para enfrentar as diferentes situações que acontecem no seu cotidiano (GONÇALVES *et al.*, 2011).

O apoio social é um instrumento de auxílio para as pessoas nortear as suas condutas e ações frente aos problemas que surgem no decorrer de suas vidas e, para Brito (2010), a rede social define-se como uma interface entre o indivíduo e o sistema social que ele integra.

“A rede de apoio social auxilia na definição das formas como a pessoa percebe seu mundo e se orienta nele, bem como suas estratégias e competências para o estabelecimento de relações e enfrentamento das adversidades. As esferas da vida potencialmente capazes de fornecer apoio à pessoa nas diversas relações sociais e diante dos eventos variados que ela experiencia são a família, os amigos, o sistema moral e de valores que a constituem. Quanto mais satisfatória for a percepção da pessoa em relação à sua rede de apoio social, mais fortes serão seus sentimentos de satisfação com a vida (BRITO, 2010, p. 27).

De acordo com Sherbourne e Stewart (1991), Griep *et al.* (2003), o apoio social pode ser representado em múltiplas dimensões funcionais, tais como: 1) Apoio emocional: aquele que se relaciona com receber demonstrações de afeto, carinho, empatia, ser apoiado a manifestar sentimentos de confiança, estima, amor, escuta e interesse. O apoio emocional busca satisfazer as necessidades individuais em relação a problemas emocionais, com palavras de encorajamento em momentos difíceis da vida; 2) Apoio afetivo: refere-se a

demonstrações físicas de afeto e carinho, como um abraço ou um aconchego; 3) Interação social positiva: refere-se a ter alguém com quem distrair e fazer coisas agradáveis; 4) Apoio de informação: refere-se à pessoa que oferece informações relevantes que ajude a pessoa a lidar melhor com os seus problemas; 5) Apoio instrumental ou material: demonstra a disponibilidade de serviços práticos e recursos materiais, onde estão incluídos a ajuda em dinheiro ou o auxílio nas tarefas diárias da casa.

Na análise do apoio social, é importante conhecer o número de pessoas com as quais o indivíduo se relaciona, bem como a qualidade, o compromisso e a estrutura dessas relações, observando as ações concretas executadas e a percepção da pessoa sobre a segurança das relações (MOREIRA; SARRIERA, 2008).

Segundo Rodrigues (2012), no processo de apoio social, há uma reciprocidade de relações tanto para o sujeito que recebe, quanto para o que oferece o apoio, pois ambos são beneficiados pelo sentido que isso representa em suas vidas.

Nessa direção, Kahn e Antonucci elaboraram uma perspectiva teórica que possibilita compreender a rede de apoio social o qual denominaram de Escolta de Apoio Social. Antonucci e Jackson (1987) definem Escolta de Apoio Social “como a composição das relações sociais próximas e significativas que compõem o apoio social e afetivo recebido”. Por este modelo teórico, o que se avalia são a estrutura e a funcionalidade da rede de apoio social de maneira integrada e dinâmica. A estrutura é avaliada por meio da identificação dos sujeitos que cercam o indivíduo e que podem ser considerados emocionalmente próximos a ele. A funcionalidade remete à qualidade de tais relações, avaliando a satisfação e os conflitos intrapessoais. O modelo permite avaliar quando a rede se apresenta como fator de risco para o indivíduo ou de proteção.

Conforme cita Rodrigues e Ferreira (2012), a perspectiva teórica de Escolta Social foi utilizada em diversos tipos de situações do ciclo de vida, como com crianças e adolescentes, por Brito (1999) e Levit (2005), com idosos, descrito por Antonucci, Akiyama (1987) e Garcia *et al.* (2005), com usuários de drogas e com casais ribeirinhos, citado por Brito (1999). Considera-se que o uso da Escolta Social na análise do apoio social da família à adolescente frente à maternidade precoce possibilite acessar aspectos da estrutura e funcionalidade da família e articular com os significados que estas atribuem a este apoio social. O Modelo da Escolta Social considera o potencial das relações, mas não descarta a possibilidade de ser tanto uma fonte de proteção como uma fonte de risco (KAHN, ANTONUCCI, 1980 apud Rodrigues e Ferreira, 2012). Vale considerar que, na literatura consultada, não se identifica nenhum estudo sobre o tema maternidade precoce e apoio social que se utilizou desta perspectiva teórica.

5 PRESSUPOSTO

A maternidade na adolescência se apresenta como um momento de crise, o que implica na necessidade de reestruturação e reajuste pessoal e social em que o apoio social familiar é fundamental para a superação das adversidades no cuidado materno e autocuidado, bem como possibilitando à adolescente construir a identidade materna e a oportunidade de redesenhar seu percurso para a vida adulta.

6 PERCURSO METODOLÓGICO

6.1 Caracterização do estudo

Constitui-se de uma pesquisa em que se aplica um delineamento misto, ou seja, a abordagem quantitativa e qualitativa. Segundo Creswell (2003), este tipo de pesquisa é mais que uma simples coleta e análise de dois tipos de dados, envolve o uso de duas abordagens em conjunto, tornando a força do estudo maior do que a pesquisa qualitativa ou quantitativa isoladas. Constitui de um estudo de abordagem quantitativa e qualitativa.

A abordagem quantitativa se aplica à análise da estrutura e funcionalidade da rede social familiar, segundo o Modelo da Escolta Social.

Na busca por compreender o significado das vivências da maternidade pela adolescente e do apoio social recebido para o cuidado materno e autocuidado, a abordagem qualitativa se mostra a mais apropriada por possibilitar, conforme refere Marconi e Lakatos (2006, p. 269), “analisar e interpretar aspectos mais profundos, descrevendo a complexidade do comportamento humano”.

Para Minayo (2010), a pesquisa qualitativa tem base na fenomenologia e possibilita a compreensão dos fenômenos, através da investigação de grupos e segmentos populacionais delimitados, de histórias sociais sob a ótica dos sujeitos e das relações sociais. É exploratória, descritiva e indutiva, trabalha com valores, crenças, representações, hábitos, atitudes e opiniões. A pesquisa qualitativa não busca estudar o fenômeno em si, mas entender seu significado individual ou coletivo para a vida das pessoas (TURATO, 2005).

6.2 Campo e local da pesquisa

O campo de investigação é o município de Guaranésia que está localizado no sudoeste do Estado de Minas Gerais, o qual tem uma população em torno de 20.000 habitantes. Dispõe também de um distrito denominado Santa Cruz da Prata, um local com cerca de 2 mil habitantes que também são atendidos pela rede de saúde do município de Guaranésia.

Sua rede de atenção básica é formada por uma estrutura de saúde com cinco Unidades de Estratégia de Saúde da Família.

O município dispõe de um ambulatório de especialidades que oferece atendimento especializado nas áreas de endocrinologia, psiquiatria, ginecologia, infectologia, neurologia, cirurgia geral, psicologia e urologia. O Pronto-Atendimento Municipal realiza atendimentos de urgência e emergência nas 24 horas.

A cidade de Guaranésia pertence à regional de Alfenas e à microrregião de Guaxupé, mantendo convênio e pactuações com os serviços de saúde especializados de Divinolândia, Alfenas, Pouso Alegre, Poços de Caldas, São Sebastião do Paraíso, Passos, Varginha e Belo Horizonte.

A cidade dispõe de um hospital de pequeno porte, a Santa Casa de Caridade de Guaranésia, que oferece atendimento de média complexidade nas áreas de clínica médica, clínica cirúrgica, obstetrícia, pediatria e neonatologia. É uma instituição filantrópica, credenciada pelo Sistema Único de Saúde, considerada como o único hospital no município de Guaranésia, prestando atendimento tanto gratuito, como particular e para conveniados. O hospital conta com um laboratório de análises químicas, terceirizado, que é acoplado ao prédio da instituição.

O local de investigação é o setor da maternidade do referido hospital que dispõe de 10 leitos para obstetrícia, divididos em particulares, convênios e SUS, na qual é priorizado e incentivado o parto normal. As pacientes são assistidas por um corpo clínico composto por obstetras e cirurgiões gerais e uma equipe de enfermagem composta por técnicos e enfermeiros. Após o parto, as puérperas são orientadas quanto à realização dos cuidados com o seu bebê, aleitamento materno e o autocuidado, permanecendo durante 24 horas aquelas que foram submetidas a partos normais e 48 horas para o parto cesárea. Na alta hospitalar, é realizado o agendamento da consulta do 5º dia de puerpério na Unidade Básica de Saúde/ Programa de Saúde da Família. O recém-nascido recebe ainda, na maternidade, as doses da vacina para hepatite B e BCG.

6.3 Sujeitos do estudo

Os sujeitos do estudo foram constituídos por adolescentes-mães usuárias do Sistema Único de Saúde e atendidas na maternidade da Santa Casa de Caridade de Guaranésia. Conforme estabelecido pela WHO(1989), consideram-se adolescentes gestantes com a idade

entre 10 e 19 anos, sendo estabelecido no presente estudo essa faixa etária dos sujeitos de pesquisa. Não fizeram parte do recorte empírico da pesquisa as adolescentes portadoras de doença mental, o que limita as mesmas de exercer o cuidado consigo mesma e com o seu filho e as adolescentes que se declararem não alfabetizadas, independente da escolaridade, por incapacidade de leitura e compreensão do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e do Termo de Assentimento.

O tamanho do recorte empírico do estudo foi dado pelo critério de saturação dos dados. Segundo Fontanella *et al.* (2008), p. 17, a saturação ocorre quando “as informações fornecidas pelos novos participantes pouco acrescentariam ao material já obtido, não mais contribuindo significativamente para o aperfeiçoamento da reflexão teórica fundamentada nos dados que estão sendo coletados”, portanto a coleta se extingue quando ocorre a reincidência das informações.

6.4 Coleta de dados

A coleta foi iniciada após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da EERP-USP. As adolescentes foram convidadas a participar da pesquisa após o parto, durante o período de internação, quando foram apresentadas as informações sobre a pesquisa e as diferentes etapas da coleta de dados, considerando este encontro como a primeira etapa da pesquisa. Nesse momento, para as que aceitaram participar da pesquisa, foi requerida a autorização do responsável legal, por meio da assinatura no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 1) e assinatura do Termo de Assentimento pela adolescente (Apêndice 2).

O prontuário da paciente foi consultado para obter informações sobre a gestação, parto e condições do recém-nascido. Por meio de um formulário, as informações foram coletadas do prontuário da adolescente, ainda durante o período de internação.

Na segunda etapa da pesquisa, realizaram-se visitas domiciliares previamente agendadas, o que oportunizou a coleta de dados por meio de entrevista que inclui, conforme instrumento do Apêndice 3, questões objetivas sobre as características sociodemográficas e econômicas, estilo de vida, características obstétricas, neonatais e relacionadas ao pré-natal. Na segunda parte do instrumento, o enfoque foi sobre a temática de investigação que, por meio de um roteiro de perguntas elaboradas pela pesquisadora, buscaram-se informações sobre o cuidado materno e autocuidado e quanto ao apoio recebido frente a estas atividades segundo a adolescente (Apêndice 3).

As entrevistas foram todas realizadas pela pesquisadora no domicílio da adolescente, fato este de grande relevância por obter maior conhecimento acerca da vida dessas adolescentes e do ambiente familiar de cada uma. Em média, foram realizados dois a três encontros com cada adolescente com duração de uma hora cada. A fim de garantir a privacidade e o sigilo das informações adquiridas durante as entrevistas, foram atribuídos números de 1 a 14 a cada uma das entrevistadas.

Essa etapa foi gravada com consentimento das entrevistadas e do responsável por ser uma entrevista em profundidade que visa à coleta de informações, durante o discurso da adolescente.

Na terceira etapa da pesquisa, foi realizada uma nova visita domiciliar sendo a adolescente questionada sobre a rede de apoio social e afetivo, avaliada com relação à estrutura e funcionalidade por meio do instrumento de Escolta Social (ANTONUCCI & JACKSON, 1987). Trata-se de um instrumento proposto por Kahn e Antonucci, nos anos de 1980, que oferece uma abordagem teórica das relações sociais ao longo do tempo e que visa a “medir” o apoio social (ANTONUCCI e AKIYAMA, 1987).

A Escolta Social está descrita em forma de diagrama com três círculos concêntricos e hierárquicos, onde o indivíduo é identificado no círculo do centro. Os círculos representam os níveis de proximidade de cada participante com os membros sugeridos por ele mesmo. A hierarquia dos círculos é representada, primeiramente, pelo primeiro círculo, descrito como o círculo das relações mais próximas e importantes. Posteriormente, o segundo círculo é representado pelos relacionamentos próximos, entretanto não iguais aos primeiros já citados no primeiro círculo, nesse momento, em geral, são descritos os amigos, outros parentes e pessoas consideradas importantes, mas que estão distantes fisicamente. Em último, no terceiro círculo situam-se as pessoas com quem o indivíduo tem um bom relacionamento, pessoas consideradas importantes, mas que não foram citadas nos outros círculos anteriormente, como amigo do amigo, o conhecido da escola, pessoas da sociedade civil e outras instituições (ANTONUCCI; AKIYAMA, 1987).

Foi solicitado que refletissem sobre as pessoas importantes para sua vida, refletindo: 1- “naquelas pessoas de quem você se sente tão próximo que seria difícil imaginar a vida sem elas” (pessoas por elas citadas foram posicionadas no círculo 1, o mais interno); 2- “naquelas pessoas de quem você não se sente tão próximo, mas, que ainda assim são muito importantes para você (posicionar as pessoas no círculo 2) 3- “naquelas pessoas que você ainda não mencionou, mas de quem você sente próximo e que crê serem importantes o suficiente de modo que deveriam ser colocadas em sua rede” (círculo 3, mais externo). Esta fase teve como objetivo coletar informações relativas às características estruturais da rede de apoio social da adolescente.

A segunda fase de aplicação do Diagrama de Escolta Social visa à obtenção dos aspectos estruturais e funcionais da rede de apoio. Foi feita uma série de questões para a adolescente sobre as pessoas listadas por ela em sua rede. Inclui: nome das pessoas, idade, sexo, círculo no qual a pessoa foi posicionada, tipo de relação com a participante (cônjuge, pai, mãe, etc.), tempo desde que a relação teve início, frequência de contato pela escala (1- irregularmente, 2- anualmente, 3- mensalmente, 4- semanalmente e 5- diariamente ou vivem juntos) que deve ser apresentada oralmente ao participante e a distância entre residências do respondente e da pessoa mencionada (ANTONUCCI; AKIYAMA, 1987).

A terceira fase busca as características funcionais da rede de apoio que é avaliada quanto aos seis tipos de apoio (1- confidenciar coisas que são importantes, 2- ser tranquilizado e estimulado em momentos de incerteza, 3- ser respeitado, 4- ser cuidado em situação de doença, 5- conversar quando está triste, nervoso ou deprimido e 6- conversar sobre a própria saúde. Solicita-se que a participante olhe para o diagrama e indique nele aquelas pessoas de quem ela recebe cada um dos tipos de apoio e para quem fornece cada um deles (ANTONUCCI; AKIYAMA, 1987).

Para a aplicação da Escolta Social, foram confeccionados os círculos em uma cartolina grande que foi utilizada individualmente para cada adolescente. Na cartolina, foram desenhados os três círculos e ao lado foi colocado um impresso, conforme Apêndice 4, confeccionado pela autora para a caracterização das pessoas citadas no diagrama, bem como a definição das características funcionais da rede de apoio, última etapa para aplicação da Escolta Social.

6.5 Análise dos dados

Para a análise dos dados quantitativos, utilizou-se a estatística descritiva.

A análise dos dados qualitativos foi realizada com base na técnica de análise e interpretação de sentido citada por Gomes *et al.*, (2005). Para a realização da análise de sentidos, o pesquisador deve ter uma organização com uma sequência de passos para desenvolver o método. Realiza-se a pré-análise, primeira fase desta organização, objetivando a sistematização do processo.

Para Gomes *et al.*, (2005), a primeira etapa do processo da análise e interpretação de sentidos é a leitura compreensiva do material selecionado, nesse momento os pesquisadores

visam a entender o conteúdo do material, ter uma visão geral do conjunto e apreender as particularidades presentes nessa totalidade parcial do material. A descrição das falas, ações e dos fatos relatados pelos sujeitos da pesquisa são de suma importância para que o pesquisador possa ter uma boa noção do conteúdo do material.

A segunda etapa consiste na exploração do material a ser analisado, através da estruturação do material a ser avaliado. O pesquisador deve classificar o conjunto de depoimentos ou os registros de observação, a partir da categorização dos dados. Ao organizar o material, o pesquisador pode agrupar em categorias ou subcategorias, ou também dividir o material a partir das questões gerais da pesquisa avaliativa, transformadas em perguntas ou tópicos nos instrumentos de interlocução como entrevistas ou grupos focais. O pesquisador pode adotar a trajetória de identificação e problematização das ideias explícitas e implícitas no texto; buscar sentidos atribuídos às ideias, exercer o diálogo entre as ideias problematizadas, se informando sobre outros estudos acerca do assunto e pelo referencial teórico da pesquisa (GOMES *et al.*, 2005).

Por fim, o tratamento dos resultados deve ser pautado no estabelecimento de inferências e interpretações. Consiste na etapa interpretativa, propriamente dita, na qual se realiza uma reinterpretação das falas, buscando significados mais amplos, com uma visão social, política e cultural dos fatos. Para a análise e interpretação de sentidos, conforme cita Gomes *et al.*, (2005), as etapas descritas não necessariamente devem seguir uma ordem, elas podem se intercalar e interpenetrar com o intuito de realizar uma análise e interpretação criteriosa e precisa das falas dos sujeitos da pesquisa.

6.6 Aspectos éticos da pesquisa

Quanto aos aspectos éticos, foram seguidas as normas para pesquisas envolvendo seres humanos e estabelecidas pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Dessa forma, inicialmente foi obtida a autorização do Corpo Administrativo da Santa Casa de Caridade de Guaranésia, bem como o Termo de Autorização para Pesquisa em Prontuário, conforme impresso no Anexo 1 assinado pela diretora clínica da instituição de saúde.

Após a autorização da Santa Casa de Caridade de Guaranésia, o projeto foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP, sendo aprovado, conforme Protocolo nº 1442/2011 em Anexos 2 e 3.

7 RESULTADOS E DISCUSSÃO

7.1 Perfil biográfico das adolescentes

Participaram deste estudo 14 adolescentes que residiam na cidade de Guaranésia e tiveram a resolução da gestação na maternidade da Santa Casa de Caridade de Guaranésia. Durante o período de coleta de dados, de fevereiro a julho, na maternidade foram identificadas 18 adolescentes, sendo que quatro não participaram da pesquisa, uma vez que elas não residiam no município considerado. No Apêndice 5, apresenta-se o perfil biográfico das participantes, com base nas informações pessoais e no contexto social e relacional familiar.

Todas as adolescentes pertenciam à faixa etária entre 15 e 19 anos, com uma média de idade de 18 anos. Quanto ao nível de escolaridade, foi constatado que a maioria das adolescentes apresentava o ensino médio incompleto, ou seja, 8 delas pararam com os estudos no primeiro ano do ensino médio e apenas duas terminaram o ensino médio. Apenas uma ingressou na faculdade no curso de pedagogia, como se pode verificar a seguir no quadro demonstrativo do nível de escolaridade das adolescentes.

Quadro 1: Distribuição das puérperas adolescentes quanto ao nível de escolaridade, Guaranésia-MG, 2013.

