UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

IARA FALLEIROS BRAGA

*Adolescência e maternidade: analisando a rede social e o
apoio social*

Ribeirão Preto

2011

IARA FALLEIROS BRAGA

Adolescência e maternidade: analisando a rede social e o apoio social

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

Linha de pesquisa: Assistência à Criança e ao Adolescente

Orientadora: Profa. Dra. Marta Angélica Iossi Silva

Ribeirão Preto

2011

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.

FICHA CATALOGRÁFICA

Braga, Iara Falleiros

Adolescência e maternidade: analisando a rede social e o apoio social. Ribeirão Preto, 2011.

157p. : il. : 30cm

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

Orientadora: Silva, Marta Angélica Iossi.

1. Adolescência. 2. Gravidez na adolescência. 3. Apoio social. 4. Assistência à saúde

BRAGA, Iara Falleiros

Adolescência e maternidade: analisando a rede social e o apoio social

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

Aprovado em: ____/____/____

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura _____

Dedicatória

A todas as adolescentes que tive a honra de conhecer, ouvir e trocar experiências, pela disponibilidade e grande contribuição na pesquisa. Este trabalho visa a reverberar suas expressões dificilmente percebidas.

A minha mãe Sueli Falleiros e a meu pai Fernando Braga, por batalharem sempre pela educação de seus filhos e principalmente por sempre estarem do meu lado me apoiando e me incentivando a crescer e a ser quem eu sou!

A minha irmã Ialê, por sempre me apoiar e me inspirar a ser quem eu sou hoje! E ao meu irmão Lúri, que sempre me incentivou muito e sempre está do meu lado, um grande companheiro!

A minha orientadora, que sempre esteve ao meu lado, me ensinando e ajudando a trilhar esta trajetória!

A todos os meus grandes amigos por estarem sempre me fortalecendo nesta jornada!

Ao Marcel, meu companheiro, que sempre acreditou em meu potencial e compartilhou as dificuldades e alegrias comigo!

Amo todos vocês.

Agradecimentos

Realizar este trabalho acadêmico foi uma tarefa difícil, pois sem o apoio e incentivo de algumas pessoas não seria possível concretizá-lo.

Inicialmente agradeço aos meus pais e irmão, que sempre me apoiaram, me incentivaram e dedicaram suas vidas para propiciar um crescimento e amadurecimento saudável em minha vida, sempre valorizando a educação e a colocando como primordial.

Agradeço à Ialê Falleiros Braga, minha irmã e amiga, que sempre esteve ao meu lado, contribuindo muito em minha formação, tanto profissional como acadêmica e pessoal, e em quem eu me espelho sempre.

Agradeço especialmente a todas as adolescentes que participaram desta pesquisa, por estarem abertas para expressar suas vivências.

Agradeço a todos da Unidade de Saúde Básica Dr. Romualdo Ribeiro da Costa, em especial a enfermeira Milena Terreri e a agente de saúde Marlene Dutra Gonçalves, por serem receptivas e por tornarem possível a realização deste trabalho.

Ao CNPq pelo apoio financeiro que viabilizou a execução do trabalho.

À minha querida orientadora Profa. Dra. Marta Angélica Iossi Silva, pela dedicação, comprometimento e paciência, durante todo o processo do mestrado e a todos do Núcleo de Estudos, Ensino e Pesquisa de Assistência Primária de Saúde Escolar, pela contribuição e enriquecimento teórico-metodológico.

Às professoras Lucila Castanheira Nascimento e Ana Márcia Spanó Nakano, que compuseram a banca de qualificação, pela dedicação, sugestões e críticas ao trabalho.

Agradeço ao Marcel por sempre estar do meu lado e me apoiar e incentivar muito.

Agradeço aos meus amigos e amigas, em especial à Flávia, Carina, Rachel e Ciza que fazem parte de mim, compartilhando sempre as lutas e conquistas, parceiros que levo comigo para sempre.

Agradeço aos meus colegas de mestrado, que compartilharam momentos importantes e que (des) construíram pensamentos e críticas.

Não há na história, na vida social, nada de fixo, de enrijecido, de definido. E não existirá nunca. Novas verdades aumentam o patrimônio da sabedoria; necessidades novas superiores são suscitadas pelas novas condições de vida; novas curiosidades intelectuais e morais pressionam o espírito e o obrigam a renovar-se, a melhorar.

Antonio Gramsci

RESUMO

BRAGA, I. F. **Adolescência e maternidade: analisando a rede social e o apoio social**. 2011. 157f. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2011.

Estudo qualitativo que objetivou analisar a rede social e o apoio social, disponíveis e acessíveis, durante a maternidade, na adolescência. Participaram da pesquisa 20 adolescentes que estavam vivenciando a maternidade, em um distrito de saúde em um município, no interior de São Paulo. Para a coleta de dados, utilizaram-se entrevistas semiestruturadas, diário de campo e a elaboração de um mapa de rede. Os resultados foram agrupados, de acordo com a análise de conteúdo temática, em quatro núcleos temáticos. “Tendo o apoio da minha mãe, já tá bom”; “Depois que eu descobri, fiz o pré-natal certinho”; “Não, não trabalho e nem estudo” e “Foi difícil, mas foi bom”. O núcleo temático “Tendo o apoio da minha mãe, já tá bom” evidenciou a família, principalmente a mãe sendo fonte central do apoio social. Este núcleo também traz outras relações significativas para as adolescentes, como os amigos e o companheiro. O núcleo “Depois que eu descobri, fiz o pré-natal certinho” expressa o acesso à rede de serviços de saúde, principalmente os de tecnologia dura, que foi concretizado à medida que as adolescentes usufruíram as tecnologias para a realização do pré-natal. O núcleo “Não, não trabalho e nem estudo” revela as fragilidades da rede e do apoio social, principalmente as redes institucionais, que não conseguem fortalecer seus serviços, para dar o apoio social necessário à maternidade na adolescência. O último núcleo “Foi difícil, mas foi bom” relativiza a denotação negativa da experiência da maternidade na adolescência, trazendo novas percepções e sentidos dessa experiência, mesmo diante das dificuldades. Consideramos que compreender a rede social e o apoio que nela flui pode potencializar as condições de vida das adolescentes que vivenciam a maternidade. Entretanto o estudo revelou falhas na articulação da rede social, não havendo comunicação entre os serviços e as ações desenvolvidos em diversos setores, tais como educação, saúde e assistência social. Neste escopo, a articulação dos serviços é importante para transformar o quadro de fragilidades e vulnerabilidades. Esperamos que as discussões apresentadas neste estudo possam subsidiar a elaboração de ações intersetoriais, com base na integralidade, a partir das necessidades das adolescentes, com vistas à melhoria da qualidade de vida e à efetivação de seus direitos.

Palavras-chave: Gravidez na Adolescência. Rede Social. Apoio Social.

ABSTRACT

BRAGA, I. F.. 2011. **Adolescence and motherhood: understanding the social network and social support**.157f. Thesis (Master). University of São Paulo at Ribeirão Preto College of Nursing, Ribeirão Preto, 2011.

Qualitative research that aimed to analyze the available and accessible social network and social support during motherhood in adolescence. 20 adolescents living motherhood in a health district located in a town from the state of São Paulo took part on the research. Semi structured interviews, field notes and the development of a network map were used for the data collection. The results were grouped in four thematic nuclei, according to a theme-based content analysis. "Having my mother's support is enough"; "After I found out, I did my prenatal care right"; "No, I don't work and I don't study"; and "It was hard, but it was good". The thematic nucleus "Having my mother's support is enough" evidenced family, and especially the mother, as the main source of social support. This nucleus also brings other significant relationships to the adolescents, as friends and their partners. The nucleus "After I found out, I did my prenatal care right" expresses the access to the health service network, especially the hard technology ones, which were achieved as the adolescents used technologies for their prenatal care. The nucleus "No, I don't work and I don't study" reveals the fragilities of both the social network and the social support, especially the institutional networks, unable to provide their services concerning the necessary social support for adolescent motherhood. The last nucleus, "It was hard, but it was good" puts the negative denotation of the experience of adolescent motherhood on perspective, bringing new perceptions and meanings for this experience, even facing the difficulties. We consider that understanding the social network and the support flowing through it may potentiate the living conditions of those teenagers experiencing motherhood. However, the study revealed flaws on the articulation of the social network, lacking communication between services and actions developed in several sectors, such as education, health and social work. In this scope, the articulation of services is important for transforming the situation of fragilities and vulnerabilities. We hope that the discussions presented on this study may subsidize the elaboration of inter-sector actions, based on integrality and considering the adolescents' necessities, aiming both to improve their life quality and to carry out their rights.

Key-words: Adolescent Pregnancy. Social Network. Social Support.

RESUMEN

BRAGA, I. F. **La adolescencia y la maternidad: la comprensión de la red social y apoyo social**. 2011. 157f. Disertación (Maestría). Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto – Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2011.

Este estudio cualitativo tuvo como objetivo analizar las redes sociales y el apoyo social disponible y accesible durante la maternidad en la adolescencia. 20 jóvenes participaron de la encuesta donde se experimentó la maternidad en una área de salud en un municipio, de São Paulo. Para la recolección de datos, se utilizaron entrevistas semi-estructuradas, diario de campo y el desarrollo de un mapa de la red. Los resultados se agruparon de acuerdo al análisis de contenido temático, en cuatro áreas temáticas. "Ya contando con el apoyo de mi madre, ya está bien", "Después que me di cuenta, yo hice el prenatal", "No, no trabajo ni estudio" y "Fue difícil, pero fue bueno". El núcleo "ya contando con el apoyo de mi madre ya está bien", mostró a la familia, especialmente a su madre siendo una fuente central de apoyo social. Este centro también ofrece otras relaciones significativas para los adolescentes, tales como amigos y compañero. El núcleo "Después que me di cuenta, yo hice el prenatal", expresa el acceso a la red de servicios de salud, especialmente los de tecnología dura, que se llevó a cabo en los adolescentes que disfrutaron de las tecnologías para la realización de la atención prenatal. El núcleo "No, no, trabajo ni estudio", revela las debilidades de la red y apoyo social, especialmente las redes institucionales que no considerarán fortalecer sus servicios, para proporcionar el apoyo social necesario para la maternidad adolescente. La última núcleo "Fue difícil, pero fue bueno", relativiza la denotación de la experiencia negativa de la maternidad adolescente, trayendo nuevas ideas y significados de esta experiencia, ante las dificultades. Creemos que la comprensión de la red social y el apoyo que fluye puede mejorar las condiciones de vida de los adolescentes que experimentan la maternidad. Sin embargo, el estudio reveló fallas de articulación de la red social, sin comunicación entre los servicios y acciones que se desarrollan en diferentes sectores como la educación, la salud y asistencia social. En este ámbito, la coordinación de los servicios es importante para la transformación de la escena de las debilidades y vulnerabilidades. Esperamos que las discusiones se presenten en este estudio podrían apoyar el desarrollo de acciones intersectoriales, sobre la base de todo, desde las necesidades de los adolescentes, con el fin de mejorar la calidad de vida y el ejercicio de sus derechos.

Palabras clave: Embarazo en la adolescencia. Red Social. Apoyo social.

LISTA DE TABELAS, QUADROS E FIGURAS

Tabela 1 – Distribuição das referências bibliográficas obtidas nas bases de dados.....	45
Tabela 2 – Distribuição das referências de acordo com ano, país do estudo, autores, tipo de estudo realizado, participantes, objetivos e resultados.....	46
Quadro 1 – Caracterização das adolescentes que participaram da pesquisa, de acordo com a idade, estado marital, número de filhos, reside com quem, nível de escolaridade e vínculo empregatício	75
Figura 1 – Modelo de Mapa proposto por Sluzki	67
Figura 2 - Mapa de rede de Tessala	78
Figura 3 – Mapa de Rede de Hera.....	79
Figura 4 – Mapa de Rede de Deméter	80
Figura 5 – Mapa de Rede de Héstia	86
Figura 6 – Mapa de Rede de Calíope.....	87
Figura 7 – Mapa de Rede de Febe	88
Figura 8 – Mapa de rede de Atena	92
Figura 9 – Mapa de Rede de Némesis	93
Figura 10 – Mapa de Rede de Hécate.....	94
Figura 11 – Mapa de redes de Ilítia	103

Figura 12 – Mapa de rede de Hebe	104
Figura 13 – Mapa de rede de Hera.....	105
Figura 14 – Mapa de rede de Selene	112
Figura 15 – Mapa de rede de Gaya.....	113

LISTA DE SIGLAS

AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
CAGED	Cadastro Geral de Empregados e Desempregados
CRAS	Centros de Referência de Assistência Social
CMAS	Conselhos Municipais de Assistência Social
CIPD	Conferência Internacional de População e Desenvolvimento
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
DSTs	Doenças Sexualmente Transmissíveis
EACS	Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
EJA	Educação de Jovens e Adultos
ESF	Estratégia de Saúde da Família
GRAVAD	Gravidez na Adolescência: estudo multicêntrico sobre jovens, sexualidade e reprodução no Brasil
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
LDB	Lei de Diretrizes e Bases da Educação Brasileira
LOAS	Lei Orgânica da Assistência Social
MATER	Maternidade do Complexo Aeroporto
MeSH	<i>Medical Subject Headings</i>
NCBI	<i>National Center for Biotechnology Information</i>
NLM	<i>National Library of Medicine</i>
NOBs	Normas Operacionais Básicas

OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PAB	Piso de Atenção Básica
PACS	Programas de Agentes Comunitários em Saúde
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PBF	Programa Bolsa Família
PCNs	Parâmetros Curriculares Nacionais
PIB	Produto Interno Bruto
PNDS	Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde
PROESF	Projeto de Expansão e Consolidação à Saúde da Família
PROSAD	Programa de Saúde do Adolescente
PSB	Proteção Social Básica
PSE	Programa Saúde na Escola
PSE	Proteção Social Especial
PSF	Programas de Saúde da Família
SciELO	<i>Scientific Eletronic Library Online</i>
SEADS	Secretaria Estadual de Assistência e Desenvolvimento Social
SUAS	Serviço Único de Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
UBDS	Unidades Básicas Distritais de Saúde
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UNESCO	Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura
USF	Unidades de Saúde da Família
WHO	<i>World Health Organization</i>

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
2 OBJETIVOS.....	22
3 MARCO CONCEITUAL-TEÓRICO	24
3.1 O significado e a magnitude da gravidez na adolescência.....	25
3.2 Políticas públicas e direitos voltados para a adolescência.....	29
3.3 Assistência à saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes.....	37
3.4 Rede e apoio social	43
4 PRESSUPOSTOS.....	59
5 PERCURSO METODOLÓGICO	61
5.1 Caracterização do estudo.....	62
5.2 Campo de estudo	62
5.3 Aspectos éticos	64
5.4 Participantes do estudo	64
5.5 Critérios de inclusão	64
5.6 Inserção no campo.....	65
5.7 Procedimentos para coleta dos dados	66
5.8 Procedimentos para a análise dos dados.....	71
6 RESULTADOS E DISCUSSÃO	73
6.1 Caracterização dos sujeitos	74
6.2 Núcleos temáticos	76
6.2.1 “Tendo o apoio da minha mãe, já tá bom”	76
6.2.2 “Depois que eu descobri, fiz o pré-natal certinho”	89
6.2.3 “Não, não trabalho e nem estudo”	97
6.2.4 “Foi difícil, mas foi bom”	122
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	131
REFERÊNCIAS	135
APÊNDICES	151
ANEXO	155

1 Introdução¹

---

¹ Este texto está revisado seguindo o Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa (1990), em vigor a partir de 1º de janeiro de 2009, no Brasil.

A temática da adolescência e a questão dos direitos geram questionamentos e motivações. Iniciei uma aproximação com a área, no meu segundo ano de graduação em Terapia Ocupacional, por meio de um projeto de extensão em uma instituição social localizada no município de São Carlos, a qual tem por objetivo o atendimento de crianças e adolescentes com idades entre 7 e 14 anos, no turno contrário ao escolar, e que se encontravam em situação de vulnerabilidade social. Em seguida, realizei um estudo de Iniciação Científica discutindo a rede de atenção e suporte a adolescentes e jovens de grupos populares em São Carlos. Concomitantemente, realizei um dos meus estágios curriculares na área social, desenvolvendo ações numa escola e em um Centro Comunitário, localizados na periferia do município de São Carlos, sempre com foco na ampliação da cidadania e no conhecimento e compreensão das redes sociais de atenção e suporte no campo da adolescência e na promoção de sua ampliação.

Durante esse período, apreendi que o adolescente tem sido alvo de políticas públicas que, apesar de existentes, na maioria dos casos, são fragmentadas, e a rede de atendimento não tem uma tessitura consistente. Com a realização da Iniciação Científica, pude perceber e conviver com um número significativo de adolescentes que vivenciavam o processo de gravidez, o que demandava necessidades de saúde e a articulação da rede social. Nesse sentido, busco com a realização do mestrado aprofundar o conhecimento sobre a rede social e o apoio social voltados à maternidade na adolescência, envolvendo o período da gravidez e após o parto, em Ribeirão Preto, e a articulação realizada pelo município para proporcionar o suporte social para esta população, objetivando lançar luzes para que os gestores possam ter subsídios na definição de políticas públicas intersetoriais e articuladas, a partir das necessidades das adolescentes.

Para este estudo, trabalharemos com a definição de adolescência proposta pela Organização Mundial da Saúde - OMS (WHO, 2002) em que esta é caracterizada pela etapa que compreende dos 10 aos 19 anos. Caracteriza-se por mudanças físicas aceleradas e características da puberdade e são influenciadas por fatores hereditários, ambientais, nutricionais e psicológicos (WHO, 2002).

Embora esse período da vida seja um fato biológico universal, reconhecido e até mesmo ritualizado em diversas sociedades, os procedimentos simbólicos, discursivos e institucionais de que as sociedades lançam mão para nomear e abordar esta etapa da vida são diversos (VENTURA; CORRÊA, 2006). Em certos

contextos culturais, o período entre a infância e vida adulta era, e ainda é, relativamente curto, representando o período em que já podem se casar e ter filhos, tal qual um adulto (VENTURA; CORRÊA, 2006).

Desde o século XIX, a evolução do conhecimento biomédico e a educação têm produzido uma ampliação gradativa desse período da vida, levando à invenção de uma terminologia específica para denominá-la, a adolescência (VENTURA; CORRÊA, 2006). Essa denominação está relacionada às transformações ocorridas, no último século, e aos seus impactos na organização do trabalho e nos comportamentos reprodutivos (VILELLA; DORETO, 2006).

O termo adolescência se origina no fim do século XVIII. “Adolescência é um termo de origem latina, do verbo *adolescere*, que significa desenvolver-se, crescer”. (MATHEUS, 2002, p. 18). A adolescência é marcada por um rápido crescimento e desenvolvimento do corpo, da mente e das relações sociais. A capacidade de abstração e o pensamento crítico também se desenvolvem neste período da vida, juntamente com um maior discernimento de independência emocional e de autoconhecimento (BRASIL, 2009).

O adolescente tem influência das instituições sociais e de alguns fatores culturais no processo de desenvolvimento. Possui características biológicas universais, contudo, possui peculiaridades da cultura do grupo no qual está inserido (QUINTANA, 2004).

Numa definição sociológica, adolescência é uma etapa do desenvolvimento humano que ritualiza a entrada na vida adulta. É um período complexo da existência humana no qual se apresenta uma série de questões que devem ser satisfatoriamente conduzidas, para se alcançar uma vida adulta saudável. Contudo, deve-se considerar esta fase em seus aspectos “macro” e “microsociais”, desde o contexto socioeconômico e cultural até os aspectos individuais, de grupos e da família (MINAYO-GOMES; MEIRELLES, 1997).

A adolescência entendida apenas como uma etapa biológica pre-definida, enraizada no paradigma biomédico, independente das condições socioculturais do indivíduo, reduzindo-o em partes e em temporalidades determinadas para entender o todo, tal qual o conhecimento científico moderno, que dicotomiza o ser humano, acaba se distanciando da compreensão aprofundada e transversal do processo e define padrões de normalidades a serem seguidos (PERES, 1998).

Faz-se necessário compreender a adolescência para além das transformações biológicas e psicológicas, mas a partir de uma ótica transversal, entendendo-os como sujeitos emergidos numa sociedade que está dividida em classes sociais, ou seja, a inserção social e cultural deste vai diferenciar sua vivência, da mesma forma, a vivência da maternidade neste período também irá diferir de acordo com a classe social da adolescente (SOARES, 2009).

A perspectiva de problemas específicos da adolescência começou a ser produzida cientificamente no início do século XX. Nessa concepção, as categorias de adolescência e juventude são entendidas como construção sócio-histórica, econômica, cultural e relacional, determinadas em um processo permanente de mudança e ressignificação, nas sociedades contemporâneas (SILVA; LOPES, 2009).

Nessa perspectiva, o conceito de vulnerabilidade foi incorporado para a compreensão e abordagem na adolescência, tanto no aspecto físico, na cognição, no afeto e no psiquismo como correlacionado com as estruturas sociais de desigualdade de gênero, classe e etnia, determinando acessos, oportunidades e produzindo sentidos para o sujeito sobre ele mesmo e o mundo (BARCELOS et al., 2010).

O conceito de vulnerabilidade pode ser compreendido dentro de um contexto sócio-histórico, ou seja, é necessária a compreensão do contexto em que os adolescentes e jovens estão emersos (AYRES, 1998; LUZ; SILVA, 1999).

A vulnerabilidade social é significativa entre os adolescentes e jovens, principalmente aqueles oriundos das camadas mais populares. A vulnerabilidade é considerada a partir de elementos traçados pelo próprio contexto social, tais como nível de escolaridade, vínculo com o mercado de trabalho, renda, acesso à saúde, situação da família de origem e o apoio social (CRUZ NETO, 2000).

Muitos são os desafios e mudanças próprias da adolescência, podendo tornar essa fase vulnerável. Aspectos relacionados à saúde, às condições socioeconômicas desfavoráveis, à descontinuidade dos estudos e às dificuldades de acesso ao trabalho podem constituir os principais fatores que contribuem para o aumento da vulnerabilidade das adolescentes que vivenciam a maternidade (FLÓREZ, 2005).

A gravidez na adolescência tem sido considerada uma importante temática em saúde pública, e, enquanto tal, muitas vezes é compreendida como um problema social, e sua relevância se dá, uma vez que envolve aspectos relacionados à saúde

sexual e reprodutiva dos adolescentes, na qual fatores individuais, sociais e programáticos, a exemplo da informação, idade, gênero, contracepção, concepções de adolescência, sexualidade, etnia, contexto socioeconômico e cultural, atenção à saúde e educação, entre outros, se caracterizam em categorias essenciais, tanto para a compreensão desta problemática quanto para o estabelecimento de políticas públicas para o seu enfrentamento (BRASIL, 2006b; DIAS; AQUINO, 2006; RIOS et al., 2002).

Frente a isso, concebemos o conceito de maternidade, adotado neste estudo, como sendo um fato biológico realizado ou passível de o ser, no corpo feminino, em que as mulheres desenvolveram um saber empírico relacionado com a saúde. Este saber se estende a todos os momentos da maternidade, desde a concepção, o pré-natal e o parto até os cuidados da saúde da criança. Todos esses momentos passam pelo corpo da mulher (SCAVONE, 2004). A maternidade na adolescência, em foco, será discutida a partir da experiência das adolescentes, dos valores que estas atribuem a partir de suas vivências e relações sociais (LIMA, 2006).

As mulheres brasileiras estão iniciando a vida sexual cada vez mais cedo. Em 1996, 11% delas, com idade entre 15 e 49 anos, tiveram a primeira relação sexual aos 15 anos. Em 2006, este número se elevou para 32,6%. Do ponto de vista da Saúde Pública, têm chamado atenção as estatísticas que revelam, a cada ano, o número de adolescentes grávidas no Brasil. Enquanto em 1996, a média de idade para o primeiro filho era de 22,4 anos, em 2006, passou a ser de 21 anos. A taxa de fecundidade entre 10 e 19 anos passou de 17%, em 1996, para 23%, em 2006 (BRASIL, 2009G).

A fecundidade das mulheres em no estado de São Paulo caracteriza-se por ser do tipo precoce, em que a maternidade concentra-se em idades mais jovens. Assim, em 2006, a metade da fecundidade apresentou-se entre as mulheres de 20 a 29 anos; adicionando-se a contribuição do grupo das adolescentes de 15 a 19 anos (17%), as mulheres de 15 a 29 anos, contribuíram com quase 70% da fecundidade final. As taxas de fecundidade para o estado de São Paulo, em 2006, mostraram que nascem menos de 100 crianças por mil mulheres em cada um dos grupos etários: cerca de 90 nascimentos para aquelas de 20 a 30 anos, em que a fecundidade é mais alta; aproximadamente 70, no grupo de 30 a 34 anos; e 60, para as mulheres de 15 a 19 anos (YAZAKI, 2008).

A fecundidade das jovens paulistas de 15 a 19 anos, em 2006, chega a ser quase dez vezes superior àquela das jovens espanholas ou japonesas; no caso das mulheres de 20 a 24 anos, as paulistas registram quase uma vez e meia a fecundidade das jovens daqueles países. A partir dos 25 ou 30 anos, as taxas tornam-se semelhantes. Essas taxas variam de acordo com o contexto socioeconômico e cultural. No Japão e na Espanha, a maternidade normalmente acontece após a solidificação da formação escolar e profissional, porém entre as adolescentes do estado de São Paulo, a maternidade faz com que aumente a evasão escolar e a interrupção da formação profissional. Entretanto, de acordo com análises realizadas para o município de São Paulo há variações dessas características de acordo com os grupos sociais, ou seja, os comportamentos reprodutivos de adolescentes de classe social mais privilegiada são semelhantes aos das europeias ou japonesas, denotando que, mesmo em uma mesma região há variações de acordo com a classe social (YAZAKI, 2008).

Mesmo diante desse quadro de redução visto no estado de São Paulo, justificam-se estudos e ações voltados para essa problemática, uma vez que a gravidez na adolescência ainda requer, por parte dos diferentes setores da sociedade, em especial da saúde, um olhar cuidadoso, considerando que parte dos adolescentes que vivenciam esta experiência se encontra em situação de vulnerabilidade social.

De acordo com a Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto, o município apresentou no ano de 2010, 863 nascidos vivos de mães adolescentes na faixa etária de 10 a 19 anos. O Distrito de Saúde Norte foi o que apresentou maior incidência, com 311 nascimentos, seguido do Oeste com 207, Distrito Sul com 204 nascimentos, Leste com 84 nascimentos e o Distrito Central com 57 nascimentos nesta mesma faixa etária (RIBEIRÃO PRETO, 2010).

Diante da relevância e interesse nessa importante temática e sabendo que o apoio social e o acesso às políticas sociais básicas devem ocupar um papel fundamental na constituição de uma rede social que pode servir de proteção contra os efeitos das situações e fatores vulnerabilizantes, potencializando as condições de vida desta adolescente que teve um filho, este projeto buscou conhecer a rede social e o apoio social, disponíveis e acessíveis para a maternidade na adolescência, no Distrito de Saúde Norte do município de Ribeirão Preto.

Dessa forma, este estudo buscou aprofundar a questão da maternidade na adolescência a partir da compreensão sócio-histórica do contexto em que essas adolescentes vivem, para enfim compreender e analisar como a rede e o apoio social podem favorecer a ampliação da proteção social e da qualidade de vida destes sujeitos.

Assim, este estudo buscou responder ao longo de seu desenvolvimento às seguintes questões de pesquisa:

- O que significa e o que pode compor, na percepção das mães adolescentes, uma rede social e o apoio social na maternidade, na adolescência? Existem fatores que contribuem para o atendimento de suas necessidades? Existem lacunas a serem superadas neste atendimento? Como estas são atendidas em suas demandas, no contexto dos serviços da rede básica de saúde?

A verificação das questões de pesquisa aqui apresentadas é relevante cientificamente, pois, aliada às demais pesquisas sobre adolescência e gravidez, poderá fomentar o avanço da pesquisa e do conhecimento na área de saúde do adolescente, bem como subsidiar pesquisas futuras e novos caminhos para a atenção integral relativa à gravidez na adolescência.

Geral

- Analisar a rede social e o apoio social na maternidade, segundo a ótica de adolescentes, que se articulam para potencializar as suas condições de vida, como sujeito de direito.

Específicos

- Identificar e analisar, a partir da ótica das adolescentes, a existência ou não de uma rede social, sua composição e articulação durante o período em que esteve gestante e após o nascimento da criança.
- Identificar e analisar a existência ou não do apoio social, contexto em que o apoio está sendo oferecido e por quem está sendo oferecido.

3.1 O significado e a magnitude da gravidez na adolescência

Segundo o Censo 2010 do IBGE, os adolescentes somam 20% da população brasileira, num total de 34.576.631 (IBGE, 2010). De acordo com Cavasin (2004), boa parte dessa população vive na periferia, integrando famílias de baixa renda e de baixa escolaridade, fatores que se refletem nas possibilidades de inserção destes no mercado de trabalho e no acesso a bens e serviços. Muitas vezes, adolescentes e jovens são convocados a assumir prematuramente responsabilidades para as quais ainda não estão preparados. E justamente por serem adolescentes, devem ser vistos como grupo socialmente vulnerável, mais exposto e sensível aos problemas enfrentados pela sociedade. Entretanto, estes também devem ser encarados como sujeitos de sua própria história, à medida que questionam e reveem valores e costumes, estabelecendo outras formas de comportamento e atitudes (ADORNO, 2001).