Nível de escolaridade	Adolescentes
Semianalfabeta	1
Ensino fundamental completo	1
Ensino fundamental incompleto	1
Ensino médio incompleto	8
Ensino médio completo	2
Cursando nível superior (Pedagogia)	1
Total:	14

Com relação ao nível de escolaridade das adolescentes, em um estudo realizado por Ximenes Neto *et al.* (2007) sobre a gravidez na adolescência, ao caracterizarem o perfil sociodemográfico das adolescentes, identificaram que 88% têm algum nível de escolaridade, sendo que, destas 43% têm menos de seis anos de estudo. Concluem as autoras que “A baixa ou nenhuma escolaridade influencia na não aquisição de práticas preventivas e a adolescente que não estuda ou abandona os estudos fica mais vulnerável a uma gravidez” (p. 282).

Quanto ao fato de exercerem alguma atividade laboral remunerada, 50% citaram que já trabalharam exercendo diferentes tipos de atividades, como empregada doméstica, babá e atividades exercidas junto ao comércio e indústria, sendo que, no momento da pesquisa, apenas uma delas relatou que estava trabalhando quando engravidou. Portanto, considera-se que, das 14 adolescentes, somente uma relatou ter algum tipo de vínculo empregatício e ter continuado a exercê-lo após a sua gestação.

Grande parte das adolescentes, 64,28%, reside com o companheiro, pai de seu filho, denominando-se união estável e 35,71% são solteiras e não permaneceram com o parceiro após o diagnóstico da gravidez, sendo que 14,28% dessas adolescentes ainda tiveram de realizar testes de DNA para a comprovação da paternidade. Verificou-se que 57,14% das adolescentes apresentam a situação de coresidência, onde residem com os seus pais ou sogros e com o seu companheiro na mesma casa, identificando assim a situação de dependência financeira e habitacional dos jovens pais.

Para Maranhão, Gomes e Oliveira, (2012) em seu estudo, foi identificado que as adolescentes que residiam com o companheiro eram maioria e que as jovens que viviam com o companheiro ainda dependiam financeiramente dos pais ou de outras pessoas. Para os autores, “as uniões conjugais podem colocar as adolescentes em situações socioeconômicas mais difíceis, especialmente, quando o parceiro também é adolescente e/ou desempregado, tornando-as mais vulneráveis a outras condições de risco social” (p.375).

Quanto ao tipo de gestação, observou-se que 71,42% das adolescentes são primigestas e 28,58 % estavam na sua segunda gestação. A reincidência da gravidez na adolescência é um acontecimento frequente no mundo, ocorrendo em torno de 30% no primeiro ano e 50% no segundo ano, quando há falta de um acompanhamento pós-parto efetivo (CRITTENDEN, *et al.* 2009). Já para Bruno *et al.* (2009), resultados diferentes foram encontrados, demonstrando uma alta incidência, de 61%, com relação a uma nova gravidez após cinco anos da primeira gravidez entre adolescentes, atribuindo essa incidência a fatores como evasão escolar, baixa escolaridade, saída da casa dos pais, falta de apoio familiar, primeira gravidez muito precoce,

ocorrendo em meninas com idade inferior a 16 anos, e o uso de drogas (CRITTENDEN, *et al.* 2009; BRUNO *et al.* 2009).

Quanto ao desejo de engravidar, 85,71% relataram que foi uma gravidez indesejada, percentual superior ao encontrado no estudo realizado por Prietsch *et al.* (2011) sobre gravidez não planejada nas maternidades da Associação de Caridade Santa Casa do Rio Grande e do Hospital Universitário da Universidade Federal do Rio Grande (FURG), ao longo de 2007 em que se observou a prevalência de 65% de gestações não planejadas. Fato a ser considerado no presente estudo é que 14,28% das adolescentes relataram que desejavam engravidar, fazendo planos para que isso acontecesse.

Para Prietsch *et al.* (2011), quando não ocorre o planejamento da gravidez, pode-se afirmar que é uma gravidez não planejada. A gravidez indesejada é aquela que vai ao encontro dos planos e desejos do casal ou da mulher, acontecendo em um momento inoportuno e desfavorável. Considera-se que a principal causa da gravidez indesejada é a falta de adesão à utilização de métodos contraceptivos e que quanto mais jovens são as mulheres, maior é a associação com gravidez não planejada.

Outro dado importante para caracterizar as adolescentes é com relação à realização do pré-natal. Dentre as participantes do estudo, 42,85% das adolescentes iniciaram o pré-natal entre o 1º e o 2º mês e 57,14 % iniciaram o pré-natal tardiamente, após a 30ª semana de gestação, sendo que, destas, 21,42% fizeram somente duas consultas de pré-natal.

A descoberta tardia da gestação para Brandão e Heiborn (2006) está muitas vezes relacionada a certos aspectos inerentes à adolescência como a falta de regularidade das relações sexuais, dificuldade de entender o ciclo menstrual, considerando a falta de regularidade do mesmo e a presença de sangramentos que são confundidos com menstruação. Além dos aspectos fisiológicos do ciclo menstrual que a adolescente tem dificuldade de compreender, existe a questão da revelação tardia da gravidez para os pais e para o parceiro ou namorado. A desconfiança da gravidez muitas vezes é comprovada e revelada tardiamente, o que leva à realização de um pré-natal tardio ou até à não realização do mesmo.

Quanto às vias de partos evidenciados, verifica-se que 57% das adolescentes foram submetidas ao parto cesáreo e 43% foram submetidas ao parto de via vaginal. Sobre os aspectos da gestação e do parto da adolescente comparados aos da mulher adulta e às repercussões sobre o recém-nascido, Zaganelli *et al.* (2013) afirmam que em seu estudo na maioria das gestações adolescentes não foi identificado risco aumentado para o trabalho de parto, considerando que não se tenha nenhuma complicação ou intercorrência durante a gestação e também que essas gestações sejam a termo e com apresentação cefálica. Os autores

afirmam que apesar desse dado, devem ser consideradas as associações da gestação na adolescência com os resultados negativos a longo prazo, como a ocorrência da evasão e do abandono escolar, a dificuldade de as adolescentes assumirem os seus gastos através de empregos melhores, a reincidência da gravidez na adolescência, a questão de déficit no crescimento e desenvolvimento dos filhos de mães adolescentes, o deficiente desenvolvimento da linguagem, os problemas comportamentais e a manutenção da exclusão social e do círculo de pobreza (ZAGANELLI, *et al.* 2013; WHO, 2012).

7.2 Análise da Escolta Social

7.2.1 Características estruturais da rede de apoio social das adolescentes

Ao somar todas as pessoas que constituíram a rede de apoio das adolescentes, obteve-se um total de 183 pessoas. Em média, cada adolescente tem 13 pessoas em sua rede de apoio social.

No primeiro círculo, aquele que representa “as pessoas de quem as adolescentes se sentem tão próximas que seria difícil imaginarem as suas vidas sem elas”, identificam-se 65 pessoas, ou seja, 36% do total. No segundo círculo, que caracteriza “as pessoas de quem as adolescentes não se sentem tão próximas, mas que ainda assim são muito importantes para elas”, verificam-se 61 pessoas, representando 33% de 183 no total. Quanto ao terceiro círculo, onde as adolescentes colocaram “as pessoas que ainda não tinham mencionado, mas que sentem próximas e acreditam que são importantes o suficiente de modo que deveriam ser colocadas em suas redes”, verificam-se 57 pessoas, representando assim 31% do total.

Do total de integrantes que compõem a rede de apoio das adolescentes, 65% representam indivíduos do sexo feminino e 35% pessoas do sexo masculino. Essa superioridade feminina na rede social das adolescentes foi representada nos três círculos. No primeiro ciclo, foram incluídas 65 pessoas, sendo (35) 54% do sexo feminino; no segundo ciclo, do total de 61 pessoas, (44) 72% do sexo feminino e no terceiro ciclo foram incluídas 57 pessoas, sendo (39) 68% do sexo feminino.

A presença de maior número de mulheres como integrante da rede em todos os círculos é justificável pela construção social do feminino para a maternidade em que as mulheres se apresentam com mais competências interpessoais, sendo, portanto mais afetivas e solidárias (NAKANO, 2003). Ainda, quanto ao papel feminino na família, as mulheres são

apontadas como as principais cuidadoras dos membros da família ao longo da vida, o que pode estar associado à manutenção deste papel social ou à possibilidade de receber o cuidado dos familiares como retribuição (PIMENTA *et al.*, 2009).

Na caracterização do perfil dos integrantes da rede de apoio social por faixa etária, verifica-se que a idade dos integrantes variou de 2 meses a 70 anos, com uma idade média de 35 anos. Deve ser ressaltado sobre a idade dos integrantes da rede social que muitas das adolescentes incluíram os seus filhos como um integrante importante na sua vida e atribuem a eles a responsabilidade de darem um significado e um sentido às suas vidas.

Tais achados do estudo corroboram os de Mesquita *et al.* (2011) que, ao analisarem a vivência emocional de mulheres que engravidaram na adolescência com a presença ou ausência do pai da criança, observaram que as adolescentes referiram uma vida nova ao serem mães, com a esperança de que o filho mudaria para melhor as suas vidas, reconhecendo o filho com uma propriedade sua e uma companhia em sua vida.

A faixa etária de maior percentual foi a de 31 a 40 anos (24,6%) seguida da de 11 a 20 anos (22%) e de 21 a 30 (20%). Tais faixas correspondem no ciclo vital ao período reprodutivo, portanto teriam estas pessoas maior proximidade com a fase em que as adolescentes estão vivenciando no momento, a maternidade.

Quadro 2: Distribuição dos integrantes da rede de apoio social das adolescentes quanto à idade em anos, Guaranésia, 2013.

	<i>0 A 10</i> <i>ANOS</i>	<i>11 A 20</i> <i>ANOS</i>	<i>21 A 30</i> <i>ANOS</i>	<i>31 A 40</i> <i>ANOS</i>	<i>41 A 50</i> <i>ANOS</i>	<i>51 A 60</i> <i>ANOS</i>	<i>61 ANOS</i> <i>E MAIS</i>	<i>TOTAL</i>
Número de integrantes	14	40	37	45	23	17	7	183 pessoas
Porcentagem %	7,7%	21,9%	20,2%	24,6%	12,5%	9,3%	3,8%	100%

As pessoas que fizeram parte da rede de apoio social das adolescentes são em sua grande maioria os familiares, incluindo mães, pais, irmãos e filhos. As avós bem como amigos de infância e vizinhos também foram citados como parte integrante da escolta social da adolescente.

Independentemente do tipo de família constituída, ela aparece como uma instituição sólida que perpassa gerações, numa constante mutação de sua organização, onde atualmente o conceito de família se distingue daquele de família nuclear, constituída necessariamente por pai, mãe e irmãos, passando para uma definição mais ampla que agrega novos conceitos,

considerando-se como um grupo social especial de pessoas com uma relação de intimidade e intergeracional (FACO; MELCHIORI, 2009).

Nessa direção, observam Faco e Melchiori (2009), diferentes conceitos sobre família a depender de sua composição, ou seja, a família nuclear é composta de pai, mãe e filhos, já a família extensiva é a que inclui os avós, tios, primos, além da família extensiva ampliada que inclui outros integrantes como os amigos e empregada doméstica e, até, animais de estimação.

7.2.2 Aspectos funcionais da rede de apoio social das adolescentes

Para a caracterização dos aspectos funcionais da rede de apoio social das adolescentes, foram avaliados os seis tipos de apoio diferentes que o indivíduo recebe e fornece para as pessoas da sua rede. Os seis tipos de apoio são: 1 – confidenciar coisas importantes; 2- ser tranquilizado e estimulado em momentos de incerteza; 3- ser respeitado; 4- ser cuidado; 5- conversar quando está triste, nervoso ou deprimido e 6- conversar sobre a própria saúde. Foram questionadas sobre os indivíduos que ela oferece esse tipo de apoio e dos quais ela recebe o determinado tipo de apoio. Os resultados apresentam que com relação a todos os tipos de apoio, em sua maioria, as adolescentes recebem dos pais, irmãos, avós maternos e paternos, companheiros e oferecem apoio também para os pais, companheiro, filhos e demais familiares.

Quadro 3- Apoio Social oferecido e recebido pelos integrantes da rede social das adolescentes. Guaranésia- MG, 2013.

Tipo de apoio	Pessoas da rede que oferecem apoio	Pessoas da rede que recebem apoio
1. Confidenciar coisas importantes	26	24
2. Ser tranquilizado e estimulado em momentos de incerteza	27	23
3. Ser respeitado	73	66
4. Ser cuidado em situação de doença	35	25
5. Conversar quando está triste, nervoso ou deprimido	23	17
6. Conversar sobre a própria saúde	29	19

Observou-se que, em todas as categorias, as adolescentes fornecem mais apoio do que oferecem. Na categoria 1- sobre confidenciar coisas importantes elas fornecem apoio para 26 pessoas e recebem de 24 pessoas; na categoria 2 – quanto a ser tranquilizada e estimulada em momentos de incerteza fornecem para 27 pessoas e recebem apoio de 23 pessoas; na categoria 3- sobre ser respeitada, elas recebem/obtêm respeito de 66 pessoas e elas respeitam 73 pessoas; na categoria 4 – sobre ser cuidada em situação de doença, elas cuidariam de 35 pessoas e receberiam cuidado de 25 pessoas; quanto à categoria 5- sobre conversar quando está triste ou deprimido, elas recebem apoio de 17 pessoas e fornecem para 23 pessoas e na categoria 6 – sobre com quem conversam sobre a própria saúde, elas conversam/ fornecem apoio para 29 pessoas e recebem de 19 pessoas.

Para Chor *et al.*(2001), o apoio social é compreendido como um processo com efeitos benéficos tanto para quem recebe, como para quem oferece, possibilitando uma melhor capacidade de controle sobre as vidas dos envolvidos, garantindo a autonomia e a capacidade de assumir o cuidado de si. Tal fato pode ser verificado para as adolescentes, sujeitos deste estudo, que se perceberem apoiadas por familiares, amigos e demais pessoas, elas se sentem bem e com capacidade de também ajudar e apoiar as outras pessoas.

7.3 Análise e discussão das categorias temáticas centrais

Por meio da análise do conteúdo das entrevistas, depreenderam-se as categorias temáticas centrais que evidenciam os significados atribuídos pelas adolescentes frente à maternidade precoce e às vivências do cuidado materno e do autocuidado no puerpério, no contexto da família. Depreendem-se três categorias temáticas centrais, a saber: a) *Significado da gravidez e da maternidade para a adolescente*, b) *Gravidez precoce no contexto da família e o apoio social*, c) *O cuidado com o bebê e a prática do autocuidado no pós-parto*.

7.3.1 Significado da gravidez e da maternidade para a adolescente

Na categoria temática *o significado da gravidez e da maternidade para a adolescente*, depreende-se o que elas pensam e como lidam com esse fato inesperado ou desejado em suas

vidas. De forma diferenciada, algumas adolescentes vivenciam conflitos relacionais e privações, enquanto para outras adolescentes a gravidez e a maternidade se revestem de sentimentos de alegria e de libertação. O que se tem em comum nessas vivências é o processo de construção como mães, colocando-as frente à inexperiência e às dificuldades em se adaptarem às mudanças biopsicossociais da maternidade, exigindo assumirem responsabilidades que ainda não se sentem prontas para assumir. Nessa categoria temática incluem-se dois núcleos de sentidos: ***Vivenciando a gravidez precoce: sonho interrompido ou sonho realizado; Maternidade na vida das adolescentes: oportunidade para o amadurecimento.***

Vivenciando a gravidez precoce: sonho interrompido ou sonho realizado

A gravidez precoce coloca a adolescente frente a uma realidade por vezes muito distante da planejada, ao ver seus sonhos e projetos de vida interrompidos ou postergados, gerando dificuldades de aceitação de sua condição situacional. O que já estava sendo difícil, durante a gestação, passa a ser mais crítico com o nascimento da criança, uma vez que essa exige da adolescente responsabilidade, paciência e preparo para lidar com as situações decorrentes da maternidade como o cuidado com o lactente, o autocuidado, associado com as atividades da vida diária, o reingresso ao ano escolar e o início ou a reintegração ao trabalho. Frente a isso, observam-se, nas falas de algumas adolescentes, sentimentos de revolta.

Ah, foi assim primeiro assim eu não gostei não, né! Porque eu pensei assim 'nossa! Aí eu vou ficar grávida, não vou poder mais sair e filho, como é que eu vou cuidar? Né? Como é que vai ser? Vai ser difícil! (9)

Eu descobri já com uns 6 meses, eu não queria aceitar, aí fui fazer o exame e deu. Fiz três consulta de pré-natal, só, nem deu tempo de ir mais.(14)

Não saía de vergonha dos outros ficar olhando, reparando, cochichando, falando mal! (7)

Eu tinha um monte de sonhos, eu queria tirar carta de carro, de moto, daí não deu! (13)

Nessa direção, identifica-se na fala desta adolescente que a aceitação da gravidez tem relação com o seu vínculo conjugal afetivo.

(...)já passava mal por causa dos sintomas (hiperêmese) ainda ficava mal porque o outro rejeitou eu, na época eu gostava muito dele, agora passou, mais nossa, quase morri por causa dele. Aí já tava mal porque ele rejeitou, e ele me humilhou, sabe! Ainda aí juntava tudo, nossa daí que eu queria morrer mesmo. (7).

Observam Mesquita *et al.* (2011) que na gravidez precoce, quando ocorrem situações que geram a ruptura do vínculo conjugal e amoroso, podem acontecer sensações negativas na mulher, gerando sintomas depressivos, como observado na fala da adolescente deste estudo.

É no decorrer da gestação ou até somente quando nasce a criança que a adolescente, na maioria das vezes, tem noção da sua realidade e, mesmo tendo assumido a gestação diante dos pais e do parceiro, a adolescente ainda não se sente mãe e não tem dimensão da complexidade da maternidade.

Não! Assim eu imaginava, mas nunca pensava nunca imaginei que pudesse acontecer comigo com os outros eu sabia que fazer relação sem camisinha pode engravidar, é lógico! Mas eu nunca pensei que pudesse acontecer comigo (7).

Ele ficava falando, você tá grávida? Está engordando, tá só engordando, eu sabia, porque já tava mexendo o neném, já mexia muito, muito e eu sabia, mas não falava para ninguém, depois que eu falei, aí eu fui fazer o pré-natal, aí depois ele fica falando né, que vai ser muito difícil, porque eu tô estudando, mais depois foi tudo bom! (14)

Eu lembro que quando eu estava grávida, não sei, mas parece que só caiu a ficha quando ele tava em cima de mim lá no hospital. A hora que ele saiu e colocaram ele em cima de mim, aí que foi cair a ficha, antes não tinha caído, aí eu comecei a chorar, quase morri, de alegria! (13)

Denomina-se pensamento mágico infantil o fato de as adolescentes, mesmo não fazendo uso de métodos contraceptivos, terem a certeza de que não vão engravidar. Esse pensamento é um dos responsáveis pela demora da adolescente na decisão de dar continuidade à gestação ou realizar a prática do aborto. “É como se a adolescente tivesse a certeza de que se pensasse bem forte a gravidez iria embora” (OLIVEIRA, 1998, p.4).

O dilema de aceitação da gravidez ou a prática do aborto é uma decisão difícil para a mulher, independente de ser ou não adolescente, principalmente ao se deparar com uma gravidez indesejada e a falta de apoio dos pais e parceiro. Durante as entrevistas, somente uma das adolescentes assumiu ter pensado em realizar o aborto, entretanto outra adolescente referiu sobre o aborto, mas não relatou ter pensado em realizá-lo.

Aí eu engravidei primeiro foi dela, nossa, depois que eu descobri que eu tava grávida dele, eu quis tirá ele (4).

Foi mais difícil para mim, assumir para mim mesma o que estava acontecendo comigo, do que contar para eles! Eu não queria de jeito nenhum, nosso Deus do céu, eu chorava tanto, mais também em nenhum momento passou na minha cabeça a ideia de tirar, até a proposta foi feita, né!(7).