Existe um relativo equilíbrio entre os sexos e entre as etnias de adolescentes brasileiros (IBGE, 2010), diferenciando-se as classes sociais, com apenas 20% dos adolescentes brasileiros que pertencem às categorias A e B e 50% dos jovens de 15 a 20 anos que são pobres ou extremamente pobres. A população entre 15 e 20 anos atinge, em média, entre seis e oito anos de estudo, havendo importantes diferenças regionais e étnicas. A taxa de analfabetismo entre jovens negros é o dobro daquela dos brancos, e quatro vezes maior quando se considera a faixa etária de 10 a 14 anos (CAVASIN, 2004).

Aproximadamente três quartos dos jovens de renda mais baixa ingressam no mercado de trabalho antes dos 15 anos, com média salarial inferior à do conjunto dos trabalhadores. Entre as camadas mais populares, 23% dos jovens conseguem trabalhar e estudar, mas 17,1% não realizam nenhuma das duas atividades. Entre as meninas, 26% não realizam nenhuma das duas atividades, denotando uma situação de vulnerabilidade social entre adolescentes de camadas populares (BRASIL, 2005a).

Segundo a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO), 32,8% dos jovens brasileiros entre 12 e 17 anos já iniciaram a sua vida sexual, sendo que, destes, 61% são meninos e 39% são meninas (ABRAMOVAY; CASTRO; SILVA, 2004).

A escolaridade é um fator que pode interferir na fecundidade: quanto mais escolarizada, menor pode ser a fecundidade da jovem. Isso sugere que, para algumas jovens, pobres e pouco escolarizadas, convivendo com apelos de consumo e percebendo-se apartadas das possibilidades de um dia vir a acedê-los, talvez a gravidez não seja um problema, e sim uma solução, um meio de aquisição de identidade e função social. O problema passa a existir, uma vez que não existem ações que quebrem o círculo vicioso entre pobreza e exclusão para essas adolescentes e seus filhos (NOGUEIRA et al., 2009).

Assim sendo, a significação positiva da maternidade pode ser entendida como uma contraface de desqualificação social das mulheres. No caso de meninas pobres, esta importância simbólica pode tornar-se ainda maior pela dificuldade de acesso a outros bens sociais, como educação, trabalho, remuneração e prestígio (HEILBORN; AQUINO; KNAUTH, 2006).

O impacto da gravidez na vida dos adolescentes é multifacetado. A gravidez nessa fase da vida pode levar a adolescente a abandonar a escola, pelo preconceito que ali sofre e pela necessidade de cuidar do bebê que atrapalha o estudo (SÃO PAULO, 2006). Por outra via, de acordo com estudo de Aquino et al. (2003), 42,1% já se encontravam fora da escola, 25% interromperam os estudos, mas depois retomaram, e apenas 17,3% pararam de estudar definitivamente. Assim sendo, a gravidez entre os adolescentes tem múltiplos significados e nuances, não repercutindo de modo semelhante para todos que têm filhos nesta faixa etária (NOGUEIRA et al., 2009).

A gravidez na adolescência tem sido um tema polêmico e controverso nos debates sobre saúde sexual e saúde reprodutiva. Ser mãe na adolescência não é um fenômeno recente, nem uma característica exclusiva da sociedade ocidental. De modo geral, a gravidez na adolescência é quase sempre vista como negativa, não apenas pelas instituições públicas, pela mídia, pelos profissionais de saúde e de educação, mas também pela produção acadêmica (CAVASIN, 2004). De forma geral, é considerada como uma situação de risco e um elemento desestruturador da vida de adolescentes, podendo até ser fator determinante na reprodução do ciclo de pobreza das populações, ao colocar impedimentos na continuidade de estudos e no acesso ao mercado de trabalho, entretanto, o desejo, o olhar e a opinião dos jovens constantemente não são considerados, predominando a visão desta questão como uma problemática social (BRASIL, 2006b).

O reconhecimento do fato de que a gravidez pode expressar o desejo dos adolescentes não significa retirar a importância das políticas de orientação, contracepção e planejamento familiar, uma vez que se trata de assegurar que a escolha possa acontecer no momento desejado e planejado pelos adolescentes e jovens. É fato também que a gravidez não planejada pode revelar-se em um grave problema para a saúde sexual e reprodutiva de adolescentes e jovens brasileiros, de acordo com o número de atendimentos decorrentes de aborto no Sistema Único de Saúde (SUS), bem como nos índices de óbitos materno-juvenis (BRASIL, 2007).

Assim sendo, historicamente a gravidez na adolescência é caracterizada e estigmatizada como "problema social", evidenciando-se as características de "risco" para a vida das adolescentes. Porém, muitos estudos têm discutido estas concepções de problema e risco atribuídos para a construção negativa do fenômeno da gravidez na adolescência, demonstrando que muitas vezes este se constitui em uma possibilidade de busca da autonomia e responsabilidade, no desejo consciente de ser mãe ou pai, e até mesmo em uma fonte de satisfação (GONTIJO; MEDEIROS, 2008; PANTOJA, 2003).

Os aspectos de vulnerabilidade da gravidez na adolescência são o aborto, a prematuridade do recém-nascido, a morbidade e a mortalidade maternas, com estatísticas preocupantes no escopo da saúde pública. Em 2000, ocorreram 39% de abortos entre adolescentes de 15 a 19 anos e 2,50% entre a faixa etária de 10 a 14 anos, esses dados incluem aborto espontâneo, aborto induzido por indivíduo, admitido legalmente, aborto induzido sem identificação, aborto retido, aborto não especificado e outros abortos (BRASIL, 2003). Nesse mesmo ano, 27,84% das gravidezes do país correspondiam a adolescentes (HEILBORN, 2002).

De acordo com Diniz e Medeiros (2010), em uma pesquisa nacional sobre o aborto, destaca-se a grande ocorrência de aborto no Brasil, cerca de 60% das mulheres o realizaram no centro do período reprodutivo, de 18 a 29 anos, evidenciando o aumento deste pelo baixo nível educacional.

Assim sendo, o aborto vem sendo realizado, na maioria das vezes, em contextos clandestinos e por profissionais despreparados, gerando uma das principais causas de mortalidade no Brasil. O aborto no contexto da adolescência, principalmente entre aquelas que são oriundas de classes populares, faz com que procurem mais comumente os serviços de saúde para realizar procedimentos decorrentes de aborto, tais como a curetagem (PERES; HEILBORN, 2006).

O estudo de César et al. (2000) aponta uma consideração acerca do efeito da idade das adolescentes que engravidam, quando se considera o *status* socioeconômico dos indivíduos. A autora realizou pesquisa em Belo Horizonte para testar a hipótese, segundo a qual a maior mortalidade neonatal de crianças filhas de mães adolescentes está relacionada ao baixo *status* socioeconômico destas mães, e não à idade das mesmas. Os aspectos fisiológicos que determinariam uma gravidez de alto risco entre adolescentes, tais como peso, altura, estado nutricional e desenvolvimento do aparelho reprodutivo, são agravados pelas condições socioeconômicas e culturais nas quais a adolescente está inserida.

A aceitação e o apoio das famílias, o planejamento familiar, a coabitação ou não com o parceiro e o acesso a bens e serviços, especialmente de saúde, educação e cultura para as mães e seus filhos, são fundamentais para configurar o cenário da ocorrência da gravidez, de forma mais segura, estável e protegida. O entendimento das questões culturais e de fatores socioambientais que ocorrem no quadro da vulnerabilidade indica que as políticas que queiram atuar para alterar esse quadro não devem se pautar na perspectiva homogeneizante das categorias adolescentes e gravidez na adolescência, mas antes compreendê-las como categorias socioconstruídas (CÉSAR et al., 2000).

De acordo com Lopes et al. (2006), no campo das ações direcionadas à adolescência e juventude, especialmente aqueles em situação de maior vulnerabilidade individual e social, existe um grande número de projetos voltados para essa população, desenvolvidos, em sua maioria, por organizações não governamentais, porém com pouca articulação em rede, seja entre os serviços existentes ou entre as ações que buscam efetivar. Estes programas ou ações pouco se articulam com os diferentes equipamentos sociais, com a comunidade e com a família, pautados em uma prática de intervenção que efetivamente promova os direitos advindos da condição de cidadãos de seus usuários (LOPES; SILVA; MALFITANO, 2006).

A garantia dos direitos na adolescência vem tendo um enfoque mais amplo e tem destaque na agenda nacional e internacional de atenção à saúde do adolescente, no sentido de direcionar a discussão e implantação de ações voltadas à promoção, prevenção e assistência à saúde sexual e à saúde reprodutiva.

Para que possamos compreender de que forma as relações políticas se articulam na implementação de inovações, propostas, programas, neste caso as

voltadas para a adolescência e especificamente para a gravidez na adolescência, faz-se necessário o conhecimento das políticas do Estado capitalista e suas transformações atuais para entender a dinâmica estabelecida por este para promover políticas públicas e sociais e os marcos ético-legais internacionais e nacionais, na efetivação dos direitos do adolescente.

3.2 Políticas públicas e direitos voltados para a adolescência

As políticas do Estado capitalista são o conjunto de estratégias para criar as condições para que cada cidadão seja incluído nas relações de troca. Já as políticas sociais do Estado capitalista são aquelas relações e estratégias organizadas que visam a criar as condições para que os proprietários da força de trabalho sejam incluídos nas relações de troca (OFFE, 1984). As políticas sociais no Brasil representam diretrizes para o encaminhamento e o enfrentamento de problemáticas sociais promovendo, ou não, a criação de mecanismos para a operacionalização de direitos em diversas áreas (LOPES, 1999).

Para Cohn (2004), os investimentos em alguns setores, tais como saúde e educação, quando passam a ser objeto de políticas, são pontuais, segmentados e muitas vezes sem se pautar nos direitos sociais. O grande entrave é a formulação de políticas sociais universais articuladas com as políticas sociais focalizadas, com o objetivo de construir um sistema de proteção social que não se paute mais pelo trabalho como mecanismo central de inserção social (CONH, 2004).

Os investimentos feitos na proteção social e seus serviços acabam sendo concedidos como “esmola” àqueles que não demonstrem condições de suprir por si mesmo as necessidades mínimas próprias e de seus familiares e não vistos como direito do cidadão (LOPES, 1999).

As políticas públicas no Brasil acompanharam as mudanças socioeconômicas e culturais ocorridas em nossa sociedade ao longo do tempo e, no campo da saúde, observam-se intensas transformações, a partir da década de 1980, as quais foram profundamente influenciadas pelo contexto político-institucional no Brasil, com o início da redemocratização (BRASIL, 2010a).

Dentre as políticas da área de saúde que ganharam força nessa época e que vêm se estruturando e reestruturando até os dias atuais, destacam-se as políticas de Atenção Básica à Saúde, em especial a Estratégia de Saúde da Família (ESF).

A constituição de 1988 trouxe alguns avanços no reconhecimento dos direitos universais, dentre eles, a saúde se destacou como direito primordial (LOBATO, 2009).

[...] Com a Constituição de 1988 foram reconhecidos como direitos sociais o acesso à saúde, previdência, assistência, educação e moradia (além de segurança, lazer, trabalho). Institui-se a seguridade social, que incluiu as áreas de saúde, previdência e assistência social. A noção de seguridade representou avanço na institucionalização de um modelo ampliado de proteção social, que previa a universalização do acesso, a responsabilidade estatal, a integração entre as três áreas e a criação de um orçamento próprio, exclusivo e com novas fontes de financiamento. Inovava também na responsabilidade compartilhada entre os três níveis de governo, através da descentralização de competências e recursos, e na participação e controle social, com a criação de instâncias colegiadas e atribuições legais de formular e acompanhar a implementação das ações. Apesar do princípio orientador da universalização, as políticas de seguridade mantiveram critérios de acesso para a previdência social e a assistência social. O acesso à previdência manteve-se dependente da contribuição e à assistência social, dependente da necessidade. A exceção foi a saúde, na qual a universalização se deu de forma integral, sem qualquer critério de acesso (LOBATO, 2009, p.723).

De acordo com Costa (2009), frente à desigualdade social, resultante da estrutura capitalista, há uma preocupação, após a Constituição de 1988, em equacionar alguns problemas, retirando a responsabilidade apenas do escopo individual, familiar ou da conduta comportamental, para focalizar políticas para o enfrentamento desses problemas, criando políticas focais temporárias para a diminuição das disparidades.

A estratégia da focalização produziu importantes inovações por meio de ações de transferência direta de renda, como o Programa Bolsa Família (PBF), implementado, em 2003. Assim como este, existem muitos outros programas focalizados que coexistem junto com as políticas universais (COSTA, 2009).

O atual sistema de proteção social brasileiro é constituído por essa combinação de políticas universais com políticas focalizadas nos grupos mais vulneráveis, como afirmado anteriormente.

A criação de programas, como o PBF, afetou diretamente as disponibilidades de recursos do governo central para as áreas sociais básicas, tais como educação, saúde e saneamento. O crescente gasto nestas áreas fez com que os aportes

federais diminuíssem, nos últimos sete anos. Apenas no contexto da saúde que a redução do gasto federal é compensada pelo crescente gasto municipal e estadual, por conta da descentralização. Porém, a transferência de renda tem produzido importantes impactos de natureza distributiva, ao tentar minimizar a desigualdade de renda no país. Por outro lado, o fraco desempenho dos indicadores nas áreas de educação e saneamento indica que a sociedade brasileira ainda mantém um elevado déficit social em áreas básicas (COSTA, 2009).

Alguns marcos ético-legais internacionais e nacionais foram extremamente importantes para a implementação de políticas que de fato efetivassem os direitos dos adolescentes.

No Brasil, a Constituição Federal de 1988, como referido acima, representou o marco jurídico da transição democrática e da institucionalização dos direitos humanos no país, e os anos de 1990, com o reordenamento jurídico e institucional aos novos parâmetros democráticos constitucionais e internacionais.

Na concretização dos direitos universais, comuns a todos os seres humanos, verificou-se a necessidade de medidas específicas dirigidas a segmentos mais vulneráveis às violações de seus direitos para garantia da igualdade. Para atender a essas demandas específicas, criou-se um sistema especial de proteção que destaca alguns sujeitos, como: os negros, as mulheres, as crianças, os adolescentes, os idosos e os deficientes, o que se materializa nas diversas convenções firmadas pelas Nações Unidas, obrigando os Estados a implementarem políticas públicas que considerem essas diferenças e as vulnerabilidades dos sujeitos nos diversos contextos sociais, com vistas à redução das desigualdades e à promoção da garantia dos direitos (BRASIL, 2007). Houve o reforço na necessidade desta combinação de políticas universais, capazes de prover os direitos universais, e focalizadas, sobretudo naqueles que têm maior dificuldade ao acesso devido à sua condição social.

Dentro desse cenário de debates e lutas, principalmente após a redemocratização do país, destacam-se as aprovações de algumas leis que possibilitaram a ampliação da discussão e implementação/execução de políticas públicas pautadas na noção do direito dos cidadãos, evidenciando as voltadas para o campo da adolescência.

Com relação à legislação e ao avanço dos direitos da criança e do adolescente, no contexto brasileiro, principalmente os de classes populares, inicialmente estes eram

associados diretamente à noção de periculosidade. A exploração do seu trabalho era apresentada como uma forma de evitar a delinquência, garantindo, ao mesmo tempo, o crescimento urbano. Além disso, nos anos 20 do século passado, as prisões e os internatos tornam-se referências para a educação e a correção de comportamentos inadequados à ordem (SILVA; LOPES, 2009).

[...] Até o período da Ditadura Militar, poucos são os avanços da política pública para a juventude de grupos populares, exceto no campo da educação. Com a Política Nacional do Bem-Estar do Menor, em 1964, foi criada a FUNABEM - Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor – que tinha por objetivo formular e implantar a política nacional na área. Introduz-se uma metodologia interdisciplinar redimensionando a periculosidade circunscrita aos aspectos médicos, que previam mudar comportamentos não pela reclusão do infrator, mas sim pela educação em reclusão. Conseqüentemente, crianças e jovens infratores, abandonados, provenientes das situações de pobreza são direcionados para o complexo institucional de controle para inimputáveis, justificando a expansão dos atendimentos para os “menores” pobres e perigosos, os pequenos bandidos (SILVA; LOPES, 2009, p.99).

O Código dos Menores de 1979 surge como reformulação da Política Nacional do Bem-Estar do Menor, formalizando a concepção “biopsicossocial” do abandono e da infração e explicitando a estigmatização das crianças pobres como “menores” e delinquentes por meio da noção da “situação irregular” (SILVA; LOPES, 2009).

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) rompe com o regime anterior, o Código de Menores, passando a reconhecer todas as crianças e todos os adolescentes como sujeitos de direitos, nas diversas condições sociais e individuais. O Estatuto dá cumprimento aos compromissos internacionais assumidos na Convenção Internacional dos Direitos da Criança das Nações Unidas e regulamenta o art. 227 da Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1990).

[...] O ECA abandona o termo “menor” substituindo-o por criança e adolescente, pretendendo ser uma lei para toda e qualquer criança e adolescente brasileiro, independente da situação de infração ou abandono, buscando uma mudança cultural que retira da criança pobre o aspecto identificador daquele que requer ações do Estado e pauta o direito de todos enquanto elemento central para o debate (MALFITANO; ADORNO, 2006, p. 16).

A gestão da questão da infância e da adolescência deveria, a partir de então, ser norteadas pela descentralização político-administrativa, pela participação popular, por meio de suas organizações, na formulação das políticas e no controle das ações em todos os níveis - municipal, estadual e federal; mais ainda, as necessidades de

crianças e jovens devem ser acolhidas pelo Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente que formula e controla a efetivação dos programas definidos, a partir das políticas públicas para este segmento instituídas por lei municipal e pelo Conselho Tutelar de Direitos, órgão que aplica as medidas de proteção (LOPES; SILVA; MALFITANO 2006).

No aspecto da saúde, no contexto mundial, levando-se em consideração os devidos processos históricos e sociais, diversos países começam a reformar seus sistemas de saúde em busca da proposta de “Saúde para todos no ano 2000”, colocada em 1977 na Assembleia Mundial de Saúde, anunciada em Alma Ata em 1978 e consensuada em maio de 1979 na Assembleia Mundial de Saúde.

No Brasil, o início da reforma do sistema de saúde parte da Lei Orgânica da Saúde, regulamentando a disposição constitucional que concebeu a saúde como um direito social de todos, criando o SUS e possibilitando o acesso à saúde para todos os brasileiros, sem distinção (BRASIL, 2005a).

Para garantir esse direito, a Constituição Federal criou o SUS, obedecendo às diretrizes de regionalização, unificação e descentralização, assim como universalização do atendimento e da cobertura, hierarquização e integralidade do sistema e controle social. A reestruturação do sistema de saúde deveria ter como critério, para alocação dos recursos, os perfis epidemiológicos e demográficos dos usuários em nível municipal (GERSCHMAN; VIANNA, 1997).

A constituição do SUS significou, para os gestores, trabalhadores e usuários do sistema, uma nova forma de pensar, estruturar, desenvolver e produzir serviços e assistência em saúde, uma vez que os princípios da universalidade de acesso, da integralidade, da autonomia das pessoas, da descentralização e do controle social tornaram-se paradigmas do SUS (MACHADO, 2005).

A atenção primária à saúde, prioritária nas diretrizes do SUS, foi definida como:

[...] atenção essencial à saúde baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, formados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis para eles e a um custo que tanto a comunidade como o país possam arcar em cada estágio de seu desenvolvimento; um espírito de auto confiança e auto determinação. É parte integral de sistema de saúde do país do qual é função central, sendo enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento do processo de atenção continuada à saúde. (WHO, 1979)

Essa abordagem, que se encontra de acordo com os conceitos de saúde e a proposta política colocada pelo SUS brasileiro, começa a criar forma no país, em conjunto com as políticas de descentralização do sistema, por meio de marcos regulatórios, como as Normas Operacionais Básicas (NOBs) e apoios financeiros, como o Projeto de Expansão e Consolidação à Saúde da Família (PROESF) e o Piso de Atenção Básica (PAB), consecutivos e complementares, que transformaram as experiências dos Programas de Agentes Comunitários em Saúde (PACS), instalados a partir de 1991, e dos Programas de Saúde da Família (PSF), instalados a partir de 1994, como ferramentas capazes de construir nosso novo modelo assistencial, a Estratégia de Saúde da Família, que tem como objetivo, segundo Merhy & Franco (2000, p.145):

[...] reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional de assistência, orientado para a cura de doenças no hospital. A atenção está centrada na família, entendida e percebida a partir de seu ambiente físico e social, o que vem possibilitando as equipes da família uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e das necessidades de intervenções que vão além das práticas curativas.

A agregação dessas duas propostas trouxe a priorização da visão de saúde entendida em nosso SUS e a forma de trabalharmos de maneira mais eficiente o processo saúde-doença-cuidado em nossa realidade, como pode ser visto na Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2007e).

No aspecto da Assistência Social, o maior avanço, no contexto brasileiro, foi a Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) que regulamenta o direito constitucional (art. 203) à assistência social do Estado, independente de contribuição, e garante a proteção especial à adolescência e o amparo aos adolescentes carentes (BRASIL, 2005a).

A LOAS estabeleceu a criação do Sistema Descentralizado e Participativo da Assistência Social, assim como a saúde, do qual emergiram também ações na área da adolescência e da juventude. Na definição das linhas de ação para o atendimento da criança e do adolescente, o ECA destaca as políticas e programas de assistência social, determinando o fortalecimento e ampliação de benefícios assistenciais e políticas compensatórias como estratégia para redução das vulnerabilidades e agravos de saúde dos jovens (BRASIL, 2005a).

No final da década de 1990, o aumento do desemprego juvenil e a acentuação dos processos de precarização social fomentam a necessidade de políticas de inclusão. A busca por conceber e dirigir programas para jovens considerados carentes ou em situação de vulnerabilidade social, com a delimitação geográfica em municípios de baixo Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), expressou políticas de focalização no combate à pobreza em detrimento de políticas de caráter universal (SPOSITO; CARRANO, 2003).

[...] É preciso avançar para além das doutrinas de segurança pública e de assistência social no trato com as políticas públicas federais orientadas para os jovens. Sem negligenciar as inúmeras dificuldades de ampliação das dotações orçamentárias para as políticas públicas sociais, admite-se que o desafio maior é, contudo, inscrever as políticas de juventude em uma pauta ampliada de direitos públicos de caráter universalista. Essas orientações devem pressupor os jovens como sujeitos dotados de autonomia e como interlocutores ativos na formulação, execução e avaliação das políticas a eles destinadas (SPOSITO CARRANO, 2003, p.37).

No contexto da educação brasileira, a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Brasileira (LDB) surge para regulamentar o direito à educação também como direito público a todo cidadão. Dentro destas leis, a educação sexual é prevista como um dos temas transversais a serem incluídos nos Parâmetros Curriculares Nacionais (PCNs), em todas as áreas do conhecimento, desde o ensino fundamental até o médio. Nos PCNs, ao tratar do tema “orientação sexual”, define-se a sexualidade como “algo inerente à vida e à saúde, que se expressa desde cedo no ser humano” e como tema a ser discutido e orientado no cotidiano da escola (BRASIL, 2007).

A efetiva implantação desses temas, na perspectiva dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos e da ação intersetorial, requer a articulação dos agentes das políticas de saúde e educação.

Em 2003, é lançado o Programa Saúde e Prevenção nas Escolas. Este Programa resulta da parceria entre Ministério da Saúde, Ministério da Educação, UNESCO e Unicef e visa a reduzir a vulnerabilidade dos adolescentes e jovens às doenças sexualmente transmissíveis, à infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e à gravidez não planejada, com ênfase na promoção da saúde, por meio de ações educativas de prevenção e ampliação dessa população ao preservativo masculino (BRASIL, 2007).

O Programa também visa a reforçar a qualificação e a formação continuada de professores do ensino fundamental e médio nestes temas voltados para a

adolescência, prevendo disponibilização de preservativos masculinos a adolescentes e jovens de 13 a 24 anos, matriculados no ensino fundamental e médio da rede pública (BRASIL, 2007).

Nesse trajeto também se destaca o Programa Saúde na Escola (PSE), instituído pelo Decreto Presidencial nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007, como proposição de uma política intersetorial entre os Ministérios da Saúde e da Educação, na perspectiva da atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e jovens do ensino básico público (educação infantil, ensino fundamental e médio, educação profissional e tecnológica e na educação de jovens e adultos (EJA)), no âmbito das escolas e/ou das unidades básicas de saúde, realizadas pelas Equipes de Saúde da Família (BRASIL, 2007).

O PSE busca a integração das políticas setoriais, em que a política de educação em saúde articule a saúde e educação como parte de uma formação ampla para a cidadania e a efetivação dos direitos humanos; permitindo a progressiva ampliação das ações executadas pelos sistemas de saúde e educação com vistas à atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e jovens e à educação em saúde; visando a promover a articulação de saberes, a participação de alunos, pais, comunidade escolar e sociedade em geral na construção e controle social dessa política (BRASIL, 2007).

No contexto da gravidez na adolescência, o Estado regulamentou a Lei n.º 6.202/75 que estabelece que a gestante estudante tem direito a receber o conteúdo das matérias escolares em casa, a partir do oitavo mês de gestação e durante os três meses após o parto e esse tempo pode ser prorrogado, dependendo da prescrição médica. As avaliações são realizadas no domicílio, e o aproveitamento pode ser avaliado por meio de trabalhos feitos em casa. Este direito precisa ser conhecido, divulgado e cumprido pelas instituições escolares brasileiras (BRASIL, 2007).

Analisando essas legislações, como importantes marcos no avanço do reconhecimento dos direitos humanos, percebemos que estas possuem um traço comum: a descentralização política e administrativa, com ênfase nos municípios, e a participação da sociedade na formulação das políticas. Esse novo marco conceitual e legal de política pública vem instrumentalizar e possibilitar uma melhor articulação institucional e o desenvolvimento de programas e ações que deem conta da realidade local, sem perder de vista a proposta nacional (BRASIL, 2007).

Para maior compreensão e aprofundamento dos marcos e legislações importantes no progresso dos direitos, tanto em nível nacional quanto internacional, faz-se necessário revisitar estes principais marcos, principalmente no campo da saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes.

3.3 Assistência à saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes

A ampliação dos direitos sexuais e reprodutivos, no sentido de incluir as prerrogativas de crianças e adolescentes, se deu mais intensamente no século XX, com acordos internacionais e novas normas nacionais criadas a partir do final dos anos de 1980. Para a compreensão destes, partiremos dos direitos das mulheres, para posteriormente apresentar os avanços da assistência à saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes.

A saúde da mulher no Brasil foi incorporada às políticas nacionais de saúde, nas primeiras décadas do século XX, sendo focadas as demandas relativas à gravidez e ao parto. Os programas materno-infantis, elaborados nas décadas de 1930, 1950 e 1970, traduziam uma visão restrita sobre a mulher, baseada em sua especificidade biológica e no seu papel social de mãe e doméstica, responsável pela criação, pela educação e pelo cuidado com a saúde dos filhos e demais familiares (BRASIL, 2009).

No contexto do movimento feminista brasileiro, esses programas são vigorosamente criticados pela perspectiva reducionista com que tratavam a mulher que tinha acesso a alguns cuidados de saúde no ciclo gravídico-puerperal, ficando sem assistência na maior parte de sua vida (BRASIL, 2009c).

Com forte atuação no campo da saúde, o movimento de mulheres reivindicou sua condição de sujeitos de direito, com necessidades que extrapolam o momento da gestação e parto, demandando ações que lhes proporcionassem a melhoria das condições de saúde em todos os ciclos de vida, e que contemplassem as diversidades sócio-econômica-culturais (BRASIL, 2009c).

Em 1984, o Ministério da Saúde elaborou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), marcando, sobretudo, uma ruptura conceitual com os princípios norteadores da política de saúde das mulheres (BRASIL, 1984). O PAISM incorporou, como princípios e diretrizes, as propostas de descentralização,

hierarquização e regionalização dos serviços, bem como a integralidade e a equidade da atenção, num período em que, paralelamente, no âmbito do Movimento Sanitário, se concebia o arcabouço conceitual que embasaria a formulação do SUS, já abordado anteriormente (BRASIL, 2009c).

O processo de implantação e implementação do PAISM apresenta especificidades no período de 1984 a 1989 e na década de 1990, sendo influenciado, a partir da proposição do SUS, pelas características da nova política de saúde, pelo processo de municipalização e principalmente pela reorganização da atenção básica, por meio da estratégia do PSF (BRASIL, 2009c). Dessa forma, o PAISM propõe que os serviços de saúde devem dar assistência às mulheres em todas as suas necessidades de saúde, em todas as fases de sua vida, desde a infância até a velhice, de acordo com as características apresentadas em cada fase.

No contexto internacional, na Conferência Mundial de Direitos Humanos, realizada em Viena em 1993, os direitos das mulheres são reconhecidos, pela primeira vez, como parte integrante e indivisível dos direitos humanos. A plena participação das mulheres, em condições de igualdade, na vida política, civil, econômica, social e cultural nos níveis nacional, regional e internacional, e a erradicação de todas as formas de discriminação, com base no sexo, são objetivos prioritários dessa conferência. Não assegurar estes direitos, portanto, passa a ser considerada uma violação dos direitos humanos universais (BRASIL, 2007).

A Conferência Internacional de População e Desenvolvimento (CIPD), realizada no Cairo, em 1994, consolidou as noções de saúde sexual e saúde reprodutiva. Estas noções implicaram numa série de acordos e metas traçados em Plataforma de Ação do Cairo que orientaram a implementação das políticas públicas brasileiras. Nela se consolidam reivindicações políticas dos movimentos de mulheres de todo o mundo acerca de uma nova concepção de saúde, na qual as decisões sobre a vida sexual e reprodutiva e as plenas condições para o seu exercício, de maneira livre e segura, sejam garantidas como direitos fundamentais assegurados pelo Estado (BRASIL, 2007).

A maior vitória da CIPD do Cairo foi deslocar o “problema populacional” da perspectiva puramente econômica e ideológica para situar as questões relativas à reprodução no marco da saúde e dos direitos humanos. A plataforma do Cairo abandona a ênfase nas políticas públicas voltadas para números agregados e metas de controle da natalidade (CORRÊA; JANNUZZI; ALVES, 2003). Dessa forma, a

Conferência do Cairo estabelece um novo paradigma, mudando a temática da população da esfera exclusivamente demográfica para a esfera dos direitos humanos, estabelecendo saúde e direitos reprodutivos como direitos humanos.

[...] No Brasil, a concepção integrada de saúde reprodutiva já havia sido pioneiramente incorporada no Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM). Adotado como diretriz nacional para a saúde da mulher em 1985, serviu como um marco para implementação, no país, do conjunto de ações com as quais os governos integrantes das Nações Unidas assumiram compromisso no Cairo. É preciso ter em mente que a perspectiva integrada entre saúde, direitos reprodutivos e população caracterizou a interlocução entre governo, movimento social e academia, refletindo-se nas iniciativas e ações que marcaram o período pós Cairo no Brasil. Dentre elas, é importante mencionar a criação da Comissão Nacional de População e Desenvolvimento (CNPd), em 1995, a lei do Planejamento Familiar, de 1996, e o Programa Nacional de DST/Aids, a criação da Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres com status de ministérios, a Lei de Notificação Compulsória, por parte dos serviços de saúde, da violência doméstica e sexual contra mulheres e meninas, as Normas Técnicas que asseguram o acesso ao aborto seguro nos casos previstos na legislação nacional e o Pacto Nacional para a Redução da Morte Materna e Neonatal (CAETANO, 2004, p.12).

Em 1995, na IV Conferência Internacional sobre a Mulher realizada em Pequim, os direitos reprodutivos e direitos sexuais como direitos humanos foram reconhecidos. O respeito aos direitos sexuais e direitos reprodutivos foram afirmados como condições para a conquista da igualdade de gênero. Os princípios de Cairo e Pequim opõem-se radicalmente à instrumentalização do corpo das mulheres e meninas pelas políticas de controle de natalidade e mesmo de planejamento familiar. Estabelecem como violação dos direitos humanos todo o viés controlista e contrário ao direito de decisão das mulheres, definindo o respeito aos direitos sexuais e direitos reprodutivos como princípios da política de saúde (BRASIL, 2007).

A atenção à saúde sexual e reprodutiva do adolescente é discutida na Convenção Internacional dos Direitos da Criança, promovida pela OMS, e nesta foi recomendado às nações que criassem programas de saúde para adolescentes e jovens, com base em suas necessidades específicas, destacando alguns temas como a gravidez precoce, as doenças sexualmente transmissíveis (DSTs), e o consumo de tabaco, álcool e outras drogas. Destacou-se, ainda, a importância de os adolescentes serem vistos ao mesmo tempo como grupo beneficiário e como importante recurso para a promoção da saúde (VENTURA, 2004).

No Brasil, em 1989, o Ministério da Saúde divulga as bases nacionais da atenção ao adolescente, através do Programa de Saúde do Adolescente (PROSAD), face à

necessidade de melhoria das condições de vida e saúde do grupo. A preocupação com o controle da fecundidade, exposição às DSTs e à Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), violência e maus-tratos ao grupo dão a tônica das medidas propostas. As tecnologias desenhadas circunscrevem-se a medidas de aconselhamento sexual, incluindo informações e oferta de meios de controle da contracepção e prevenção das DSTs/AIDS, ações de detecção e tratamento de infecções genitais e controle de agravos no ciclo grávido-puerperal (BRASIL, 1996). Com base no princípio da integralidade das ações de saúde, formalmente, são priorizadas ações básicas dirigidas aos adolescentes de ambos os sexos, indicando-se a sua vinculação às ações direcionadas à saúde feminina e saúde familiar (MANDÚ, 2002).

A partir de 1992, crianças, adolescentes e adultos jovens passam a ser prioridades no projeto nacional de prevenção e controle desses agravos, incrementando-se, através de convênios específicos, a implementação de ações locais de caráter educativo para práticas sexuais seguras, além da adoção de tecnologias para seu diagnóstico precoce e tratamento (BRASIL, 1997).

Algumas medidas específicas de implementação do direito à saúde sexual e reprodutiva de crianças e adolescente são recomendadas, entre elas a garantia de que pais e crianças conheçam princípios básicos de saúde reprodutiva e sexual; promoção do apoio familiar, no sentido de estimular a confiança entre pais e filhos, inclusive no que toca à sexualidade e à promoção do acesso à informação, no que diz respeito a doenças sexualmente transmissíveis, e principalmente às medidas preventivas, como o uso da camisinha (VENTURA, 2003).

O CNPD inseriu os adolescentes como sujeitos que deviam ser alcançados pelas normas, programas e políticas públicas. Em 1999, a Organização das Nações Unidas (ONU) realizou um processo de revisão e avaliação da implementação do programa, avançando nos direitos dos jovens. Nesta revisão, garantiu-se o direito dos adolescentes à privacidade, ao sigilo, ao consentimento informado, à educação, inclusive sexual no currículo escolar, à informação e à assistência à saúde reprodutiva (BRASIL, 2007).

As metas do Cairo, em relação à população jovem, objetivam garantir a equidade de gênero, com a eliminação dos estereótipos que favoreciam a reprodução de desigualdades entre homens e mulheres em todas as faixas etárias; a participação social dos adolescentes e jovens como sujeitos políticos; a promoção dos direitos sexuais e direitos reprodutivos; o estímulo à educação, inclusive como condição para

a saúde sexual e saúde reprodutiva; envolvimento da juventude no planejamento, implementação e avaliação das atividades que a eles se destinam (BRASIL, 2006b).

A Plataforma do Cairo faz algumas recomendações para a garantia de direitos e saúde reprodutiva de adolescentes e jovens, como o encorajamento de um comportamento reprodutivo responsável e saudável; que as ações dos programas não limitem o acesso dos adolescentes aos serviços e às informações de que necessitam; que os serviços resguardecem o direito dos adolescentes à privacidade, confidencialidade, respeito e consentimento expesso; respeitem os valores culturais e crenças religiosas, bem como os direitos, deveres e responsabilidades dos pais e garantam mecanismos voltados para responder às necessidades peculiares dessa população (BRASIL, 2007).

A Constituição Federal Brasileira garante a licença à gestante, sem prejuízo do emprego e do salário, com duração de 120 dias; a licença-paternidade pelo período de cinco dias, a contar do dia do nascimento do filho. A Lei n.º 9.263/1996 (planejamento familiar) regula um conjunto de ações para a saúde sexual e saúde reprodutiva, dando o direito do adolescente ao atendimento integral e incondicional, decorrente dos princípios e diretrizes adotados pela Constituição Federal, pelo ECA, pelo SUS e pela própria lei sobre o tema (BRASIL, 2007).

No final de 2003, o governo brasileiro firmou um Pacto Nacional estabelecendo princípios, diretrizes e responsabilidades a serem assumidos pelas diversas esferas de governo, com vistas a reduzir a mortalidade materna no Brasil, com a participação da sociedade civil organizada. O Pacto assinala um marco nacional no reconhecimento da mortalidade materna como indicador das desigualdades sociais brasileiras e das lacunas ainda existentes na prestação de serviços básicos de assistência às mulheres adultas e adolescentes, como o pré-natal de qualidade (BRASIL, 2007).

O documento *“Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos: uma prioridade de governo”*, lançado em 2005, apresenta as diretrizes do governo para garantir os direitos de homens e mulheres, adultos e adolescentes, em relação à saúde sexual e à saúde reprodutiva, focando, principalmente, o planejamento familiar. A atenção à saúde sexual e à saúde reprodutiva de adolescentes e jovens foi uma das prioridades propostas por este documento, para o período de 2005 a 2007. Esta prioridade se consolida por meio da articulação entre diversas ações, dentre as quais, a ampliação da oferta de métodos anticoncepcionais reversíveis no SUS; a elaboração de manuais técnicos e cartilhas educativas; capacitação dos profissionais de saúde da atenção

básica para assistência em planejamento familiar e atenção integral à saúde de adolescentes e jovens; ampliação do Programa Saúde e Prevenção nas Escolas; implantação e implementação de serviços para atenção às mulheres e aos adolescentes, vítimas de violência sexual e doméstica, e para atenção humanizada às mulheres em situação de abortamento e o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal (BRASIL, 2007).

Apesar dessas transformações positivas e progressistas, persistem, ainda, dificuldades para aplicar e interpretar adequadamente a legislação específica, em especial quando se trata da sexualidade e reprodução na adolescência. Uma das dificuldades se trata de que tanto os instrumentos legais nacionais quanto os documentos internacionais ainda enfatizam os aspectos patológicos relacionados à sexualidade e à reprodução, tais como: abuso, violência, exploração sexual e não se voltam expressamente aos aspectos positivos do exercício da sexualidade e reprodução nesta faixa etária (VENTURA; CORRÊA, 2006).

Observamos uma evolução no escopo legal das políticas públicas na construção e efetivação de novas diretrizes, projetos e programas, reconhecendo a necessidade de atuação junto a esta parcela da população, porém ainda verificamos uma falta de articulação de políticas públicas capazes de enfrentar a problemática da gravidez na adolescência. É preciso assinalar que hoje, após mais de 20 anos decorridos da aprovação do ECA, ainda resta muito por fazer. Fonseca e Cardarello (1999, p. 84) problematizam o fato de o Brasil ter “altos ideais para uma sociedade ideal” sem que se concretizem os caminhos para atingir os princípios promulgados pelas leis de defesa de direitos, salientando “(...) a premissa de que os direitos humanos em sua forma abstrata e descontextualizada pouco significam” (FONSECA; CARDARELLO, 1999, p. 85). Nem poderia ser de outra forma, posto que a elevadíssima concentração de renda vigente no país e, conseqüentemente, a desigualdade e a miséria continuam a afetar perversamente a vida de todos os brasileiros e, em especial, a da maioria de nossas crianças, adolescentes e jovens.

É importante refletir sobre a forma como são desenvolvidas as políticas e ações nas diferentes áreas, tais como a saúde, assistência social, educação, cultura, justiça, questionando seus limites, sua eficiência e suas metodologias, se de fato essas intervenções concretizam a promoção de direitos. Ainda, dentre esses programas e projetos, observamos que grande parte das propostas é direcionada para crianças, com um número minoritário de iniciativas voltadas à intervenção com os adolescentes.

O lugar social do adolescente e do jovem de grupos populares é associado no imaginário à noção de periculosidade, o que se percebe refletido, no precário estabelecimento de ações direcionadas a essa população (LOPES; SILVA; MALFITANO, 2006).

[...] de certo modo, há um forte reconhecimento social do direito de qualquer criança, independentemente de sua condição social, a ter uma família, à escola, condições de saúde, enfim, o direito à proteção e ao cuidado por parte do Estado. O mesmo não ocorre com a figura do adolescente pobre, sobretudo negro e morador das periferias urbanas de grandes metrópoles brasileiras. Desloca-se para esse sujeito a constituição de uma imagem que impede o reconhecimento social de seus direitos decorrentes de seu momento no ciclo de vida. O modo com são considerados pela opinião pública os adolescentes em conflito com a lei, recolhidos nos sistemas de internação, espraia-se para todos aqueles que estão submersos nos bairros pobres e nas favelas. Nega-se a sua condição de indivíduos em formação e desenvolvimento, com múltiplas possibilidades abertas ao crescimento pessoal ao lado de necessidades amplas no domínio do lazer, da cultura, do esporte, da participação, entre outros (SPOSITO et al., 2005, p.31).

É de extrema importância a discussão da adolescência no escopo sociocultural como forma de proposição de políticas e ações que considerem as singularidades dos indivíduos. Trata-se do desafio da efetivação de políticas públicas para a adolescência, que atenda a todos, na diversidade cultural, na equidade e na universalização e efetivação dos direitos, compreendendo este adolescente como sujeito independente e com potencial para decisão e participação (LOPES; SILVA; MALFITANO, 2006).

A rede e o apoio social podem contribuir para o fortalecimento dos fatores de proteção, do acesso de fato aos serviços, garantindo a efetivação dos direitos. Desse modo, faz-se necessário compreender qual apoio e rede social e o quanto estes podem servir de proteção contra os efeitos das situações vulnerabilizantes, potencializando as condições de vida dessas adolescentes que vivenciam a maternidade.

3.4 Rede e apoio social

O termo rede e apoio social são de difícil definição, uma vez que são encontradas muitas especificidades em relação ao seu conceito, devido ao seu

caráter multidimensional, então sua definição dependerá do objeto de estudo do pesquisador (MOREIRA; SARRIERA, 2008).

Frente a isso, fez-se necessária uma revisão integrativa da literatura acerca da importância da rede e do apoio social na maternidade na adolescência. Para a elaboração desta revisão integrativa, foram seguidas as etapas (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008): identificação do tema e estabelecimento da questão de pesquisa; estabelecimento de critérios de busca na literatura e de inclusão e exclusão de artigos; definição das informações a serem extraídas dos artigos selecionados e categorização dos estudos; análise e interpretação dos resultados e apresentação da revisão como síntese do conhecimento.

Para conduzir a revisão integrativa, foram elaboradas as seguintes questões: “Qual o conhecimento científico produzido sobre rede e apoio social direcionados para a maternidade na adolescência?”. Para a busca dos artigos, utilizaram-se as seguintes bases de dados e biblioteca virtual: Base de dados desenvolvida pelo *National Center for Biotechnology Information* (NCBI) na *National Library of Medicine* (NLM) (PubMed), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Web of Knowledge* e a base de dados de publicações nas áreas da psicologia e educação (PsycINFO) e a biblioteca virtual *Scientific Eletronic Library Online* (SciELO).

Foram utilizados os descritores indexados nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), e no *Medical Subject Headings* (MeSH): gravidez na adolescência/*Pregnancy in Adolescence*; apoio social/*social support* e a palavra-chave rede social/*social network*. A busca foi realizada utilizando-se os três termos simultaneamente.

Foram incluídos, nessa revisão, artigos científicos na íntegra, em inglês, espanhol e português, publicados entre 2000 e 2010, que abordassem a rede social e/ou o apoio social relacionadas à gravidez na adolescência. Foram, portanto, excluídos estudos que não atendiam a todos esses critérios; todos os 118 artigos obtidos nas bases e biblioteca eletrônica foram avaliados pelos títulos e resumos e nos casos em que estes não foram suficientes para determinar a elegibilidade do artigo, verificou-se a publicação na íntegra.

Destes 118 artigos, quatro foram encontrados na PsycINFO e, destes, nenhum contemplou os critérios estabelecidos. Na PubMed foram encontrados 80 artigos e apenas sete contemplavam os critérios; na base de dados LILACS, foram encontrados 13 artigos e, destes, nenhum foi selecionado, na Biblioteca Virtual

SciELO foram encontrados nove artigos e, destes, três foram selecionados e 12 artigos foram encontrados na base *Web of Knowledge*, porém um deles se repetiu devido às combinações realizadas nesta base de dados e, destes, apenas dois foram selecionados de acordo com os critérios estabelecidos. Dessa forma foram 11 artigos selecionados para a análise que contemplavam a pergunta norteadora e os critérios previamente estabelecidos (Tabela 1).

Tabela 1 – Distribuição das referências bibliográficas obtidas nas bases de dados.

<i>Base de Dados ou Biblioteca Virtual</i>	<i>Referências obtidas</i>	<i>Referências que contemplavam os critérios estabelecidos</i>
PsycINFO	4	0
PubMed	80	6
LILACS	13	0
SciELO	9	3
<i>Web of Knowledge</i>	12	2

Para realizar a análise desses trabalhos, foi elaborada uma ficha de coleta de informações com as seguintes especificações: identificação do artigo (título, periódico, ano, idioma e país de origem do estudo); identificação, formação e titulação do autor principal; existência de considerações éticas; delineamento do estudo; conceitos de rede social e apoio social utilizados; procedimentos para análise dos dados; resultados e conclusões a cerca da rede social e apoio social.

Encontraram-se artigos publicados entre 2003 e 2009, cinco dos 11 foram publicados entre o ano de 2008 e 2009. Quanto aos outros anos houve certa homogeneidade na distribuição, com média de dois a três artigos por ano. Apenas no ano de 2005 não houve nenhuma publicação sobre esta temática. Em relação aos países de origem dos estudos, oito foram realizados no Brasil, um na Colômbia, um no Reino Unido e outro na Nova Zelândia.

Quanto às características dos estudos, seis tinham abordagem qualitativa, três quantitativa, um quanti-quali e um artigo de revisão sistemática da literatura. Esta caracterização foi estabelecida de acordo com a própria denominação dos autores, entretanto, na ausência de descrição da abordagem utilizada, esta foi caracterizada de acordo com o percurso de análise que o autor descreveu (Tabela 2).

Tabela 2 – Distribuição das referências de acordo com ano, país do estudo, autores, tipo de estudo realizado, participantes, objetivos e resultados

Ano	País	Autor	Tipo de Estudo	Participantes	Objetivos	Resultados
2004	Brasil	Gama et al.	Estudo Quantitativo	Participaram deste estudo 10.072 puérperas com até 19 anos.	O objetivo do estudo foi identificar o perfil das gestantes que tiveram um número insuficiente de consultas de atendimento pré-natal, mediante variáveis sócio-demográficas, história reprodutiva da mãe, apoio familiar, satisfação com a gestação e alguns comportamentos de risco durante a gravidez.	A convivência com o companheiro, a percepção de sua satisfação com a gravidez e sentir-se apoiada por ele influenciou significativamente o número de consultas realizadas pela gestante. Daí a importância do apoio do companheiro. 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.
2004	Brasil	Sabroza et al.	Quantitativo Descritivo-exploratório	Participaram deste estudo, 1.228 puérperas de 12 a 19 anos de idade.	O objetivo do estudo foi verificar a associação entre gravidez precoce e as repercussões emocionais negativas na vida da adolescente.	O suporte familiar, independente das condições sociais, foi identificado como o principal fator para minimizar as repercussões emocionais negativas da gravidez na adolescência. O trabalho permitiu identificar a importância do apoio social para uma melhor vivência da gestação pela adolescente e, conseqüentemente, para um desenvolvimento gestacional adequado.

- continua -

- continuação -

Ano	País	Autor	Tipo de Estudo	Participantes	Objetivos	Resultados
2006	Brasil	Dias; Aquino	Estudo quanti- qualitativo	Este estudo descreve jovens de 18 a 24 anos que experimentaram a maternidade e a paternidade na adolescência. Os dados são oriundos de um estudo multicêntrico (Pesquisa GRAVAD) realizado nas cidades brasileiras de Porto Alegre, Rio de Janeiro e Salvador, por meio de inquérito domiciliar, com amostragem probabilística estratificada em três estágios. Totalizando 4.634 pessoas entrevistadas com 18 a 24 anos.	Este estudo objetivou caracterizar os jovens que se tornaram mães e pais na adolescência, mediante variáveis sócio-demográficas, ressaltando os desdobramentos motivados pelo nascimento do primeiro filho nas suas trajetórias biográficas, assim como o apoio familiar estabelecido para o cuidado da criança.	A família se constitui em fonte de apoio para jovens pais e mães, independentemente do segmento social, há sempre uma ajuda importante no sustento deles/as e suas crianças. As avós maternas estão sempre próximas aos netos, assumindo responsabilidade de cuidado com eles. Faz uma reflexão sobre a juventude e a condição de parentalidade, destacando a importância da família como alicerce do apoio afetivo-material, que favorece o movimento de construção da autonomia e redimensiona a relação de dependência desses jovens.

- continua -

- continuação -

Ano	País	Autor	Tipo de Estudo	Participantes	Objetivos	Resultados
2006	Brasil	Silva; Tonete	Estudo Qualitativo	Participaram deste estudo familiares de primigestas adolescentes, indicados por essas jovens como potenciais informantes sobre o impacto de suas gestações no âmbito familiar e por serem os familiares mais próximos e significativos no acompanhamento desse processo.	Este estudo objetivou apreender o significado da gravidez da adolescente para seus familiares.	A família preocupa-se com o bem-estar físico da adolescente e se mobiliza através do cuidado e do oferecimento de suporte durante e após a gravidez. Entretanto, a rede de apoio familiar da adolescente pode mostrar-se falha ao prestar esclarecimentos ou reduzir as incertezas das jovens, por terem dificuldades com relação à falta de informação e à não aceitação da sexualidade adolescente. O suporte familiar recebido durante a gravidez foi composto por ajuda financeira, explicações, conselhos, carinho e apoio emocional.
2006	Brasil	Figueiredo et al.	Estudo Qualitativo	Participaram deste estudo 130 grávidas (66 adolescentes e 64 adultas) que foram avaliadas no último trimestre de gestação quanto ao estilo de vinculação e à qualidade do relacionamento e do apoio por parte do companheiro e de uma outra pessoa significativa.	O estudo objetivou determinar as características sociais e demográficas e as condições anteriores de existência que se associaram e permitem prever um estilo de vinculação (in)seguro e analisar o impacto do estilo de vinculação na qualidade do relacionamento e do apoio por parte do companheiro e de uma outra pessoa significativa, na gravidez.	As condições adversas de existência (anteriores ou atuais) propiciam vinculação insegura e o estilo de vinculação interfere na qualidade do relacionamento com o companheiro e com outras pessoas significativas, nomeadamente na capacidade da adolescente em recorrer ao apoio.

- continua -

- continuação -

Ano	País	Autor	Tipo de Estudo	Participantes	Objetivos	Resultados
2007	Nova Zelândia	Breheny; Stephens	Estudo Qualitativo	Dezessete profissionais de saúde que trabalhavam com mães adolescentes. Entre os profissionais, cinco eram médicos, cinco enfermeiras, seis parteiras, e um trabalhador da educação pré-natal.	O estudo objetivou conhecer e examinar os discursos utilizados pelos profissionais de saúde para a construção da maternidade na adolescência.	O apoio social fornecido pelos profissionais da saúde tem impacto na adesão e frequência das adolescentes às consultas. Para a melhora na prestação de serviços e para que conflua o apoio social, é necessária a compreensão do profissional de saúde, sem julgamentos e preconceitos, fortalecendo a confiança e estabelecendo vínculos com essa adolescente.
2008	Brasil	Moreira; Sarriera	Estudo Quantitativo	Participaram do estudo uma amostra de 100 adolescentes entre o 3º e o 9º meses de gestação que realizavam exame pré-natal em hospitais públicos de Porto Alegre - Brasil.	Este estudo objetivou conhecer a percepção de adolescentes gestantes acerca da satisfação e da composição de sua rede de apoio social.	As adolescentes que tiveram o apoio da figura paterna tiveram um maior sentimento de segurança afetiva. O apoio social recebido contribuiu para o sentimento de bem-estar, durante a gestação, e para a saúde do bebê, e para a manutenção de um vínculo positivo entre mãe e filho.
2008	Brasil	Peres et al.	Estudo Qualitativo	Estudo transversal com 296 jovens, com 13 a 24 anos, em uma das áreas mais pobres de São Paulo	O estudo objetivou compreender a influência de estrutura familiar no comportamento de risco entre jovens de baixa renda.	A presença dos pais é um fator importante de proteção para a juventude brasileira em situação de vulnerabilidade, dentre estas a gravidez na adolescência. Este estudo reforça a necessidade do desenvolvimento de programas para incentivar pais a se envolverem na vida de seus filhos adolescentes.

- continua -

- continuação -

Ano	País	Autor	Tipo de Estudo	Participantes	Objetivos	Resultados
2009	Colômbia	Estupiñán-Aponte; Rodríguez-Barreto	Estudo Qualitativo	Participaram do estudo 68 estudantes que engravidaram entre os 17 e 20 anos.	Determinar os aspectos psicossociais relacionados com a gravidez em estudante universitárias.	O apoio social oferecido pela família, principalmente pela mãe, e pela universidade aumenta a qualidade de vida da adolescente, o seu desenvolvimento pessoal, acadêmico e do bebê.
2009	Reino Unido	Harden et al.	Revisão Sistemática da Literatura	O estudo foi uma revisão sistemática sobre a gravidez na adolescência e a desvantagem social.	O estudo objetivou determinar o impacto da gravidez na adolescência e as intervenções que abordam a desvantagem social associada com a paternidade precoce e avaliar a adequação de tais intervenções para jovens no Reino Unido.	Revisão que buscou compreender a ligação entre desvantagem social e gravidez na adolescência através da integração de evidências de estudos qualitativos e testes quantitativos. Esta revisão chega ao resultado de que intervenções que se iniciam na infância e adolescência são estratégias eficazes e adequadas para reduzir as taxas de gravidez indesejada na adolescência, destacando a importância do cuidado e apoio.
2009	Brasil	Hoga et al.	Estudo Qualitativo	Participaram do estudo 19 membros da família que possuíam relação de consanguinidade com a adolescente e que morou com ela no decurso de sua gravidez	O objetivo do estudo foi descrever as experiências dos membros da família a respeito da gravidez na adolescência.	A rede social e o suporte foram oferecidos pela família após o nascimento da criança. A constituição do novo núcleo familiar foi caracterizada pela existência de apoio material e afetivo dos membros da família. Os vínculos afetivos e relacionais foram reforçados entre os membros da família e as adolescentes e isto contribuiu para a conformação de um ambiente permeado pelo afeto e apoio material.

Quanto aos aspectos éticos, todos os estudos submeteram seus projetos de pesquisa ao Comitê de Ética com Seres Humanos e elaboraram o Termo de Consentimento, detalhando confidencialidade e direitos dos participantes.

Em relação às temáticas encontradas no estudo, todos os artigos abordaram o tema apoio social voltado para a adolescente grávida, principalmente o apoio familiar, como essencial para uma melhor vivência da gestação pela adolescente. Alguns artigos trouxeram a definição de apoio social, além de especificarem quais os tipos de apoio foram percebidos pelas adolescentes. A temática da rede social não foi conceituada, apenas alguns estudos mencionaram a importância da constituição de uma rede social voltada para a maternidade na adolescência.

A ideia do apoio fornecido pelas redes sociais originou-se na década de 1970 e foi consolidada nos anos de 1980 (MATSUKURA; MARTURANO; OISHI, 2002; QUESADA, 1993).

Os conceitos de rede e apoio social fazem parte de vários referenciais teóricos e modelos de prática (PEDRO; ROCHA; NASCIMENTO, 2008). Para fins de pesquisa, é necessário selecionar um conceito que abranja os aspectos relevantes e coerentes com os objetivos a serem atingidos.

O termo apoio social foi definido por um dos estudos como os recursos relacionais de que uma pessoa dispõe para enfrentar diferentes situações na vida. Este conceito refere-se ao número de pessoas com as quais o sujeito se relaciona, na estrutura e qualidade destas relações, nas ações concretas executadas e na percepção que a pessoa mantém sobre todos esses aspectos (MOREIRA; SARRIERA, 2008).

O apoio social pode ser definido como “qualquer informação, falada ou não, ou auxílio material, oferecido por grupos ou pessoas, com as quais teríamos contatos sistemáticos, que resultam em efeitos emocionais ou comportamentos positivos. Trata-se de um processo recíproco, que gera efeitos positivos para o sujeito que o recebe como também para quem oferece o apoio, permitindo que ambos tenham mais sentido de controle sobre suas vidas” (VALLA, 1999).

Bullock (2004) propõe que o apoio social diz respeito a quatro formas de assistência: apoio emocional (afeto, estima, preocupação), apoio de reforço (*feedback*, confirmação), apoio informativo (sugestões, conselhos, informações) e apoio instrumental (ajuda no trabalho, finanças, tempo).

Para Antonucci (2004), as trocas mais importantes de apoio social e relações sociais usualmente envolvem longa duração e intimidade no relacionamento. Para entender como um indivíduo vivencia uma relação, é interessante entender a história dessa relação, assim como outras relações que essa pessoa tem.

O conceito de apoio social pode ser analisado a partir dos atributos e antecedentes deste apoio. Os atributos são fatores que independem dos tipos de apoio, como a informação, o contexto sociocultural e o apoio como um processo interpessoal, e os antecedentes são as condições que acontecem antes do início do apoio, que pode favorecê-lo ou não (PEDRO; ROCHA; NASCIMENTO, 2008).

O apoio social tem sido considerado como parte integral da promoção da saúde, já que fornece assistência para as necessidades emocionais e físicas dos indivíduos, assim como ameniza os efeitos negativos dos eventos estressantes sobre a qualidade de vida (CHAPPEL, 1991 apud BULLOCK, 2004).

Quando ocorre uma perda no sentimento de segurança, as pessoas buscam por uma gama de recursos internos e externos para lidarem com a nova situação (DABAS, 1998). Considerando que a gravidez, o nascimento e os primeiros cuidados com o bebê são eventos estressantes, tenha a gestação sido desejada ou não. O apoio social pode funcionar como moderador dos sentimentos e como recurso utilizado pela jovem gestante. A partir disso, verifica-se a importância das mais variadas formas de apoio social durante a gestação, por potencializar as condições de saúde do indivíduo, tanto antes como depois do parto (SARASON, 1999).