Em um estudo realizado por Vieira *et al.* (2007), no Hospital-Maternidade Santa Izabel em Bauru, sobre o abortamento provocado e espontâneo comparando mulheres adolescentes e adultas, eles constataram que entre os anos de 2000 e 2003 ocorreram 459 internações de adolescentes por abortamento, com um índice de 20,07% do total de

internações por abortos. Identificaram ainda que 6,29% do total das ocorrências representavam a faixa etária de 11 a 14 anos, e 93,71% representaram a faixa etária de 15 a 19 anos, sugerindo “a necessidade de adoção de estratégias educativas, iniciando-se desde o ensino fundamental, objetivando o incentivo da prevenção de uma gravidez não planejada e de suas consequências” (VIEIRA *et al.*, 2007).

As reações das mães adolescentes frente à gravidez são muito diversificadas, umas sentem medo, desespero, outras demonstram indiferença ou ficam felizes. A este respeito refere Maldonado (1985) que:

“A descoberta de uma gravidez traz para a mulher medos, angústias e incertezas, pois se trata de um período de mudanças. Assim, ela vivencia uma crise que a obriga a procurar meios para se adaptar a tal situação. Essa crise resulta em um enfraquecimento das bases do ego e, dessa forma, ela precisa buscar alternativas para solucionar esse problema, ou seja, a pessoa tem que ir a busca de algo novo, que pode ser satisfatório ou mesmo prejudicial para ela” (MALDONADO, 1985, p.22)

A adaptação à gravidez pode se apresentar permeada de dificuldades, principalmente na presença de intercorrências. Dentre as adolescentes deste estudo, intercorrências como descolamento de placenta e hiperêmese gravídica potencializaram a crise vivenciada, por trazer ainda mais restrições às atividades cotidianas e ao convívio com seu meio social.

Eu não acreditava, comecei a não sair na rua, com vergonha de pouquinho tempo, não parecia nada, né!.Nosso Deus, quase morri! Emagreci, eu fiquei com 38 quilos, só osso! Entrei numa depressão! Não comia, porque eu não, o estômago não aceitava, né! Daí eu passei mal desde o primeiro mês, desde quando eu engravidei, eu passei mal dela então foi difícil, foi bastante difícil (7).

A situação vivenciada pela adolescente pode estar relacionada a conflitos internos, o que contribui significativamente para o surgimento da hiperêmese gravídica. Para Tachibana *et al.* (2006), em decorrência da visão romântica sobre a construção do amor materno e da mãe perfeita, muitas mulheres desenvolvem quadros psicopatológicos durante as gestações. A mulher depara-se com essa exigência da sociedade e acaba vivenciado um conflito interno de não saber se tem condições de ser essa mãe ideal. No caso da hiperêmese gravídica, a etiologia é multivariada e requer aprofundamento nas pesquisas, visto que inclui aspectos emocionais e adaptações hormonais e corporais no organismo materno que, conseqüentemente, sofre com essas transformações, despertando tanto sentimentos de satisfação como de aversão na mãe.

Neste estudo, a gravidez se apresenta também, para algumas adolescentes, como desejável. Tal fato vem sendo abordado por autores como Carvalho, Merighi e Jesus (2009) e Monteiro *et al.* (2007), como sendo a maternidade na adolescência um projeto para inserção

na vida adulta viável e valorizado em um contexto socioeconômico desfavorecido, no qual outros projetos educacionais e profissionais não se encontram assegurados.

Para Moreira *et al.* (2008):

É necessária uma reflexão para se entenderem os motivos que levam essas meninas a engravidar, considerando esse acontecimento como multicausal. A gravidez na adolescência não pode ser vista como um fato isolado, mas como parte da busca da identidade da menina e de uma certa atitude de rebeldia diante da família e do contexto histórico-social amplo do qual faz parte. Vale, no entanto, saber que muitas meninas engravidam porque desejam, acreditam que é isso que o namorado quer, desejam a liberdade da casa dos pais, querem ser vistas como adultas, ou por outros motivos. Aliás, como fora citado, não se pode desprezar as mensagens passadas culturalmente (MOREIRA, *et al.*, 2008, p.314).

Nesse sentido, no presente estudo identifica-se em algumas falas das adolescentes que com a gravidez foi possível conseguir a aprovação do namoro pelos pais, e em algumas falas observa-se também que a gravidez foi utilizada como um motivo para a adolescente estabelecer uma residência com o namorado.

Meus pais não gostavam do meu namorado e não aceitavam eu ir morar com ele, daí eu arrumei o meu filho (...) Eu queria arrumar um filho, na época eu parei de tomar remédio e arrumei ele. Eu queria sair de casa pra morar com o meu namorado, e eu não queria ficar sozinha, aí eu arrumei ele. (3)

Ah, é bom, né! Porque agora eu já tenho os dois, né, eles são meus. Eu era muito sozinha. Morava com a minha avó e depois que tive os meninos eu tenho uma família, né!(5)

Tal realidade foi identificada também no estudo de Dias *et al.* (2011) sobre o significado da maternidade entre as adolescentes que independente de terem ou não planejado a gravidez com o namorado, havia o desejo de morar com o companheiro. Segundo as autoras, esse fator pode contribuir subjetivamente para a ocorrência da maternidade, uma vez que essa facilita a formação de novas alianças no contexto socioeconômico onde essas adolescentes vivem.

Nunes (2012, p. 65) observa em seu estudo “situações em que a gravidez foi programada e outras em que, apesar de não ter sido programada, nem por isso foi indesejada, fazendo parte de um projeto de vida previamente estabelecido que pressupõe a maternidade e a constituição de um núcleo familiar.” No referido estudo as jovens relataram que sempre manifestaram o desejo de ter filhos, considerando a maternidade como um sonho vislumbrado desde sempre e atribuindo grande valor para a sua vida, como também observado na fala das adolescentes do nosso estudo:

Eu queria arrumar um filho, na época eu parei de tomar remédio e arrumei ele. Eu queria sair de casa pra morar com o meu namorado, e eu não queria ficar sozinha, aí eu arrumei ele. (3)

Ah, é bom, né! Porque agora eu já tenho os dois, né, eles são meus. Eu era muito sozinha. Morava com a minha avó e depois que tive os meninos eu tenho uma família, né!(5)

As adolescentes crescem com o sonho de ser mães e têm a percepção de que, ao serem mães e terem a sua família, elas deixam de ser somente adolescentes e passam a ser mulheres, como pode ser observado nessa fala.

É! Todo mundo fala que eu cresci, que antes era uma menininha, uma adolescente. Agora já tô bem crescadinha. Agora eu me sinto uma mulher, né! (9)

A mesma adolescente complementa ser este também o sonho de seu parceiro.

É ele já queria. Falou que queria ser pai novo! Porque depois fica velho, não tem tempo para cuidar direito, de conhecer o filho fica mais velho assim, não vou viver mais com o filho. Ele já queria, aí foi bom!(9).

A esse respeito, estudo realizado por Luz e Berni (2010), sobre o processo de paternidade na adolescência, identificou que os adolescentes citaram os mesmos atributos para paternidade e idade adulta: aumento da responsabilidade; o trabalho tornar-se obrigatório; perda da liberdade. A paternidade é uma ressignificação do trabalho que passa a se constituir no meio pelo qual o jovem se torna provedor da sua própria família. Entretanto, as autoras observam que, para a maioria deles, a ajuda de seus pais é necessária, sendo comum continuar morando na mesma casa ou em outra construída no mesmo terreno, em jovens de classes populares.

Tal condição, segundo Almeida e Hardy (2007), sustenta-se na gravidez para muitos adolescentes, confirma a capacidade reprodutiva, possibilita se tornarem adultos, via paternidade e reforça sua masculinidade, pois significa assumir responsabilidades.

Maternidade na vida das adolescentes: oportunidade para o amadurecimento

A gestação e a maternidade para as adolescentes parecem associar-se às noções de crescimento, individualização e responsabilidade.

Agora não saiu mais, só fico em casa. Responsabilidade, né! Só cuidar dele. Agora mudou pra melhor, antes eu não gostava da vida que eu tinha, saía demais, agora ficar dentro de casa é melhor. Ficar em casa cuidando dele é muito bom. (9)

Corroboram a premissa sobre o significado na maternidade, quando Mesquita *et al.* (2011, p. 477) citam que

“a responsabilidade materna para cuidar do filho fez com que as mães amadurecessem e foi o principal significado da maternidade [...] o recém-nascido

representa uma gama de sentimentos positivos, à extensão de sua própria vida e o responsável direto tanto pela motivação renovada e pelo crescimento psicológico, quanto pelo processo de amadurecimento materno, que as fazem perceber o compromisso da maternidade”.

O processo de amadurecimento das adolescentes pela maternidade se constrói na relação que estabelece com o(a) filho(a). É neste sentido que se pode compreender o destaque dado por algumas adolescentes deste estudo ao filho(a) como integrante da estrutura da rede de apoio social das adolescentes, com base no referencial da Escolta Social. Nesta direção, referem Bergamaschi e Praça (2008) que a adolescente à medida que se adapta à nova condição, o de tornar-se mãe, supera as dificuldades iniciais e, de modo gradual, constrói sua concepção de mãe, vivendo à sua maneira e com ritmo próprio esse reconhecimento do outro – o filho, assumindo suas responsabilidades e passando a se sentir mais segura e confiante quanto à capacidade de ser mãe.

Esse processo de desenvolvimento de competências da adolescente é contínuo e permanente, ele ocorre à medida que a mãe tem contato com o filho e na vivência de situações que necessitam de habilidades, sempre norteado pelo apoio social familiar.

A maternidade precoce implica a necessidade de intensa reestruturação e reajustamento pessoal e social da adolescente, acarretando a mudança de identidade, nova definição de papéis, articulada com as modificações orgânicas e psíquicas, como observa Mazzini *et al* (2008).

Tal processo de reestruturação e reajustamento pessoal e social à maternidade não se mostra uniforme em todas as adolescentes, como se pode identificar em algumas adolescentes, sujeitos deste estudo, diante da maternidade precoce.

A fala infantilizada e os comportamentos imaturos da entrevistada 1 evidenciam a dificuldade de enfrentamento da sua condição de estar mãe. Neste sentido, os pais passam a assumir a responsabilidade pelo cuidado da criança, conforme comentado pelo pai da adolescente (*nós preferimos deixar no nosso quarto, pois tem mais espaço e no quarto dela não cabe o berço*) ou mesmo pelo fato de a adolescente perceber a filha como uma boneca, que ela brincava e se vestia igual.

Meu pai, porque minha mãe trabalha e meu pai é que fica comigo. Ele é igual um pai para ela. É ele que faz de tudo para ela. Fica por conta dele, e ela tá dormindo no quarto dele. [...] eu não fico sozinha, eu tenho medo de ficar sozinha, aí eu fico com ela e nós brincamos, é nós brincamos. Eu sou enjoada para sair com ela, sai tudo combinando. Eu saio de roxo, ela sai de roxo, de sapatinho roxo, sai de rosa eu saio de rosa, sai de cor de laranja eu saio de cor de laranja..risos. (1)

No decorrer da coleta de dados, realizaram-se outras visitas à entrevistada 1 e pôde-se perceber o processo gradativo de construção do ser mãe pela adolescente. Tal como

observado por Bergamaschi e Praça (2008) em seu estudo, à medida que a família ajuda a superar as adversidades do cuidado com o recém-nascido, abrindo espaço para que a adolescente desenvolva sua própria competência, favorece o amadurecimento. Vale considerar que o amadurecimento só é adquirido com a autoconfiança desenvolvida diante da interação com o filho(a).

É, tem que cuidar direitinho, agora eu que estou dando o banho. Eu tinha medo e agora não tenho mais não [...] Antes eu só brigava, brigava com meu pai e minha mãe, eles falava capaz entrava por uma orelha e saía pela outra....ah...agora...ih...respeito tudo que eles falam. (1)

Outra questão observada é a vontade de essa adolescente permanecer com a filha no mesmo quarto, fazendo planos para reformar a casa e permitindo essa condição.

Vai aumenta para lá, tirar a lavanderia, e fazer um quarto só para mim e pra ela!(1)

Sobre a evolução do ser adolescente-filha para mulher-adulta é citada por uma das adolescentes (9), evidenciando ter consciência da sua transformação e amadurecimento com a maternidade.

Cresci também, né! Porque a criancinha que eu era antigamente eu tinha 15 anos e não tinha cabeça, agora eu sou mais responsável, sei que tem que cuidar dele, tem que educar ele, e tem que mostrar as coisas boas pra ele, né! (9)

Entretanto para algumas adolescentes, quando questionadas sobre como elas estão e como se sentem frente à maternidade, se observava o silêncio e muitas vezes era preciso perguntar outra questão para dar prosseguimento à entrevista. Uma das adolescentes quando questionada sobre como ela estava, a mesma permaneceu em silêncio por um tempo e demonstrou tristeza, dizendo somente... “Ah, normal” (11). A indiferença da adolescente frente à maternidade se refletiu na fala, quando aparentemente a gravidez e todas as mudanças ocorridas na vida dela não representaram nada, ou ao menos ela não soube demonstrar e expressar nenhum sentimento sobre esse fato. Importante contextualizar esta fala considerando-se sua condição na estrutura e funcionalidade da família em que a adolescente refere que não teve ajuda de seus familiares, como se pode observar na sua fala:

Não, não ajudaram de jeito nenhum, nem quando eu vim do hospital, dar banho, não ajudaram dar, eu dei tudo, curei tudo, fiz tudo sozinha não vieram colocar a mão no moleque. (11)

Diante desse fato, pode-se afirmar que o apoio social recebido contribui para adaptação da adolescente frente à maternidade precoce, e a falta de ajuda e de apoio dos familiares gera medos e angústias que são refletidos na criação dos filhos e no bem-estar das

adolescentes. Tal afirmativa se sustenta nas vivências das adolescentes pesquisadas em seus contextos familiares de apoio social.

No caso da entrevistada 11, apesar das dificuldades vivenciadas na maternidade sem ter apoio social da família, esta conseguiu superar revelando sua capacidade de resiliência, ou seja, de se adaptar às situações adversas e realizar as atividades necessárias para o cuidado com a criança.

No dia do teste do pezinho, não tinha ninguém para levar ele para mim e não tinha ninguém para ir buscar. Liguei para ambulância, ele falou que não podia ir me buscar porque não era autorizado para me buscar então tá bom peguei e fui de a pé! Pelo menos fez o que tinha que ser feito né, que é o teste do pezinho, que não podia perder. (11)

Em contrapartida, a presença do apoio social da família da entrevistada 1 foi crucial para sua reestruturação e reajustamento diante da maternidade, favorecendo o seu amadurecimento.

Porque antes eu só ficava brigando com minha mãe, aí depois ela falava, quando você tiver um filho aí você vai ver o que é bom ficar brigando, falando, aí você aprende a dar valor e foi verdade! Tem coisa que depois que a gente tem aí que aprende a dar valor. (1)

De forma geral, depreende-se que, para as adolescentes deste estudo, a maternidade trouxe muitas mudanças em suas vidas, sendo que para a maioria foi boa, tanto no relacionamento com os pais e parceiro, como para a autoestima delas e crescimento pessoal, como se verifica nas falas:

Mudou demais, nossa, de primeiro eu e meu pai não conversava, depois que ele nasceu acabou, converso com ele normal, nos ri, brinca, nossa acabou. Ele trouxe paz pra essa casa. [...] só brigava, por causa de ciúmes, ele não deixava eu fazer nada, sair. Agora eu tô saindo normal.. uh!! Tem que sair né! Eu até fiz uma tatuagem com o nome dele (13).

Agora você fala ‘nossa, tem que ter responsabilidade’ tem vez que eu fico ‘gente, eu morava com a minha vó, não era mãe! Agora eu já sou. Eu fico pensando assim, falo assim ‘nossa, agora meus filho depende tudo de mim (5).

O mesmo foi observado nos estudos sobre a maternidade na adolescência desenvolvidos por Santos; Shor, (2003) e Arenson (1994). Segundo os autores, a gravidez e maternidade são percebidas pelas adolescentes de forma positiva com ganhos emocionais efetivos, afirmação da autoestima e assumindo a atribuição de ser mãe ideal, socialmente construída, com a passagem de filha-adolescente para mãe-adulta sem transtornos ou traumas. Descreveram que ter filhos para as adolescentes é como uma força positiva que ajudou a mudar as suas vidas para um futuro mais produtivo e esperançoso.

7.3.2 Gravidez precoce no contexto da família e o apoio social

Ao falarem sobre a maternidade precoce, as adolescentes constroem suas histórias a partir da gravidez como evento que trouxe reflexos em suas vidas, bem como no meio relacional familiar. Nesta categoria incluem-se dois núcleos de sentidos: *deparando-se com a sexualidade da adolescente; construindo o apoio social*.

Gravidez precoce no contexto da família: deparando-se com a sexualidade da adolescente

Com a descoberta da gravidez precoce, as relações familiares passam por profundas modificações. A adolescente que antes era vista como uma menina que necessita de apoio e ainda não tem a experiência de vida dos adultos, agora é vista como uma garota que de certa forma rompeu com todas as expectativas e planos dos pais frente ao futuro de sua filha. A fala de uma das adolescentes denota que os familiares ficaram muito surpresos com a notícia, uma vez que não tinham conhecimento que a sua filha já tinha relações sexuais.

Foi um choque. Porque ninguém sabia que eu saía com o pai dela. Aí foi um choque, porque todo mundo ficou perguntando(1).

Em contrapartida, a reação da mãe de uma das adolescentes foi de normalidade, dizendo que a sua filha de 19 anos já estava velha para arrumar filho.

Minha mãe falou (...) o que, que tem você já está velha, já, tem que arrumar um já!(10)

Existe uma precocidade para o início das relações sexuais entre os adolescentes, muitas vezes associada à falta de conhecimento dos familiares e, em detrimento disso, as adolescentes não têm orientações e recomendações sobre os métodos contraceptivos.

A realidade atual é que 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 informações dos adolescentes sobre o aparelho reprodutor e sua função, métodos contraceptivos, e principalmente, de atitudes concisas para um sexo seguro (MOREIRA *et al.*, 2008, p.315)

Em termos da responsabilidade com relação à prática sexual na adolescência, observa-se que a negociação do uso do método contraceptivo muitas vezes é motivo de discórdia e desentendimento entre os casais, levando a preponderar a vontade do homem na decisão de

utilizar ou não algum método contraceptivo (LIMA, *et al.*, 2004). Durante as entrevistas duas das adolescentes relataram que não faziam uso de nenhum método contraceptivo, justificando que os seus namorados não gostavam.

Eu não usava preservativo, porque ele não gostava! (7).

A questão do gênero mais uma vez é um fator determinante nas relações conjugais entre homens e mulheres. Os homens mantêm o domínio sobre as decisões acerca da prática sexual, subjugando as mulheres às suas vontades. A tendência de “ver as mulheres como objetos sexuais, o uso da coerção para obter o sexo e entender o sexo como uma forma de provar-se homem de verdade começa na adolescência e continua até a vida adulta” (Brasil, 2008, p. 227).

Frente a isso, se torna necessário intensificar as discussões com os casais adolescentes sobre relação entre homens e mulheres, por meio do diálogo no contexto da família, dos meios de comunicação, das campanhas e parcerias com as escolas, com o intuito de desmistificar a ideia de superioridade masculina em relação à mulher, imputando a elas a responsabilidade pela saúde reprodutiva do casal.

Tal como apresentado no estudo de Souza *et al.* (2012), identifica-se que os pais tomam conhecimento da gravidez da filha por outras pessoas. Na presente pesquisa, por meio das falas das adolescentes, observa-se que muitas não tiveram coragem de contar para os seus pais e parceiro, outras foram fazer isso somente depois de longo tempo após a descoberta da gravidez, quando já não era mais possível esconder.

Nossa, primeiro eu nem queria contar, né?! Passou uns mês. Foi aí que eu contei só quando ele tava com 4 meses assim de barriga. Aí quando contei assim foi meio ruim. Ela não descobriu por mim, né! Que eu fui na médica aí ela descobriu, eu comecei a chorar lá aí eu falei para mãe ‘agora foi, mãe agora já era, né! Agora eu tenho que cuidar’ (9)

Nem foi eu que falei, foi meu cunhado, ele foi comigo aí ele que contou pra ela, porque eu fiquei com medo, porque com a minha irmã ela pois para fora, mas comigo ela não fez isso não, mais aí eu fiquei com medo! (12)

Na verdade fui contar para minha mãe, eu estava com quase seis meses, eu passei mal na fábrica, fui no hospital e o médico falou que eu estava grávida. (13)

Para Souza *et al.* (2012, p.798), “apesar de algumas mães referirem ter diálogo com suas filhas adolescentes, constatou-se que nem sempre é assim, sendo necessário manter uma conversa mais aberta entre pais e filhos, sobre diversos assuntos, inclusive gravidez na adolescência”.

Segundo Moreira *et al.* (2008), a falta de informações e conhecimento dos pais e o constrangimento em falar sobre sexualidade com os filhos fazem com que não realizem o seu papel de educador corretamente, deixando tal atribuição para ser realizada nas escolas. Os mesmos autores observam ainda que quando a informação é oferecida, ou seja, na família ou no contexto de outras relações sociais entre adolescentes, muitas vezes estas são errôneas.

A dificuldade dos pais de manterem conversas abertas com os seus filhos sobre sexualidade e métodos contraceptivos foi observada nas falas das adolescentes. A dificuldade em dialogar sobre o tema sexualidade na família é usada como justificativa para que a adolescente também se sinta em dificuldades de falar sobre sua sexualidade e, até mesmo, negociar com seus parceiros.

Ah, é difícil conversar com as pessoas, sabe assim, sobre isso. Pessoalmente com a minha mãe, ela não acostumou ainda. Menina novinha.. assim! (9)

Minha mãe nunca conversou nada comigo, sobre nada dessas coisas. Eu lembro que eu tinha uns dez í eu fiquei menstruada aí minha mãe não tinha me explicado nada dessas coisas, eu fiquei sabendo como fazer pela minha professora pela escola. Nunca falou nada na vida.(13)

Pode-se depreender que a sexualidade ainda é um tabu para ser conversado no ambiente familiar. Nesta direção observam Sousa, Fernandes e Barroso (2006) que os pais evitam discutir sobre sexo e ficam à espera de “algum sinal” que indique que a jovem descobriu a sexualidade. Entretanto, esse sinal pode surgir como produto de uma prática sexual desprovida de orientações ou baseada em informações inadequadas, o que pode resultar na gravidez precoce.

Sobre as razões de ocorrência da gravidez precoce, Hoga, Borges e Reberte (2010) verificaram em sua pesquisa que a gravidez na adolescência ocorreu apesar de as mães terem realizado as orientações sobre os cuidados que se devem ter nas relações sexuais. Vale considerar que, por vezes, não é por falta de informação que a gravidez acontece, mas por haver um real desejo de engravidar para dar um sentido a suas vidas, como será evidenciado posteriormente nas falas de algumas adolescentes, sujeitos deste estudo.

Gravidez precoce no contexto da família: construindo o apoio social

O momento da descoberta da gravidez é relatado com ênfase nas reações da família. Diferentes sentimentos dos familiares são evidenciados tais como surpresa, sendo como um “choque” para os familiares, por ser um acontecimento inesperado, abrindo espaço para

manifestação de conflitos que, por vezes, podem se tornar duradouros, não aceitando a gestação, ou passageiros, conformando-se à nova situação.

Nossa, minha mãe ficou uma onça. Nossa Senhora! Ela ficou muito brava, ela não queria de jeito nenhum, disse que eu não tinha condições de cuidar de mais um filho... Essas coisas (4).

É, tem que assumir. Porque a minha mãe ficou meio chocada!(9)

O que foi mais difícil, quando descobri que estava grávida: foi minha mãe! Mais aí passou né, ela não ficou muito nervosa, mas ficou sem conversar comigo uns dias, mas depois ficou tudo certo, ela me deu bastante apoio!(12).

Foi um choque! Mas depois que nasceu foi normal(1)'

O sentimento de conformismo, bem como de felicidade, também surge nas falas das adolescentes:

Aí eu falei só pra minha mãe, mas ela não falou nada, porque não tinha mais nada pra fazer também. Acho que ela contou pro meu pai, mas ele também não falou nada pra mim (3).

Minha mãe ficou feliz, porque eu já estava programando, né! (8)

Tal como acontece com as adolescentes quando se deparam com a gravidez inesperada, na família manifestam-se sentimentos ambivalentes. A este respeito das reações frente à descoberta da gravidez, observam Lima *et al.* (2004) que é comum a sobreposição de diversos sentimentos e atitudes e a necessidade de uma reorganização interna.

Silva e Tonete (2006); Pinto e Marcon (2012) corroboram a ideia sobre as reações que os familiares têm com relação à gravidez indesejada na adolescência, onde evidenciam que alguns pais no começo ficam chocados e revoltados com a notícia, entretanto com o passar do tempo passam a se acostumar com a nova situação e dão apoio às adolescentes.

Importante considerar que cada família reage de uma forma frente à notícia de uma gestação precoce. A depender do momento situacional da família, pode favorecer a aceitação ou não da gestação, e com o tempo, eles passam a apoiar a adolescente e a se mostrarem prestativos nos preparativos com a chegada de um novo integrante na família. Tal processo pode ser identificado nas falas das adolescentes, revelando momentos de conflitos e até mesmo aproximações entre os entes.

Ah, ajuda..Ueh... A minha tia me ajuda com o neném, né! No começo que não sabia muita coisa e não dei banho nele, aí minha tia que dava. Ela me ajudou também a comprar as coisas pra eles. Eu não tinha dinheiro pra nada, ela que comprava leite, as coisas. Meu pai também me ajudou, agora não ajuda mais. (4)

Fica por conta do meu pai, ela tá dormindo no quarto dele!Ah, meu pai agora só fica com a neném, minha mãe também, meus irmãos! É eles agora ficam quietinho sem fazer bagunça, antes eles eram bagunceiros, agora eles ficam todos quietinhos para não acordar a neném. (1)

Agora, mudou demais, nossa, de primeiro eu e meu pai não conversava, depois que ele nasceu acabou, converso com ele normal, nós ri, brinca, nossa acabou. Ele trouxe paz pra essa casa. Nossa eu e meu pai só brigava, por causa de ciúmes, ele não deixava eu fazer nada, sair, tudo.(13)

A gente sempre reparte as atividades, quando eu cuido da roupa uma cuida da casa, é assim, só precisamos reorganizar a nossa rotina, quando ela tá pajeando, a neném quer a mãe, né!(7).

Pinto e Marcon (2012), ao estudarem a família e o apoio social recebido pelas mães adolescentes e seus filhos, identificaram que as reações de repressão e não aceitação da gravidez precoce foram expressas mais pelos pais das adolescentes.

De um modo geral, a família tende a se reorganizar para oferecer o apoio social à adolescente, o que na maioria das vezes advém das mães, irmãs e sogras. Vale considerar o universo feminino, sustentado por ligações afetivas e de proximidade em que as mulheres ajudam outras mulheres, tendo participação decisiva no aconselhamento, apoio e no cuidado à mulher nos processos reprodutivos e nos cuidados com o recém-nascido, tal como observado por Stefanello (2008) no estudo sobre o cuidado com a alimentação da criança, sendo a participação masculina predominantemente como provedor.

Na Análise da Escolta Social aplicada neste estudo, observou-se essa prerrogativa, quando as adolescentes referenciam que as pessoas do sexo feminino são a maioria dos integrantes de suas redes de apoio social. A figura feminina também é dominante no apoio ao idoso, conforme verificado por Paula-Couto *et al.* (2008, p. 499) em que se utilizou a escolta social dos idosos, na qual “todos os respondentes indicaram um número maior de mulheres do que de homens entre os primeiros dez integrantes da rede por eles mencionados”.

Conforme cita Schwartz, Vieira e Geib (2011, p.2579), “o apoio social oferece a proteção da pessoa e algum evento da vida que possa lhe imputar sofrimento. No caso da gravidez inesperada e em idade precoce, os mecanismos de proteção mais efetivos são geralmente buscados no núcleo familiar e nos contatos sociais”.

Minha mãe e minha avó faz tudo pra mim, o que eu precisar. É muito bom (13).

Tudo né, minha mãe fica com ela pra eu fazer as coisas, sabe, tem vez que eu vou sair ela fica com ela (7).

Minha mãe! Todo lugar que eu ia ela ia junto né, nos médico ela ia, quando eu ia a algum lugar ela ia junto, quando acordava de madrugada, para não tomar friagem ela levantava também para vê se estava tudo certo, era desse jeito!(3)

No começo foi mais difícil agora está bom. Só a minha mãe mesmo que me ajuda no começo fiquei mais cansada! É ela faz de tudo e tudo que pede ela dá!(12)

Identifica-se que as dificuldades oriundas da maternidade na adolescência são exacerbadas, quando ocorre a falta de apoio do parceiro, muitas adolescentes sentiam tristeza,

solidão e passaram por dificuldades financeiras com a falta de compromisso dos pais das crianças, como se observa nas falas abaixo:

Ele não deu pensão... Era prá ele dar quatrocentos reais, ele deu só cento e sessenta. Na hora que foi contar o dinheiro, tava é faltando. Porque oh! Não sei lê, não sei escreve, não sei nem contar dinheiro. (4)

Porque o pai, não faz nada não. [...] liguei para ele e falei para ele que está acabando as fraldas e ele falou que vai mandar o dinheiro. (12)

Ah tá meio difícil, com o negócio do pai dele, né! Porque ele não vem vê, ele não da pensão, às vezes que ele veio vê foi antes do batismo dele. (13)

[...]eu queira que ele assumia, eu registrei só no meu nome só!(12).

A presença do parceiro é fator que contribui para o estado emocional da adolescente, sendo que sua ausência ou presença conflituosa pode gerar estresse e sentimentos de tristeza e medo na adolescente, como observado na fala:

Nós dois largou uma semana antes de eu descobri que eu estava grávida. Aí largou e acabou! Não voltamos mais depois disso (...)Nós ficamos tempo sem falar um com o outro, que meu pai foi lá e queria bater nele e foi aquela confusão, o meu pai humilhou ele, falou umas coisas para ele, aí eu não procurei saber dele porque ele era obrigado a dar uma pensão para mim, né! A minha gestação toda, nem fui atrás, não procurei, nós só voltamos a conversar quando eu estava quase para ganhar a neném. (7).

Na atualidade, o homem além de ser cobrado quanto aos atributos tipicamente masculinos como provedor, conforme refere Souza (2008), espera-se que este tenha um olhar mais sensível e uma atitude de colaboração e de cuidado para com a parceira e com o filho, o que se constitui de uma participação importante na criação e educação do filho.

Mesquita *et al.* (2011), no estudo realizado com adolescentes sobre a importância ou não da presença do parceiro na maternidade precoce, identificaram unanimidade nas respostas dos sujeitos da pesquisa a respeito da importância da presença do parceiro, gerando segurança, com a divisão da responsabilidade de cuidar e educar os filhos, apoio, minimizando o medo de uma gravidez precoce e auxiliando na superação de todas as mudanças físicas e psicológicas que ocorrem na gestação e são acentuadas na gestante adolescente.

No presente estudo, identifica-se que perpassa também nas falas das adolescentes o desejo de junto ao parceiro constituir uma família.

Principalmente também, com filho, porque tem muitas mães, né, que o pai não assume, né?! Não assume. O meu marido assumiu. Eu gosto muito. Fico muito feliz (9)

[...] nos só juntamos! Ah, é mais fácil! Casar gasta muito! É bom assim ficar juntos (10).

As adolescentes passam a viver com seus parceiros sem necessariamente oficializar o casamento. Esta é uma realidade cada vez mais comum, e a gravidez precoce é um evento que tem precipitado tais decisões. Algumas adolescentes sentem dificuldade de adaptar-se à vida a dois, principalmente quando tem de sair de casa e morar em outras residências, com outras pessoas.

[...] na casa da minha sogra, aí nos morou aqui, até o neném nascer. Ai o neném nasceu nos continuou aqui, [...] primeiro foi difícil, né! Outra casa, outras pessoas (9).

Estudo realizado por Costa *et al.* (2005), sobre a gravidez da adolescente e a corresponsabilidade paterna, observou que houve uma mudança significativa na situação conjugal entre as adolescentes pesquisadas, onde a situação de coabitação com a denominação de casadas sobressaiu perante a situação de solteiras. A assunção da paternidade representa para o homem tornar-se responsável, quando se tornam homens ao assumir o que fez, demonstrando a necessidade de casar e morar juntos diante de uma gravidez indesejada.

Analisar tal questão no sentido mais amplo de nossa sociedade nos remete à ideia de que estamos diante de uma maior flexibilidade de aceitação de outras formas de configuração das relações amorosas, tal como considerada por Araújo (2002) que evidencia que, embora o casamento formal, heterossexual com fins de constituição da família continue sendo uma referência e um valor importante, hoje se convive com outras formas de relacionamento conjugal como as uniões consensuais, os casamentos sem filhos ou sem co-habitação e também as uniões homossexuais.

Independente da configuração do relacionamento conjugal, o que as adolescentes esperam é o apoio social vindo do parceiro, ou de outros membros da família, o que inclui o apoio material, de informação e auxílio nas atividades diárias com o recém-nascido, principalmente nos primeiros dias de vida, quando a adolescente se depara com as responsabilidades e exigências de uma maternidade.

Eu precisei de ajuda no começo pra dar o banho e realizar os cuidados com o neném, porque tinha a minha filha também, aí ficava difícil. Ela ficou com muito ciúmes no começo, depois aceitou melhor. Agora preciso que eles fiquem com elas a noite pra poder ir estudar, né! (14)

A mãe do meu marido, minha sogra, né! Ela me ajudou, ela me ensinou a dar banho, a trocar, cuidar do neném certinho. Agora eu que estou fazendo! (9).

Ih, minha mãe olha ela de noite, se precisar de alguma coisa minha mãe ajuda, minha mãe dá dinheiro para comprar as coisas pra ela, minha mãe ajuda muito em muita coisa! (1)

Minha mãe, minha irmã, minhas tias e minha sogra, assim, quando nós precisa, sempre ajudam! (2)

Esse tipo de apoio social recebido pelas adolescentes e oferecido pelos familiares mais próximos é essencial para o desenvolvimento da gestação e da maternidade, na qual essa ajuda pode ser classificada em três tipos: o apoio emocional, afetivo e de informação (RIBEIRO, 2009).

É possível identificar ainda, nas falas das adolescentes, o apoio social instrumental, onde a família da adolescente é a provedora dos gastos com o recém-nascido.

É ela (mãe) que compra as fraldas, ela que compra as coisas para ela! (12)

Quando eu preciso de alguma coisa eles(os pais) que compram, daí tem as fraldas da Mônica, quando acaba eles vai lá e compra, compram remédio, compram supositório quando ela não faz cocô! (1)

Porque assim a família ia ajudar né, a comprar, aí me ajudaram. (2)

Tal como verificado por Pinto e Marcon (2012), na pesquisa realizada sobre o apoio social recebido pelas mães adolescentes, neste estudo identificou-se que o apoio social recebido pelas adolescentes foi oferecido pela família de origem e também, de forma menos expressiva, pela família do parceiro, particularmente pelas mulheres na divisão de responsabilidades, ajuda com os afazeres domésticos, ajuda nos cuidados com o recém-nascido e nos cuidados no puerpério. A ajuda feminina se destaca em termos da contribuição para que a adolescente se construa no papel de mãe, estando em consonância com o valor social da maternidade na sociedade. Outras formas de apoio recebido pelas adolescentes por meio das mulheres como também dos homens foi o instrumental, aquele relacionado com as questões financeiras e ainda o apoio social, evidenciado pelas manifestações de afeição, aprovação, simpatia, amor e preocupação dos familiares.

7.3.3 O cuidado com o bebê e a prática do autocuidado no pós-parto

Na categoria temática central sobre “O cuidado com o bebê e a prática do autocuidado no pós-parto”, discorre-se a respeito de como as adolescentes significam suas vivências diante do cuidado materno das implicações para a sua vida e para o seu filho(a), bem como a maneira como elas vivenciam o cuidado com elas mesmas no puerpério. Na análise das falas, depreenderam-se dois núcleos de sentido: *O cuidado materno pela adolescente: da dificuldade ao prazer e O autocuidado na construção do ser mãe adolescente.*

O cuidado materno pela adolescente: da dificuldade ao prazer

A maternidade exige que a adolescente realize uma reestruturação e um reajustamento pessoal e social em sua vida, tida anteriormente como adolescente-filha, agora passa a ser considerada mulher-mãe. Essa transformação repentina na vida social e na personalidade da adolescente pode gerar dificuldades para adaptação a essa nova fase como cita Bergamaschi e Praça, (2008), fato este que se pode observar na fala das adolescentes:

No começo foi mais difícil agora está bom só a minha mãe mesmo que me ajuda, no começo fiquei mais cansada. (12).

Ah! Foi meio chato, ela chorava demais uai! Agora ela não chora muito não, mas no comecinho, Deus me livre!(10).

Ah! Mudou muito, porque antes eu gostava de sair e agora eu não saio mais (1)

As dificuldades apresentadas pelas adolescentes, muitas vezes, estão relacionadas ao cuidado com o filho, uma vez que demanda muita dedicação, paciência e conhecimento para realizar os cuidados com êxito. O cuidado materno é percebido pela adolescente como algo que deve ser realizado com perfeição e, diante dessa cobrança e das dificuldades, podem surgir momentos de desesperos e de medo que se apresentam como manifestações comuns pelas adolescentes.

Eu não sei o que ela tem, ela fica só chorando, chorando, aí eu fico nervosa e dou ela pra minha mãe[...] Dava vontade de deixar ela na cama e sair pra rua (12).

[...] era ela que dava banho, porque eu tinha medo (7)

Eu tinha medo [...] Porque ela era muito pequenininha e eu não dava conta de pegar ela. (1)

Eu fiquei com medo só de dar banho nele, que ele é molinho. (4)

Por enquanto não estou dando banho não, porque eu tenho medo, por causa do umbiguinho, aí a minha vó que estava dando, aí caiu hoje agora é provável que eu já vou começar a dar banho nela (2)

No cuidado com o filho, principalmente nas fases iniciais, as adolescentes se deparam com realidades que, apesar de difíceis de serem transpostas, é possível superá-las. A este respeito, Andrade, Ribeiro e Silva (2006, p.32) observaram que o “cuidado físico, como dar banho, alimentar ou trocar o bebê” são atividades que as adolescentes conseguem desenvolver sem dificuldades, desde que oportunizado a elas condições para desenvolver as habilidades e segurança na realização do cuidado.

Tal realidade é apresentada pelas adolescentes, sujeitos deste estudo. Diante da dificuldade, muitas adolescentes referem procurar ajuda na maioria das vezes de pessoas de

sua rede de apoio mais próxima e com quem têm maior vínculo, ou seja, as suas mães, sogras e avós. Fato também observado na Análise da Escolta Social em que a figura feminina se mostra como agente dominante no apoio às adolescentes.

Sempre alguma coisa assim que ele tava chorando e que não sabia eu perguntava pra ela (sogra) e ela me dizia, né. Na papinha, mesmo que eu não sabia o que dar pra ele.. ela me ajudou.(9)

Agora eu que estou dando os cuidados, antes eu tinha medo de derrubar ela na banheira, aí a minha mãe que cuidava mais!(12)

Quem deu banho primeiro foi minha mãe, né! A minha mãe, a madrinha dele, as outras madrinhas dele todos me ajudou! (13)

Minha mãe que cuidou nos primeiros dias, até umas duas semanas. (7)

Tal como verificado por Ribeiro (2009) em sua pesquisa, a figura da mãe da adolescente é referência de apoio para os cuidados com o recém-nascido.