A gestação nem sempre se configura como uma situação problemática na vida destas adolescentes, principalmente quando vem acompanhada de apoio e suporte para prosseguir os estudos, presença do companheiro, responsabilidade e cuidado com o bebê (SZIGETHY; RUÍZ, 2001). Trata-se de um momento de esperada instabilidade emocional, em que o suporte por parte da família, amigos e companheiro é essencial (MOREIRA; SARRIERA, 2008).

A partir disso, percebe-se a importância de uma rede de apoio social consistente voltada para a maternidade na adolescência, seja ela vinda da família, da comunidade, escola ou mesmo da instituição hospitalar ou centros de saúde. As adolescentes que recebem esse tipo de apoio podem sentir-se mais bem preparadas para lidar com as dificuldades oriundas da gestação, atingindo, possivelmente, maiores níveis de saúde e bem-estar (MOREIRA; SARRIERA, 2008).

No estudo de Silva e Tonete (2006), a percepção que as adolescentes tiveram acerca do suporte familiar recebido durante a gravidez foi ajuda financeira, explicações, conselhos, carinho e apoio emocional (SILVA; TONETE, 2006).

O acolhimento da adolescente grávida pela família, mesmo que após um primeiro momento de intensa angústia e crise familiar, contradiz o discurso habitual de que a gravidez na adolescência não somente é fruto, mas também determinante de uma desestrutura familiar (HOGA; BORGES; ALVAREZ, 2009). No estudo de Hoga et al. (2009), em que foi entrevistada a família da adolescente grávida, a existência do apoio social foi predominante nas falas dos membros da família. Os vínculos afetivos e relacionais se reforçaram entre os membros da família e as adolescentes, e isto contribuiu para a conformação de um ambiente permeado pelo afeto e apoio.

Neste estudo, a gravidez ocorreu em um contexto de organização familiar sólida, e as trajetórias das mulheres adolescentes, após o nascimento da criança, foram marcadas por um contexto de alianças e de suporte da rede social e, na maior parte das vezes, pela constituição de um novo núcleo familiar, com apoio material e afetivo das famílias de origem (HOGA; BORGES; ALVAREZ, 2009).

Assim, percebemos que a família é o alicerce do apoio social, independentemente do segmento social, contribuindo para o processo de construção da autonomia desses adolescentes e do fortalecimento delas para serem mães (DIAS; AQUINO, 2006).

Com base no estudo de Moreira e Sarriera (2008), a mãe e o companheiro são as maiores fontes de apoio social. Entretanto, as adolescentes que referem estar mais satisfeitas com o apoio social recebido foram as que citaram um maior número de vezes a mãe e o pai como fontes de suporte. Assim sendo, apesar do companheiro assumir um papel muito importante nesta etapa da vida, o apoio social recebido dos pais parece ser mais importante para definir a satisfação dessas jovens (MOREIRA; SARRIERA, 2008).

Outro estudo associa o comportamento de adolescentes e jovens em situação de vulnerabilidade e a estrutura familiar. Avalia que aqueles que vivem com nenhum dos pais tendem a estar mais vulneráveis do que aqueles que vivem com um dos pais, e aqueles que vivem com ambos os pais apresentam menor vulnerabilidade (PERES et al., 2008).

Mesmo que a rede de apoio seja pequena, o que vai influenciar é a intensidade do apoio recebido, ou seja, independente da quantidade de pessoas

com quem se possa contar, o mais importante é ter a percepção de que se pode contar, verdadeiramente, com alguma pessoa (MOREIRA; SARRIERA, 2008).

O problema de redes de apoio social pequenas é que a falta de qualquer figura pode representar uma perda muito significativa. Se, além disso, considerarmos que a satisfação com essas poucas figuras é alta, provavelmente com a falta de alguma delas, a frustração será proporcional, já que o apoio social percebido advém de poucas fontes (MOREIRA; SARRIERA, 2008).

Assim sendo, percebemos que a família é a fonte central de apoio social para a maternidade na adolescência, porém não é a única e exclusiva, é necessário que a rede social dessa adolescente seja composta por outros membros e serviços, para que a falta de um dos integrantes não seja tão devastadora.

A sobrecarga do sistema familiar pode gerar uma dificuldade por parte de outros sistemas, como exemplo: a comunidade, a escola e os serviços de saúde pública, em serem percebidos como fonte de apoio real. Para a ampliação desta rede, é necessária a inclusão de figuras significativas da sociedade, porém contando com a participação dos pais (MOREIRA; SARRIERA, 2008).

Outra dimensão relevante diz respeito ao apoio do companheiro. No estudo realizado por Gama et al. (2004), a convivência com este, a percepção de sua satisfação com a gravidez e sentir-se apoiada por ele influenciaram significativamente no número de consultas realizadas pela gestante. Daí a importância do apoio do companheiro. 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 (GAMA et al., 2004).

De acordo com Figueiredo et al. (2006), corroborando a afirmativa anterior, a qualidade das relações, em especial com o companheiro, é essencial para o bem-estar na maternidade, na adolescência.

Com relação ao apoio fornecido pelos profissionais da saúde, um estudo problematiza a confiança que a adolescente tem no profissional, pois se esta se sente estigmatizada no serviço de saúde, não frequentará as consultas e nem seguirá os conselhos dos profissionais. Para a melhora na prestação de serviços e para que conflua o apoio social, é necessária a compreensão do profissional de saúde, sem julgamentos e preconceitos, fortalecendo a confiança e estabelecendo vínculos com essa adolescente (BREHENY; STEPHENS, 2009).

Os profissionais da saúde são importantes fontes de apoio social e são integrantes da rede social desta adolescente, pois estes precisam realizar uma intervenção condizente com a realidade sociocultural, favorecendo a emancipação e o empoderamento destas adolescentes.

[...] O fornecimento do suporte e a atribuição de relevância à rede de apoio disponível às adolescentes, antes, durante e depois da gravidez, implicam em um trabalho integrado dos profissionais. Estes devem desenvolver atividades de educação em saúde, de forma organizada, levando em conta os aspectos culturais e sociais que envolvem a família e a respectiva rede social. Este trabalho é fundamental para melhorar os índices de morbidade e mortalidade materna e infantil das populações de baixa renda, que já são afetados por inúmeros fatores socioeconômicos e políticos. Acredita-se que, apesar do enfrentamento de problemas complexos que derivam desta realidade, os adolescentes de baixa renda também podem ser beneficiados mediante o oferecimento de ações educativas. Estas devem ser apropriadas às particularidades individuais, familiares e socioculturais, pois este cuidado é fundamental para a promoção do empoderamento feminino, que se constrói também na sua relação com o outro, seja o parceiro, seja a família ou a rede de relações sociais. Isso pode se dar por meio da conscientização dos adolescentes em relação aos seus direitos sexuais e reprodutivos (HOGA; BORGES; ALVAREZ, 2009, p.784).

Com relação ao apoio fornecido pelas instituições de ensino, a influência da escola parece ser positiva nas estratégias de redução das taxas de gravidez na adolescência, à medida que fornecem informações pertinentes para o esclarecimento e formação destes adolescentes, além de ser fonte de apoio e cuidado no cotidiano escolar (HARDEN et al., 2009).

É importante distinguir apoio social de rede social, pois são conceitos interligados, porém, com diferenças entre si. Rede social é uma terminologia utilizada para descrever a ligação e interação entre instituições, tais como família, vizinhança e organizações religiosas. Apoio social refere-se às trocas interpessoais entre os membros da rede, promovendo atenção às necessidades individuais e sociais (CASTELLS, 2003).

Ainda que o conceito de rede seja utilizado para fazer referência a distintas realidades, apresenta, no entanto, como símbolo a imagem de pontos conectados por fios, de modo a formar a imagem de uma teia (OLIVEIRA, 2000). A rede social está associada à dimensão macrosocial do indivíduo, tanto ligada à parte estrutural quanto institucional.

[...] Os contextos culturais e subculturais em que estamos imersos, os contextos históricos, políticos, econômicos, religiosos, de meio-ambiente, de existência ou carência de serviços públicos, de idiossincrasias de uma região, país ou hemisfério, sustentam e fazem parte do universo relacional

do indivíduo. Em nível mais microscópico, por sua vez, a rede social pessoal pode ser definida como a soma de todas as relações que um indivíduo percebe como significativas ou define como diferenciadas da massa anônima da sociedade (SLUZKI, 1997, p.41).

A rede social não se limita à família nuclear, podendo esta nem constituir a rede significativa do indivíduo (SLUZKI, 1997). A rede compõe todo o conjunto de vínculos interpessoais do sujeito: família, amigos, relações de trabalho, de estudo, de inserção comunitária e de práticas sociais (SLUZKI, 1997).

De acordo com Soares (2002), a rede social inicia-se no nascimento e vai ampliando-se, porque a partir das escolhas e da história, a pessoa vai constituindo sua própria rede social. A rede social é constituída por um conjunto de relações que a pessoa constitui a partir das quais ela mantém a própria identidade social.

Para a compreensão de como esta rede se estrutura, faz-se necessário observar algumas características estruturais, tais como o tamanho desta rede, ou seja, a quantidade de pessoas que compõem esta rede; a densidade, ou seja, a ligação de pessoas dentro da rede; a composição ou distribuição, ou seja, redes mais amplas ou mais centradas e estreitas; a proximidade/distância das pessoas que compõem essa rede, possibilitando acessibilidade ou não entre as pessoas da rede; a frequência e a duração em que se estabelecem os vínculos dos membros da rede; a homogeneidade ou heterogeneidade demográfica e sociocultural, ou seja, segundo a idade, sexo, a cultura e nível socioeconômico; além da proximidade física entre esses membros e a intensidade com que são realizadas as trocas entre os membros da rede, sejam elas afetivas, informativas ou materiais. Por meio dos vínculos estabelecidos na rede social é que o apoio social irá fluir (BOWLING, 2003; SLUZKI, 1997).

As redes fornecem um quadro que possibilita aos profissionais da saúde examinar inúmeras características, não apenas o apoio social. Elas possibilitam a investigação do contexto dos laços interpessoais e a identificação e aplicação das características da rede no desenvolvimento de intervenções destinadas à melhora do *status* de saúde (BULLOCK, 2004).

A rede social possibilita uma compreensão e análise global do indivíduo e necessita de ações articuladas para responder as necessidades que este apresenta.

[...] A proposta de trabalhos em redes sociais tem representado um novo paradigma que se contrapõe às tradicionais políticas públicas marcadas por ações fragmentadas que, historicamente, apenas contribuíram para

intervenções localizadas, segmentadas, centralizadas e simplificadas frente a fenômenos complexos e contextuais. A obsessão de isolar fragmentos da realidade num laboratório pretensamente asséptico das influências externas e internas do sistema observado, no afã de controlá-los e dominá-los para prescrever medidas preditivas e lineares, tornou-se o modelo predominante da ciência clássica. Nesse contexto, a certeza produzida por uma visão que acredita num mundo que funciona de forma homogênea e mecânica por meio de um equilíbrio estático gerou análises deterministas, considerando-se que não enfrenta a diversidade, a incerteza, a instabilidade, os conflitos, as crises, e, enfim, a dinâmica da vida (UDE, 2008, p.41-42).

Outro ponto a se destacar é a percepção de que tudo interage com tudo de uma maneira simultânea e complexa. “O todo está na parte, a parte está no todo e as partes interagem entre si; ora se complementando e ora entrando em conflitos” (UDE, 2008).

Baseando-se em alguns desses princípios teóricos, alguns autores têm desenvolvido metodologias para a construção de políticas e ações coletivas mais integradas. Um desses autores foi o psiquiatra argentino Carlos Sluzki (1997) que criou o Mapa Mínimo da Rede Pessoal Social para tentar avaliar a saúde de indivíduos e a densidade dos seus vínculos no âmbito da família, das relações comunitárias, das amizades, do trabalho, da escola, dos agentes de saúde e do serviço social (UDE, 2008).

O mapeamento das redes sociais tornou-se instrumento valioso para tentar verificar como estão constituídos os vínculos do sujeito e sua qualidade de vida, permitindo visualizar graficamente os níveis de relacionamento construídos nos diferentes campos interacionais (família, relações comunitárias, amizades, trabalho, escola, agências de saúde e serviço social). Na configuração produzida pelo mapa, é possível identificar fatores de proteção e fatores de risco apontados pelo desenho construído. Frente a isso, abre-se um diálogo com o sujeito, seus familiares e sua rede mais ampla, no intuito de verificar os pontos mais frágeis identificados no mapa e, em seguida, construir alternativas que possam resgatar e fortalecer vínculos significativos para o grupo envolvido, no sentido de gerar dispositivos de proteção perante os quadros de vulnerabilidade constatados (UDE; FELIZARDO JUNIOR, 2009).

Para Robert Castel (1994), a rede social é constituída por alguns eixos estruturantes que são o trabalho e suas relações e o vínculo social. A estabilidade nestes dois eixos proporciona uma situação de integração do indivíduo; a fragilização de algum destes eixos desemboca em situações de vulnerabilidade social, associando a precarização do trabalho e a fragilidade relacional; quando rompe com estes eixos estruturantes, o indivíduo encontra-se desfilado, ou seja, o processo de desfiliação

ocorre como consequência da crise contemporânea em torno das relações de trabalho (e o alto índice de desemprego) e definiria um movimento que levaria o sujeito de um polo de inclusão social (com moradia, com saúde e com trabalho) para uma situação de perdas de direitos sociais e de progressivas rupturas de redes sociais.

Dessa forma, quando o sujeito apresenta uma rede reduzida, ou seja, com poucos vínculos de amizade, escassez ou falta de acesso ao lazer, desemprego, sem acesso à escola ou com dificuldades escolares e, ainda, precários vínculos familiares, sua vulnerabilidade pessoal e social pode se tornar evidenciada no mapa. Entretanto, a classe social não determina o acesso e a constituição de uma rede e apoio social. Podem existir situações em que o apoio social está fragilizado, e o sujeito pode procurar recursos nos sistemas de saúde e serviços sociais, na rede social. O inverso também pode acontecer, ou seja, nos casos de fragilidades na rede social, pode haver um fortalecimento do apoio social, diminuindo desta forma a vulnerabilidade (UDE, 2008).

Ao propor o trabalho com as redes sociais e o apoio social como um caminho de melhoria da qualidade da atenção à saúde e diminuição da vulnerabilidade a que estas adolescentes estão sujeitas, devemos analisá-las em sua complexidade, indo além da qualidade dos relacionamentos, mas analisando todas as interfaces e articulações que compõem essas redes, possibilitando intervenções mais pertinentes diante de uma realidade complexa.

A qualidade das redes sociais, visto que esta contribui para a superação de dificuldades, principalmente entre os de origem de classes sociais populares, é impactada diretamente pelas consequências da desigualdade social. Nesse sentido, é necessário analisar o contexto sociocultural que está presente na formação dessas redes (BRAGA, 2006).

Diante do exposto, percebemos que são necessárias a atuação e a interlocução de vários setores da sociedade ao construir as redes sociais, efetivando a articulação entre os níveis individual, institucional e comunitário, fomentando práticas solidárias e participativas, por meio da identificação de recursos e lacunas verificadas nas políticas, com o intuito de ampliar fatores de proteção para os adolescentes e jovens que estejam expostos a situações de vulnerabilidade e risco pessoal e social, propiciando de fato o favorecimento do apoio social e da consolidação dos direitos.

Valendo-se do pressuposto de que as adolescentes são seres únicos e capazes de construir sua própria história, têm capacidade de percepção e análise para elencar a composição da rede social, principalmente as que já vivenciaram a gravidez, tendo em vista a realidade que estas vivem e considerando o contexto de vulnerabilidades a que estão expostas é que entendemos que a rede e o apoio social, oriundos de indivíduos ou serviços, estando articulados e fortalecidos podem potencializar as condições de vida dessas adolescentes que vivenciam a maternidade, diminuindo fatores vulnerabilizantes e melhorando a qualidade de vida.

Contudo, percebemos que as políticas públicas, voltadas para a adolescência no município, compõem a rede social de maneira fragmentada, não realizando uma tessitura consistente, ou seja, existe pouca comunicação e ações realizadas por setores diferentes, como saúde, educação, cultura voltadas para o encaminhamento das necessidades desse grupo populacional.

Por fim, pressupomos que as adolescentes, subsidiadas por informações acerca do processo da maternidade, têm o direito de escolha em ter um filho nesta etapa da vida, todavia, com suporte da rede e do apoio social, esse processo pode potencializar as suas condições e qualidade de vida.

5.1 Caracterização do estudo

Considerando a natureza do presente estudo e os objetivos traçados, o desenvolvimento da investigação se deu por meio de uma abordagem qualitativa.

De acordo com Gomes (2009), o foco da pesquisa qualitativa é:

[...] a exploração do conjunto de opiniões e representações sociais sobre a temática. O estudo não precisa abranger a totalidade das falas e expressões, porque em suma estas têm muitos pontos em comum, ao mesmo tempo também tem singularidades próprias da biografia do sujeito. Ainda devemos considerar que haverá divergências de opiniões dentro de um mesmo segmento social e a análise qualitativa deve dar conta dessa diferença. Assim, ao analisarmos e interpretarmos informações geradas por uma pesquisa qualitativa, devemos caminhar tanto na direção do que é homogêneo quanto no que se diferencia dentro de um mesmo meio social (GOMES, 2009, p.80).

A pesquisa qualitativa é aquela capaz de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais. Acreditamos na relação estreita entre o objeto e o sujeito, propiciando a emersão de significados, crenças e valores da realidade em foco (MINAYO, 2006).

5.2 Campo de estudo

A região de Ribeirão Preto, localizada no nordeste do estado de São Paulo, é considerada o principal polo sucroalcooleiro do mundo. Isto porque além de produzir mais de 35% do álcool do país, também é o centro do conhecimento mundial na área, onde se desenvolve e se exporta toda a tecnologia para o setor. Nascida em 1856, em uma clareira onde, um século antes os bandeirantes estiveram de passagem, a cidade ganhou impulso com a lavoura de café, cultivada pelos imigrantes e fertilizada pela terra vermelha - "rossa" para os italianos e "roxa" no linguajar caboclo. A terra de Ribeirão Preto transformou a região no maior produtor de grãos na virada do século XIX. Abastecia o mundo inteiro com o que se chamava "ouro verde". A antiga clareira, banhada por dois córregos, logo se transformou em uma importante cidade, ligada ao país por ferrovia, telefonia e rodovias. O desenvolvimento trouxe novas culturas, como a cana-de-açúcar, a soja, o milho, o algodão, a laranja e implantou uma forte agroindústria (RIBEIRÃO PRETO, 2010).

Seu território de 652 km² abriga uma população estimada em 558.136 habitantes (RIBEIRÃO PRETO, 2009a), o que o torna o nono município mais populoso do Estado e o sexto mais populoso do interior do Brasil, superado apenas por Campinas, Uberlândia, São José dos Campos, Feira de Santana e Sorocaba. Em um raio de pouco mais de 200 quilômetros do município, encontram-se algumas das principais cidades do interior de São Paulo e de Minas Gerais – Araraquara, Barretos, Bauru, Campinas, Franca, São Carlos, São José do Rio Preto, Limeira, Piracicaba, Poços de Caldas, Uberaba, Uberlândia, entre outras, sendo o acesso facilitado pelas rodovias que ligam o município a estas cidades.

O município, portanto, situa-se no caminho que liga a Grande São Paulo à região central do país, relativamente próximo dos principais polos econômicos e tecnológicos do interior de São Paulo, Triângulo Mineiro e sul de Minas, sendo Ribeirão Preto também declarada recentemente "polo tecnológico" pelo governo do estado de São Paulo (RIBEIRÃO PRETO, 2009a).

Segundo dados do IBGE divulgados em dezembro de 2009 referentes a 2007, o município tem o 26º maior Produto Interno Bruto (PIB) do país, sendo de 0,49% do total do PIB da nação, contabilizando R\$ 12.969.387 mil (IBGE, 2009).

Segundo dados do Cadastro Geral de Empregados e Desempregados (CAGED), Ribeirão Preto estava em dezembro de 2009 na 18ª posição no Brasil, referente à quantidade de habitantes com registro na carteira de trabalho, contabilizando 172.442 postos de trabalho, inclusive superando 13 capitais estaduais (BRASIL, 2010a).

O território do município está organizado em cinco Distritos de Saúde, comportando diversas Unidades de Saúde voltadas para a Atenção Básica, sendo 28 Unidades Básicas de Saúde (UBS), 13 Unidades de Saúde da Família (USF) e 5 Unidades Básicas Distritais de Saúde (UBDS), voltadas ao Pronto-Atendimento e ao atendimento de algumas especialidades da Atenção Secundária.

Com relação à ESF, a cobertura populacional atual para as equipes de saúde da família é de 11,0%, e a cobertura populacional total com agentes comunitários de saúde é de 32,1%. A meta de implantação da ESF foi de 50% de cobertura de ESF e 50% de Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS), com a orientação dos instrumentos da ESF para toda a rede de atenção básica (RIBEIRÃO PRETO, 2009a).

Embora esses aspectos caracterizem a cidade como um município de grande desenvolvimento e riqueza de recursos, por outro lado, é marcado pela pobreza, com a periferia ocupada, sobretudo por imigrantes que buscaram a cidade com vistas a uma melhor qualidade de vida.

O presente estudo foi realizado no Distrito de Saúde Norte, o qual apresentou o

maior número de nascidos vivos de mães adolescentes, na faixa etária de 10 a 19 anos no ano de 2010. A UBS "Dr. Rômulo Ribeiro da Costa" - Jardim Aeroporto foi a porta de entrada para o contato com as mães adolescentes.

5.3 Aspectos éticos

A proposta do referido estudo foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP conforme Ofício CEP/EERP n. 0234/2010 de 20 de outubro de 2010. (ANEXO A). Aos participantes menores de 18 anos, foi solicitado o assentimento e consentimento dos seus responsáveis legais ou dos seus pais e para as maiores de 18 anos foram solicitados os seus consentimentos, mediante o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme a Resolução 196/96 proposta pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) (APÊNDICES B e C).

5.4 Participantes do estudo

Participaram deste estudo as adolescentes vivenciando o processo de maternidade que foram atendidas no serviço público de saúde do município de Ribeirão Preto-SP, Distrito de Saúde Norte. Isto se justifica, uma vez que pressupomos que a vivência e a experiência da gravidez poderão trazer percepções, opiniões, significados e conhecimentos contextualizados e alicerçados a partir da própria experiência.

5.5 Critérios de inclusão

Os critérios de inclusão foram compostos a partir dos seguintes princípios: (i) escolher os sujeitos que detêm os atributos relacionados ao que se pretende estudar

(no caso deste trabalho se trata de mães adolescentes de 10 anos a 19 anos, residentes no município de Ribeirão Preto, São Paulo, do Distrito Norte); (ii) adolescentes que vivenciaram a gravidez e a maternidade em 2010; (iii) considerar tais sujeitos em número suficiente para que possa ter reincidência e saturação da amostra (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008); (iv) considerar a possibilidade de inclusões sucessivas de sujeitos até que seja possível uma discussão densa das questões da pesquisa.

Na pesquisa qualitativa, a saturação pode ser considerada, significando que, no contexto da interrogação, o entrevistador dá conta da repetição das informações diante dos questionamentos centrais (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008).

Assim, a saturação é definida *“como um fenômeno pelo qual, depois de um certo número de entrevistas, o investigador – ou a equipe – têm a noção de nada recolher de novo quanto ao objeto da pesquisa.”* (GUERRA, 2006. p.42).

5.6 Inserção no campo

A aproximação no campo pelo pesquisador se iniciou em junho de 2010, quando a pesquisadora se apresentou para a equipe de saúde da unidade e iniciou o processo de localização dos cadastros das adolescentes que estavam grávidas ou tiveram filho neste ano, através do livro de pré-natal e busca pelo Hygia – sistema de informação e gerenciamento da saúde.

No início de 2011, com prévio contato com a unidade e com os profissionais, iniciou-se a busca ativa pelas adolescentes, sempre acompanhada por alguma agente de saúde da unidade, ou pela enfermeira, para facilitar a aproximação e por uma questão de segurança, tendo em vista que este bairro tem um grande domínio pelo tráfico de drogas. No primeiro encontro com as adolescentes, o trabalho foi apresentado e foi feito o convite para participação, levando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, detalhando a confidencialidade e direitos de escolha e obtendo, assim, quando concordavam, assinatura delas, ou de seus pais ou responsáveis. Posteriormente, foram agendadas as entrevistas conforme a disponibilidade da adolescente, no local de sua escolha.

5.7 Procedimentos para coleta dos dados

O estudo qualitativo prevê, segundo Minayo (2006), flexibilidade, capacidade de reflexão e de interação do pesquisador com os sujeitos sociais envolvidos. Portanto, a maneira pela qual os dados são coletados, na pesquisa qualitativa, pode ser feita pela comunicação entre os sujeitos, estabelecendo estratégias e procedimentos que lhe permitam tomar em consideração as experiências, do ponto de vista dos sujeitos de pesquisa.

Para a coleta de dados, foram utilizados: diário de campo, entrevistas semiestruturadas realizadas com as adolescentes, as quais foram gravadas após sua permissão e a realização de um mapa de rede social.

A entrevista é uma das principais técnicas de coleta de dados em pesquisa qualitativa, pois permite a interação entre o entrevistador e o entrevistado (GOLDENBERG, 2005).

De acordo com Triviños, a entrevista semiestruturada é:

[...] aquela que parte de certos questionamentos básicos, apoiados em teorias e hipóteses, que interessam à pesquisa, e que, em seguida, oferecem amplo campo de interrogativas, fruto de novas hipóteses que vão surgindo à medida que se recebem as respostas do informante. Desta maneira o informante, seguindo espontaneamente a linha de seu pensamento e de suas experiências dentro do foco principal colocado pelo investigador, começa a participar na elaboração do conteúdo da pesquisa (TRIVIÑOS, 1995, p.146).

Minayo (2006) considera o roteiro um instrumento que norteia uma conversa com uma finalidade definida, não apresentando qualquer obstáculo e não tendo meios para prever todas as situações ou condições do trabalho de campo.

O roteiro proposto para este estudo teve cinco questões abertas e norteadoras, as quais foram previamente padronizadas, enquanto outras foram desenvolvidas ao longo da entrevista (APÊNDICE A). As entrevistas foram realizadas no domicílio da adolescente, ou na unidade de saúde, conforme a escolha da participante. Durante as entrevistas, os dados não verbais, as observações e as informações que foram fornecidas pelas agentes foram anotadas no diário de campo. Para melhor adequação do roteiro de coleta de dados, quanto ao vocabulário, compreensão e resposta aos objetivos, foi realizado um estudo-piloto, entrevistando duas adolescentes que não participaram do estudo definitivo.

Juntamente com as entrevistas, foi realizado um mapa de rede social (SLUZKI, 1997) para compreender e analisar a rede social e o apoio social das adolescentes.

Mapa de redes

O Mapa Mínimo da Rede Pessoal Social, proposto por Sluzki (1997), se constitui de um desenho representado por um círculo que é dividido por quatro quadrantes principais: família, amigos, escola/trabalho e relações comunitárias (religião, esporte, cinema, teatro, clubes, bares, restaurantes, praças, etc.). Além destes, há um pequeno quadrante marcado por uma linha pontilhada que representa os vínculos com sistemas de saúde e serviços sociais. Esses quadrantes são permeados por dois círculos internos que indicarão as relações mais próximas, as intermediárias indicarão as relações pessoais com menor grau de compromisso, sem muita intimidade, e as mais distantes que representam o círculo externo são as relações ocasionais (SLUZKI, 1997), conforme Figura 1 representada a seguir:

Figura 1: Modelo de Mapa de Redes proposto por Sluzki (1997).

Essa configuração possibilita identificar níveis de relação que variam da maior confiabilidade e intimidade, entre amigos; relações com menor grau de comprometimento, constituídas de colegas; e pessoas conhecidas, que se situam mais distanciadas ou que surgem de maneira ocasional (UDE, 2008).

Em seguida, procura-se visualizar os vínculos significativos, os fragilizados e os rompidos ou inexistentes. De acordo com Sluzki (1997), a representação gráfica para o desenho desses níveis pode ser realizada por meio de linhas com cores

diferenciadas ou por uma única cor, conforme indicado a seguir:

- Vínculos significativos - são relações de confiança e amizade, caracterizadas por vínculos de solidariedade, reciprocidade e intimidade. São aquelas pessoas com quem compartilhamos nossas angústias, dúvidas, incertezas, sofrimentos e alegrias, convictos de que não seremos traídos. Nesse contexto, encontraremos apoio e acolhimento. Por sua vez, retribuiremos com dedicação e disponibilidade. O traço utilizado para este apoio é uma linha contínua, como demonstrado a seguir:

Vínculos significativos: _____ (linha contínua)

- Vínculos fragilizados - são vínculos que se encontram tênues devido a diversos fatores, como distância afetiva, pouca intimidade, afastamento geográfico ou alguma tensão que ocorreu entre as pessoas, decorrente de atritos, desconfiança ou desentendimentos que não foram superados. A representação gráfica se dá por meio do desenho de uma linha entrecortada, conforme a seguir:

Vínculos fragilizados: _____/_____ (linha entrecortada)

- Vínculos rompidos ou inexistentes - são relações que se romperam devido a alguma decepção séria, traição, incompatibilidade ou alguma situação de violência que gerou afastamento entre as pessoas, a ponto de quebrar seus vínculos sociais e institucionais. Por outro lado, também representam indivíduos que pertencem à rede pessoal e social do sujeito, porém, devido à falta de oportunidades de contatos, ainda não estabelecem relações. Nesses casos, simboliza-se o vínculo utilizando uma linha quebrada, como se vê a seguir:

Vínculos rompidos ou inexistentes: _____/ /_____ (linha quebrada)

A representação gráfica do mapa visa a identificar a qualidade dos vínculos e sua distribuição entre os quadrantes. Nesse aspecto, tenta-se avaliar se a rede está

reduzida, mediana ou ampliada. De acordo com Sluzki (1997), uma rede mediana e bem distribuída entre os quadrantes tende a gerar fatores de proteção. Uma rede muito ampliada pode dificultar a articulação de apoios mais consistentes no cotidiano da vida dos sujeitos e das instituições. Entretanto, uma rede que apresenta lacunas na sua constituição aponta aspectos preocupantes que necessitam ser trabalhados. Todavia, uma rede jamais será completa, considerando que somos seres marcados pela incompletude (MORIN, 1996).