Dentre outros problemas que enfrentam, foram incluídos os de ordem financeira, considerando a questão de não terem terminado os estudos e não terem condições de trabalhar e serem independentes para prover o sustento de seu filho.

Ogido (2011) encontrou em seu estudo que, do total de oito adolescentes, todas antes da gravidez tinham o plano de prosseguir os estudos, cursando uma faculdade e também de continuar trabalhando, entretanto com a gravidez apenas três prosseguiram os estudos, e o restante interrompeu durante este período. Observa-se ainda que todas relataram que aumenta a dificuldade com filhos na inserção no mercado de trabalho, na qual algumas atribuem essa dificuldade na falta de apoio social no cuidado ao filho, como a necessidade de creches e principalmente familiares que assumam o cuidado com a criança. No presente estudo, observam-se nas falas das adolescentes tais premissas:

Eu não tinha dinheiro pra nada, ela que comprava leite, as coisas [...] Tô correndo atrás de serviço, parece que eu não consigo, parece que tem uma cruz, é, me segurando. Nossa... Minha vida tá um inferno (4).

Agora tá difícil pra arrumar emprego, nossa não tô conseguindo arrumar. Ih, já fui em um monte de lugar e não consigo arrumar (2).

Convivem ainda com a dificuldade de articular as atribuições da maternidade com as de âmbito profissional e, muitas vezes, sobrecarregando-se, o que reflete na sua saúde. É o que se identifica na fala da adolescente 13 que referiu voltar a trabalhar após licença-maternidade, e o cansaço físico, algumas vezes, a impedia de realizar o cuidado materno durante a noite.

Depende o dia que assim, que eu vejo que eu tenho o sono muito pesado, que eu não vou conseguir levantar, minha mãe levanta. Essa noite mesmo minha mãe levantou a hora que ele acordou, porque a hora que ele acorda ele não chora, ele resmunga e minha mãe tem o sono leve e eu tenho o sono pesado, eu não acordo com nada!(13)

Frente a essas dificuldades é que o apoio social familiar se apresenta como um alento às aflições e dificuldades das adolescentes, tanto perante os cuidados com o recém-nascido, como com as preocupações de prover condições mínimas da ordem financeira para criar o seu filho com êxito.

Ih, minha mãe olha ela de noite, se precisar de alguma coisa minha mãe ajuda. Minha mãe dá dinheiro para comprar as coisas pra ela, minha mãe ajuda muito, em muita coisa!(1)

É! No começo foi mais difícil agora está bom só a minha mãe mesmo que me ajuda no começo fiquei mais cansada!(12)

Sobre o apoio familiar às adolescentes, Bergamaschi e Praça (2008) consideram que este possibilita que as jovens mães superem as adversidades do cuidado com o recém-nascido, favorecendo o desenvolvimento de sua própria competência e possibilidades de amadurecimento e desenvolvendo segurança frente ao papel da maternidade.

As mães das adolescentes são, na maioria das vezes, as principais referências de apoio na prestação de orientações sobre o cuidado materno. É com base nestas orientações que as adolescentes buscam se organizar para estabelecer uma rotina no cuidado com o bebê. Nesta direção, Silva *et al.* (2009) identificaram, em seu estudo, que as adolescentes tendem a estabelecer uma rotina, uma regularidade do cuidado na tentativa de melhorar e facilitar as ações relacionadas ao cuidado com o bebê e às atividades domésticas, fato também observado no presente estudo.

O banho eu dava banho nela cedo, fechava a casa todinha para não entrar vento. (8)

Banho nele eu que dou, ele costuma das nove até a uma, a hora que ele acorda eu dou banho nele. E agora como está calor, eu dou um banho na parte da manhã e um lá pelas cinco horas, cinco e meia da tarde! (13)

Eu dou banho às 13 horas, porque é melhor, depois ela dorme o dia inteiro. (12)

Dentre os cuidados maternos, apesar da amamentação ser reconhecida socialmente como fundamental à saúde da criança e ao seu bom crescimento e desenvolvimento, esta prática tem se mostrado na população brasileira em geral aquém do recomendado pela Organização Mundial de Saúde - OMS, e particularmente entre mães adolescentes o desmame precoce se apresenta em maior frequência.

Souza *et al.* (2009), ao verificarem o cenário do desmame precoce entre adolescentes, perceberam que o desmame precoce esteve relacionado a sentimentos de insatisfação com a amamentação e sentimentos de preguiça para a realização dessa prática. Os problemas mamários, a dificuldade de pega do recém-nascido, a ocorrência de infecções e as influências culturais e dos familiares contribuem para o desmame precoce.

Contrariamente a esses estudos, Frota e Marcopito (2004) não identificaram grandes diferenças entre a prevalência de amamentação aos seis meses de mães adolescentes (71,3%) e adultas (77,4%), atribuindo esse dado às campanhas de conscientização e práticas de incentivo ao aleitamento materno. Vale considerar que o presente estudo não teve como objetivo analisar a prevalência de aleitamento materno no grupo. No presente estudo, identifica-se na fala das adolescentes que a amamentação é significada como um ato de amor e carinho, na qual o estímulo familiar foi fator contribuinte para essa prática.

É gostoso amamentar, igual minha mãe fala, tem que amamentar. (12)

Sobre a prática da amamentação pelas adolescentes, fato a ser considerado é o de uma adolescente que tem uma filha com um ano e seis meses e uma de dois meses que, apesar das dificuldades em amamentar o bebê menor, uma vez que a outra filha ainda está amamentando, ela tem conseguido conciliar o aleitamento materno, pois entende a sua importância.

Sempre que ela chora, fica procurando, aí eu dou mama para ela,(...), mas não tem jeito né! Tive que dividir o peito também, porque a maior ainda mama e a menor precisa também, tem hora que é difícil de lidar com isso, a maior começa a chorar pedindo e vê eu dando pra outra, aí fica difícil(14)

Inicialmente as adolescentes sentem dificuldade e medo perante os desafios, buscando auxílio e apoio de seus familiares e à medida que se sentem mais seguras frente ao seu desempenho para dar o cuidado ao filho(a), o medo dá lugar ao prazer.

É gostoso, né! Tem que passar um nervosinho às vezes, né! Assim, antes, pra que depois dê certo. Nossa e quando eu vejo ele dormindo então, nossa senhora é gostoso mesmo. Está sendo gostoso, é muito bom ser mãe. (9)

Tudo é bom, trocar é gostoso, dar banho é gostoso. Brincar com ele é gostoso tem hora que a gente deita com ele na cama nos quase morri de rir dele de tanta gracinha que ele faz! (6)

Pensei que seria mais difícil! Mas não é não! Que nem o povo falava, não foi não! É bom!(12)

A valoração da maternidade como evento prazeroso para a mulher advém de uma construção histórico-social. A este respeito, observa Badinter (1985) que foi atribuído à maternidade, no decorrer dos tempos, diferentes significados e compreensão. No século XIX,

a maternidade foi concebida como um sacerdócio, que causa felicidade, mas que traz dores, sofrimentos, sacrifícios e dificuldades. A feminilidade e maternidade são construídas socialmente como sinônimos, sendo a maternidade percebida como algo natural, que é próprio da mulher, numa sintonia entre a natureza da mulher e a função de ser mãe.

Na atualidade, conforme cita Nakano (2003), ainda ressoa a ordem social construída ao longo da história. Às mulheres um lugar específico lhes é atribuído dentro da sociedade, o de ser fértil e de cuidar do filho gerado, com a responsabilidade de garantir a sua sobrevivência e formação, o que foi observado no presente estudo, no qual as mães adolescentes sentem a responsabilidade de cuidar do seu filho e prover o seu sustento.

Tem que cuidar direitinho, né! Ah, não deixar sujo né! Cuidado para não assar, para não fica cheirando, passo o creme nela, dou banho, passo lenço, na hora que vou limpar a orelhinha dela passo soro fisiológico, depois coloco o soro pra limpar dentro do umbiguinho dela (1)

Trocar fralda eu sei trocar certinho! Eu passei pomadinha, lavei bem, limpar assim, limpei bem, sequei bem! (9)

O ser mãe na adolescência é uma experiência singular, na qual a adolescente se constrói enquanto ser social, como mulher e mãe. No dizer popular, é uma experiência que possibilita criar responsabilidade.

Primeiro eu pensava “vou levar no médico” que eu tinha muita vergonha. Eu falei “tem que superar, é meu filho, eu que tenho que levar, eu que vou ter que cuidar. Tem que ser eu! Eu tenho que jogar a vergonha fora”. Aí meu marido leva eu, aí eu que entro lá dentro no médico, eu que levo ele! (9).

A este respeito, Mazzini *et al.* (2008) consideram que as adolescentes ao assumirem suas responsabilidades e passarem a se sentir mais seguras e confiantes na sua capacidade de ser mãe, a maternidade adquire significado positivo, em função da conquista da autonomia, a qual está diretamente relacionada com a passagem para a vida adulta.

As mesmas autoras analisam que, quando a maternidade passa a ter o significado de ganho para as adolescentes estas:

“passam a canalizar toda a sua energia na convivência cotidiana com o filho e sentindo-se importantes quando têm seu amor correspondido. Enfim, elas referem que se sentem mais seguras e confiantes nas suas capacidades, evidenciando que a maternidade contribuiu para o amadurecimento psicológico (p.501).

Tais aspectos podem ser apreendidos nas falas das adolescentes abaixo apresentadas:

É bom cuidar de filho. Eu pensei que era ruim, né! [...] depois que eu vi ele, assim, a carinha dele, é uma emoção grande assim. Ter aquele filhinho ali, eu que vou ter que cuidar ele vai crescer, vai chamar eu de mamãe. Vai ser bom. Aí agora tô adorando. Sentindo uma mãezona! Ah, é bom cuidar de neném (...). Olhar pra ele de vez enquanto a gente pensa assim, nossa eu que tive um filho assim,

pequeninho.. tem que cuidar, depende de mim, né! Eu penso assim, está sendo gostoso, é bom. Nossa e quando eu vejo ele dormindo então.. nossa senhora é gostoso mesmo, é muito bom ser mãe (9)

Agora está bom, está mais tranquilo, eu antes não tinha paciência, mas agora está melhor!(12)

Eu que queria cuidar dela, minha avó, minha sogra ofereceu para cuidar, mas eu que queria cuidar dela (8).

Segundo Emidio, Hashimoto (2008), a posição social de ser mãe é privilegiada, uma vez que esta lhe garante certo *status* na sociedade. Tal perspectiva se mostra presente entre as adolescentes quando observam que a maternidade trouxe mudança na sua posição perante a sociedade, agora elas se veem como mulheres que têm filhos e uma família.

Ah, é bom, né! Porque agora eu já tenho os dois, né e eles são meus.. eu era muito sozinha. Morava com a minha avó e depois que tive os meninos eu tenho uma família, né!(5)

Nessa direção, concordamos com Mazzini *et al.* (2008) que a gravidez-maternidade na adolescência é uma etapa do ciclo vital que não pode ser vista como um acontecimento isolado, mas como um evento que ocorre em um contexto histórico-social no qual a vida da jovem mãe ou da nova família se desenrola e como tal, o apoio social é fundamental para que estas possam se construir como mães.

O autocuidado na construção do ser mãe adolescente

No puerpério, a adolescente se vê diante da necessidade de readaptação física, mas também emocional e social, tanto em relação ao cuidado com o bebê como diante das modificações em seu corpo que retorna à condição pré-gravídica e na construção do espaço afetivo e social na relação mãe e filho, em seu contexto relacional familiar. Neste sentido, observam Acosta *et al.* (2012) que o puerpério, para muitas mulheres, se constitui de um período difícil, sendo necessárias ações de autocuidado diferenciais que visam à proteção e manutenção da saúde.

Por ser a maternidade um processo natural e fisiológico do ciclo vital, as adolescentes, ao serem questionadas sobre o seu estado de saúde, todas referiram que estão bem.

Ih agora eu estou muito bem!(1)

Eu estou bem, não estou sentindo nada, porque eu não tive nada depois (5)

Não sinto nada, esta bem já caiu os pontos tem vez que cai algum ainda!(12)

Atrelado ao fato de se sentirem bem no puerpério, não requerem para si nenhum cuidado e atenção especial, o que pode contribuir para certo déficit de autocuidado nesta fase do ciclo gravídico-puerperal. Observa-se que muitas deixam de cuidar de si mesmas em detrimento do cuidado com o seu filho, como se observa nas falas:

Cuidado, cuidado, ih, eu não, nem cuida de mim direito não! Dou mais atenção, tempo pra ele mesmo, ele precisa mais de mim.(9)

Ah, eu me cuida, como bem, agora tô tomando remédio, fui no médico, tá tudo bem comigo, o que importa mesmo é ele, eu levo ele todo mês no pediatra, certinho... ele tá bem (11).

A questão de o cuidado materno ser mais importante para a adolescente do que o autocuidado está relacionada com o caráter cultural do amor materno, de que a mãe necessita para garantir a saúde de seu filho que é indefeso e assim torna-se uma boa mãe. Tais achados corroboram os evidenciados por Silva *et al.* (2009) onde identificaram que a preocupação da puérpera adolescente com a própria saúde está relacionada à função materna de prover o cuidado ao seu filho. Neste sentido, Dias e Teixeira (2010) consideram que o cuidado de si está vinculado às demandas do recém-nascido, não dando o real valor em se cuidar.

Minha mãe fala pra eu me cuidar, comer bem, essas coisas (12)

Eu me cuida bem, como bem, tomo banho, me cuida, minha tia fala pra eu me cuidar pra poder cuidar dos meus filhos (4).

Identifica-se que o apoio social familiar na maternidade precoce é fundamental não somente como alerta à jovem mãe para que dispense atenção para a sua saúde, sustentada na prerrogativa de que da saúde dela depende a saúde da criança, mas em termos de possibilitar condições para o autocuidado.

Minha vó que cuidava dos meus pontos assim com álcool! Eu 'não vó, deixa que eu curo'. Ela 'não!'. Ela pegava aquele álcool 70%, com algodão e passava bastante para curar. [...] eu falava 'não vó, eu curo! Eu vou no banheiro, eu pego um espelho, eu curo' e ela 'Não, você não cura direito' (5)

Minha mãe falou 'toma cuidado para não cair, não comer coisa salgada'. Não comer coisa salgada para não aumentar a pressão. Aí é assim, umas coisinhas básicas ensinou a minha mãe! Minha mãe me deu bem apoio (9).

O puerpério, embora seja considerado um processo fisiológico, não é isento de riscos e complicações. No grupo de adolescentes, manifestações como cólicas, dor nas pernas, fraqueza, dor na episiorrafia e na incisão da cesárea deram outras especificidades na realização do autocuidado, como se observa nas falas abaixo:

É eu tomei banho sentada uns três dias, porque eu fiquei muito fraca depois que eu ganhei ela, nossa passada. Não tinha força pra fazer nada, aí foi um pouco difícil, sabe (8)

Minha perna, essa perna aqui olha, por causa dos pontos do lado de cá, acho que inflamou, e essa perna minha aqui travava, nossa não conseguia nem andar (10)

Peguei bactéria, na cesárea, ficou vazando (1)

Inflamou por dentro tudo em mim, infeccionou o ponto que me deram!(11)

É diante dessas situações que se reconhece o puerpério como fase merecedora de atenção e cuidado por ganhar a conotação de risco à saúde. Vale considerar que, no passado, era uma fase temida pelo adoecimento e morte das mulheres e, portanto, era a mulher cercada de cuidados no sentido de protegê-la de adoecer ou de ter recaídas (STEFANELLO, *et al.*, 2008). Na atualidade, muito se perdeu quanto às práticas de cuidado, por serem entendidas até certo ponto como um exagero desnecessário.

No presente estudo, pode-se identificar que o cuidado no puerpério se estabelece e se resolve no contexto da família e apenas em situações de agravamento do estado clínico é que reconhece ser necessária a busca por ajuda no serviço de saúde, como observado no relato da adolescente sobre a fase puerperal vivenciada.

Eu não conseguia levantar, era só dor de cabeça, ficava indo no hospital todo dia tomar soro, era na médica quase toda semana, que eu não tava aguentando minha dor de cabeça, não passava, eu era desanimada sabe! Aí depois que eu operei da apendicite, que tirou os pontos, passou uns sete dias tirou os pontos, aí fui eu que comecei a cuidar dele! [...] depois que eu também operei da apendicite, aí melhorou!(3)

Pode-se depreender das falas das adolescentes que a grande preocupação com o cuidado no puerpério é a precaução de não engravidarem novamente, demonstrando interesse em buscar informações sobre os métodos contraceptivos.

Mais assim, existe algum remédio (anticoncepcional) que a gente pode tomar quando está amamentando?(2)

Fui (no médico) para pegar anticoncepcional, né! (6)

Ah, estou tomando remédio agora! Para não engravidar, agora tomo Microvilar (10)

Nesse momento observa-se certa preocupação sobre a anticoncepção, fato este importante, pois denota que as adolescentes estão preocupadas consigo mesmas e se cuidando.

A prática do autocuidado é exercida por algumas adolescentes, como se verifica nas falas:

Se cuidar é: Eu tomo banho certinho, cuido do meu corpo, não deixo absorvente jogado, eu enrolo, coloco na sacolinha, tacho no lixo (4).

Uche.. Tô cuidando bem de mim.. Só meu cabelo assim que tá ruim... Eu como demais, não sei porque não engordo, vó passa no médico e ver porque eu não engordo (1)

A prática do autocuidado foi observada em muitas falas das adolescentes, algumas com mais dificuldades no começo, em detrimento do parto, e outras se sentiram bem e com condições de se cuidarem. Verifica-se que, para o exercício do autocuidado, as adolescentes necessitam de apoio e incentivo dos familiares, orientando sobre quais atividades que devem ser realizadas e ressaltando a sua importância.

Outro fator a ser considerado na temática sobre o autocuidado é a capacidade de a mãe adolescente se adaptar à sua nova vida, colocando-se como a mãe mantenedora do lar e ainda desempenhando o seu papel materno, ao exercer as suas funções. Não obstante relaciona-se a questão da sua inserção ou reinserção no mercado de trabalho, quando as mães adolescentes, agora “jovens adultas”, se deparam com a necessidade de prover o sustento de seu filho, ou ainda de retornarem aos seus estudos na esperança de dar melhores condições de vida aos seus filhos.

No presente estudo, na Análise da Escolta Social verificou-se que a grande maioria das adolescentes antes de engravidarem exercia somente “bicos”, atividades informais, sendo que somente uma delas citou que estava trabalhando no setor têxtil, permanecendo ainda na sua atividade após a licença-maternidade. Outras não manifestaram o desejo de trabalhar ou de retornar aos estudos com a justificativa que tinham de cuidar de seus filhos e que sentiam “dó” de deixá-los sozinhos, como se observa:

No começo elas (mãe e avó) me ajudaram, mas agora eu que faço tudo. Só na hora assim que eu tô trabalhando que ele fica com a minha mãe (13)

Tenho muita “dó”, minha irmã disse que vai olhar ela para mim, mas não sei (12)

Ah, por enquanto não, vou esperar fazer cinco mês primeiro para ver como vai ser tirar do peito (11)

Para outras mães adolescentes, a sua reinserção no mercado de trabalho ou até mesmo o retorno aos seus estudos se deu naturalmente, principalmente para aquelas que tinham a família ou o parceiro como apoio social que lhe deram condições para tal iniciativa.

Para a adolescente 14, apesar da reincidência da gravidez na adolescência, ela terminou o ensino fundamental e ingressou em uma faculdade, fato este de grande relevância, pois denota que quando o apoio social é bem-sucedido possibilita à adolescente dar continuidade às suas atividades e realizar os seus sonhos.

8 ANÁLISE DOS RESULTADOS À LUZ DO REFERENCIAL TEÓRICO

A maternidade na adolescência e o apoio social da família

Propõe-se neste estudo compreender o apoio social da família à adolescente frente à maternidade, especificamente no cuidado da criança e no autocuidado no puerpério. Partiu-se do pressuposto de que a maternidade na adolescência se apresenta como um momento de crise, o que implica na necessidade de reestruturação e reajuste pessoal e social em que o apoio social familiar é fundamental para a superação das adversidades no cuidado materno e autocuidado, bem como possibilitando à adolescente construir a identidade materna e a oportunidade de redesenhar seu percurso para a vida adulta.

Na amplitude do campo de investigação, considera-se importante analisar como a maternidade precoce se apresenta na vida das adolescentes e no contexto da família em termos de sua estrutura e funcionalidade.

A grande maioria das adolescentes, sujeitos deste estudo, era primípara, cursara até o nível fundamental, no momento da gestação não exercia nenhuma atividade laboral e residia com o parceiro. A gestação se apresentou como evento indesejado, o que tendeu à realização de um pré-natal tardio, como observado neste grupo de adolescentes em que a maioria iniciou depois da 30ª semana de gestação. Outro fato a ser considerado é que a maioria teve via de parto cesariana, o que se acredita estar relacionado com a visão de risco que acompanha a gravidez nesta faixa etária, apesar dos grandes avanços tecnológicos no cuidado à saúde no ciclo gravídico-puerperal.

A ocorrência da gravidez na adolescência demarca um rompimento com os sonhos e planos pessoais das adolescentes, o que requer delas um esforço para adaptação às mudanças físicas, emocionais e sociais. Como observam Levandowski, Piccinini e Lopes (2008), normalmente a jovem mãe encontra-se despreparada para assumir a maternidade e, adicionalmente, encontra dificuldades em conciliar os estudos com o trabalho e demais atividades domésticas e maternas, o que impossibilita de continuar os estudos e procurar emprego, ou manter-se neste.

Para outras adolescentes, a gravidez se apresenta como um sonho realizado, um projeto para inserção na vida adulta. Observa Menezes (1996) que, na compreensão da gravidez na adolescência, deve se considerar que além de ela ser uma estratégia de inserção

no mundo dos adultos, inclui a ideologia da maternidade que envolve a todas as mulheres, independentemente da idade, e certo desamparo emocional da adolescente. Nesta mesma direção, Dadoorian (1998) acrescenta que a gravidez pode evidenciar necessidades inconscientes, podendo ser uma experiência simbólica de renascimento e como forma de preencher carências afetivas por meio do filho(a).

Particularmente considerando as adolescentes deste estudo, pertencentes à classe socioeconômica desfavorecida, tal como observa Dias *et al.* (2011), a gravidez pode ser vista como algo “natural” e inseparável da identidade feminina, estando associada ao papel de “ser mulher”. Identificam-se peculiaridades nas vivências destas jovens frente à maternidade e sejam estas positivas ou negativas, o que possibilitou o amadurecimento gradual construído no convívio com a criança. Nesta direção observa Luz (1999) que o amadurecimento para as adolescentes se estabelece à medida que se sentem aptas a desenvolver as responsabilidades próprias de um adulto, como os afazeres domésticos e cuidar da criança.

Vale considerar ainda que a gravidez, quando se insere no projeto de vida dessas jovens, pode promover o amadurecimento emocional e abrir possibilidades de maior envolvimento com o estudo, a busca e inserção no mercado de trabalho, ou até deixar de exibir comportamentos de risco tais como o uso de drogas (PANTOJA, 2003).

A adaptação à condição de mãe envolve desequilíbrios no meio relacional em que as adolescentes se inserem, ou seja, no meio familiar o impacto da transição da condição de filha-adolescente para mãe-adolescente se reveste de momentos de conflitos, conformação e até mesmo abdicação, como podemos depreender nas famílias das adolescentes deste estudo. A gravidez se apresenta como elemento surpresa, colocando os pais frente à descoberta da sexualidade das filhas. Na sociedade atual, o diálogo entre pais e filhos sobre sexo ainda está cercado de tabus e preconceitos, não havendo abertura para conversas sobre questões pessoais e íntimas, o que está vinculado ao sentimento de medo de sofrer represálias (SOUSA, *et al.* 2006) e o que se evidencia como realidade para as adolescentes deste estudo. A busca por ajuda para a troca de informações e experiências ou mesmo para compartilhar o medo ocorre na, maioria das vezes, com outros adolescentes.

Tal como acontece com a adolescente, a aceitação e até mesmo a abertura da família para prestar ajuda à adolescente é processual e gradativa. A depender do momento situacional da família, é que poderá ou não ocorrer a aceitação da gravidez e a reorganização entre seus membros para promover ajuda à jovem mãe. Neste sentido, identifica-se que apenas uma adolescente não recebeu suporte da família, tendo de fazer seu próprio enfrentamento diante das demandas da maternidade.

Pode-se constatar que a família ocupa relevante papel não só no momento presente em que estas adolescentes se encontram, mas em fases anteriores e futuras. A este respeito, Rodrigues (2012) refere que a família se constitui de uma instituição social que mesmo representada por diferentes configurações é fundamental para a sobrevivência e socialização de seus membros, atuando como mediadora entre os indivíduos e a sociedade, sendo responsável pelo suprimento das necessidades básicas por meio da distribuição de recursos.

Analisar a família em situação de puerpério e nascimento como uma unidade de cuidado e apoio à adolescente implica em conhecer como cada família cuida e identifica as dificuldades e suas forças para compartilhar com as adolescentes as responsabilidades advindas da maternidade precoce.

Pela aplicação do Diagrama da Escolta Social puderam se caracterizados a estrutura e os aspectos funcionais da rede de apoio social das adolescentes sujeitos deste estudo frente à maternidade precoce. Na avaliação estrutural, verifica-se que as adolescentes reconhecem a família como essencial no enfrentamento de sua nova condição de ser mãe, sentindo-se apoiadas para desenvolver ao seu tempo as competências para o cuidado com a criança, bem como com menos foco, orientando sobre os cuidados com a saúde no puerpério e oportunizando condições para autocuidado e nos ajustes para desempenhar outras atribuições tais como estudo e trabalho articulado às atribuições maternas. Na análise dos três círculos que compõem o diagrama, as pessoas que fazem parte da rede de suporte destas adolescentes foram posicionadas pelo grau de vínculo e proximidade sendo que estão incluídas pessoas de seu núcleo familiar como extensivo a amigas de infância e vizinhos. Não se identificou a participação do profissional de saúde.

Outro fato a ser considerado é a menção ao filho recém-nascido como parte da rede de apoio dar um sentido às suas vidas. A rede de apoio das adolescentes é constituída majoritariamente por mulheres. A este respeito, historicamente as mulheres são as geradoras do cuidado como forma de assegurar a manutenção e continuidade da vida. Para cuidar, se organizam e fazem arranjos internos, solicitam ajuda, em geral para outras mulheres, mantendo o controle, especialmente nos casos de doença e no cuidado cotidiano aos filhos pequenos e no cuidado com os idosos (OSPINA e SOTO, 2001). A participação das mulheres no cuidado de outras mulheres diante das experiências da maternidade, como observam Machado *et al.* (2004), se estabelece com base no sentido feminino de relação e vínculo que propiciam espaço para transmissão de valores e conhecimentos. De geração para geração são as mães que transmitem às filhas as mensagens que recebeu muitas vezes de sua mãe.

Sobre a funcionalidade da rede, as adolescentes se percebem apoiadas por familiares, amigos e demais pessoas, ao mesmo tempo em que se sentem bem e com capacidade de ajudar e apoiar as outras pessoas. Analisando em termos quantitativos de quem recebe como para quem oferece o apoio, verifica-se que as adolescentes não só recebem ajuda, mas principalmente são referência para oferecerem apoio a sua rede de relações. Era de se esperar que as adolescentes, diante deste momento de suas vidas, ocupassem uma posição de mais receber o apoio do que oferecer. Tal realidade apresentada neste grupo merece maior aprofundamento no sentido de compreender o fenômeno no contexto mais amplo das transformações sociais e culturais do mundo contemporâneo. Importante analisar a realidade social dessas adolescentes que passam, muitas vezes, a conviver precocemente com as experiências da vida adulta e, portanto, construindo a responsabilidade e autonomia sobre decisões e atos, condição dada ao adulto.

No presente estudo, o apoio social revela-se para as adolescentes por meio de pessoas significativas que proveem às jovens mães seus conhecimentos e suas experiências, bem como contribuindo financeiramente e ajudando nas articulações das atividades domésticas, nos cuidados maternos e no autocuidado no puerpério. Deve-se lembrar, entretanto, como referem Matos e Ferreira (2000), que o apoio social é um processo dinâmico e complexo, envolve transações entre indivíduos e suas redes sociais, o que possibilita satisfazer as necessidades sociais e de saúde, bem como prover de recursos pessoais que possibilitem enfrentar novas exigências. Nesse sentido, a descoberta da sexualidade da filha diante da concretude da gestação configura-se como um momento de crise, e ao mesmo tempo de ressignificação de valores e de reconstrução das relações interpessoais na família, alicerçadas no aprendizado e nas dificuldades a serem enfrentadas.

À semelhança do observado por Schwartz, Vieira e Geib. (2011) quanto à percepção de gestantes adolescentes em relação ao apoio recebido durante a fase gestacional, no presente estudo, o significado do apoio social no cuidado materno e no autocuidado puerperal pelas adolescentes se configura como importante no enfrentamento do medo e insegurança ante o cuidado com o filho-filha. As adolescentes têm nas mães, avós e tias as principais fontes de apoio não somente para prover informação, mas também afeto e condições materiais.

Identifica-se a participação masculina, em que a autoridade paterna se mostra, a princípio, por meio de reações de repressão e não aceitação da gravidez e, posteriormente, com o nascimento da criança a relação aos poucos se transforma em aceitação e até abdicação aos cuidados diretos com a criança, abrindo espaço para reconstrução da confiança na relação pai-filha. Tal como identificado no estudo de Luz e Berni (2010), os adolescentes relataram

dificuldades para falar sobre a gestação aos pais por medo da reação, em especial do pai da gestante. Conforme refere Luz (1999), a figura paterna representa a relação de autoridade no âmbito familiar e o respeito à honra da família.

As adolescentes se ressentem da falta de apoio do parceiro, em função das dificuldades financeiras, mas também pelo valor social de que o filho(a) tenha um pai. Nesta direção, estudo tem apontado que entre mulheres adolescentes de classes populares, como as deste estudo, na gestação e na maternidade, muitas delas não contam com o reconhecimento e o assumir da paternidade por parte do homem (LUZ, 1999). A falta de apoio e de participação do parceiro tem repercussão não somente na mãe adolescente, como observam Heilborn e Salem (2002) no estudo com adolescentes em que estas relatam solidão e isolamento, mas também com repercussões no âmbito social familiar e na comunidade em que vivem. A jovem mãe acaba, por muitas vezes, assumindo sozinha a educação do filho (LUZ e BERNI, 2010).

Frente a essa realidade é que muitas vezes a maternidade precoce é vista como um problema de saúde pública, entretanto a mãe adolescente, quando bem apoiada e amparada, seja pelos familiares, parceiro, vizinhos ou qualquer outra instituição, pode romper com o estigma no tocante a sua incapacidade e imaturidade para o cuidado materno, tornando-se uma mãe que cuida de seu filho e que se preocupa com ele, minimizando as consequências negativas para a vida da própria adolescente e para o seu filho. Durante as visitas domiciliares, pode-se observar a forma como essas mães adolescentes cuidavam de seus filhos e como elas se referiam a eles, sendo percebido um vínculo de amor e carinho entre todas as adolescentes e seus filhos, algumas se mostravam mais carinhosas, mas não minimizando a forma das outras cuidarem dos seus filhos, pois sabe-se que cada mãe, independente da sua idade, tem uma forma de tratar e de cuidar dos seus filhos, não sendo este errado ou certo, apenas diferente.

Na percepção do autocuidado, algumas mães se mostraram vaidosas, pensando no seu corpo e fazendo planos para a sua vida, outras se mostraram mais relaxadas, não se cuidando ou se importando consigo mesmo, vislumbrando somente o bem-estar do seu filho. Esse fato, de elas se importarem com os seus filhos se esquecendo de si mesmas, pode ser observado sobre vários ângulos, ao mesmo tempo em que é positivo, pois denota valorização, amor e carinho pelo filho, pode ser negativo demonstrando que a adolescente não tem a capacidade de cuidar de si mesmo e então como ela poderia cuidar de outra pessoa. O déficit de autocuidado foi observado em poucas adolescentes que, durante a entrevista, se mostraram desleixadas consigo mesmas, emergindo das suas falas a despreocupação com o autocuidado.

Apesar de existirem variações quanto à forma de cuidado realizado pelas adolescentes e quanto ao apoio social recebido, em linhas gerais pode-se identificar que a família possibilitou que a mãe adolescente fosse a protagonista do cuidado materno, incentivando-a com os cuidados, auxiliando e esclarecendo as suas dúvidas, bem como possibilitando o estímulo ao autocuidado, onde os pais das mães adolescentes instruíam e orientavam-na essa prática. Em contrapartida, a ausência do profissional de saúde merece destaque, tanto como referência de cuidado à saúde para as adolescentes quanto como mediador deste cuidado a ser ofertado pela família. Nesta direção concorda-se com Pinto e Marcon (2012) de que é preciso que o profissional de saúde reconheça a família não só como receptora de cuidado, mas no seu importante papel junto à adolescente, neste momento de especial importância, não só pela condição de saúde presente e futura, bem como esta tem reflexos sobre a saúde de seu filho(a). Assim, observam as autoras que

“o grande desafio é fazer com que a equipe de saúde estabeleça um vínculo com ela e sua família mantendo um canal de confiança para que se estabeleça um relacionamento terapêutico que a auxilie não só no cuidado ao filho, como também na formação de sua identidade, enquanto mulher” (p.157).

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A gravidez na adolescência é um tema complexo por ser marcado por acontecimentos relacionados ao crescimento e desenvolvimento humano natural, bem como a um fato intrínseco à reprodução humana, a maternidade. A ocorrência da gravidez na adolescência refere-se, muitas vezes, à concretude de um sonho e dos planos pessoais das adolescentes, na qual se observa que muitas adolescentes apesar de terem uma gestação não planejada, esta se mostra desejada e querida pela mesma, e em detrimento disso, passa a ser aceita também pelos seus familiares.

Trabalhar com gestantes adolescentes possibilitou compreender como se dá o processo de construção da maternidade e quais são as representações da gravidez e maternidade para as mães adolescentes, entendendo como se configuram a dinâmica e o apoio familiar para receber o bebê e como ocorrem o cuidado materno e o autocuidado no puerpério. Ao compreender todo o processo que configura a gravidez precoce, é possível propor recomendações que são pertinentes ao cuidado e à atuação da enfermagem na assistência aos adolescentes.

Observa-se na dinâmica familiar que, quando a adolescente se vê amparada e apoiada pela sua rede de apoio social, em especial a família, ela tende a ter um gestação mais tranquila e em detrimento disso, uma maternidade bem sucedida, garantindo o seu protagonismo frente aos cuidados com o recém nascido, bem como, com a prática do autocuidado no puerpério.

Na temática da gravidez na adolescência, observa-se uma necessidade de intensificar as políticas públicas de saúde no sentido de prevenção e promoção da saúde dos adolescentes, atuando diretamente na conscientização das responsabilidades da maternidade e paternidade, realizando orientações sobre os métodos contraceptivos no intuito de prevenir a gravidez indesejada, bem como na realização do sexo seguro de modo a prevenir as doenças sexualmente transmissíveis. A parceria entre serviços de saúde, escolas e programas sociais que envolvem adolescentes é uma forma de inserir os profissionais de saúde no ambiente de convivência dos adolescentes, abordando os adolescentes com uma linguagem acessível e de fácil compreensão.

Além de atuar na prevenção da gravidez indesejada, os serviços de saúde devem melhorar a sua atuação diretamente com as gestantes adolescentes, minimizando os riscos que podem ocorrer durante a gestação, incentivando a realização do pré-natal, oferecendo uma assistência com qualidade e resolutividade, orientando sobre todas as alterações corporais que

ocorrem no organismo da mulher durante a gravidez e, principalmente, atuando como moderadores do cuidado materno e instrutores do autocuidado no puerpério.

O apoio social dos serviços de saúde, bem como dos familiares no ciclo gravídico-puerperal é de fundamental importância para promover a saúde da adolescente e de seu filho, garantindo o protagonismo da adolescente, incentivando o aleitamento materno e orientando sobre os cuidados com o recém-nascido e a prática do autocuidado.

Os profissionais de saúde, em especial, a equipe de enfermagem, têm uma função especial na assistência junto às gestantes e mães adolescentes, pois são esses profissionais que atuam diretamente no acolhimento, no cuidado direto e como suporte na conscientização e na orientação das famílias das adolescentes.

É importante ressaltar que, além do cuidado e da assistência à mãe adolescente, os profissionais de saúde devem orientar os familiares, pois são esses que diante de uma gravidez-maternidade precoce necessitam de se reestruturar, a fim de oferecer subsídios para o apoio na construção do biopsicossocial das adolescentes para o exercício da maternidade, minimizando os riscos tanto para a mãe quanto para o crescimento e desenvolvimento da criança. No apoio social dos profissionais de saúde, é relevante considerar as singularidades das vivências de cada adolescente em seu contexto familiar, cabendo ao profissional entender qual é a melhor forma de promover esse cuidado.

Atualmente, com a estratégia de saúde da família, ocorreu uma melhoria na assistência de saúde junto às famílias, possibilitando uma melhor integração entre profissionais de saúde e o usuário, através do aumento do vínculo e da facilidade de acesso da enfermagem no cotidiano da família. Entretanto, deve-se considerar que, para que se tenha uma assistência com qualidade devem ser intensificados os investimentos e o apoio, através de políticas públicas mais efetivas que promovam condições favoráveis para o exercício profissional, além de capacitação dos profissionais de saúde inseridos na assistência junto à comunidade.

Observa-se no presente estudo, que apesar do município em questão ser bem estruturado no tocante à saúde pública, com 100% da população assistida pela Estratégia de Saúde da Família, o profissional de saúde não foi citado como apoio social das adolescentes, fato este que merece uma discussão mais aprofundada quanto à aceitação e adesão dos usuários com a estratégia de assistência à saúde oferecida pelo município, bem como questionar a forma de abordagem desse profissional de saúde e a falta de formação de vínculo profissional - usuário.

A presente pesquisa traz subsídios importantes para elaboração de programas de ação que integrem a participação ativa dos profissionais de saúde junto às adolescentes e suas

famílias, de modo a se constituírem como referência na rede de apoio social. Nessa direção, entende-se que, para além das pesquisas diagnósticas sobre a maternidade precoce na preceptiva dos sujeitos envolvidos, é importante desenvolver pesquisas de intervenção para que os profissionais de saúde possam melhor direcionar suas ações, sustentadas em evidências científicas quanto ao impacto destas ações diante da maternidade precoce, em que na maioria das vezes sentem-se impotentes para produzir mudanças, pela visão estigmatizada sobre a adolescente ou mesmo por lhes faltarem capacitação, suporte institucional e uma rede intersetorial articulada.

10 REFERÊNCIAS

ACOSTA, D. F.; GOMES, V. L. O.; KERBER, N. P. C.; COSTA, C. F. S. The effects, beliefs and practices of puerperal women's self-care. **Rev. Esc. Enferm. USP** [online]. 2012, vol.46, n.6, pp. 1327-1333. ISSN 0080-6234.