Ao terminar essa parte de qualificação dos vínculos, inicia-se a avaliação do desenho por meio dos seguintes critérios mencionados, a seguir, que Sluzki (1997) denomina como características estruturais da rede:

- Tamanho: avalia-se o número de pessoas na rede. Podendo a rede ser classificada como reduzida, mediana ou ampliada.
- Densidade: avalia a qualidade dos vínculos observados, tanto no nível pessoal quanto institucional, no que tange às linhas do traçado: significativos, fragilizados, rompidos ou inexistentes.
- Distribuição/composição: refere-se ao número de pessoas ou instituições situadas em cada quadrante. Aqui, denotam-se lacunas e recursos existentes na rede.
- Dispersão: trata-se da distância geográfica entre membros e instituições. Esse fator pode ser facilitador de acesso ou dificultar contatos e apoios mútuos no cotidiano dos sujeitos.
- Homogênea ou heterogênea: avalia as características dos membros e das instituições, no intuito de verificar a diversidade e as semelhanças que compõem a rede. Uma rede homogênea torna-se fechada e frágil por não permitir diálogos com as diferentes organizações e individualidades que constituem a vida social em comunidade.

Entre esses fatores, crescem-se outros componentes importantes para se buscar o fortalecimento de um trabalho comunitário pautado por parcerias solidárias. Nesse aspecto, torna-se fundamental conhecer as funções da rede, ou seja, suas potencialidades e vantagens para a implicação de uma sociedade mais articulada e comprometida. O compartilhamento de recursos e saberes constitui noção básica para a consolidação desse propósito (UDE, 2008). Assim sendo, Sluzki (1997)

descreve uma listagem das funções de uma rede, podendo esta ser:

- companhia social: parte do princípio de que isolados somos frágeis, tanto como pessoa como instituição. Nesse sentido, refere-se às necessidades e possibilidades de atividades coletivas e compartilhadas, as quais propiciam inúmeras alternativas e estratégias para enfrentar problemas diários;
- apoio emocional: trata-se da presença compreensiva frente às adversidades da vida, por meio do acolhimento, da escuta, do estímulo e da simpatia. Nesse contexto, um apoio amigo traz segurança e bem-estar, é o tipo de função característica das relações íntimas;
- guia cognitivo e de conselhos: representa a referência que cada um pode representar para o outro, compartilhando informações pessoais e sociais e esclarecendo determinadas decisões que necessitam ser adotadas frente a desafios cotidianos;
- regulação e controle social: o diálogo e a convivência permanentes estabelecem princípios, critérios e valores que lembram e reafirmam responsabilidades, papéis e normas que se tornam parâmetros para regular posturas pessoais e grupais.
- ajuda material e de serviços: o compartilhamento de recursos materiais e de conhecimentos constitui a materialização de uma proposta em redes.
- acesso a novos contatos: o envolvimento junto a redes cooperativas e solidárias possibilita a construção de novos vínculos com pessoas e grupos, ampliando a rede social dos indivíduos.

De acordo com Sluzki (1997), cada vínculo do indivíduo pode ser analisado de acordo com seus atributos, podendo estes ser interdependentes e combinarem entre si.

- funções predominantes: a função predominante que caracteriza o vínculo.
- a multidimensionalidade: a quantidade de funções desempenhadas pelo componente da rede, se ele além de ser uma companhia social é um apoio emocional, além de ajuda material.
- a reciprocidade: se a relação é recíproca, simétrica ou assimétrica.
- a intensidade: o grau de intimidade da relação.

- a frequência dos contatos: a constância da aproximação entre as pessoas da rede.
- a história: a experiência e história da ativação do vínculo.

A construção do Mapa de Redes, assim que os objetivos do preenchimento do Mapa de Redes e o seu funcionamento foram explicitados para as entrevistadas, foi elaborada pelas próprias participantes, a partir de perguntas que foram feitas com o intuito de auxiliá-las na definição dos indivíduos a serem inseridos em cada um dos quadrantes. Todos os nomes mencionados pela participante foram anotados, assim como a identificação do nível de relação em que cada pessoa referida por ela foi incluso, possibilitando a verificação da proximidade e do vínculo de cada indivíduo com a entrevistada em questão.

Construir o Mapa de Redes com as participantes possibilitou a identificação das pessoas e serviços que compõem a rede social e que fornecem o apoio social que a adolescente possuiu e possui, tanto durante a gravidez, como após o nascimento.

5.8 Procedimentos para a análise dos dados

Para o tratamento e análise dos dados, obtidos a partir das entrevistas individuais, utilizou-se como referencial a análise de conteúdo, modalidade temática, ou seja, “aquela que recorta as entrevistas por meio de um sistema de categorias projetadas sobre os conteúdos, levando-se em conta a frequência dos temas extraídos do conjunto dos discursos, considerados como dados segmentados e comparáveis” (BARDIN, 2006 p.168).

A análise de conteúdo é uma técnica que trabalha com a palavra, permitindo de forma prática e objetiva produzir inferências do conteúdo da comunicação de um texto, replicáveis ao seu contexto social (BAUER, 2002). Na análise de conteúdo, o texto é um meio de expressão do sujeito, em que o analista buscará categorizar as palavras ou frases que se repetem, inferindo uma expressão que as representem.

Através da análise de conteúdo, vai-se na direção da descoberta dos conteúdos manifestos, aprofundando nas aparências do que está sendo comunicado (GOMES, 2009).

Minayo (2006) relata ser “a análise de conteúdo a expressão mais frequentemente utilizada, na área da saúde, para representar o tratamento de dados de uma pesquisa qualitativa” (p.199). Nesse sentido, ainda, para essa autora, esta técnica permite “ultrapassar o nível do senso comum e do subjetivismo na interpretação e alcançar uma vigilância crítica frente à comunicação de documentos (...), ou seja, busca atingir um nível mais aprofundado: aquele que ultrapassa os significados manifestos” (p.203).

A análise das entrevistas ocorreu em etapas, segundo orientações de Gomes (2009) para análise de conteúdo. O primeiro passo para a análise de conteúdo foi a leitura compreensiva do conjunto das entrevistas. Por meio dessa leitura buscou-se ter uma visão do conjunto do material a ser analisado, procurando perceber as particularidades desse conjunto, e, posteriormente, foram elaborados pressupostos iniciais para balizar a análise e a interpretação das entrevistas e a realização de uma classificação inicial e articulação com os conceitos teóricos.

Em seguida, para a exploração do material, foram distribuídos trechos de cada entrevista e estes foram analisados para a identificação dos núcleos de sentido, realizando um diálogo desses núcleos com os pressupostos iniciais; realizaram-se análise dos núcleos para a identificação dos temas que expressavam os depoimentos dos entrevistados e a articulação destes com os conceitos teóricos. Por fim, elaborou-se uma síntese interpretativa, buscando dialogar os temas com objetivos, questões e pressupostos da pesquisa (GOMES, 2009).

6 Resultados e Discussão

6.1 Caracterização dos sujeitos

Participaram deste estudo 20 adolescentes vivenciando o processo da maternidade. Todas moravam em Ribeirão Preto-SP e realizaram o pré-natal e/ou o acompanhamento de saúde na UBS do Distrito Norte. Os encontros com as adolescentes ocorreram principalmente na residência, porém alguns foram realizados na própria UBS. Todas as entrevistas foram gravadas e transcritas pela pesquisadora, com duração média de 40 minutos. Foram realizados dois encontros com cada participante, um para apresentar o trabalho e convidá-las a participar, levando o Termo de Consentimento, e agendando as entrevistas e o outro encontro foi para a realização da entrevista e do mapa de rede social.

Garantindo anonimato, as adolescentes foram representadas por nomes fictícios, com nomes de deusas da mitologia grega. O Quadro 1 permite a visualização de algumas características das adolescentes que participaram da pesquisa.

Adolescente	Idade	Estado marital	Número de filhos	Reside com quem	Escolaridade	Vínculo empregatício
Héstia	17 anos	Casada	1	marido e filho	Estuda o 2º ano do ensino médio	Não
Deméter	15 anos	Casada	1	marido e filho	Parou no 6º ano do ensino fundamental	Não
Atena	17 anos	Casada	1	Marido, filho, sogra e os cunhados.	Parou no 1º ano do ensino médio	Sim
Perséfone	19 anos	Casada	3	Marido, sogra e filhos	Parou no 3º ano do ensino médio	Não
Íris	19 anos	Casada	2	Marido, filhos e mãe.	Parou no 8º ano do ensino fundamental	Sim
Nikê	18 anos	Casada	1	Marido e o filho	Terminou o ensino médio	Não
Selene	18 anos	Solteira	1	Filho	Parou no 6º ano do ensino fundamental	Não
Calíope	16 anos	Solteira	1	Mãe, irmãos e filho	Parou no 8º ano do ensino fundamental	Não
Hera	15 anos	Casada	1	Filho e o marido	Parou no 6º ano do ensino fundamental	Não
Afrodite	17 anos	Casada	1	Mãe, sogra, marido, filho e irmãos	Parou no 7º ano do ensino fundamental	Não
Gaya	16 anos	Solteira	1	Filho, mãe, pai e irmãos	Parou no 8º ano do ensino fundamental	Não
Hebe	18 anos	Casada	1	Marido e filho	Parou no 8º ano do ensino fundamental	Não
Ilítia	18 anos	Solteira	2	Mãe, filho, pai e irmãos	Parou no 1º ano do ensino médio	Não
Hécate	18 anos	Casada	2	Marido e filhos	Parou no 8º ano do ensino fundamental	Não
Nêmesis	16 anos	Casada	1	Marido, mãe e filho	Parou no 1º ano do ensino médio	Não
Tessala	14 anos	Casada	1	Marido e filho	Estuda o 1º ano do ensino médio	Não
Artémis	14 anos	Casada	1	Marido	Parou no 7º ano do ensino fundamental	Não
Febe	18 anos	Casada	2	Marido e filhos	Parou no 8º ano do ensino fundamental	Não
Ariadne	15 anos	Solteira	1	Mãe, pai, irmãos e filho	Parou no 8º ano do ensino fundamental	Não
Circe	16 anos	Casada	1	Marido	Parou no 1º ano do ensino médio	Não

Quadro1. Caracterização das adolescentes que participaram da pesquisa, de acordo com a idade, estado marital, número de filhos, reside com quem, nível de escolaridade e vínculo empregatício

6.2 Núcleos temáticos

Após a organização do material coletado nas entrevistas, da leitura aprofundada, analisando as particularidades deste conjunto e realizando sua análise qualitativa, foram identificados quatro núcleos temáticos, os quais serão descritos a seguir.

Os núcleos temáticos extraídos tratam de **“Tendo o apoio da minha mãe, já tá bom”**; **“Depois que eu descobri, fiz o pré-natal certinho”**; **“Não, não trabalho e nem estudo”** e **“Foi difícil, mas foi bom”**. Desta forma, a discussão a seguir pretende interpretar as falas das entrevistadas articulando-as com os conceitos teóricos que balizam este estudo, buscando responder às questões iniciais e atingir os objetivos.

Os dois primeiros núcleos abordam a proteção da rede e apoio social das adolescentes, ou seja, as relações significativas e fontes de apoio social que foram identificadas nos discursos. O terceiro núcleo temático irá denotar as vulnerabilidades que a rede apresenta, e o quarto núcleo temático irá transcorrer sobre a experiência dessas adolescentes de vivenciarem a maternidade.

6.2.1 “Tendo o apoio da minha mãe, já tá bom”

O primeiro núcleo temático identificado na fala das adolescentes entrevistadas é **“Tendo o apoio da minha mãe, já tá bom”**, evidenciando a família, e dentro dessa, principalmente a mãe sendo fonte central do apoio social. Este núcleo também traz outras relações significativas para as adolescentes, como os amigos e o companheiro que também compõem a rede social.

Apesar de suas inúmeras formas e significados, a família encontra-se no centro da influência interpessoal. É fonte de trocas mútuas, um grupo de referência e um contexto social, assim como uma área de promoção de saúde. As duas funções universais da família são fornecer cuidado e socialização para uma rede ou um indivíduo (BULLOCK, 2004).

No contexto da rede familiar, a mãe foi a figura central do apoio social para a maioria das adolescentes entrevistadas, fornecendo apoio emocional, instrumental e informativo para estas.

“Minha mãe, minha mãe me ajudou bastante, ele, o Hércules (marido), (...) minha tia, minha tia, minhas primas, meu sogro também”. (Héstia)

“Minha mãe, meu marido, meu pai, (...) tias, tios. (...) Minha madrinha, meus primos, (...) da família só essas pessoas”. (Hera)

“Nossa, se eu for colocar todo mundo que me ajudou não vai caber aí nesse espaço, porque foi muita gente, todo mundo me ajudou muito. Minha mãe, meu pai, minhas primas, primos, cunhadas, avós, avós, minha sogra, meus tios, meu bisavô, meu marido”. (Atena)

“Quem me ajudou foi a minha mãe, meus avós que são os únicos que estão aqui, que me deram apoio, me ajudou muito, só eles (...) Ah, o pai dele também me apoiou muito”. (Hebe)

A família forneceu o apoio social necessário para o fortalecimento dessa adolescente, possibilitando uma melhor qualidade de vida e a diminuição de fatores vulnerabilizantes.

O apoio social oriundo da família corrobora para uma gravidez mais tranquila e estável (SOUZA et al., 2001), podendo amenizar o impacto dos acontecimentos que afetam de forma negativa a saúde de quem os sofre, uma vez que é importante as adolescentes sentirem-se confiantes e seguras (MOREIRA, SARRIERA, 2008).

Bullock (2004) propõe que o efeito direto das redes sociais é o de aumentar o bem-estar dos indivíduos por meio do apoio e da ajuda na realização de atividades e interações diárias. As pesquisas têm demonstrado o significativo envolvimento da família e dos amigos na promoção de saúde, o que demonstra, que para realizar os cuidados com a saúde de uma população, os profissionais da saúde devem

compreender a natureza da influência da rede e do apoio social fornecidos principalmente pela família e amigos.

Na realização do mapa de redes proposto por Sluzki (1997), para a identificação dos elementos que compõem a rede social e os tipos de apoio ofertados por esta rede, os quadrantes respectivos à família e aos amigos foram os que apresentaram maior grau de proximidade e compromisso, corroborando suas falas.

Figura 2 - Mapa de rede de Tessala

Figura 3 - Mapa de Rede de Hera

Figura 4 - Mapa de Rede de Deméter

Os mapas possibilitaram identificar os níveis de relação que, nos exemplos acima e nos quadrantes da família estão em maior nível de confiabilidade e intimidade (SLUZKI, 1997). Os vínculos apresentaram-se significativos para a vida dessas adolescentes, e elas elencaram aquelas pessoas com quem compartilharam as angústias, dúvidas, incertezas, sofrimentos e alegrias e de quem receberam apoio neste momento de suas vidas.

A mãe foi figura central do quadrante da rede familiar, mantendo relações íntimas e significativas para a adolescente. O parceiro também se apresentou, para algumas adolescentes, na circunferência de maior confiabilidade e intimidade, sendo identificado como vínculo significativo.

Com relação às características estruturais da rede (SLUZKI, 1997), no contexto familiar, a rede apresentou-se mediana, com um número considerável de membros da família; com vínculos significativos, principalmente o vínculo com a mãe, pai e parceiro. Assim sendo, as relações familiares apresentaram certa proximidade e estabilidade, em todo o processo de maternidade da adolescente.

Quanto aos tipos de apoio fornecidos pela família que as adolescentes consideraram mais importantes naquele período, foram o *apoio instrumental* e o *apoio emocional*. O *apoio informativo* também foi referido, porém não teve grande destaque.

O apoio instrumental ou material refere-se à assistência prática e direta na realização de atividades concretas ou resolução de problemas, tais como trabalho ou finanças, o compartilhamento de recursos materiais e de conhecimentos constitui a materialização de uma proposta em redes. O apoio emocional trata da presença compreensiva frente às adversidades da vida, por meio do acolhimento, da escuta, do estímulo e da simpatia (BULLOCK, 2004; SLUZKI, 1997).

Os integrantes das famílias e os amigos se constituíram em importante fonte de companhia social, bem como de apoio emocional, de conselhos e de recursos materiais a elas, elementos estes que, segundo Sluzki (1997), compõem as principais funções de uma rede social de apoio.

Além de exercerem função de companhia para as participantes, a família também ofertou apoio emocional a elas, uma vez que lhes proporcionaram um ambiente de estímulo e compreensão (SLUZKI, 1997).

“Ajuda emocional, ajuda financeira (...) ficaram mais juntos, mais perto (...) mais companheiros” (Héstia).

“A minha mãe ela vinha quase que toda hora, todo dia me dar apoio assim, me ajudava (...) ela me ajudou a fazer o chá de bebê, eu ganhei um monte de coisa. Financeiramente também, tanto ela como minha sogra e meu sogro” (Nikê).

“Ah, minha mãe me ajudou muito emocionalmente, o meu pai, minhas tias, minha mãe também me ajudou financeiramente, algumas coisas eles deram, a maioria eu ganhei, da minha colega eu ganhei o enxoval praticamente inteirinho, então eu

não tive que comprar praticamente nada, mas o que faltou que era bolsa e a roupinha dela que foi do hospital minha mãe comprou. Acho que só” (Tessala).

“Ah, minha mãe me apoiou muito sabe, vinha nas minhas consultas, passava comigo, ele [marido] não tinha muito tempo, mas ela vinha, mesmo trabalhando ela vinha, quando eu ganhei neném ela ficou para assistir, ele ficou com medo sabe, mas ela ficou e só, da minha família” (Nêmesis).

O papel da família é de extrema importância, durante a maternidade na adolescência, pois pode auxiliar nos cuidados com o bebê e no suporte emocional a estas jovens. Muitas vezes a família funciona como um importante auxílio em relação às responsabilidades e acúmulo de tarefas que a adolescente terá de assumir. O apoio social por parte dos pais é essencial tanto no plano financeiro quanto nas orientações com os cuidados do bebê (ZAGURY, 1996). Quando estas jovens demonstram estar satisfeitas com o apoio social recebido, há uma contribuição para o sentimento de bem-estar e será de grande importância não só para a saúde do bebê, mas também para a manutenção de um vínculo positivo entre mãe e filho (MOREIRA, SARRIERA, 2008).

A percepção de apoio emocional pode trazer benefícios para a percepção que as adolescentes têm das suas competências maternas (SIMÕES, 2004).

O apoio instrumental, fornecido principalmente pela figura materna, possibilitou às adolescentes terem confiança para serem mães, sendo orientadas e auxiliadas nas atividades com o bebê, além de receberem o apoio nas atividades da casa, aumentando o tempo e diminuindo a sobrecarga para exercerem seus papéis de mães.

“Minha mãe vem. Minha mãe, nossa senhora, quem mais me apoiou foi ela, ela vem, mesmo eu podendo fazer as coisas, mas mesmo assim ela vem. Hoje mesmo ela acabou de sair daqui na hora que você chegou, ela veio, lavou minha roupa, até hoje ela lava minha roupa. Nossa, ela me ajudou muito, muito, muito. A que mais me ajudou!” (Nikê).

“Minha mãe, ajudava a dar banho, trocar, limpar o umbiguinho, tudo isso, ela que me ajudou” (Ariadne).

“Quase todo dia eu vou na minha mãe, se não vou lá, ela vem aqui, ontem eu deixei minhas roupas tudo molhada, porque eu tava na casa dela de tarde e choveu, tá tudo ali para eu poder enxugar, enxaguar de novo, colocar no varal, nossa! Eu vivo na casa da minha mãe e quando não é na minha mãe, é na minha sogra” (Héstia).

“Sim, banho, essas coisas assim, como cuidar, como fazer a comida até certo tempo, vê o que dá, o que não podia dar, nesse ponto assim, quando estava com dor de cabeça, esse tipo de coisa que eu não sabia, quando ela estava com cólica ou dor de cabeça como é que eu ia saber que ela estava com dor de cabeça, aí ela me explicou. Ajuda, ela vem aqui de vez em quando, quando precisa ela vem aqui, às vezes eu vou lá também, a gente se vê bastante” (Hera).

O apoio instrumental por parte da família também forneceu recursos financeiros e materiais necessários para esta adolescente ter amparo e conseguir cuidar da criança.

“Meus avós me deram de tudo que eu precisei, eu não precisei comprar nada para ela, porque todo mundo me ajudou! Meu marido trabalha para ajudar também e eu agora também estou trabalhando de noite” (Atena).

“Não comprei nada, ganhei tudo. Ganhei muita coisa da minha irmã, da minha mãe, da minha sogra ganhei, ganhei o carrinho, ganhei um monte de coisa, não comprei nada, não precisei comprar nada, tudo eu ganhei” (Nikê).

“Assim, quando eu preciso das coisas, roupas, essas coisas eles me dão, tudo que eu preciso eles me ajudam, de qualquer jeito eles me ajudam” (Ilítia).

“O meu pai, minhas tias, minha mãe também me ajudou financeiramente, algumas coisas eles deram, a maioria eu ganhei, da minha colega eu ganhei o enxoval praticamente inteirinho, então eu não tive que comprar praticamente nada, mas o que faltou que era bolsa e a roupinha dela que foi do hospital minha mãe comprou” (Tessala).

O apoio instrumental, oriundo dos vários membros da família, tanto pais, como avós e também pelo companheiro, forneceu recursos necessários para a adolescente lidar com a maternidade.

Assim sendo, percebemos que o apoio instrumental e emocional potencializa os recursos internos e externos para que o indivíduo afrente as dificuldades deste período (MOREIRA; SARRIERA, 2008).

O apoio informativo que se trata de sugestões, conselhos e informações também foi citado como apoio ofertado pelos membros da rede familiar e dos amigos.

“Ai...nem sei te explicar, mas me ajudaram bastante, me orientaram bastante, conversaram bastante, financeiramente também, financeiramente nem tanto, mas conversaram bastante, me orientaram bastante, o que eu não deveria fazer, o que deveria, porque...com 15 anos né, não poderia saber de muita coisa, agora não...às vezes eles ainda falam, minha mãe ainda fala: “não faz isso, faz isso”” (Hera).

Com relação aos amigos, as adolescentes mencionaram relações significativas e com proximidade dentro da rede, principalmente durante a gravidez, compartilhando o momento da descoberta da gravidez, de como lidar com este sentimento, desabafar e se sentirem acolhidas, porém houve certo movimento de afastamento nesta rede de relacionamento após o nascimento da criança, o que será abordado posteriormente.

“Elas me apoiaram bastante, no começo elas me apoiaram bastante, porque eu tava com medo da minha mãe, depois elas começaram a conversar comigo (...) tinha coisa que eu não sabia elas me falavam, elas me apoiaram bastante” Calíope.

“Tinha uma amiga lá de Minas que me ajudou muito, ela me escutava, me ajudava bastante e quando eu estudava e descobri que estava grávida uma amiga minha me ajudou muito também” Afrodite.

“Ah, mais em conversa, conselho, em casa também assim, ajudava a fazer alguma coisa, conversava bastante, essas coisas” Héstia.

Os amigos são grandes fontes de apoio social, principalmente na fase da adolescência, em que o grupo de amigos tem uma forte influência e valor para a adolescente (ANTUNES; FONTAINE, 2005). Um apoio amigo traz segurança e bem-estar, é o tipo de função característica das relações íntimas (SLUZKI, 1997).

Figura 5 - Mapa de Rede de Héstia

Figura 6 - Mapa de Rede de Calíope

Figura 7 - Mapa de Rede de Febe

Os mapas possibilitaram identificar os níveis de relação na rede de amizade que se encontram permeando os níveis de confiabilidade e intimidade e as relações sociais (SLUZKI, 1997). Os vínculos apresentaram-se significativos para muitas adolescentes, entretanto, com relações de menor grau de comprometimento, constituídas de colegas.

A maioria das relações de amizade apresentou-se significativa, mas em determinados momentos dispersas e fragilizadas, denotando vulnerabilidades na sua composição e na consolidação do apoio social. Com relação às características estruturais da rede (SLUZKI, 1997), nas relações de amizade, a rede apresentou-se reduzida, com um número pequeno de amigos com vínculos significativos. Dessa

forma, as relações de amizade apresentaram menor proximidade e estabilidade comparada à rede familiar, contudo, tiveram importância e destaque dentro da rede social destas adolescentes.

6.2.2 “Depois que eu descobri, fiz o pré-natal certinho”

Esse núcleo temático descreve o acesso à rede de serviços de saúde, principalmente os de tecnologia dura, que foram concretizados à medida que as adolescentes usufruíram as tecnologias para a realização do pré-natal.

A tecnologia dura é concebida pelos equipamentos tecnológicos do tipo máquinas, normas e estruturas organizacionais, a tecnologia leve-dura são os saberes que se estruturam em disciplinas que atuam na área da saúde, e a tecnologia leve relaciona-se com o saber que as pessoas adquirem e se apropriam no modo de pensar e atuar no atendimento, na relação direta com o paciente, na tecnologia dura, a exigência é um saber estruturado, organizado e normalizado (BARRA et al., 2006; MERHY; ONOCKO, 1997).

Segundo normas do Ministério da Saúde (BRASIL, 1993), o pré-natal das adolescentes deve ser iniciado o quanto antes, no começo do primeiro trimestre, e as consultas subsequentes devem ocorrer a cada 30 dias até a 36ª semana e a cada oito dias até o parto.

O atendimento da criança recém-nascida pelo serviço de saúde também deve ocorrer o quanto antes, tanto para o fornecimento de orientações adequadas para o cuidado com o bebê, como para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança (BRASIL, 1995).

De acordo com as adolescentes, houve o acesso aos serviços de saúde durante a gravidez, elas realizaram o pré-natal, tiveram acompanhamento médico, favorecendo o apoio social oriundo dessa rede de serviços.

“Olha só, o médico era muito atencioso comigo, procurava tudo, se aparecia uma coisinha diferente, adorei o meu tratamento aqui e tudo. (...) lá na Mater bastante gente me apoiou.” (Tessala).

“Ah, o pré-natal, o que tinha que fazer o que podia comer, o que não podia comer, como que tinha que fazer para cuidar bem da barriga, (...) que jeito que tinha que dormir, porque tinha dia que doía muito as costas, não podia virar para cima que doía, era muito ruim também dormir e é assim mesmo, essas coisas. Também nem deu tempo de perguntar muita coisa, porque foi muito rápido demais.” (Héstia).

“Ai foi indo, marcou ultrassom, aí eu fiz. Ai deu para ver até o sexo quando eu estava de 3 meses, deu para ver que era menina, aí depois deu que eu estava acima do peso.” (Deméter).

“Depois que descobri eu fiz o pré-natal certinho.” (Selene).

“Não deu tempo, quando eu fiz as duas consultas ele nasceu. Eu fiz o ultrassom, aí não deu tempo de chegar aqui ele já nasceu.” (Hécate).

“Nossa porque eu adorei o estudante que fez meu parto, eu adorei, lá você tem fisioterapeuta para você não sentir dor, amenizar um pouco da dor do parto, é ótimo, as enfermeiras têm paciência com a gente, qualquer coisinha vão no quarto.” (Tessala).

Dessa forma, percebemos que as tecnologias dura no pré-natal foram acessadas, tais como ultrassom, exames de sangue e urina, além do apoio informativo, possibilitando à adolescente tirar suas dúvidas e conhecer o processo da gravidez.

Outro acesso relatado foi o curso preparatório, chamado “curso de gestante” oferecido pela Maternidade do Complexo Aeroporto (Mater) e pelo posto de saúde, em que os profissionais da saúde discutem e orientam acerca de temas referentes à gravidez, parto e puerpério, para que o processo ocorra de maneira mais natural e saudável.

“Não, só fiz o cursinho aqui no postinho, na Mater não tinha, no dia que eu internei não tinha, aí foi bom, eles explicam um monte de coisa né, ensina a dar banho, mostra um monte de coisa que acontece, mostra o corpo por dentro e por fora.” (Nêmesis).

“Ah, eu fiz esses cursinhos de gestante também, fiz um lá na Mater e um aqui na escola.” (Tessala).

“Fiz o curso da Mater duas vezes para me ajudar a saber as coisas, me ajudou muito, gostava muito de fazer o curso, tanto que fiz duas vezes.” (Atena).

“O povo do cursinho, a enfermeira (...). Eu tinha medo também porque falavam que o peito rachava, ficava na carne viva, aí eu ficava fazendo o curso para eu aprender mais, mas dele eu já sabia cuidar, tive a primeira eu já sabia cuidar, aí eu nem fiz nada” (Febe).

As adolescentes identificaram os profissionais de saúde que mais forneceram o apoio social, dentre eles, o médico, a enfermeira e a agente de saúde foram os mais citados.

“Médico eu gostava. O dele [bebê] foi aqui no aeroporto, o dela [filha] foi no Simione, foi um pouco aqui e um pouco no Simione, depois fui para a mater.” (Febe).

“Ah, a M. [agente comunitária] sempre me ajudou muito.” (Atena).

Figura 8 - Mapa de rede de Atena

Figura 9 - Mapa de Rede de Némesis

Figura 10 - Mapa de Rede de Hécate

Foi possível identificar, através do mapa, os níveis de relação na rede comunitária, especificamente os serviços de saúde que são relações com menor grau de comprometimento, com contato social (SLUZKI, 1997).

Com relação às características estruturais da rede (SLUZKI, 1997), percebemos que os serviços de saúde estão sendo acessados pelas adolescentes, a maioria delas colocou em seus mapas pelo menos um profissional ou serviço de saúde, demonstrando que apesar de esta rede apresentar-se reduzida, ela está sendo acessada.

O destaque para o profissional médico ainda é presente, indicando a predominância do modelo hegemônico de saúde. Profissionais como, enfermeiro e agente comunitário de saúde foram evidenciados em poucas falas, enquanto outros profissionais nem foram citados como significativos em seus mapas de rede.

O acesso de todos aos serviços de saúde é elemento essencial para uma assistência à saúde eficiente (CARVACHO et al., 2008). A avaliação das adolescentes com os serviços de saúde mostrou-se inicialmente satisfatória, com acesso, principalmente, às tecnologias dura do serviço.

De acordo com estudo de Godinho et al. (2000), corroborando os resultados deste estudo, foram identificadas preocupações das adolescentes com os aspectos biológicos, tanto que o acompanhamento pelo pré-natal se iniciou precocemente e foi realizado durante toda a gravidez.

Após o nascimento do bebê, houve o acesso das adolescentes aos serviços de saúde, no acompanhamento de sua saúde e de seu filho.

“Eu passo aqui no postinho daqui. Ah, eles aconselha a tomar remédio, as coisas, eles aconselham sim.” (Artémis).

“Levo ele no HC e no Pan, ele tem retorninho de dois em dois meses. Aí eles veem, diagnostica, vê como é que tá direitinho o crescimento, aí elas conversam com a gente também para ver se a gente tá bem, se está dando para cuidar. Toda vez que eu vou no HC os médicos perguntam para mim, para ver se eu tô sabendo lidar, se esta dando pra cuidar, se eu estou conseguindo” (Héstia).

“(...) Faz [bebê] um monte de tratamento, faz na genética, na fisio, na fono, na fono da boca já deu alta, mas do ouvido ela está fazendo, faz do olhinho também, faz bastante.” (Deméter).

“Nossa, eu tinha bastante dúvida, (...) eu tava com medo de dar leite para ele porque eu via as meninas dar o peito e rachar tudo, eu tava com medo e as pessoas falavam do parto para mim, vai sofrer, vai doer bastante, só que eu não ficava com

medo, não achava que era tanta dor assim. (...) O médico, o meu médico que tirava minhas dúvidas mesmo.” (Nikê).

“(...) Hoje também levo ela para dar as vacinas, para o meu atendimento e para o da M.” (Selene).

O acesso aos serviços de saúde é essencial para a adolescente, pois através dele os profissionais podem fornecer as orientações adequadas sobre toda a gravidez e os cuidados para o desenvolvimento saudável do bebê (SCHWARTZ et al., 2011).

As adolescentes que recebem o apoio por parte do sistema de saúde podem sentir-se bem preparadas para lidar com as dificuldades oriundas da gravidez, podendo atingir maiores níveis de saúde e bem-estar (MOREIRA; SARRIERA, 2008).

Os profissionais da saúde são integrantes da rede social e através dela fornecem o apoio para as adolescentes, estes precisam realizar uma intervenção condizente com a realidade sociocultural, favorecendo a emancipação e o empoderamento destas adolescentes (HOGA; BORGES; ALVAREZ, 2009).

Os profissionais de saúde podem e devem fornecer outros tipos de apoio que não apenas o informativo, abrindo o espaço para a expressão de sentimentos, da escuta, da relação de reciprocidade e confiança, para que o atendimento não se resuma apenas à ação técnica. O profissional pode criar um ambiente acolhedor para que a adolescente tenha uma melhor qualidade de vida diante da experiência da maternidade (MELO; COELHO, 2011).

Todavia, a realidade encontrada neste estudo demonstrou estar aquém desta perspectiva, em que o serviço limitou-se a realizar a ação técnica, não abrindo espaços para escuta, trocas, para estabelecer um vínculo de confiança, impossibilitando fluir o apoio social de forma consolidada.

Assim sendo, apesar do acesso aos serviços de saúde, este foi pontual, dicotomizado, não concretizando a acessibilidade. Há uma diferença entre acesso e acessibilidade, o acesso é pontual, é o uso de serviços para alcançar resultados positivos, ou seja, a forma como a pessoa utiliza o serviço de saúde, já a acessibilidade permite que as pessoas cheguem até o serviço e isso vai depender de aspectos sociais, culturais, políticos para provimento destes serviços (SOUZA et al., 2008; STARFIELD, 2004).

Neste estudo houve o acesso aos serviços de saúde, ou seja, as adolescentes usufruíram o serviço para o atendimento de suas demandas no contexto da maternidade, entretanto a acessibilidade não foi efetivada, o serviço não possibilitou que esta adolescente acessasse anteriormente, para o estabelecimento de vínculos, a consolidação do apoio social, valorizando-a como sujeito de direitos, compreendendo e orientando a sua sexualidade, indo além do atendimento clínico, mas possibilitando uma prática contextualizada e potencializando sua qualidade de vida.

6.2.3 “Não, não trabalho e nem estudo”

Neste núcleo temático, serão descritas as perspectivas das adolescentes acerca das fragilidades da rede social e do apoio social, principalmente as redes institucionais que não conseguem fortalecer seus serviços para dar o apoio social necessário para a maternidade na adolescência.

Dentro deste núcleo, estarão subdivididos os eixos escola, trabalho, parceiro, amigos, serviços de saúde e de assistência social e serão abordadas as fragilidades nestes diversos contextos.

Entendendo que o apoio social depende da realidade de cada indivíduo, do contexto e do momento em que vive, e que seu significado pode ser mutável ao longo do tempo é que iremos discutir este núcleo, pois alguns serviços ou pessoas foram colocados como fontes de apoio social, com relações significativas para estas, os quais foram abordados nos núcleos temáticos anteriores. Neste núcleo serão abordadas as fragilidades desta rede, denotando algumas vulnerabilidades no apoio social.

Escola

De acordo com Ponce (2005), o sistema de educação se originou a partir da configuração da sociedade em classes sociais antagônicas. Os interesses e as necessidades da classe social que era dominante passaram a balizar o campo da educação na medida em que passou a ser instrumento para dominação social.

A democratização do acesso à educação foi recente, ela foi garantida como direito a partir de diversos documentos, tais como o artigo XXVI da Declaração

Universal dos Direitos do Homem, de 1948, a Convenção Relativa à Luta contra a Discriminação no Campo do Ensino, de 1960 (LOPES; SILVA; MALFITANO, 2006).

A escola começa então a ser destacada como direito de todos, porém, o Brasil inicia o século XXI com 1,5 milhões de crianças trabalhadoras e 15 milhões de analfabetos (acima de 15 anos). Em 2008, 97,9% das crianças entre 7 e 14 anos de idade acessavam a escola, entretanto, esse alto percentual de acesso à escola não garante a qualidade do ensino e nem evidencia a defasagem escolar. Esta, só pode ser verificada quando são confrontadas as taxas de frequência escolar bruta e líquida, cujo resultado demonstra a adequação idade e série dos estudantes. A queda no percentual de alunos na escola a partir dos 15 anos reflete a elevada evasão escolar ainda presente no país (BRASIL, 2010).

De 2000 para 2010, o percentual de pessoas que não frequentavam escola no contingente de 7 a 14 anos de idade passou de 5,1% para 3,1% no país. Em 2010, esse indicador ainda era mais elevado no Norte e Nordeste, mas nessas duas regiões foram registradas as maiores quedas em relação a 2000: de 11,2% para 5,5% e de 7,1% para 3,2%, respectivamente (IBGE, 2010).

Entre os dois últimos Censos, também houve redução no percentual de pessoas de 15 a 17 anos que não frequentavam escola, de 22,3%, em 2000, para 16,7%, em 2010. A redução ocorreu em todas as regiões e também foi maior na Norte, que tinha o percentual mais alto em 2000 (26,9%) e alcançou 18,7%, em 2010, praticamente o mesmo da região Sul (18,6%), conforme tabela a seguir (IBGE, 2010).

As maiores taxas de escolarização das faixas etárias de 7 a 14 anos e de 15 a 17 anos estão presentes no centro-sul do país. Os valores mais altos observados nas taxas dos grupos de 18 e 19 anos e de 20 a 24 anos de idade nas regiões Nordeste e Norte podem ser explicados possivelmente pelo elevado analfabetismo e o baixo nível de escolaridade, resultantes do acesso limitado dessas gerações à educação formal no passado, fazendo com que muitas pessoas retornem aos estudos nestas faixas de idade (IBGE, 2010).

Os avanços do ensino fundamental denotam que, apesar do aumento da quantidade de alunos matriculados, este não foi acompanhado de um ensino de qualidade. Dessa maneira, essa precarização da formação daqueles que alcançaram a escolarização obrigatória faz com que a mesma já não seja suficiente para que se tenham condições menos desiguais na luta pela vida cotidiana (LOPES; SILVA; MALFITANO, 2006).

A escola reflete a exclusão social característica da sociedade capitalista que acaba por excluir aqueles que não ingressam nesse modelo ou não conseguem se manter nele (LOPES; SILVA; MALFITANO, 2006).

[...] É sempre bom ter claro que as escolas são antidemocráticas não pelos conteúdos que ensinam, mas por sua função, a de preparar diferentemente os intelectuais segundo o lugar que irão ocupar na sociedade, e, portanto, segundo sua origem de classe, como dirigentes ou como trabalhadores (GRAMSCI, 1978, p. 136).

Dessa forma, a escolaridade, como resultado dos processos do sistema que rege nosso país, tem a função de preparar o indivíduo para o mercado de trabalho, evidenciando o crivo social, de classe, colocado; entendendo este como mão de obra a ser minimamente qualificada (LOPES; SILVA; MALFITANO, 2006). A educação assume um papel fundamental na manutenção da alienação e da divisão social do trabalho, visto que as escolas têm se configurado como um espaço estratégico de convivência social, pautada pela reprodução da dinâmica da sociedade capitalista (GUZZO; EUZEBIOS FILHO, 2005).

A escola foi uma das instituições que não favoreceu a continuidade de estudos das adolescentes, tanto por não disponibilizarem as vagas para estas, quanto por não ser fonte de apoio social neste momento da vida dessas meninas. O bairro Jardim Aeroporto conta apenas com duas escolas, a Escola Municipal de Ensino Fundamental e uma Escola Municipal de Educação Infantil, o que dificulta o atendimento de toda a demanda.

Dentro da escola, não foram realizadas propostas conjuntas com a saúde, como prevê o Programa Saúde e Prevenção nas Escolas e nem o Programa Saúde na Escola que busca a integração das políticas setoriais, em que a política de educação em saúde articule a saúde e educação como parte de uma formação ampla para a cidadania e a efetivação dos direitos humanos; permitindo a progressiva ampliação das ações executadas pelos sistemas de saúde e educação com vistas à atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e jovens e à educação em saúde; visando a promover a articulação de saberes, a participação de alunos, pais, comunidade escolar e sociedade em geral na construção e no controle social desta política (BRASIL, 2007).

A maioria das adolescentes entrevistadas não estava mais inserida no contexto escolar, ou por causa da gravidez, ou elas já tinham evadido anteriormente, ou não

conseguiram vagas nas escolas do bairro. A maioria delas tem o desejo de voltar a estudar, porém elas não conseguem vaga nem na escola para retornar, e nem na creche para deixar seus filhos.

“Não. Parei de estudar quando estava grávida, não conseguia mais ir. Parei na 7ª série.” (Afrodite).

“Eu fui lá, minha colega foi lá e não tem vaga não...” (Febe).

“Ah, eu quero. Minha mãe tentou vaga para nós duas e ainda não conseguiu. Procurar serviço eu já fui atrás, mas não acha, ainda mais com filho, não acha” (Gaya).

“Eu estudava, eu parei, não quero mais estudar agora mais não, quero cuidar dela. (...) Foi, quando eu descobri eu não queria mais ir. (...) No 1º.” (Nêmesis).

“Eu tava estudando, agora que eu não tô indo né, com a gravidez eu fico muito sonolenta, mas vou ver se eu passo aqui para a escola, para ficar aqui mais perto da minha casa. Eu tô na 7ª, porque eu repeti de ano, porque ano passado eu não tava indo, faltei 3 meses aí eu perdi a prova, aí não fui, aí eu repeti, aí eu tô na 7ª.” (Artémis).

De acordo com a lei Art. 53, do ECA, a criança e o adolescente têm direito à educação, visando ao pleno desenvolvimento de sua pessoa, preparo para o exercício da cidadania e qualificação para o trabalho, esta lei garante a igualdade de condições para o **acesso e permanência na escola**, o acesso à **escola pública e gratuita próxima de sua residência**. Também é dever do Estado assegurar à criança e ao adolescente o acesso ao ensino fundamental, obrigatório e gratuito, inclusive para os que a ele não tiveram acesso na idade própria, **atendimento em creche e pré-escola às crianças de 0 a 6 anos de idade** (BRASIL, 1990, grifo nosso).

A gravidez na adolescência pode ser vista como causa e consequência da pobreza, tendo em vista que a maior parte das mães adolescentes está ausente do sistema escolar. Uma pesquisa conduzida em três capitais brasileiras revelou que, as adolescentes, em situação de exclusão social, engravidaram após a saída da escola ou após o término do ensino médio, sem qualquer outra perspectiva de continuar os estudos no nível superior (AQUINO et al., 2006).

Dados da pesquisa “Gravidez na Adolescência: estudo multicêntrico sobre jovens, sexualidade e reprodução no Brasil” (GRAVAD) reforçam essa perspectiva. Os dados revelam que 42,1% das jovens com menos de 20 anos que tiveram filhos já não frequentavam a escola à data da gravidez. E 62,6 % das adolescentes, no nascimento do primeiro filho, encontravam-se já fora do mercado de trabalho e assim se mantiveram (HEILBORN et al., 2002).

Analizando se a gravidez na adolescência era condição para a evasão escolar, ou se a evasão anterior que aumentaria a probabilidade de esta engravidar, Figueró (2002), em seu estudo analisou que parte das gestantes e mães adolescentes abandonou a escola previamente à gravidez. Já os dados da *World Health Organization* (WHO) apontam um alto índice de jovens grávidas que abandonam a escolarização, dificultando a futura inserção no mercado de trabalho (WHO, 2004). Portanto, não podemos analisar essa situação como causa e efeito uma da outra, mas sim compreender essa relação para fortalecer os laços entre a escola e essa adolescente.

Responsabilizar apenas a adolescente da saída da escola é a perspectiva de muitos estudos, porém devemos relativizar esse ponto de vista, visto que muitas adolescentes tentam se reinserir na escola e não conseguem, por falta de incentivo, por falta de vagas, falta de creches para deixar seus filhos, ou até mesmo por falta de orientação e apoio da escola no momento em que estavam grávidas, para conseguirem finalizar o ano letivo, visto que há uma lei que estabelece que a gestante estudante tem direito a receber o conteúdo das matérias escolares em casa, a partir do oitavo mês de gestação e durante os três meses após o parto, esse tempo pode ser prorrogado, dependendo da prescrição médica. As avaliações podem ser realizadas no domicílio, e o aproveitamento pode ser avaliado por meio de trabalhos feitos em casa (BRASIL, 2007). Entretanto, percebemos neste estudo, que as escolas não favoreceram a permanência da adolescente na escola, não fazendo valer o que prevê a lei.

“Tipo assim, faz um ano e pouquinho que eu fui, quando eu morava com minha mãe ainda eu pus aqui, até hoje eles não me chamou, um ano e pouco, e tem sala que tem 27 alunos e tem como pôr mais aluno e eu não estudo por causa disso, eu tenho que estudar longe. (...) Eu vim aqui no coiso também, eles falaram para mim ir no conselho ou na...secretaria da educação, porque eles é obrigado, mesmo assim, eu morando aqui perto eles eu não posso ir numa escola longe, eles é obrigado a me dar vaga aqui. Teve uma época que eu não tava podendo estudar, que era muito longe e eu tinha que acordar muito cedo e tipo assim ônibus é muito caro né, eles tem que pagar ônibus para ir, ônibus para voltar, se você tem escola aqui perto, para quê? Você tem que estudar na escola perto da sua casa” (Artémis).

“Faz mais de um ano que eu tô na fila de espera para vocês me dar a vaga e vocês falam que não tem vaga, que não tem vaga, eu quero qualquer período, de manhã, de tarde, eu quero estudar, não quero saber, só que agora eu sou obrigada a ir lá no Quintino II porque aqui vocês não me dá vaga, é muito longe, porque tipo assim, até é perigoso né, porque eu grávida, para eu ir e voltar, e tipo assim horário de comida, mal dá para você comer, mal dá para você tomar banho de manhã, porque é muito cedo, como você vai tomar banho 5 horas da manhã? Não dá né, porque até hoje eu tô na fila de espera das duas escolas e não me chama.” (Artémis).

“Aham, eu estava estudando nessa escola aqui, agora eu tô lá no centro. Lá no João Augusto. Não tem outra aqui perto que tem o 1º colegial. Não, no bairro não, no bairro é só essa daí e a creche.” (Tessala).

O mapa também aponta a vulnerabilidade da relação da adolescente com a escola, que na maioria das vezes não está acessando essa rede na maternidade.

Figura 11 - Mapa de redes de Ilítia

Figura 12 - Mapa de rede de Hebe

Figura 13 - Mapa de rede de Hera

De acordo com os mapas, percebemos que as relações das adolescentes com a escola estão fragilizadas, com pouca ou nenhuma pessoa ou serviço compondo esta rede tão importante para a diminuição da vulnerabilidade a que estas estão expostas. Na maioria das vezes, o apoio social fornecido pela rede escolar se deu através dos colegas ou professores, pontualmente, denotando que esta rede encontra-se reduzida. Entretanto, a maioria das adolescentes não estava mais inserida neste contexto no momento da pesquisa, demonstrando que esta rede apresenta lacunas na sua constituição, apontando aspectos preocupantes que necessitam ser discutidos e trabalhados.

Com relação às características estruturais da rede (SLUZKI, 1997), no contexto escolar, a rede apresentou-se reduzida, com um número pequeno de pessoas ou serviços, denotando característica de fragilidade e vulnerabilidade neste contexto.

Dessa forma, a inserção dos adolescentes na escola possui porosidades, seja na própria organização escolar, tais como currículo deficiente, formação precária dos professores, distanciamento do contexto dos alunos, mas também como resultado de fatores socioeconômicos e culturais, tornando a necessidade do trabalho o maior empecilho à frequência escolar (SPOSITO, 2000).

A configuração da escola como instrumento para a preparação para o mundo do trabalho, em um cenário de desigualdades sociais, faz com que, frequentemente, muitos adolescentes saiam precocemente da escola e busquem trabalhos informais para sua subsistência. Entretanto, esta evasão associada à gravidez na adolescência pode trazer algumas consequências para a adolescente e seu filho, principalmente porque, nessa faixa etária, uma das poucas opções de inserção social e de ascensão econômica se dá por intermédio do sistema educacional (CHALEM et al., 2007).

No Brasil, por conta da desigualdade social, há uma diferença na trajetória de vida das adolescentes. Nos grupos mais favorecidos, a tendência é o aumento do tempo de estudo e a vivência com os pais, para ter uma autonomia mais tarde (BRANDÃO et al., 2001). Nas classes mais populares, os estudos não são tão prolongados e há uma inserção mais rápida no mercado de trabalho, sem que seja atingida uma autonomia plena, em decorrência da precariedade das condições de vida (HEILBORN et al., 2002). De acordo com um estudo feito por Aquino et al. (2003), as trajetórias escolares das adolescentes não são lineares, com interrupções que antecedem a ocorrência de gravidez ou nascimento de um filho.

A escola deveria compor a rede social dos adolescentes, dando apoio necessário para o fortalecimento e proteção destes. Os preconceitos e a exclusão daqueles que vivenciam a situação de gravidez na adolescência não resolvem o problema. Pelo contrário, o vínculo com a escola fortalece a formação e aumenta a capacidade de competição no mercado de trabalho futuro. Entretanto, essa realidade não é visível no sistema educacional e acaba por fortalecer o vínculo dos adolescentes com outros contextos como, por exemplo, o trabalho (CERQUEIRA-SANTOS et al., 2010).

Vilar, Gaspar (1999) analisam a gravidez na adolescência como fator de ancoragem social, ou seja, a gravidez pode ser um meio de aquela adolescente ascender para o *status* de adultas, dessa forma, a família ocupa posição central, enquanto a escola e o trabalho ficam em segundo plano.

Apesar de a maioria das adolescentes entrevistadas não estar inserida no contexto escolar, o desejo de dar continuidade aos estudos foi relevante para demonstrar que a relação entre a maternidade e evasão nem sempre é determinante.

A rede social escolar é de extrema importância na composição dos fatores protetivos da adolescente, dentro dela o apoio social por parte dos professores, diretores e amigos poderá fluir, fornecendo tanto informações, conhecimentos, como apoio emocional, afetivo, diminuindo a vulnerabilidade e potencializando a qualidade de vida dessas adolescentes que vivenciam a maternidade, sobretudo porque por meio da educação é possível alcançar uma carreira profissional qualificada.

Trabalho

A relação das adolescentes com o trabalho também apresentou fragilidades, poucas adolescentes estavam inseridas no mercado de trabalho. Por falta de orientação para organização do trabalho e falta de conhecimento dos seus direitos jurídicos, elas não se inserem no mercado formal de trabalho.

“Eu não consigo por enquanto trabalhar, porque a Manoela não sai de perto de mim, ela não fica com ninguém ao ser eu. Então eu só “cato” as sucatas para ajudar a comprar as coisas que ela precisa.” (Selene).

“Não, não trabalho e nem estudo.” (Ilítia).

“Para te falar a verdade eu pretendia voltar, mas agora eu tive dois filhos pequenos, aí para poder estudar eu tinha que pagar alguém para cuidar dele e como que eu vou pagar alguém sendo que eu não trabalho? Entre estudar e trabalhar eu preferia trabalhar.” (Febe).

“Agora eu estou como auxiliar de limpeza, tô trabalhando de noite porque se for para pagar uma creche, só de creche eu gastava meu salário todo, aí não compensa eu trabalhar de dia e pagar creche, aí eu trabalho de noite.” (Íris).

De acordo com as falas, as adolescentes preferem trabalhar a estudar, pois com a falta de vagas em creches estas não têm com quem deixar seus filhos para poder estudar, então a via mais fácil é trabalhar para poder pagar a creche. Outras preferem não estudar e nem trabalhar para se dedicar como mães, fazendo o serviço da casa.

Os dados da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde - PNDS (BRASIL, 2009) mostram a participação produtiva das mulheres, em que 75% das mulheres acima de 20 anos já haviam tido algum tipo de trabalho, 54,2% das mulheres em idades reprodutivas estão inseridas no trabalho. De todas as mulheres que estavam trabalhando ou já haviam trabalhado nos 12 meses anteriores, 34,5% tinham registro na carteira de trabalho, indicando um baixo índice de formalização do trabalho.

As mulheres de 15 a 19 anos apresentam um baixo percentual (17%) de ocupação formal com carteira assinada, com diferenças pequenas entre os demais grupos etários. No que se refere ao local de trabalho, as mais jovens, em especial aquelas menores de 30 anos, exerciam suas atividades fora de casa, em maior proporção (BRASIL, 2009).

Existe uma grande variação na quantidade de horas trabalhadas por adolescentes. A média de horas semanais começa próximo de 17 horas, ou seja, menos de meia jornada, ao redor dos 10 anos, e evolui até cerca de 36 horas semanais, ou pouco mais de sete horas diárias, para o grupo de 17 anos. O emprego doméstico informal é o que mais absorve os adolescentes, em sua maioria as do sexo feminino. A comparação das horas trabalhadas nas regiões metropolitanas com as regiões urbanas e rurais mostra que o trabalho no campo tende a ser menos absorvente do tempo do menor do que nas cidades (SCHWARTZMAN, 2004).

A legislação brasileira permite o trabalho de jovens maiores de 15 anos em condições de aprendizagem. O trabalho educativo, de acordo com o ECA, é a atividade laboral em que as exigências pedagógicas relativas ao desenvolvimento pessoal do adolescente prevalecem sobre o aspecto produtivo. Dessa forma a atividade remunerada deve ter duração de 4 a 5 horas por dia e não deverá prejudicar o comparecimento regular do adolescente na escola. Este trabalho de aprendiz, tem como objetivo atender adolescentes com a faixa etária de 14 a 18 anos incompletos, com a finalidade de desenvolver e iniciar a carreira profissional (BRASIL, 1990).

As razões que fazem as mulheres deixar de trabalhar ou nunca ter entrado no mercado de trabalho são: a falta de possibilidade de acesso a empregos informada por 30% das mulheres; não precisar ou não gostar de trabalhar (20%); existência de filhos

e/ou o exercício de cuidados maternos (11%). No caso daquelas que deixaram de trabalhar, a demissão (25%), a existência de filhos e necessidade de cuidar deles (11%) e o fato de ter engravidado (9%) foram os motivos referidos (BRASIL, 2009).

Ogido (2011), em seu estudo sobre a maternidade e o mercado de trabalho, relata que as maiores dificuldades das adolescentes que vivenciam a maternidade são a ausência de experiência e o fato de terem filho para cuidar. Segundo a autora, a chance de contratação aumenta para as adolescentes que contam com a ajuda de alguém para auxiliar no cuidado do filho, ou a inserção de seus filhos em creches. Entretanto, mesmo quando trabalham, contam com o apoio financeiro de outras pessoas, tais como marido ou a família.

A relação com o trabalho está intimamente ligada às representações tradicionais sobre a divisão de papéis no interior da família. De acordo com essas representações, a mulher está encarregada dos cuidados da casa, incluindo a alimentação e a educação das crianças. Mesmo trabalhando, a relação que estabelecem com o trabalho não tem o sentido da obrigação encontrada entre os jovens do sexo masculino (OLIVEIRA, 2008).

[...] fatores conjunturais – como a situação de desemprego –, a relação estabelecida com a escola, os projetos futuros e a gravidez na adolescência revelam diversidades de expectativas com relação a essa atividade, resultando em maior ou menor comprometimento com o trabalho, bem como em alcance e/ou resignificação do status adulto (OLIVEIRA, 2008, p.95).

Dessa forma, os papéis do homem e mulher no seio da família assumem funções diferentes, diferenciando a relação com o trabalho, no sentido da elaboração de projetos futuros, a vivência nas outras esferas, como a escola, tornando complexa a experiência da maternidade na adolescência e, com ela, o sentido de pertencer à vida adulta (OLIVEIRA, 2008).

A inserção do adolescente no contexto de trabalho pode significar a busca pela ascensão ou a exclusão social, pois frente a um mercado de trabalho que exige cada vez mais uma qualificação faz com que estes adolescentes fiquem à margem das possibilidades de inserção e inclusão no mundo do trabalho (BORGES; FUJIMORI, 2009).

Em estudo realizado com adolescentes que vivenciavam a maternidade, Gonçalves e Knauth (2006) encontraram que apesar de a escola ser um equipamento social de aquisições de conhecimento e como fator para a inserção no trabalho, estes

conhecimentos, na ótica das adolescentes, não garantem ascensão social e penetração no mercado de trabalho mais estável. Parte desta descrença na escolarização, segundo elas, é explicada por greves, maus professores e péssima estrutura escolar.

[...] Se visualizarmos que o prolongamento da juventude está atrelado somente aos estudos e à inserção procrastinada no mercado de trabalho, de fato, nesse universo não há condições do prolongamento de a fase juvenil ocorrer. A gravidez seria uma das formas de ingresso feminino no mundo adulto, de maior liberdade, de ruptura com a própria adolescência, dependente e controlada socialmente (GONÇALVES; KNAUTH, 2006, p.634).

Em estudo realizado por Heilborn et al. (2002), para compreensão da inserção dos adolescentes no contexto escolar e de trabalho, nos diferentes segmentos sociais, o impacto da maternidade nas classes médias alterou as características dos projetos e trajetórias escolares e de trabalho que anteriormente tinham característica linear, o mesmo não acontece nas classes populares, visto que constantemente as adolescentes já haviam evadido da escola anteriormente ao processo de maternidade. Somando-se a outros motivos que imprimem um sentido inconsistente às suas trajetórias de vida.

A necessidade de inserção no mercado de trabalho faz com que, muitas vezes, essas adolescentes deixem de estudar, incluindo a isso a dificuldade de conciliar o trabalho e estudo com as responsabilidades domésticas e maternas, complicando ou impossibilitando a retomada da carreira escolar (HEILBORN et al., 2002).

Roberts (2009), analisando a mulher no contexto de trabalho, discute o quanto o empregador vê a maternidade como entrave para a produção, visto que a mulher terá que se ausentar por um período, durante a gravidez e após o nascimento. Dessa forma o setor privado não deseja arcar com o custo da maternidade.

A situação do emprego, não apenas no Brasil, mas no mundo todo, indica ainda a falta de oportunidades de emprego, principalmente para adolescentes e jovens, por estarem no início de suas trajetórias, somando-se a isso dificuldades mais acentuadas daqueles que vêm de classes sociais populares e das adolescentes que vivenciam a maternidade (OGIDO, 2011).