ALMEIDA, A. F; HARDY, E. Vulnerabilidade de gênero para a paternidade em homens adolescentes. **Revista Saúde Pública**, v. 41, n. 4, p. 565-72. 2007.

ANDRADE, G. R. B.; VAITSMAN, J. Apoio social e redes: conectando solidariedade e saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 7, n. 4, p. 925-934. 2002..

ANDRADE, P. R.; RIBEIRO, C. A.; SILVA, C. V. Mãe adolescente vivenciando o cuidado do filho: um modelo teórico. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 59, n. 1, p. 30-5, jan-fev. 2006..

ANTONUCCI, T. C.; AKIYAMA, H. Social networks in adult life and a preliminary examination of the convoy model. **Journal of Gerontology**, v. 42, n. 5, p. 519-527. 1987.

ANTONUCCI, T. C.; JACKSON, J. S. Social support, interpersonal efficacy, and health: A life course perspective. In L. L. Carstensen & B. A. Edelman (Eds.), **Handbook of Clinical Gerontology**. New York: Pergamon Press, p. 291- 311. 1987.

ARAÚJO, A. C.; LUNARDI, V. L.; SILVEIRA, R. S.; THOFEHRN, M. B.; PORTO, A. R. Transição da adolescência para a fase adulta na ótica de adolescentes. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 280-5, abr-jun. 2011.

ARAÚJO, M. F.. Amor, casamento e sexualidade: velhas e novas configurações. **Psicol. cienc. prof.** v. 22 n.2 Brasília Jun. 2002

ARAÚJO, V. M.; MORÉS, A.; ANTUNES, H.S.. Os dizeres das adolescentes sobre a gravidez precoce: desafios para a escola. **Revista Educação**, v.26, n.01. sp. 2001.

ARENSEN, J. D. Strengths and self-perceptions of parenting in adolescent mothers. **J Pediatr Nurs.** Aug, v. 9, n. 4, p. 251-7. 1994

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

BARBOSA, F. A.; MACHADO, L. F. V.; SOUZA, L. V.; SCORSOLINI-COMIN, F.. Significados do cuidado materno em mães de crianças pequenas. **Barbarói**. Santa Cruz do Sul, n. 33, ago-dez. 2010.

BERGAMASCHI, S. F. F.; PRAÇA, N. S. Vivência da puérpera-adolescente no cuidado do recém-nascido no domicílio. **Rev. Esc. Enferm USP**. 42(3): 454-60. 2008.

BRANDÃO, E. R.; HEILBORN, M. L..Sexualidade e Gravidez na adolescência entre jovens de camadas médias no Rio de Janeiro, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 7, p. 1421-1430, jul. 2006.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

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

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. **Marco legal: saúde, um direito de adolescentes**. Brasília: Ministério da Saúde, p. 60. 2005.

BRITO, T. R. P. **Idosos com alterações cognitivas: estudando o apoio social em diferentes contextos de vulnerabilidade social**. Dissertação de mestrado, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, SP, 2010.

BRITO, R. C. **Uso de drogas entre meninos e meninas em situação de rua: subsídios para uma intervenção comunitária**. Dissertação de Mestrado Não-Publicada, Curso de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, 1999.

BRUNO, Z. V.; FEITOSA, F. E. L.; SILVEIRA, K. P.; MORAIS, I. Q.; BEZERRA, M. F. Reincidência de gravidez em adolescentes. **Revista Brasileira Ginecologia Obstetrícia**, v. 31, n. 10, p. 480-484. 2009.

BOMAR, P.J. **Promoting Health in Families: applying family research and theory to nursing practice**. 3. ed. Philadelphia: Saunders, 2004. Disponível em: <http://books.google.com.br/books?hl=pt>. Acesso em 16 de novembro de 2010.

BULLOCK, K. Family social support. In: BOMAR, P.J. (Org.). **Promoting Health in Families**: applying family research and theory to nursing practice. 3. ed. Philadelphia: Saunders, p. 142-161. 2004.

CARVALHO, G. M.; MERIGHI, M. A. B.; JESUS, M. C. P. Recorrência da parentalidade na adolescência na perspectiva dos sujeitos envolvidos. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 18, n. 1, p. 17-24, jan-mar. 2009.

CHALEM, E.; MITSUHIRO, S. S.; FERRI, C. P.; BARROS, M. C. M.; GUINSBURG, R.; LARANJEIRA, R.. Gravidez na adolescência: perfil sócio-demográfico e comportamental de uma população da periferia de São Paulo, Brasil. **Caderno de Saúde Pública** [online], v. 23, n. 1, p. 177-186. 2007.

CHOR, D.; CRIEP, R. H.; LOPES, C. S.; FAERTEIN, E.. Medidas de rede e apoio social no estudo Pró-Saúde: pré-testes e estudo piloto. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 887-896, jul-ago. 2001.

COSTA, M. C. O.; LIMA, I. C.; JUNIOR, D. F. M.; SANTOS, C. A. S. T.; ARAUJO, F. P. O.; ASSIS, D. R.. Gravidez na adolescência e co-responsabilidade paterna: trajetória sociodemográfica e atitude com a gestação e a criança. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 3, p. 719-727, 2005.

CRESWELL, J. W. Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches. 2nd ed. **Thousand Oaks**: Sage Publications; 2003.

CRITTENDEN, C. P.; BORIS, N. W.; RICE, J. C.; TAYLOR, C. A.; OLDS, D. L.. The role of mental health factors, behavioral factors, and past experiences in the prediction of rapid repeat pregnancy in adolescence. **J Adolesc Health**.; v. 44, n. 1, p.25-32. 2009. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19101455>. Acesso em 10 de junho de 2013.

DALTOSO, D.; ALMEIDA, A. M. D.; PANOBIANCO, M. S. A Visão de Puérperas Adolescentes acerca da Atenção Pré-Natal. **Revista Enfermagem**, UERJ, Rio de Janeiro, v. 13, p.83-89. 2005.

DADOORIAN, D. A gravidez desejada na adolescência. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, vol.50, n. 3, p.60-70. 1998.

BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE (BVS). Descritores em Ciências da Saúde (DeCS). São Paulo, 2012. Disponível em: <http://decs.bvs.br/>. Acesso em 03 de janeiro de 2013.

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

DIAS, A. C. G.; PATIAS, N. D.; FIORIN, P. C.; DELLATORRE, M. Z..O significado da maternidade na adolescência para jovens gestantes. **Revista Brasileira de História & Ciências Sociais**, v. 3, n.6, Dez. 2011.

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

EMIDIO, T. S.; HASHIMOTO, F.. Poder feminino e poder materno: reflexões sobre a construção da identidade feminina e da maternidade. **Colloquium Humanarum**, Presidente Prudente, v. 5, n. 2, p. 27-36, dez. 2008.

FACO, V. M. G.; MELCHIORI, L. E.. Conceito de família: adolescentes de zonas rural e urbana. In: VALLE, T. G. M. , org. **Aprendizagem e desenvolvimento humano: avaliações e intervenções**. São Paulo: Cultura Acadêmica, p. 222. 2009.

FLÓREZ, C. E.. Factores socioeconómicos y contextuales que determinan la actividad reproductiva de las adolescentes en Colombia. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v.18, n.6, p.388-402, 2005.

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R.. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 17 – 27, Jan. 2008.

FROTA, D. A. L.; MARCOPITO, L. F. Amamentação entre mães adolescentes e não-adolescentes. Montes Claros, MG. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.38, n.1, fev. 2004.

FOLLE, E.; GEIB, L. T. C. Representações sociais das primíparas adolescentes sobre o cuidado materno ao recém-nascido. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 12, n. 2, p.183-90, mar-abr. 2004.

GARCIA, E. L.; BANEGAS, J. R.; PÉREZ-REGADERA, A. G.; CABRERA, R. H.; RODRÍGUES-ARTALEJO, F.. Social Network and health-related quality of life in older adults: A population-based study in Spain. **Quality of life Research**, v. 14, n. 2, p. 511-520. 2005. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15892440>. Acesso em 15 de junho de 2013.

GOMES, R.; SOUZA, E. R.; MINAYO, M. C. S.; SILVA, C. F. R.. Organização, processamento, análise e interpretação de dados: o desafio da triangulação. In: MINAYO, M, C. S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R., organizadoras. **Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais**. Editora FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2005, p. 185-221.

GRIEP, R. H.; CHOR, R.; FAERTEIN, E.; LOPES, C.. Apoio social: confiabilidade teste-reteste de escala no Estudo Pró-saúde. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, n. 2, p. 625-634, mar-abr. 2003.

GONÇALVES, T. R.; PAWLOWSKI, J.; BANDEIRA, D. R.; PICCININI, C. A.. Avaliação de apoio social em estudos brasileiros: aspectos conceituais e instrumentos. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 16, n.3, p. 1755-1769. 2011.

HEILBORN, M. L.; SALEM, T.. Aproximações socioantropológicas sobre a gravidez na adolescência. **Horizontes Antropol**; v. 8, n. 17, p. 13-45. 2002

HOGA, L. A. K.; BORGES, A. L. V.; REBERTE, L. M.. Razões e Reflexos da gravidez na adolescência: narrativas dos membros da família. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**. v. 14, n.1, p. 151-157, jan-mar. 2010.

JUSSANI, N. C.; SERAFIM, D.; MARCON, S.S. Rede social durante a expansão da família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 60, n. 2, p. 184-9, mar-abr. 2007.

LEVANDOWSKI, D. C.; PICCININI, C. A.; LOPES, R. C. S. Maternidade adolescente. **Estud. psicol.** (Campinas) [online]. v. 25, n.2, p. 251-263. 2008.

LIMA, C. T. B.; FELICIANO, K. V. O.; CARVALHO, M. F. S.; SOUZA, A. P. P.; MENABÓ, J. B. C.; RAMOS, L. S.; CASSUNDÉ, L. F.; KOVACS, M. H.. Percepções e práticas de adolescentes grávidas e de familiares em relação à gestação. **Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil**, Recife, v. 4, n.1, p. 71-83, jan-mar. 2004.

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

LUZ, A. M. H.; BERNI, N I O.. Processo da paternidade na adolescência. **Rev. bras. enferm.**[online], vol.63, n.1, p. 43-50. 2010.

MACHADO, F. N.; MEIRA, D. C.; MADEIRA, A. M. F. Percepções da família sobre a forma como a adolescente cuida do filho. **Revista Escola de Enfermagem USP**, v. 37, n.1, p.11-8. 2003.

MACHADO, A. R. M.; NAKANO, A. M. S.; ALMEIDA, A. M.; MAMEDE, M. V.. O lugar da mãe na prática da amamentação de sua filha nutriz: o estar junto. **Rev Bras Enferm**, Brasília (DF), v. 57, n. 2, p. 183-7. Mar-abr. 2004

MADEIRA, A. M. F. **Crescer com o filho: a singularidade do adolescer mãe**. Tese de Doutorado apresentada à Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem. São Paulo, s. n.; 1998. 197p.

MALDONADO, M. T. P. **Psicologia da Gravidez: parto e puerperio**. Petrópolis: Vozes, 1985, p. 164.

MARANHÃO, T. A.; GOMES, K. R.; OLIVEIRA, D. C.. Relações conjugais e familiares de adolescentes após o término da gestação. **Acta Paulita de Enfermagem**, v. 25, n. 3, p. 371-7. 2012.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M.. **Metodologia Científica**. 4ª ed. São Paulo: Atlas, 2006.

MARTINS, C. A.; SIQUEIRA, K. M.; TYRRELL, M. A. R.; BARBOSA, M. A.; CARVALHO, S. M. S.; SANTOS, L. V.. Dinâmica Familiar em situação de nascimento e puerpério. **Revista Eletrônica de Enfermagem (internet)**. v. 10, n. 4, p. 1015-25. 2008. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n4/v10n4a13.htm>. Acesso em 13 de junho de 2013.

MAZZINI, M. L. H.; ALVES, Z. M. M. B.; SILVA, M. R. S.; SAGIM, M. B.. Mães adolescentes: a construção de sua identidade maternal. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v.7, n.4, p. 493-502, out.-dez. 2008.

MESQUITA, A. L. P., A. L. P.; FONTES, B. F. S.; FILHO, H. B. O.; LOPES, L. G. F.; GONÇALVES, M. T.; MOREIRA, S. R. G.; RIO, S. M. P.. Trajetórias de mulheres que vivenciaram a gravidez/maternidade na adolescência. **Mental**, Barbacena-MG, ano IX, n.16, jan/jun, p. 443-490. 2011.

MENEZES, R. Gravidez na adolescência. **Revista Saúde Pública**, vol.6. 1996.

MINAYO, M. C. S.. **O Desafio do conhecimento - Pesquisa qualitativa em saúde**. 12ª ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MIRANDA, A. T. A. C.; BOUZAS, I. C. S. Gravidez. In: BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à saúde. **Saúde do Adolescente: competências e habilidades**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008. p. 242-256.

MONTEIRO, C. F. S.; COSTA, N. S. S.; NASCIMENTO, P. S. V.; AGUIAR, Y. A.. A violência intra-familiar contra adolescentes grávidas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 60, n. 4, p. 373-6. jul-ago 2007.

MOREIRA, T. M. M.; VIANA, D. S.; QUEIROZ, M. V. O.; JORGE, M. S. B.. Conflitos vivenciados pelas adolescentes com a descoberta da gravidez. **Rev. Esc. Enfermagem USP**. v. 42, n. 2, p. 312-20. 2008.

MOREIRA, M. C.; SARRIERA, J. C..Satisfação e Composição da rede de apoio social a gestantes adolescentes.**Psicologia em Estudo**, Maringá, v.13, n.4, p. 781-789, out-dez.2008.

NAKANO, A. M. S. **As vivências da amamentação para um grupo de mulheres: nos limites do ser “o corpo para o filho” e de ser “o corpo para si”**. Tese de livre-docência. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, p.145. 2003

NUNES, S. A. Esperando o futuro: a maternidade na adolescência. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 11, p. 53-75. 2012.

OGIDO, R. **Adolescência, maternidade e mercado de trabalho: uma relação em construção**. São Paulo, Tese (Doutorado) - Faculdade de Saúde Pública - Universidade de São Paulo. São Paulo, 248p. 2011.

OLIVEIRA, M. W.. Gravidez na adolescência: Dimensões do problema. **Cad. CEDES**, Campinas, v. 19, n. 45, July 1998 .

OLIVEIRA, R. C.. Adolescência, gravidez e maternidade: a percepção de si e a relação com o trabalho. **Saúde soc.** [online]. v.17, n.4, p. 93-102. 2008, Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902008000400010. Acesso em 15 de janeiro de 2013.

OSPINA, M. D. E.; SOTO, A.C.P.. Entre el rito y rutina: el rol de cuidadoras em las mujeres de Medellín. **Invest Educ Enferm**, v. 19, n. 2, p. 58-65, Sep-Dez. 2001

OREM, D. R.. **Nursing: concepts of practice**. New York: McGraw-Hill, 1985.

PANTOJA, A. L. N. “Ser alguém na vida”: uma análise sócio-antropológica da gravidez/maternidade na adolescencia, em Belém do Pará, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, p. 335-343. 2003.

PAULA-COUTO, M. C. P.; NOVO, S. H. K. R.; SOARES, P. S. Adaptação e utilização de uma medida de avaliação da rede de apoio social – diagrama da escolta – para idosos brasileiros. **Universitas Psychologica**: Bogotá, Colombia, v. 7, n. 2, maio-agosto, p. 493-505. 2008.

PEDRO, I. C. S.; ROCHA, S. M. M.; NASCIMENTO, L. C.. Apoio e Rede Social em Enfermagem Familiar: Revendo Conceitos. **Revista Latino-Americana Enfermagem**, v. 16, n.2, mar-abr. 2008.

PEREIRA, A. P. S.; TEIXEIRA, G. M.; BRESSAN, C. A. B.; MARTINI, J. G.. O genograma e o ecomapa no cuidado de enfermagem em saúde da família. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v.62, n.3, mai-jun. 2009.

PIMENTA, G. M. F.; COSTA, M. A. S. M. C.; GONÇALVES, L. H. T.; ALVAREZ, A. M.. Perfil do familiar cuidador de idoso fragilizado em convívio doméstico da Grande Região do Porto, Portugal. **Rev. Escola Enfermagem USP**. v.43, n.3, p.609-614. 2009.

PINTO, K, R. T. F.; MARCON, S. S.. A Família e o apoio social recebido pelas mães adolescentes e seus filhos. **Ciência, Cuidado e saúde**, v. 11(supl), p. 153-159, jan-mar. 2012.

PRIETSCH, S. O. M.; GONZÁLEZ-CHICA, D. A.; CESAR, J. A.; MENDOZA-SASSI, R. A.. Gravidez não planejada no extremo Sul do Brasil: prevalência e fatores associados. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 27(10): 1906-1916, out, 2011.

PICCININI, C. A.; RAPOPORT, A.; LEVANDOWSKI, D. C.; VOIGT, P. R.. Apoio social percebido por mães adolescentes e adultas: da gestação ao terceiro mês de vida do bebê. **Psico**, Porto Alegre, v. 33, n. 1, p. 9-35, jan-jun. 2002.

RIBEIRO, P. M.. **“Mesmo sendo adolescente, sou mãe e gosto de ser assim”**: do processo saúde-doença à construção do processo saúde-resiliência. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo – São Paulo, 2009. 161p.

RODRIGUES, J. S. M. **Família do doente com câncer: percepção do apoio social**. Dissertação de Mestrado. São Carlos UFSCAR, 2012. 118p.

RODRIGUES, J. S. M.; FERREIRA, N. M. L. A.. Estrutura e funcionalidade da rede de apoio do adulto com câncer. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 25, n. 5, p. 781-7. 2012.

SANTOS, SHOR, 2003

SCHWARTZ, T.; VIEIRA, R.; GEIB, L. T. C. Apoio social a gestantes adolescentes: desvelando percepções. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 5, p. 2575-2585. 2011..

SHERBOURNE, C. D.; STEWART, A. L.. The MOS Social Support Survey. **Social Science Medicine**. v. 32. n. 6, p.705-714, 1991.

SILVA, L. A.; NAKANO, A. M. S.; GOMES, F. A.; STEFANELLO, J.. Significados atribuídos por puérperas adolescentes à maternidade: autocuidado e cuidado com o bebê. **Revista Texto & Contexto-Enfermagem**, Florianópolis, v.18, n.1, jan-mar. 2009.

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

SOARES, S. M.; AMARAL, M. A.; SILVA, P. A. B. Oficinas sobre Sexualidade na Adolescência: Revelando Vozes, Desvelando Olhares de Estudantes do Ensino Médio. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 12, n. 3, p. 485-91, set. 2008.

SOUZA, A. P.. **Estudo comparativo das famílias monoparentais masculinas X monoparentais femininas: influência do genitor no desenvolvimento da família** (Dissertação de mestrado) Franca: UNESP, 2008.

SOUSA L. B.; FERNANDES, J. F. P.; BARROSO M. G. T.. Sexualidade na adolescência: análise da influência de fatores culturais presentes no contexto familiar. **Acta Paul Enferm**,v. 19, n. 4,p. 408-13. 2006.

SOUZA, M. L.; BURGARDT, D.; FERREIRA, L. A. P.; BUB, M. B. C.; MONTICELLI, M.; LENTZ, H. E.. Meninas Catarinas: a vida perdida ao ser mãe. **Rev. Esc. Enferm. USP**. v. 44, n. 2, p. 318-23, 2010.

SOUZA, S. E. M.; AMÉRICO, C. F.; TELES, L. M. R.; DAMASCENO, A. K. C.; GURGEL, A. H. Abandono do aleitar em adolescentes e fatores associados. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM. Transformação Social e Sustentabilidade Ambiental, 61., 2009, Fortaleza. **Anais do 61º Congresso Brasileiro de Enfermagem**, Fortaleza. 2009. p. 3091 – 3093.