Para que a maternidade não seja apenas um fator para aumentar a vulnerabilidade dos adolescentes, são necessárias transformações na nossa sociedade para o fortalecimento tanto da educação como de medidas de inserção e permanência no mundo do trabalho, possibilitando condições e qualidade na vida desses sujeitos.

Parceiro

Outra fragilidade encontrada, respondendo à possibilidade de mudança da rede social em função da história e momento de vida dos sujeitos, foi a relação das adolescentes com os parceiros que, após o nascimento do filho, não ofereceram o apoio necessário, não pagando a pensão alimentícia, nem fornecendo atenção e cuidado para a adolescente e para o filho. Dentro desse contexto, quase não havia conhecimento da legislação por parte das adolescentes que não estavam a par de seus direitos judiciais.

*“Não, nenhum pouquinho, só traz um leite...mais nada”
(Ariadne).*

“(...) mas o pai da criança não ajuda não” (Ilítia).

“Ele primeiro assumiu, depois ele sumiu (...) Ele mal vem ver ela, não paga direito a pensão dela, um mês ele paga no outro não. Eu descobri depois que estava grávida que ele tinha outra família, então me separei dele” (Selene).

As adolescentes carecem de informações e orientações acerca dos seus direitos jurídicos, não conhecendo a legislação que garante que o pai da criança tem a obrigação de pagar a pensão alimentícia, tendo estas que arcar com todos os custos para cuidar da criança.

Figura 14 - Mapa de rede de Selene

Figura 15 - Mapa de rede de Gaya

Analisando o quadrante respectivo à família e especificamente a relação com o companheiro, no mapa de rede das adolescentes, foi possível identificar que os níveis de relação (SLUZKI, 1997), para estas adolescentes, se encontram distanciados, e os vínculos apresentaram-se fragilizados ou rompidos.

Com relação às características estruturais desse aspecto da rede (SLUZKI, 1997), esta se apresentou frágil e vulnerável, sem o apoio do companheiro dentro de sua rede social.

Apesar de a maioria das adolescentes ter como grande fonte de apoio social os parceiros, como citado no primeiro núcleo temático, a falta desse apoio também

teve relevância para algumas adolescentes que não tiveram, principalmente, o apoio instrumental por parte dos parceiros para poder cuidar de seus filhos.

O apoio social por parte do pai do bebê é importante para a maternidade na adolescência. Em um estudo desenvolvido com a adolescente que vivia com seu parceiro, a fonte mais importante de apoio para a nova mãe foi o parceiro (SIMÕES, 2004).

Quando os parceiros se envolvem e são fontes de apoio social, as mães adolescentes promovem um ambiente mais favorável e cuidados mais eficazes aos seus filhos (REIS, 2007).

Quando as adolescentes que engravidam não recebem o apoio social necessário por parte dos parceiros, elas buscam este apoio em outras fontes, tais como a família, os amigos, os serviços públicos e seus profissionais (REIS, 2007).

Amigos

Uma rica fonte de apoio para os adolescentes está no grupo de amigos. Os amigos podem fornecer apoio emocional, compartilhando experiências, angústias, anseios, apoio informativo e até instrumental (REIS, 2007).

As amizades, apesar de terem sido grande fonte de apoio social durante a gravidez, foram transformadas com o nascimento do bebê, denotando o caráter mutável da rede social, de acordo com a história e momento de vida dos sujeitos. Os amigos não forneceram mais o apoio que davam anteriormente, centralizando o apoio para a família da adolescente e seu parceiro.

“Nossa, e como, mudou bastante, era melhor antes, agora mudou tudo, as amizades, não tenho mais, minhas amigas se afastaram. (...) Porque antes eu tinha muita amizade, agora eu não tenho ninguém.” (Gaya).

“(...) Porque amiga mesmo, amiga só tenho para levar pra bagunça, mas para ajudar aqui não vem não.” (Febe).

Assim sendo, as relações de amizade, principalmente após o nascimento do bebê, apresentaram-se distanciadas e instáveis, denotando fragilidades neste contexto da rede social.

Serviços de Saúde

A adolescente que vivencia o processo de maternidade necessita de apoio institucionalizado na forma de programas de atendimento e orientação que envolvam tanto profissionais como a comunidade de uma forma mais ampla (TRINDADE; MENANDRO, 2002).

Em um estudo realizado por Simões (2004), as adolescentes que não tiveram apoio familiar tiveram maior necessidade de recorrer ao centro de saúde para ajuda ou apoio informativo, compensando a falta de apoio à maternidade no seu sistema familiar.

Em contraposição fortalecem-se os laços familiares, quando a assistência especializada e institucional falha (CASTEL, 1994).

Observamos que as adolescentes entrevistadas que não obtiveram apoio no contexto familiar buscaram outros serviços como fonte de apoio, porém quando faltou algum tipo de apoio nos serviços estas buscaram suprir através da rede familiar. Apesar de os recursos comunitários e o acesso aos serviços serem escassos, há uma coesão de solidariedade principalmente no contexto familiar.

No contexto da atenção à saúde, apesar do acesso ao pré-natal e às tecnologias duras, houve uma falta de apoio tanto profissional, como institucional, gerando lacunas na composição da rede social dessa adolescente.

“Quando comecei a ter as contrações eu não sabia o que estava acontecendo, a bolsa dela estourou, aquela água saindo e eu não estava entendendo nada, deitava de um lado e doía, deitava de outro continuava a doer...aí quando fui tomar banho e aquela água toda começou a sair eu dei um grito, eu tive medo, porque não sabia direito como era, não estava entendendo nada, a dor que estava sentindo e aquela água saindo” (Selene).

“Engordei bastante, o médico ainda falou que ela estava parecendo uma bola dentro de mim que era para eu fazer um pouquinho de regime e eu não fiz, aí ela nasceu prematura, aí meia-noite estourou a bolsa.” (Deméter).

“Olha eu sofri bastante durante minha gravidez. Quando eu fiquei sabendo que estava grávida eu estava quase de dois meses e eu não estava passando mal, foi só eu ficar sabendo que estava grávida que passei muito mal, aí deu os 8 meses eu comecei a sentir muita cólica na barriga, a médica falou que era normal, que era porque a criança já tava encaixada, falava um monte de coisas pra mim, aí no meu parto eu sofri mais, inclusive eu não consegui dormir lembrando a dor do parto, eu fiquei uns 5 dias.” (Nikê).

“Ah eu não sei assim, o médico não explicou direito, no começo da gravidez eu sentia umas dores no pé da barriga, tava até com medo de perder ele, dava tipo uma pontada, só que não sangrava e nem nada, aí foi isso, dava febre em mim, adoeci, ficou uns dias aí depois eu melhorei, aí a gravidez foi de boa, só o comecinho que foi difícil.” (Hebe).

As orientações acerca da gravidez, do parto e dos cuidados, ou seja, o apoio informativo não foi fornecido de maneira adequada pelo sistema de saúde, tendo em vista que as adolescentes apresentaram muitas dúvidas e desconheciam muitos aspectos básicos da maternidade.

“Ah, eu queria saber como eles cresciam dentro da barriga, o que eles sentiam, se tava tudo bem, ah queria saber tudo, como ele desenvolvia. O computador, quem me orientou para ser mais exato, foi o youtube, porque eu procurei muito vídeo, vi uns vídeos muito legais de como o nenê se desenvolve, vi a carta de um feto, carta de um abortado, nossa muito emocionante.” (Tessala).

“Não, eu só tinha medo né,? Porque muita gente inventava um monte de coisa quando eu ia ter ele [bebê], fazia medo (...) mas quando eu fui ter ele foi muito bom. Os médicos me deram apoio, só que teve alguns médicos lá que quando eu fui entrar

na sala de parto (...) aí, foi onde entrou desespero, porque os outros falavam um monte de coisa já, aí eu entrei, tinha uns médicos lá que falavam que não ia fazer o parto porque eu era de menor e que ele não fazia, aí foi na onde eu já escutei e o médico disfarçava, aí quem fez foi as enfermeiras, e lá na sala tinha um monte de gente. (...) Foi lá na santa casa, então para mim não foi ele que fez, porque ele falou que não ia fazer, que de menor ele não mexia, então quem fez foi as mulher lá. Assim eu não vi porque eles colocam um pano, só que eu vi um doutor aqui conversando comigo e as enfermeiras tava tudo lá em volta de mim para fazer o parto, tanto que na hora de nascer um doutor teve que subir em cima de mim e as duas lá apertar aqui do lado, para ele poder tirar, tava muito difícil.” (Hebe).

A UBS do bairro não realiza nenhum grupo informativo com as adolescentes, no nível preventivo e nem grupo com as adolescentes gestantes, para o acompanhamento e o fornecimento de apoio social.

Seria de suma importância o desenvolvimento de grupos tanto para a prevenção, mas também como fonte de apoio para que adolescentes desenvolvam habilidades para a vida, tais como negociação, comunicação, resolução de conflitos e tomada de decisões. Para isso, os profissionais devem ser capacitados para promover a autonomia dos adolescentes, facilitando o processo de apoio social e favorecendo uma melhor qualidade de vida para as adolescentes (BRASIL, 2005a).

A atenção à saúde da adolescente que vivencia o processo de maternidade deve ter como objetivo a valorização das suas necessidades; a compreensão da sua sexualidade; a facilitação do acesso à informação, desde os métodos contraceptivos, de seus direitos de escolha e as de cuidado com o bebê; garantia de acesso ao pré-natal e à maternidade através de profissionais capacitados e sensibilizados para os processos de vida, valorizando seus contextos socioculturais (MELO; COELHO, 2011).

[...] Nesse sentido, conformar práticas de assistência que resumem a gravidez na adolescência a processos descontextualizados constitui um descaminho à atenção integral. A integralidade pressupõe inovações nas

práticas de saúde em diferentes cenários, trazendo uma perspectiva reflexiva de valorização dos sujeitos, havendo necessidade de uma reconstrução ética e política do cuidado à saúde das grávidas adolescentes na realidade estudada (MELO; COELHO, 2011, p.2556).

O modelo de saúde necessita de uma composição entre condições materiais de existência e o bem-estar da população. A UBS é grande fonte de apoio para a comunidade, precisam reavaliar o seu papel na sociedade, tornando-se espaços importantes de acolhimento e de fortalecimento das políticas de promoção da saúde, contribuindo, dessa forma, para minorar a situação de vulnerabilidade e incrementar a qualidade de vida dos adolescentes (DYTZ; ROCHA, 2002).

Assistência Social

No contexto dos serviços de assistência social, algumas adolescentes tiveram acesso a programas compensatórios, tais como o PBF, outras estavam esperando muito tempo para obter este benefício. Outro auxílio que foi citado foi a cesta básica, como apoio instrumental para o sustento da família. Apenas uma adolescente estava buscando o auxílio de aposentadoria para sua filha que é portadora de deficiência, mas encontrou dificuldades para ser beneficiada por causa de sua idade.

“(...) A C. a assistente social me ajuda de vez em quando e eu pedi ajuda no Renda Cidadã, mas não veio até agora, tô achando estranho porque já faz tempo que pedi e a assistente social me explicou que você não pode pedir dois auxílios ao mesmo tempo, então ela falou para eu pedir o Renda Cidadã que era mais rápido, mas até agora nada....teve gente aqui perto que pediu faz pouco tempo e já recebeu.” (Selene).

“Tenho o Bolsa Família também. Comecei em novembro, demorou 6 anos para liberar. Só veio agora, porque largaram minha pasta lá e esqueceram, agora eu fui atrás, quando eu tava grávida dela aí eles falaram que minha pasta não tinha sido mandada, aí mandaram agora ano passado aí eu consegui agora em novembro.” (Íris).

“Eu tenho que fazer inscrição dele lá na Base da....da Renda Cidadã, eu não fui lá ainda, um dia pra trás eu fui cedinho e a moça falou que não tava fazendo ainda, aí ela falou para eu ir na outra semana para ver se já começou.” (Héstia).

“Eu estava vendo sobre a aposentadoria dela, que a assistente social pediu para ir atrás, aí ela escreveu tudo, os papéis que estava faltando, por causa que eu sou de menor eles falou, aí precisa da minha mãe, aí minha mãe estava indo, minha mãe que foi, precisava passar a guarda dela para a minha mãe, aí nós fomos no fórum, mas vai demorar o moço falou, demora bastante!” (Deméter).

A Assistência Social é um direito social recente, o avanço das discussões no âmbito das garantias sociais previstas em lei, durante a IV Conferência Nacional de Assistência Social, realizada em Brasília, em 2003, delibera que o Serviço Único de Assistência Social (SUAS) é que materializa a operacionalização da LOAS, viabilizando o sistema descentralizado e participativo, com regulação em todo o território nacional, garantindo a universalização dos direitos à Seguridade Social e da proteção social pública com a composição da política pública de assistência social. Esse novo modelo de gestão supõe um pacto federativo, com a definição de competências e responsabilidades das esferas de governo federal, estadual e municipal (TAVARES, 2005).

Para a implementação dessa nova lógica de organização das ações, definem-se níveis de complexidade do sistema: Proteção Social Básica (PSB) e Proteção Social Especial (PSE) de média e alta complexidade, com referência no território, considerando as especificidades das regiões, portes de municípios e com centralidade na família.

A proteção social básica busca a prevenção de situações de risco – por intermédio do desenvolvimento de potencialidades e aquisições – e o fortalecimento de vínculos familiares e comunitários, para a população que vive em situação de vulnerabilidade social decorrente da pobreza, privação e/ou fragilização de vínculos afetivos – relacionais e de pertencimento social (BRASIL, 2004).

Prevê o desenvolvimento de serviços, programas e projetos locais de acolhimento, convivência e socialização de famílias e de indivíduos, conforme identificação da situação de vulnerabilidade apresentada. O que configura a PSB nos municípios e no Distrito Federal é a existência dos Centros de Referência de Assistência Social (CRAS). Estes executam os serviços de proteção social básica, organizam e coordenam a rede prestadora de serviços socioassistenciais (BRASIL, 2004).

Como previsto na LOAS e de modo a descentralizar e propiciar a integração da sociedade civil no sistema, foram instituídos os Conselhos Municipais de Assistência Social (CMAS) que são instâncias deliberativas, de caráter permanente e com composição paritária entre governo e sociedade civil, cabendo ao Ministério Público fiscalizar o processo de escolha dos representantes da sociedade civil (BRASIL, 2010a).

O PBF é um programa de transferência direta de renda voltado a famílias em situação de pobreza e extrema pobreza, que vincula o recebimento de benefício financeiro ao cumprimento de compromissos nas áreas de saúde, educação e assistência social. Criado em 2004, por meio da Lei n. 10.836, de 9 de janeiro de 2004, e regulamentado pelo Decreto n. 5.209, de 17 de setembro de 2004, o PBF é fruto da unificação dos programas de transferência de renda do governo federal, criados a partir de 2001: Bolsa Escola, Bolsa Alimentação e Vale Gás (BRASIL, 2010a).

O PBF constitui-se hoje um dos maiores programas de transferência, dentro da proteção social básica, beneficiando atualmente cerca de 12,4 milhões de famílias caracterizadas por sua vulnerabilidade social decorrente de níveis muito baixos de renda (BRASIL, 2010a).

O Programa pauta-se na articulação de três dimensões essenciais à superação da fome e da pobreza (BRASIL, 2010a):

- promoção do alívio imediato da pobreza, por meio da transferência direta de renda à família;
- reforço ao exercício de direitos sociais básicos nas áreas de Saúde e Educação, por meio do cumprimento de algumas condições, o que contribui para que as famílias consigam romper o ciclo da pobreza entre gerações;
- coordenação de programas complementares que têm por objetivo o desenvolvimento das famílias, de modo que os beneficiários do PBF consigam superar a situação de vulnerabilidade e pobreza. São exemplos de programas

complementares: programas de geração de trabalho e renda, de alfabetização de adultos, de fornecimento de registro civil e demais documentos.

Exceto o PBF, dentro da PSB, o município de Ribeirão Preto realiza mais oito programas, o Programa Renda Familiar Mínima que garante que as famílias com renda inferior a meio salário mínimo *per capita*, residentes há 2 anos, no mínimo, no município, e com filhos e/ou dependentes legais menores de até 14 anos de idade, recebam uma bolsa mensal em dinheiro par mantê-los na escola. Essa complementação monetária da renda familiar está associada à frequência escolar (85%) dessas crianças e adolescentes; o Programa Ação Jovem que repassa um valor mensal para adolescentes de 15 a 24 anos com renda familiar até dois salários mínimos; o Programa Viva Leite que busca a suplementação alimentar infantil, por meio da distribuição do leite fluido três vezes por semana nos diversos locais de atendimento social, beneficiando crianças na faixa etária de 6 e 23 meses em famílias que recebem menos de dois salários mínimos; o Programa Renda Cidadã, coordenado pela Secretaria Estadual de Assistência e Desenvolvimento Social - SEADS, o programa atende famílias de baixa renda com uma bolsa temporária de R\$ 60,00/mês e renda *per capita* de até R\$ 100,00. O foco do programa é a participação dessas famílias em ações que permitam a melhoria de qualidade de vida de cada indivíduo; o Programa Apoio Alimentar, de caráter complementar que foi desenvolvido com recurso municipal, por meio de subsídio mensal no valor de R\$ 30,00 (trinta reais). Por este programa, são beneficiadas famílias que apresentam situações de extrema pobreza, com filhos menores de 14 anos; pessoas portadoras de deficiência, pessoas idosas, (acima de 60 anos); crianças com carências nutricionais, mulheres provedoras do lar e desempregados; o Programa Municipal do Idoso; o Atendimento e Assessoria às Entidades Sociais e o Benefício de Prestação Continuada (RIBEIRÃO PRETO, 2010).

O bairro Jardim Aeroporto conta com um CRAS que atende às demandas dos moradores, incluindo as adolescentes que vivenciam a maternidade. De acordo com o discurso das adolescentes, percebemos que o acesso a esses programas da PSB está fragilizado, diante das dificuldades que estas encontram para se inserir nestes programas e a demora para conseguir ser beneficiadas.

A rede de assistência social, através de seus programas, propicia o apoio social, principalmente o apoio instrumental, dando condições para a melhoria da qualidade de vida e a diminuição da vulnerabilidade, entretanto, a falta desse apoio enfraquece a rede de serviços, não garantindo os direitos do cidadão.

Dessa forma o acesso à rede de serviços e o apoio social que transcorre por ela demonstrou-se fragilizado, as ações ainda são fragmentadas, com pouca articulação com a rede de atendimento, não oferecendo o apoio necessário para a melhoria da qualidade de vida e para o real acesso aos serviços que foram conquistados como direitos, porém não se efetivam enquanto tal. Sem dúvida, este problema merece maior atenção por parte da sociedade, no sentido de diminuir o grande descompasso entre as diretrizes políticas e a qualidade de vida dos adolescentes brasileiros.

6.2.4 “Foi difícil, mas foi bom”

Este núcleo temático relativiza a denotação negativa da experiência da maternidade na adolescência, trazendo percepções e sentidos dessa experiência como positiva, mesmo diante das dificuldades, reflexo da consistência da rede e do apoio social para a satisfação destas adolescentes.

A importância do apoio social fruto da família, do companheiro e dos amigos e o acesso à rede de serviços de saúde favoreceu a percepção e avaliação positiva da maternidade pelas adolescentes.

Essa percepção está presente de forma significativa nos discursos:

“Nossa, é maravilhoso, é um milagre da vida você sentir que a criança está mexendo dentro de você, de você poder que ela lá dentro da sua barriga entende tudo, que ela chega até a sonhar, nossa, é muito bom. Não quero ter mais nenhum, nem agora e nem mais tarde, vou continuar com essa, mas minha experiência na gravidez foi muito boa.” (Tessala).

“Ah, ao mesmo tempo é estranho e bom, porque quando você descobre que está grávida sua cabeça muda, tudo muda entendeu, porque os outros te tratam diferente, você quer ser tratada melhor, por outras pessoas você é tratada melhor, por outras você é maltratada. Eu acho que é bom e ruim na gravidez quando você é adolescente, porque você não tem

estrutura, você não sabe como é criar uma criança, é uma criança cuidando de outra criança né, eu acho que é assim, que é legal e que é estranho, porque quando a gente é mais velho a gente já tem uma mente, como que cuida, tem experiência, pelo menos já até sabe como que age, já tem uma idade. E agora quem não sabe? Eu acho que se a criança chorar você chora junto com a criança.” (Artémis).

“Bom, eu sei que eu estou muito nova, mas eu gostei, se fosse para voltar atrás eu faria tudo de novo e recompensa né, então...por mais que eu sofri, eu tô feliz, apesar que cansa bastante, mas se eu pudesse voltar atrás eu faria a mesma coisa. Mas é bem difícil.” (Nikê).

“Mas foi bom, mesmo sendo difícil foi bom. A M.[filha] tem a mim e eu a ela, somos nós duas a família, porque eu que fiz, eu que dou conta né.” (Selene).

“Ai no começo eu assustei bastante, mas também eu tive medo por causa da minha mãe, aí depois eu gostei, eu curti a gravidez inteira, gostoso, sentir ele na barriga. Acho que no começo eu assustei e queria tirar, nossa, mas até hoje eu penso se eu tivesse tirado eu ia me arrepender tanto, acho que hoje meu filho é tudo. Hoje não me arrependo de nenhum minuto da vida.” (Calíope).

“Ah, é bom. Mas é muito difícil.” (Afrodite).

“Foi, eu reclamei tudo, chorei bastante, meu corpo ficou feio, mas tá bom. Mas foi bom, foi muito bom, eu não queria, mas depois nasceu eu aceitei.” (Gaya).

“(...) não é fácil, muda muita coisa da vida, tem a parte boa e a parte ruim, mas não me arrependo não.” (Ilítia).

Mesmo diante das dificuldades, as adolescentes contando com o apoio social, puderam encarar a maternidade como positiva, como uma experiência que produziu sentidos e continuidade de suas vidas.

Corroborando essa perspectiva, em um estudo de Godinho et al. (2000), com adolescentes que vivenciaram a maternidade, a gravidez, por mais que não planejada foi aceita pelas adolescentes.

[...] seja em sua gênese ou em sua reavaliação, a maternidade e os significados a ela atribuídos são bastante valorizados nas camadas populares, uma vez que possibilitam a afirmação da identidade de mulher e, com ela, a realização dos papéis femininos ligados à família e ao cuidado dos filhos. [...] A investigação de outros elementos, além daqueles que definem as relações estabelecidas com a família, o trabalho, os estudos, e as referências valorativas da juventude pelo meio social, pode resultar em maior compreensão dos significados da gravidez como forma de transição para o universo adulto nas camadas populares (OLIVEIRA, 2008, p.100-101).

Muitas adolescentes trouxeram que, além do desejo de ter o filho, este também foi planejado.

Dados levantados, em uma pesquisa realizada por Leal, Wall (2005), demonstraram que as adolescentes desejam e planejam a gravidez cada vez mais cedo, se mostrando felizes com o acontecimento. Para estas, a gravidez faz parte do projeto de vida (LEAL; WALL, 2005).

“Bom, para mim foi bom, até porque foi planejado para mim, porque eu queria. Eu parei de tomar remédio, eu tomava aí eu parei, eu tava 3 anos casada com meu marido eu parei, casamos lá na Bahia, aí eu parei e veio minha pequena, então para mim eu não tenho que falar que foi difícil, que empatou muita coisa até porque eu queria, então para mim não teve problema.” (Hera).

“Ano passado eu engravidei, apesar de ser nova é uma coisa que eu queria, não foi uma coisa que aconteceu. Tanto que a gente estava planejando de casar, apesar de que ele [marido] tem 20 anos e eu tenho 18, ele tem 21, quer dizer.” (Nikê).

“Eu parei de tomar o remédio aos poucos, sem contar para ninguém, eu queria ficar grávida sim.” (Afrodite).

“Toda a vida eu sempre quis ter uma filha, aí eu fiquei tentando, parei de evitar, até que eu engravidei, só que eu não sabia, aí fui no médico não conseguia saber se eu estava grávida ou não, tomava remédio e não conseguia, só passando mal, aí eu fui no posto fazer teste, fazer teste de gravidez, aí eu já estava de dois meses e pouquinho.” (Febe).

O reconhecimento de que a gravidez na adolescência pode ser uma escolha, um meio de significação para a adolescente bate, de frente com muitos estudos que evidenciam a gravidez como um elemento desestruturador da vida de adolescentes, como fator de reprodução do ciclo de pobreza, ao colocar impedimentos na continuidade de estudos e no acesso ao mercado de trabalho, entretanto, o desejo, o olhar e a opinião dos jovens constantemente não são considerados, predominando a visão desta questão como uma problemática social (BRASIL, 2006b).

Historicamente a gravidez na adolescência é caracterizada e estigmatizada como "problema social", evidenciando-se as características de “risco” para a vida das adolescentes. Entretanto, alguns estudos estão desmistificando esse único viés, visto que, muitas vezes, a gravidez pode se constituir em uma possibilidade de busca da autonomia e responsabilidade, no desejo consciente de ser mãe ou pai, e até mesmo em uma fonte de satisfação (PANTOJA, 2003; GONTIJO; MEDEIROS, 2008).

Levar em consideração o desejo das adolescentes não retira a importância da realização de políticas de orientação, contracepção e planejamento familiar, isso é de suma importância para que a escolha possa acontecer no momento desejado e planejado pelos adolescentes e jovens (BRASIL, 2007).

Com relação à responsabilidade, as adolescentes avaliaram a maternidade como potencializadora da responsabilidade e do amadurecimento, encarando esse momento como fator transformador de suas vidas.

“Ah, a responsabilidade, acho que sou mais responsável que antes, antes eu não ligava pra nada, agora é diferente, qualquer coisinha eu penso nele, acho que a responsabilidade mudou pra caramba.” (Calíope).

“Depois que você tem, você tem que fazer as coisas bonitinho, pensar nas coisas certinho, porque não é uma brincadeira e não é uma boneca.” (Héstia).

“Eu ficava saindo bastante, jogava bola. Mudou muita coisa, tinha um monte de coisa que eu gostava de fazer, eu parei de fazer, muita coisa. E na escola também, tem muita menina que está na minha sala, na minha escola, quase a escola toda parece, sabe quando você olha parece a escola toda, tá tudo grávida as meninas, tudo com um barrigão, aí a gente conversa na escola, a gente fala. Não é questão de você não estar desejando a criança, mas você não deseja isso neste tempo para ninguém né, neste momento, porque tem muita menina que tem filho essas coisas, que engravida e não tem nada na cabeça né, faz qualquer coisa, fica jogada na rua, não come, mexe com coisa errada, essas coisas. Então a gente fica meio assim, mas quando a pessoa tá bonitinho, faz tudo direitinho, aí dá pra ir levando e é isso mesmo.” (Héstia).

“Olha, não é fácil, mas também não é difícil, exige que você cresça, assuma responsabilidade, porque cuidar de um filho é coisa séria. Eu sinto que eu passei de criança para ser adulta, cresci muito com ela. Quando você tem um filho precisa que você cresça para cuidar dele, porque antes era só zueira, festa, eu não tinha muito juízo, mas agora é tudo muito diferente. Eu gostei de ter ela, tive muito apoio, isso ajudou muito também, mas não me arrependo de ter tido ela agora. Quero ter mais um filho, mas vou esperar mais um pouco, agora ainda não dá. Mas quero ter sim!” (Atena).

“Mas você muda muito sua vida por causa de um filho, você tem que crescer para cuidar deles.” (Perséfone).

“Ah, foi muito bom, uma experiência que eu desejo para as outras mulheres que têm vontade que tem. Acho que mudou muita coisa, mudou porque eu cresci mais, criei mais cabeça, porque eu era muito criançona, então ajudou bastante.” (Hebe).

“Muda, acho que você se sente mais responsável né, muda tudo, a responsabilidade, e você deixa de fazer muitas coisas por causa do neném né.” (Nêmesis).

“Os outros ainda falam na minha cabeça, que eu sou doida, que eu sou muito nova, mas eu não me sinto muito nova não, não é uma idade muito boa para ter filho, porque se for uma pessoa que curte muito, curte a vida porque tá novo, e com neném não, não dá para fazer nada, você perde muito tempo, você deixa de fazer as coisas para cuidar, só para se dedicar ao neném. Eu já não saía muito, então eu não sinto muita falta, mas para quem sai é diferente. Para mim foi mais a responsabilidade que pegou no meu pé né, porque agora eu deixo de fazer as coisas por causa dela, se eu tiver que ir eu levo ela, não deixo ela com ninguém, aí vai eu e ele, ela vai também.” (Nêmesis).

“Antes de você ter filho é tudo você, primeiro lugar é você, depois que você tem filho, tudo é para ela, primeiro lugar sempre ela, tudo que você vai fazer, cada passo que você dá na rua você pensa nela, cada balinha que você come você pensa nela, para deixar para ela, ou você come pensando que vai passar para o leite e ela vai sentir, então é muito bom ser mãe, acho que é a realização de toda mulher, por isso eu não apoio o aborto em nenhum tipo de caso, nem por falta de

dinheiro, nem porque não quis, nem porque pai não aceita, não, não aceito isso.” (Tessala).

“Eu fico mais dentro de casa, é raro quando eu saio para balada para esses lugar agitado, agora não saio mais, mas não porque eu não posso, mas é porque quando você está grávida você tem a responsabilidade, você não pode ficar esbanjando, fazendo o que você quer, quando você está solteira sem filho na barriga é outra coisa, você faz o que você quiser da sua vida, agora você tem que pensar por duas pessoas. (...) A responsabilidade já mudou, quando você não tem ninguém para cuidar, você não tem cabeça, faz o que quiser, agora quando você é casada, tem filho você já tem cabeça, mesmo se você não quer, a sua cabeça muda, muda de um jeito que tudo que eu fazia eu não sei agora minha cabeça mudou, eu repenso, penso 10 vez, mil vez antes de fazer, porque antes eu não estava nem aí, eu fazia, se deixava de fazer não tava nem aí, agora eu penso mais nele do que em mim, penso mais no nenê do que ne nós.” (Artémis).