SOUZA, T. A.; BRITO, M. E. M.; FROTA, A. C.; NUNES, J. M.. A Gravidez na adolescência: percepções comportamentos e experiências de familiares. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste - Rene**, v. 13, n. 4, p. 794-804. 2012.

STEFANELLO J.; NAKANO, A. M. S.; GOMES, F. A..Crenças e tabus relacionados ao cuidado no pós-parto: o significado para um grupo de mulheres. **Acta Paul Enferm** v. 21, n. 2, p.275-81. 2008.

STEFANELLO, J; **Representação social de mulheres/mães sobre as práticas alimentares de crianças menores de um ano**. Tese (doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo – Ribeirão Preto, p. 198, 2008.

SZIGETHY, E.M.; RUIZ, P.. Depression among pregnant adolescents: an integrated treatment approach. **American Journal of Psychiatry**. v.158, n 1, p.22-27. 2001.

TACHIBANA, M.; DUARTE, C. A. M.; SANTOS, L. P.; LOPES, M. H.. Hiperêmese Gravídica: estudo de caso dos aspectos psicológicos presentes na gestante. **Psicol. Hosp.** São Paulo, online. v. 4, n. 2, p. 1 – 22, ago. 2006. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ph/v4n2/v4n2a02.pdf>. Acesso em 02 de maio de 2013.

TOQUETTE, S. R. Sexualidade na adolescência. In: BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à saúde. **Saúde do Adolescente: competências e habilidades**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008. p. 205-212.

TURATO, E. R. Métodos Qualitativos e Quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetivos de pesquisa. **Revista Saúde Pública**, v. 39, n. 3, p.507-14. 2005.

United Nations Children's Fund (UNICEF). Situação Mundial da Infância 2011 – **Adolescência**: uma fase de oportunidades. New York,USA. fev. 2011. Disponível em: http://www.unicef.org/brazil/pt/br_sowcr11web.pdf. Acesso em: 18 de maio de 2013.

VIEIRA, L. M.; GOLDBERG, T. B. L.; SAES, S. O.; DÓRIA, A. A. B.. Abortamento na adolescência: um estudo epidemiológico. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 5, p. 1201-1208. 2007.

XIMENES NETO, F. R. G.; DIAS, M. S. A.; ROCHA, J.; CUNHA, I. C. K. O.. A Gravidez na adolescência: motivos e percepções de adolescentes. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília. v. 60, n. 3, p.279-85, mai-jun. 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Adolescent pregnancy**. 2012 Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/en/>. Acesso em: 08 de junho de 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO)- Division of Reproductive Health. **Guidelines on Preventing Early Pregnancy and Poor Reproductive Outcomes among adolescents in developing countries**, p. 208. 2011. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241502214_eng.pdf. Acesso em 08 de junho de 2013.

ZAGANELLI, F. L.; FERREIRA, R. A.; LAMOUNIER, J. A.; COLOSIMO, E. A.; SANTOS, A. S. M.; ZAGANELLI, F. L.. Gravidez da adolescente em hospital universitário no Espírito Santo, Brasil: aspectos da gestação, parto e repercussões sobre o recém-nascido. **Adolescência & Saúde**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 7-16, jan/mar. 2013.

ANEXOS

Anexo 1: Autorização da diretora clínica da Santa Casa de Caridade de Guaranésia

Santa Casa de Caridade

Reconhecida de Utilidade Pública por:
Lei Municipal n.º 304 de 21/03/1960
Lei Estadual n.º 3.372 de 11/05/1965
Decreto Federal n.º 62.098 de 11/01/1968

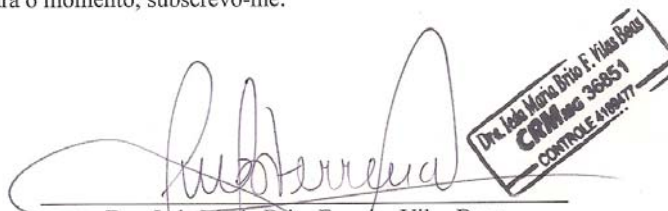
Registrada no C.N.S.S. sob n.º 21.104/40 de 28/10/1940
CNPJ: 20.739.801/0001-80
Tel.: (35) 3555-1230 - Rua Dona Maria José, 379
CEP 37810-000 - Guaranésia - Minas Gerais

DECLARAÇÃO DA INSTITUIÇÃO CO-PARTICIPANTE

Eu, Ieda Maria Brito Ferreira Vilas Boas, diretora clínica e representante da Santa Casa de Caridade de Guaranésia, denominada como instituição co-participante do projeto de pesquisa intitulado: Maternidade na adolescência e o apoio social: percepções de mães adolescentes, da pesquisadora Lígia Gonzaga Ramos Laudade, mestrande do Programa de Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, venho através desta manifestar que:

“Declaro ter lido e concordar com o parecer ético emitido pelo CEP da instituição proponente, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 196/96. Esta instituição está ciente de suas co-responsabilidades como instituição co-participante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infra-estrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.”

Sem mais para o momento, subscrevo-me:

A handwritten signature in black ink is written over a horizontal line. To the right of the signature is a rectangular stamp with a black border. The stamp contains the text: "Dra. Ieda Maria Brito F. Vilas Boas", "CRM/MG 36851", and "CONTR. E 418477".

Dra. Ieda Maria Brito Ferreira Vilas Boas
Diretora Clínica da Santa Casa de Caridade de Guaranésia

Guaranésia, 15 de Janeiro de 2012.

Anexo 2: Aprovação do Comitê de Ética em pesquisa da EERP/USP



Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde
para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902
Fone: 55 16 3602.3382 - 55 16 3602.3381 - Fax: 55 16 3602.0518
www.eerp.usp.br - eerp@edu.usp.br

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of.CEP-EERP/USP – 500/2011

Ribeirão Preto, 20 de dezembro de 2011

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO AD REFERENDUM** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em 20 de dezembro de 2011.

Protocolo: nº 1442/2011

Projeto: Maternidade na adolescência e o apoio social: percepção de mães adolescentes.

Pesquisadores: Ana Marcia Spanó Nakano
Ligia Gonzaga Ramos

Em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,


Enfª Maria Antonieta Spinoso Prado
Vice-Coordenadora do CEP-ÉERP/USP

Ilma. Sra.

Profa. Dra. Ana Marcia Spanó Nakano
Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

Anexo 3: Parecer do Comitê de Ética

Universidade de São Paulo
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
Comitê de Ética em Pesquisa

Protocolo nº: 1442 / 2011

Entrada: 03/10/2011

Pesquisadores: Profa. Dra. Ana Márcia Spanó Nakano (orientadora) e Ligia Gonzaga Ramos (mestranda)

Parecer

Título do Projeto: "Maternidade na adolescência e o apoio social: percepção de mães adolescentes".

Informo que o projeto de pesquisa intitulado "Maternidade na adolescência e o apoio social: percepção de mães adolescentes" sob a orientação da Profa. Dra. Ana Márcia Spanó Nakano, junto ao Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública – da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP/USP) foi analisado, as sugestões foram acatadas e os esclarecimentos solicitados foram descritos com propriedade.

Pelo exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo considera o projeto **APROVADO**.

Ribeirão Preto, 21 de dezembro de 2011.

APÊNDICES

Apêndice 1: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Termo de Consentimento livre e Esclarecido

Nome da pesquisa: Maternidade na adolescência: cuidado com o lactente e o autocuidado norteado pelo apoio familiar

Pesquisadora responsável: Lígia Gonzaga Ramos Laudade, enfermeira e aluna do Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

Orientadora: Profa. Dra. Ana Márcia Spano Nakano.

Informações sobre a pesquisa

Gostaria de convidá-la a participar de uma pesquisa que será realizada nesta maternidade, através de consulta de dados sobre você e seu bebê no prontuário da Santa Casa de Guaranésia e após a sua alta, com uma entrevista que será realizada na sua casa. A intenção desta pesquisa é compreender como as mães adolescentes estão recebendo ajuda da família, dos serviços de saúde e de outras instituições sociais na realização dos cuidados com o bebê e os cuidados consigo após o parto. Para isso faremos algumas perguntas sobre seus dados pessoais, a sua gravidez, o seu parto e a saúde do seu filho e como tem sido a ajuda recebida nesta fase após o parto nos cuidados com o bebê e com você. Esta entrevista será gravada, sob sua autorização. Você não será identificada em nenhum momento, sendo que as respostas serão guardadas em segredo. Estas entrevistas serão realizadas na sua casa, apenas entre mim e você, sendo agendadas previamente conforme sua disponibilidade. Como parte da pesquisa serão também obtidas informações sobre sua saúde e de seu ou sua filho(a) contidas nos prontuários da maternidade.

Você pode aceitar ou não participar, e caso aceitem, eu assumo o compromisso de manter segredo sobre sua identidade, assim como garantia que o desenvolvimento da pesquisa não acarretará risco ou desconforto a sua saúde. Sua participação consiste em responder à entrevista e não lhe acarretará qualquer despesas. Caso você apresente alguma dificuldade em relação ao cuidado com o bebê ou com você nesta fase pós-parto, estarei pronta a ouvi-la e auxiliá-la no que for necessário em seu atendimento de saúde. Se por algum momento verificar tristeza, angústia, medo ou insegurança e necessidade de algum auxílio, eu vou te ajudar de todas as formas, com consultas, exames e apoio.

A qualquer momento da pesquisa, caso não seja do seu interesse participar da mesma, haverá a possibilidade de retirar este consentimento e isto não interferirá no seu atendimento aqui no serviço ou em qualquer outro serviço de saúde. Agradecemos a colaboração, colocamo-nos à disposição para os esclarecimentos que se fizerem necessários.

Será garantida a você uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, devidamente assinado pela pesquisadora e por você.

Com este trabalho será possível melhor planejarmos as orientações e ações oferecidas às mulheres de modo a sentirem-se mais tranquilas e seguras com o cuidado realizado para com a saúde do bebê e a sua saúde.

Caso você queira se comunicar conosco o endereço da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP é Avenida Bandeirantes n. 3900, fone (016) 36023405 e o meu celular é (035) 91343636.

Atenciosamente,

Assinatura da pesquisadora: Lígia Gonzaga Ramos Laudade
RG: 12010523-SSP-MG

Autorização para Realização da Pesquisa

Assinatura da adolescente

Assinatura do responsável

Guaranésia, ____ de _____ de 2012.

Apêndice 2: Termo de Assentimento

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Termo de Assentimento

Eu _____ aceito participar da pesquisa “Maternidade na adolescência e o apoio social: percepção de mães adolescentes”.

Declaro que a pesquisadora Lígia Gonzaga Ramos Laudade me explicou todas as questões sobre o estudo que vai acontecer. Compreendi que não sou obrigado (a) a participar da pesquisa, eu decido se quero participar ou não.

A pesquisadora me explicou que serão realizadas entrevistas individuais em meu domicílio ou onde eu achar melhor sobre a minha opinião em ser mãe adolescente, relacionando o cuidado materno e o autocuidado com o apoio social que me é oferecido.

Entendi, também, que as entrevistas serão gravadas, para que a pesquisadora possa prestar mais atenção às nossas conversas e não perder nenhuma informação importante que eu tenha falado. Sei que a entrevista somente será ouvida pela pesquisadora e sua orientadora.

Dessa forma, concordo livremente em participar desta pesquisa, sabendo que posso desistir a qualquer momento, se assim desejar.

Guaranésia, ____ de _____ de 2012.

Sujeito da pesquisa

Apêndice 3: Instrumento para entrevista semiestruturada com mães adolescentes no município de Guaranésia – MG

Instrumento para Entrevista Semiestruturada com mães adolescentes no município de Guaranésia –MG

Dados Pessoais:

Nome: _____

DN: __/__/__ Idade: _____ Cor da pele: _____

Estado Civil: _____ Profissão/Ocupação: _____

Endereço: _____

Número: _____

Cidade: _____ Estado: _____ CEP: _____

Escolaridade: _____ Telefone: _____

Medicação domiciliar: _____ Com quem mora?: _____

Hábitos de Vida:

Tabagismo: () sim, quantos: _____ () não

Etilismo: () sim, quantidade: _____ () não

Uso de drogas ilícitas: () sim, qual: _____ () não

Atividade Física: () sim () não

Características Obstétricas

Idade gestacional: _____ semanas DUM: ____/____/____

DPP: ____/____/____

Histórico Obstétrico: G _____ PN _____ PC _____ A _____

Data do parto: ____/____/____

Idade gestacional que iniciou o Pré-natal: _____

Número de consultas Pré-natal: _____

Local do Pré-natal: _____

Questões Norteadoras:

- 1- Como sua família reagiu frente à ideia de ter um filho/filha? (trouxe alguma mudança no relacionamento, de que tipo?).
- 2- Nessa fase da maternidade (depois que o bebê nasceu), houve mudanças nos hábitos/rotinas da família? (fale em que? E quem envolveu?)
- 3- O que você considera ser uma ajuda nesta fase que você está passando?
- 4- No cuidado com o seu bebê, o que você considera que precisa/ou de ajuda?
- 5- No cuidado no pós-parto o que você considera que precisa/ou de ajuda?
- 6- Fale-me como tem sido para você cuidar do seu bebê? (pontos de conflitos com familiares, participação da família na resolução da situação apresentada).
- 7- Fale-me como você tem se cuidado? (pontos de conflitos com familiares, participação da família na resolução da situação apresentada).
- 8- Fale-me como é viver a maternidade na adolescência?

Apêndice 4: Instrumento para aplicação da Escolta Social

APLICAÇÃO DA ESCOLTA SOCIAL

1ª ETAPA: COLETAR INFORMAÇÕES RELATIVAS ÀS CARACTERÍSTICAS ESTRUTURAIS DA REDE DE APOIO SOCIAL DA ADOLESCENTE

1. Círculo 1: refletir sobre aquelas pessoas de quem você se sente tão próximo que seria difícil imaginar a vida sem elas.
2. Círculo 2: pessoas de quem você não se sente tão próximo, mas que ainda assim são muito importantes para você.
3. Círculo 3: pessoas que você ainda não mencionou, mas de quem você se sente próximo e que crê serem importantes o suficiente de modo que deveriam ser colocadas em sua rede.

2ª ETAPA: VISA À OBTENÇÃO DOS ASPECTOS ESTRUTURAIS BEM COMO FUNCIONAIS DA REDE DE APOIO

	Nome	Idade	Sexo	Círculo que está posicionada	Tipo de relação (pai, mãe, etc.)	Tempo de conhecimento	Frequência de contato*	Distância entre as residências
1.								
2.								
3.								
4.								
5.								
6.								
7.								
8.								
9.								
10.								
11.								
12.								
13.								
14.								
15.								
16.								
17.								
18.								
19.								
20.								

*Legenda:

- 1) Irregularmente
- 2) Anualmente
- 3) Mensalmente
- 4) Semanalmente
- 5) Diariamente ou vivem juntos

3ª ETAPA: CARACTERÍSTICAS FUNCIONAIS DA REDE DE APOIO QUE É AVALIADA QUANTO AOS 6 TIPOS DE APOIO

Tipos de apoio	Recebe apoio	Fornece apoio
1.Confidenciar coisas que são importantes		
2.Ser tranquilizada e estimulada em momentos de incerteza		
3.Ser respeitada		
4.Ser cuidada em situação de doença		
5.Conversar quando está triste, nervosa ou deprimida		
6.Conversar sobre a própria saúde		

Apêndice 5**Quadro Demonstrativo do Perfil Biográfico das adolescentes, segundo idade, situação obstétrica, estado civil, tipo de gravidez, moradia e peculiaridades de cada uma.**

1. 19 anos, primigesta, solteira, gravidez indesejada e mora com os pais e mais 3 irmãos mais novos. Estava namorando quando engravidou, porém não permaneceram juntos e teve de realizar teste de DNA para comprovar a paternidade como exigência do seu parceiro. Realizou os cuidados com o seu filho com a ajuda de seus pais.
2. 19 anos, secundigesta, casada, gravidez indesejada, mora com o marido e com seus filhos. Antes de engravidar trabalhava em uma padaria. Iniciou o pré-natal tardiamente e realizou 5 consultas. O marido assustou com a notícia da segunda gestação, mas depois aceitou a gravidez. Contou com a ajuda de sua avó e mãe para realizar os cuidados com o recém-nascido e consigo mesma.
3. 18 anos, primigesta, gravidez desejada, porque seus pais não aceitaram o seu relacionamento, mora com o marido. Apresentou pré-eclâmpsia e eclâmpsia durante o parto cesárea. Após o parto, permaneceu na casa dos pais e com 15 dias de puerpério foi submetida à apendicectomia. Contou com a ajuda de sua mãe para a realização dos cuidados com o seu filho.
4. 18 anos, secundigesta, gravidez indesejada, solteira, foi abandonada pelo parceiro, saiu da casa de sua mãe e mora com os dois filhos na casa de sua tia, com a sua avó e primos. Iniciou tardiamente o pré-natal e realizou 2 consultas de pré-natal. Contou com a ajuda de sua tia para realizar os cuidados com o seu filho.
5. 19 anos, secundigesta, gravidez indesejada, casada, mora com seu marido e seus filhos. Iniciou o pré-natal tardiamente e realizou 5 consultas de pré-natal. Contou com a ajuda de sua avó, mãe e prima para realizar os cuidados com o seu filho e consigo mesma.

6. 16 anos, primigesta, gravidez indesejada, casada, mora com os seus pais e seu companheiro. Teve parto pré-termo devido ao trabalho de parto prematuro com bolsa rota e contrações uterinas. O recém-nascido foi transferido para UTI neonatal e permaneceu internado por 2 meses. Realizou todos os cuidados com o seu filho sozinha, teve apoio de seus pais e sogros.
7. 17 anos, primigesta, gravidez indesejada, solteira, mora com os pais e irmãos. Estava namorando e quando descobriu a gravidez terminou o namoro. Trabalhava em uma tecelagem e após o parto não retornou ao serviço. Contou com a ajuda de sua mãe na realização dos cuidados com o seu filho.
8. 19 anos, primigesta, gravidez desejada, casada, mora com o marido. Contou com a ajuda de sua avó e mãe, mas realizou todos os cuidados com o recém-nascido sozinha por opção própria.
9. 16 anos, primigesta, gravidez indesejada, casada, mora na casa da sogra com o seu parceiro. Optou em morar com a sogra, pois seus pais não aceitaram a gravidez e reprimiram a opção de casar. Seu parceiro queria ser pai novo e não faziam uso de preservativo. Contou com a ajuda de sua sogra para realizar os cuidados com o recém-nascido.
10. 19 anos, primigesta, gravidez indesejada, casada, mora com o companheiro. Relata não ter tido dificuldade de realizar os cuidados, já tinha prática como babá. Realizou todos os cuidados com a criança sozinha.
11. 18 anos, primigesta, gravidez indesejada, casada, mora com o companheiro. Não teve ajuda de ninguém para realizar os cuidados com o recém-nascido, nem consigo mesmo e nos afazeres domésticos.
12. 18 anos, primigesta, gravidez indesejada, solteira, mora com a mãe. Estava namorando e após o descobrimento da gestação terminou o namoro. Seu companheiro

mudou de cidade e não assumiu a paternidade, realizou teste de DNA para comprovação e não está recebendo pensão. Contou com a ajuda de sua mãe e irmã para a realização dos cuidados com o recém-nascido e consigo mesma.

13. 19 anos, primigesta, gravidez indesejada, solteira, mora com os seus pais. O pai assumiu a paternidade, mas não paga pensão. Contou com a ajuda de sua mãe e avó para a realização dos cuidados com o recém-nascido.

14. 19 anos, secundigesta, casada, gravidez indesejada, mora com os seus pais e seu parceiro, juntamente com sua filha. Contou com a ajuda de sua mãe para a realização dos cuidados com o recém-nascido e consigo mesma, principalmente para ajudar a cuidar de sua primeira filha.