Apesar das dificuldades que encontraram, a experiência da maternidade na adolescência reverberou de maneira positiva, nos seus projetos de vida, no amadurecimento e na transformação para ser “mulher”, capaz de cuidar de seu filho e do lar.

O apoio social permitiu que as adolescentes se sentissem seguras para exercerem o papel de mães, tornando a experiência da maternidade uma ponte para a maturidade e crescimento, avaliado pelas adolescentes como uma boa experiência.

“Nós mulheres somos igual máquinas, tudo que queremos a gente consegue e nós temos 1001 utilidades, toda mulher dá conta de cuidar de casa, toda mulher dá conta de cuidar de filho, estudar e trabalhar, porque não uma adolescente? Se ela foi mulher de fazer então ela tem que ser mulher de assumir,

você não acha? Eu penso desse jeito, então não tem que rejeitar filho, não tem que procurar método abortivo. Também a gente precisa estudar, e com o filho a gente não tem dedicação total aos estudos, eu sei que não vou ter dedicação total aos estudos igual eu tinha antes, entendeu, eu não vou poder fazer igual eu fazia antes, parar para ler livro, parar para fazer uma pesquisa bem aprofundada, estudar, isso eu não vou ter essa disponibilidade por causa dela, entendeu? Mas eu vou continuar estudando, vou dar o melhor de si.” (Tessala).

As adolescentes também discorreram de suas expectativas para o futuro, tanto para si como para seus filhos, desejando um futuro diferente para o filho, planejando profissões, continuidades e sonhando com realizações.

“É. Mas assim, eu quero que ela estude sabe, eu não estudei, mas eu quero que ela estude e faça tudo que eu não fiz.” (Nêmesis).

“Planejava fazer cursinho, agora eu fiquei tão apaixonada pelo ser médico que sabe, que se eu não conseguir ser médico pelo menos uma boa enfermeira eu vou dar, nossa eu adorei a maternidade, eu adorei, nossa eles têm tanta paciência com a gente e deve ser uma coisa tão boa né, quando você vê a vida, tirar uma criança da barriga da mãe para ela vir para esse mundo. É, sonhar a gente não para de sonhar, difícil é a realização, mas a gente nunca para de sonhar (...) terminar meus estudos, me tornar uma grande mulher e poder criar minha filha, sem depender de ninguém.” (Tessala).

A maternidade pode produzir sentido na vida dessas adolescentes, um importante fator na sua constituição pessoal e social (LEAL; WALL, 2005).

A qualidade de vida é um termo que envolve múltiplas nuances e leva em consideração o grau de satisfação daquele indivíduo, nos diversos domínios de sua vida (BITTENCOURT et al., 2004). Esta satisfação pode ser alterada e motiva as

pessoas a se movimentarem em busca do que lhes faz bem, com melhores condições (SILVA et al., 2005).

Entender a maternidade como processo que pode gerar satisfação e motivação, mesmo ocorrendo numa fase da vida que se pressupõe ser negativa, nos faz refletir que toda a rede social, seja a escola, os profissionais de saúde ou a família, deve promover a discussão junto com os adolescentes, para que estes tenham condições de escolher o caminho que eles querem trilhar, com apoio suficiente para que tenham uma melhor qualidade de vida.

Refletir sobre a maternidade na adolescência e suas nuances é um exercício muito complexo que exige uma compreensão aprofundada do contexto socioeconômico e cultural em que esta ocorre. Conhecer e analisar a rede social e o apoio social torna-se relevante, uma vez que estes são elementos que podem contribuir para o fortalecimento dos fatores de proteção, do acesso de fato aos serviços, garantindo a efetivação dos direitos e potencializando a qualidade de vida dessas adolescentes.

Os resultados deste estudo mostraram o quanto a rede e o apoio social podem servir de proteção frente as situações vulnerabilizantes, potencializando as condições de vida dessas adolescentes que vivenciam a maternidade. Entretanto, as adolescentes, apesar de contarem com apoio dos pais, amigos e por vezes do companheiro e de acessarem os serviços de saúde, a rede demonstrou-se mediana, frágil e com lacunas. Não houve acessibilidade aos serviços de saúde, faltando informações, orientações básicas e o favorecimento do apoio social. No contexto da comunidade, também se evidenciaram fragilidades, tais como nos serviços de assistência social que não responderam às demandas necessárias.

O sistema educacional, contextualizado no sistema capitalista, objetiva a formação do indivíduo para o mercado de trabalho, e no contexto social, não favoreceu a continuidade dos estudos das adolescentes e nem se constituiu numa fonte de apoio social. A relação entre as adolescentes e o trabalho também denotou fragilidades, as dificuldades encontradas para a inserção no contexto de um trabalho formal foram: falta de vaga na creche para deixarem os filhos, pouca experiência para conseguir empregos, caracterizando uma porosidade neste eixo, resultado da estrutura do sistema excludente que rege nossa sociedade.

O apoio oriundo dos amigos foi fragilizado após o nascimento da criança, havendo um afastamento destes após o parto, e a relação com o parceiro demonstrou-se frágil para algumas adolescentes, com falta de apoio e subsídio deste para o cuidado da criança.

Maternidade na adolescência, fragilidades nas redes de saúde, educação, trabalho, assistência social, cultura e lazer devem ser contextualizadas e discutidas a partir das políticas públicas vigentes, no intuito de operacionalizá-las, e de adequá-las de forma integrada para responder às necessidades reais dessa população.

Dessa forma, o estudo revela uma falta de articulação da rede social para o favorecimento do apoio, pois não há uma comunicação entre os serviços e ações desenvolvidas de diversos setores, tais como educação, saúde e assistência social.

Faz-se necessário operacionalizar políticas públicas que promovam a cidadania e diminuam a vulnerabilidade a que certos grupos populacionais estão expostos, através da acessibilidade à escola, serviços de saúde, equipamentos de lazer e cultura e a comunicação entre eles, para potencializar a qualidade de vida dos adolescentes.

Foi possível, através deste estudo, reverberar os sentimentos, desejos e projetos de vida das adolescentes, vislumbrando a gravidez na adolescência apenas como problema, mas podendo esta ser planejada e desejada, como projeto de vida. Essa perspectiva deve ser considerada nas ações no campo da atenção à saúde do adolescente, inovando as políticas de orientação, contracepção e planejamento familiar, para que a escolha possa acontecer no momento desejado e planejado pelos adolescentes e jovens.

A importância do apoio social fruto da família, do companheiro e dos amigos e o acesso à rede de serviços de saúde favoreceu a percepção e avaliação positiva da maternidade pelas adolescentes.

Esses resultados demonstram a necessidade de conhecer os projetos de vida, as aspirações que as adolescentes têm, para que sejam repensados estratégias de prevenção, o planejamento familiar e a promoção de saúde que estejam de acordo com as necessidades deste grupo populacional. A participação dos jovens nas decisões e a implantação de políticas públicas também facilitam a aproximação dos universos de interesse. Neste escopo, a articulação dos serviços é extremamente importante para transformar esse quadro de fragilidades e vulnerabilidades, garantindo efetivamente os direitos.

Este estudo contribuiu para o conhecimento na área da saúde coletiva, visto a magnitude da maternidade na adolescência, com a perspectiva da utilização da rede e apoio social como um instrumento para os profissionais, principalmente os da área da saúde, e de forma interdisciplinar e intersetorial, para a área da educação e assistência social, para a compreensão das reais necessidades desta população e vínculos com a rede social, para avaliar os recursos disponíveis e direcionar ações para o fortalecimento e articulação da rede e do apoio social, contribuindo, dessa forma, para a diminuição da vulnerabilidade e a potencialização da qualidade de vida e empoderamento dessas adolescentes.

Esperamos que as discussões aqui apresentadas possam subsidiar a elaboração de ações intersetoriais e articuladas, a partir das necessidades das

adolescentes, com vistas à melhoria da qualidade de vida e à efetivação de seus direitos.

É de extrema importância a discussão da maternidade na adolescência, levando em conta o escopo sociocultural como forma de proposição de políticas e ações que considerem as singularidades dos indivíduos. Para tanto, reconhecemos a necessidade de estudos futuros aprofundando a questão da maternidade na adolescência e a importância da rede e apoio social nesse contexto.

---

*Referências*²

---

² De acordo com a Associação Brasileira de Normas Técnicas. NBR 6023.

ABRAMOVAY, M.; CASTRO, M. G.; SILVA, L. B. **Juventude e sexualidade**. Brasília: UNESCO, 2004.

ADORNO, R. **Capacitação solidária**: um olhar sobre os jovens e sua vulnerabilidade social. São Paulo: Associação de Apoio ao Programa de Capacitação Solidária, 2001.

ANTONUCCI, T. C. Social support, psychology of. In: SMELSER, N. J.; BALTES, P. B. **International encyclopedia of the social & behavioral sciences**. Central Flórida: Elsevier Science, 2004. p. 14465-14469.

ANTUNES, C.; FONTAINE, A. M. Percepção de apoio social na adolescência: análise fatorial confirmatória da escola *social support appraisals*. **Paidéia**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 32, p. 355-366, 2005.

AQUINO, E. M. L.; ALMEIDA, M. C.; ARAÚJO, M. J.; MENEZES, G. Gravidez na adolescência: a heterogeneidade revelada. In: HEILBORN, M. L.; AQUINO, E. M. L.; BOZON, M.; KNAUTH, D. R. (Org.). **O aprendizado da sexualidade**: reprodução e trajetórias sociais de jovens brasileiros. Rio de Janeiro: Garamond/Fiocruz, 2006. p. 312-361.

AQUINO, E. M. L.; HEILBORN, M. L.; KNAUTH, D.; BOZON, M.; ALMEIDA, M. C.; ARAÚJO, J. et al. Adolescência e reprodução no Brasil: a heterogeneidade dos perfis sociais. **Caderno Saúde Pública**, v. 19, n. 2, p. 377-388, 2003.

AYRES, J. R. C. M.; CALANZAS, G.J.; FRANÇA JUNIOR, I. Vulnerabilidade do adolescente ao HIV/ AIDS. In: VIEIRA, E. M.; FERNANDES, M. E. L.; BAILEY, P.; MECKAY, A. (Org.). **Seminário gravidez na adolescência**. Rio de Janeiro: Associação Saúde da Família, 1998. p. 97-109.

BARCELOS, M. R. B.; VASCONCELLOS, L. C. F.; COHEN, S. C. Políticas públicas para adolescentes em territórios vulneráveis. **Revista Brasileira Promoção Saúde**, v. 23, n. 3, p. 288-294, set. 2010.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2006.

BARRA, D. C. C.; NASCIMENTO, E. R. P.; MARTINS, J. J.; ALBUQUERQUE, G. L.; ERDMANN, A. L. Evolução histórica e impacto da tecnologia na área da saúde e da enfermagem. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 8, n. 3, p. 422-430, 2006. Disponível em: <<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/viewArticle/7081>> Acesso em: 02 jun 2010.

BAUER, M. W. Análise de conteúdo clássica: uma revisão. In: BAUER, M. W.; GASKELL, G. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 2002. p. 189-217.

BITTENCOURT, Z. Z. L. C.; ALVES, F. G.; MAZZALI, M.; SANTOS, N. R. Qualidade de vida em transplantados renais: importância do enxerto funcionante. **Revista Saúde Pública**, v. 5, n. 28, p. 732-734, 2004.

BORGES, A.L.V.; FUJIMORI, E. Condições de vida e saúde da população adolescente no Brasil. In: BORGES, A.L.V.; FUJIMORI, E. (Org.). **Enfermagem e a saúde do adolescente na atenção básica**. Barueri: SP, Manole, 2009. p. 23-41.

BOWLING, A. Measuring social networks and social support. In: BOWLING, A. **Measuring health. A review of quality of life measurement scales**. 2nd ed. Philadelphia: Open University Press, 2003. p. 91-109.

BRAGA, N. A. Redes sociais de suporte e humanização dos cuidados em saúde. In: DESLANDES, S. F. (Org.). **Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 163-18.

BRANDÃO, E. R.; HEILBORN, M. L.; AQUINO, E. M. L.; KNAUTH, D. R.; BOZON, M. Juventude e família: reflexões preliminares sobre a gravidez na adolescência em camadas médias urbanas. **Interseções: Revista de Estudos Interdisciplinares**, v. 3, p. 159-180, 2001.

BRASIL. **Estatuto da criança e do adolescente**. São Paulo: Cortez, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência integral à saúde da mulher: bases da ação programática**. Brasília, DF, 1984.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição. Coordenação Materno-Infantil. **Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno**. Brasília, DF, 1995.

_____. Ministério do desenvolvimento social e combate à fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. Política Nacional de Assistência Social. Brasília, DF, 2004.

_____. Ministério da Saúde. **Marco teórico e referencial da saúde sexual e reprodutiva de adolescentes e jovens**. Brasília, DF, 2006b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação Materno-Infantil. **Normas de atenção integral à saúde do adolescente**. Brasília, DF, 1993. v. 3.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. **Marco legal: saúde, um direito de adolescentes**. Brasília, DF, 2005A. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Marco teórico e referencial: saúde sexual e saúde reprodutiva de adolescentes e jovens**. Brasília, DF, 2007. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção À Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 4. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2007. 68 p. – (Série E. Legislação de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 4)

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Brasília, DF, 2009c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde integral de adolescentes e jovens: orientações para a organização de serviços de saúde**. Brasília, DF, 2005 a. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Projetos Especiais de Saúde. Coordenação Nacional de DST e AIDS. **Documento de referência para trabalho de prevenção das DST, AIDS e drogas: criança, adolescente e adulto jovem**. Brasília, DF, 1997.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação da Saúde da Criança e do Adolescente. **Programa do adolescente: bases programáticas**. 2. ed. Brasília, DF, 1996.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. Brasília, DF, 2006 a. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

_____. Ministério da Saúde. **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança**/ Ministério da Saúde, Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. –

Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 300 p.: il. – (Série G. Estatística e Informação em Saúde).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Informação e Informática do SUS. **Indicadores e dados básicos - Brasil - 2003**: IDB-2003. Brasília, DF, 2003.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Capacitação para controle social nos municípios**: SUAS e Bolsa Família. Brasília, DF: Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação; Secretaria Nacional de Assistência Social, 2010a.

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão; Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **Brasil: o estado de uma nação**. 2005a p. 372.

_____. Ministério do Trabalho e Emprego. **Caged - Perfil Municipal**. Disponível em: <<http://www.mte.gov.br/geral/estatisticas.asp?viewarea=caged>>. Acesso em: 24 out. 2010a.

BREHENY, M.; STEPHENS, C. Irreconcilable differences: health professionals' constructions of adolescence and motherhood. **Social Science & Medicine**, n. 64, p. 112–124, 2007.

BULLOCK, K. Family social support. In: BOMAR, P. J. **Promoting health in families. Applying family research and theory to nursing practice**. Philadelphia: Saunders, 2004. p. 143-161.

CAETANO, A. J.; ALVES, J.E.D.; CORRÊA, S. (Org.). **Dez anos do Cairo**: tendências da fecundidade e direitos reprodutivos no Brasil. Campinas: ABEP/UNFPA, 2004.

CARVACHO, I. E.; MELLO, M.B.; MORAIS, S.S.; SILVA, J.L.P. Fatores associados ao acesso anterior à gestação a serviços de saúde por adolescentes gestantes. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 5, p. :886-9, out. 2008.

CASTEL, R. Da indigência à exclusão, a desfiliação. Precariedade do trabalho e vulnerabilidade relacional. In: LANCETTI, A. (Org.). **Saúde Loucura**. São Paulo: Hucitec, 1994. p. 21-48.

CASTELLS, M. A sociedade em rede. In: CASTELLS, M. **A era da informação**: economia, sociedade e cultura. 7. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2003. v. 1.

CAVASIN, S. (Org.). **Rede Feminista de Saúde. Adolescentes, saúde sexual, saúde reprodutiva**: dossiê. Belo Horizonte: Rede Feminista de Saúde, 2004.

_____. **Gravidez entre adolescentes de 10 a 14 anos e vulnerabilidade social**: estudo exploratório em cinco capitais brasileiras. São Paulo: ECOS, 2004.

CERQUEIRA-SANTOS, E.; PALUTO, S.D.S.; SCHIRÒ, E.D.B.D.; KOLLER, S.H. Gravidez na adolescência: análise contextual de risco e proteção. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 15, n. 1, p. 73-85, mar. 2010.

CÉSAR, C. C.; MIRANDA, R. P.; ABREU, D. M. Efeito idade ou efeito pobreza? Mães adolescentes e mortalidade neonatal em Belo Horizonte. **Revista Brasileira de Estudos de População**, v. 17, n. 1-2, p. 177-196, 2000.

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

COHN, A. O modelo de proteção social no Brasil: qual o espaço da juventude? In: NOVAES, R.; VANNUCHI, P. (Org.). **Juventude e sociedade**: trabalho, cultura e participação. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2004. p. 160-179.

CORRÊA, S.; JANNUZZI, P. M.; ALVES, J. E. D. **Trabalho realizado com o apoio do UNFPA-BRASIL no âmbito do Sub-programa de Saúde Sexual e Reprodutiva, Projeto “Sistema de Indicadores Municipais em Saúde Sexual e Reprodutiva”, coordenado pela ABEP e IBGE**. Rio de Janeiro: [s.n.], 2003.

COSTA, N. R. A proteção social no Brasil: universalismo e focalização nos governos FHC e Lula. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 693-706, jun. 2009.

CRUZ NETO, O. Um país de desigualdades. Boletim ABIA, Boletim Especial sobre Violência Estrutural, Desigualdade Social e Vulnerabilidade ao HIV/AIDS, v. 44, p. 6-7. 2000.

DABAS, E. N. **Red de Redes**: Las prácticas de La intervención en redes sociales. Buenos Aires: Paidós, 1998.

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

DINIZ, D.; MEDEIROS, M. Aborto no Brasil: uma pesquisa domiciliar com técnica de urna. **Ciência & saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v.15, n.1, p.959-66, 2011.

DYTZ, J. L. G.; ROCHA, S. M. M. O modo de vida da mãe e a saúde infantil. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 55, n. 2, p. 151-156, mar./abr. 2002.

ESTUPIÑAN-APONTE, M. R.; RODRÍGUEZ-BARRETO, L. Aspectos psicosociales en universitária embarazadas. **Revista de Salud Pública**, v. 11, n. 6, p. 988-998, 2009.

FIGUEIREDO, B.; PACHECO, A.; COSTA, R.; MAGARINHO, R. Qualidade da vinculação e dos relacionamentos significativos na gravidez. **Psicologia**, Lisboa, v. 20, n. 1, p. 65-96, 2006.

FIGUEIRÓ, A. C. Condições de vida e saúde reprodutiva de adolescentes. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v.2, n.3, p. 291-302, 2002.

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

FONSECA, C.; CARDARELLO, A. Direitos dos mais e menos humanos. **Horizontes Antropológicos**, v. 5, n. 10, p. 83-121, maio 1999.

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 17-29, jan. 2008.

GAMA, S. G. N.; SZWARCOWALD, C.L.; SABROZA, A.R.; BRANCO, V.C.; LEAL, M.d.C. Fatores associados à assistência pré-natal precária em uma amostra de puérperas adolescentes em maternidades do Município do Rio de Janeiro, 1999-2000. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, p. 101-111, 2004. Suplemento 1.

GERSCHMAN, S.; VIANNA, M. L. W. **A miragem da pós-modernidade: democracia e políticas sociais no contexto da globalização**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997.

GODINHO, R. A.; SCHELP, J.R.B.; PARADA, C.M.G de L.; BERTONCELLO, N.M.F. Adolescentes e grávidas: onde buscam apoio? **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 2, p. 25-32, abr. 2000.

GOLDENBERG, M. **A arte de pesquisar**: como fazer pesquisa qualitativa em ciências sociais. 9. ed. Rio de Janeiro: Record, 2005.

GOMES, R. Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa. In: MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes, 2009. p. 79-108.

GONTIJO, D. T.; MEDEIROS, M. “Tava morta e revivi”: significado de maternidade para adolescentes com experiência de vida nas ruas. **Caderno Saúde Pública**, v. 24, n. 2, p. 469-472, 2008.

GONCALVES, H.; KNAUTH, D. R. Aproveitar a vida, juventude e gravidez. **Revista de Antropologia**, São Paulo, v. 49, n. 2, p. 625-43, dez. 2006.

GRAMSCI, Antonio. **Os intelectuais e a organização da cultura**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1978.

GUERRA, I. C. **Pesquisa qualitativa e análise de conteúdo – sentidos e formas de uso**. Cascais: Pincípia, 2006.

GUZZO, R. S. L.; EUZEBIOS FILHO, A. Desigualdade social e sistema educacional brasileiro: a urgência da educação emancipadora. **Escritos sobre educação**, Ibirité, v. 4, n. 2, p. 39-48, dez. 2005.

HARDEN, A.; BRUNTON, G.; FLETCHER, A.; OAKLEY, A. Teenage pregnancy and social disadvantage: systematic review integrating controlled trials and qualitative studies. **British Medical Journal**, v. 339, b4254, 2009.

HEILBORN, M.L.; SALEM, T.; ROHDEN, F.; BRANDÃO, E.; KNAUTH, D.; VÍCTORA, C. et al. Aproximações socioantropológicas sobre a gravidez na adolescência. **Horizontes antropológicos**, Porto Alegre, v. 8, n. 17, p.13-45, jun. 2002.

HEILBORN, M. L. (Coord.). **Gravidez na adolescência**: estudo multicêntrico sobre jovens, sexualidade e reprodução no Brasil. Pesquisa realizada por: Programa em Gênero, Sexualidade e Saúde do IMS/UERJ, Programa de Estudos em Gênero e Saúde do ISC/UFBA e Núcleo de Pesquisa em Antropologia do Corpo e da Saúde da UFRGS, 2002.

HEILBORN, M. L.; AQUINO, E. M. L.; KNAUTH, D. R. Juventude, sexualidade e reprodução. **Caderno Saúde Pública**, v. 22, p. 1362-1363, 2006.

HEILBORN, M. L.; SALEM, T.; KNAUTH, D. R.; AQUINO, E. M. L.; BOZON, M.; ROHDEN, F. et al. Aproximações socioantropológicas sobre a gravidez na adolescência. **Horizontes Antropológicos**, Porto Alegre, v. 8, n. 17, p. 13-45, 2002.

HOGA, L. A. K.; BORGES, A. L. V.; ALVAREZ, R. E. C. Gravidez na adolescência: valores e reações dos membros da família. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 22, n. 6, p. 779-785, 2009.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Censo demográfico 2010**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 9 ago. 2011.

_____. **Produto Interno Bruto dos municípios**. 2009. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatitica/economia/pibmunicipios/2003_2007/tab01.pdf>. Acesso em 5 dez. 2010.

LEAL, A. C.; WALL, M. L. Percepções da gravidez para adolescents e perspectivas de vida diante da realidade vivenciada. **Cogitare Enfermagem**, v. 10, n. 3, p. 22-52, set./dez. 2005.

LIMA, I. O. **As mães adolescentes de comunidades populares**: um estudo de casos. 2006. 100 f. Dissertação (Mestrado em Psicossociologia de Comunidades e Ecologia Social) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.

LOBATO, L. V. C. Dilemas da institucionalização de políticas sociais em vinte anos da Constituição de 1988. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 721-30, jun. 2009.

LOPES, R. E.; SILVA, C. R.; MALFITANO, A. P. S. Adolescência e juventude de grupos populares urbanos no Brasil e as políticas públicas: apontamentos históricos. **Revista HISTEDBR On-line**, Campinas, v. 23, p. 114-130, 2006. Disponível em: <http://www.histedbr.fae.unicamp.br/art08_23.pdf>. Acesso em: 10 maio 2009.

LOPES, R. E. **Cidadania, políticas públicas e terapia ocupacional**: no contexto das ações de saúde mental e da pessoa portadora de deficiência, no Município de São Paulo. 1999. 539 f. Tese (Doutorado) - Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1999.

LUZ, M. T. M.; SILVA, R. C. Vulnerabilidade e adolescências. **Cadernos Juventude, Saúde e Desenvolvimento**, v. 1, p. 93-96, 1999.

MACHADO, M. H. Trabalhadores da saúde e sua trajetória na reforma sanitária. In: LIMA, N. T.; GERSCHMAN, S.; EDLER, F.C.; SUÁREZ, J.M. (Org.). **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p.257-284 v. 1.

MALFITANO, A. P. S.; ADORNO, R. C. F. Infância, juventude e vivências nas ruas: entre o imaginário da instituição e do direito. **Imaginario**, São Paulo, v. 12, n. 12, p. 15-33, jun. 2006.

MANDÚ, E. N. T. Trajetória assistencial no âmbito da saúde reprodutiva e sexual – Brasil, século XX. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 10, n. 3, p. 358-371, maio/jun. 2002.

MATHEUS, T. C. **Ideais na adolescência: falta (d)e perspectivas na virada do século**. São Paulo: Annablume: Fapesp, 2002.

MATSUKURA, T. S.; MARTURANO, E. M.; OISHI, J. O questionário de suporte social (SSQ): estudos da adaptação para o português. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 5, p. 675-681, 2002.

MELO, M. C. P.; COELHO, E. A. C. Integralidade e cuidado a grávidas adolescentes na Atenção Básica. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 5, 2549-558, maio 2011.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enfermagem**. v. 17, n. 4, p. 758-764, out./dez. 2008.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Programa Saúde da Família: contradições e novos desafios. In: CONGRESSO PAULISTA DE SAÚDE PÚBLICA, **Anais do VI Congresso Paulista de Saúde Pública**. v.2 São Paulo: Associação Paulista de Saúde Pública, 2000. p. 145-154.

MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 9. ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

MINAYO-GOMEZ, C.; MEIRELLES, Z. V. Crianças e adolescentes trabalhadores: um compromisso para a saúde coletiva. **Caderno Saúde Pública**, v. 13, p. 135-140, 1997.

MOREIRA, M. C.; SARRIEIRA, 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.

MORIN, E. Epistemologia da complexidade. In: SCHNITMAN, D. F. (Org.). **Novos paradigmas, cultura e subjetividade**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

NOGUEIRA, M. J.; SILVA, B.F.A.; BARCELOS, S.M.; SCHALL, V.T. Análise da distribuição espacial da gravidez adolescente no Município de Belo Horizonte– MG. **Revista Brasileira Epidemiologia**, v. 12, n. 3, p. 297-312, 2009.

OFFE, C. **Problemas estruturais do Estado capitalista**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1984.

OGIDO, R. **Adolescência, maternidade e mercado de trabalho: uma relação em construção**. São Paulo. 2011. 247f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.

OLIVEIRA, R. C. Adolescência, gravidez e maternidade: a percepção de si e a relação com o trabalho. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 17, n. 4, p. 93-102, 2008.

OLIVEIRA, S. A. “**Redes**”: mapeando seus usos no campo das ciências sociais. Mimeo, 2000.

PANTOJA, A. L. N. "Ser alguém na vida": uma análise sócio-antropológica da gravidez/maternidade na adolescência, em Belém do Pará, Brasil. **Caderno Saúde Pública**, v.19, n.2, p.335-43, 2003.

PEDRO, I. C. S.; ROCHA, S. M. M.; NASCIMENTO, L. C. Apoio e rede social em enfermagem familiar: revendo conceitos. **Revista Latino-Americana Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 2, p. 324-327, mar./abr. 2008.

PERES, S. O.; HEILBORN, M. L. Cogitação e prática do aborto entre jovens em contexto de interdição legal: o avesso da gravidez na adolescência. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 7, p. 1411-20, jul. 2006.

PERES, F.; ROSENBERG, C. P. Desvelando a concepção de adolescência/adolescente presente no discurso da Saúde Pública. **Saúde & Sociedade**, São Paulo, v. 7, n. 1, p.53-86, jul. 1998.

PERES, C. A.; RUTHERFORD, G.; BORGES, G.; GALANO, E.; HUDES, E.S.; HEARST, N. Family structure and adolescent sexual behavior in a poor area of São Paulo, Brazil. **Journal of Adolescent Health**, v. 42, p. 177-183, 2008.

PONCE, A. **Educação e luta de classes**. (21ª Ed), São Paulo: Cortez, 2005.

QUESADA, C. V. Redes sociales: un concepto con importantes implicaciones en la intervención comunitaria. **Intervención Psicosocial**, v. 4, n. 2, p. 69-85, 1993.

QUINTANA, E. **A gravidez na adolescência e sua relação com a escola pública: visibilidade ou exclusão?** 2004. 154 f. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2004.

REIS, L. M. **Gravidez e maternidade na adolescência – um estudo no município de Uberaba, estado de Minas Gerais, Brasil**. Dissertação (Mestrado em Comunicação em Saúde) – Universidade Aberta, Lisboa, 2007.

RIBEIRÃO PRETO. Secretaria Municipal da Saúde. **Dados referentes a nascidos vivos no município de Ribeirão Preto**. 2010. Disponível em: <<http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssauade/vigilancia/vigep/tabnet/i16nascidos.php>> Acesso em: 3 fev. 2010.

_____. Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto. **Histórico de Ribeirão Preto, uma região em pleno desenvolvimento**. 2010. Disponível em: <<http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/crp/i71regiao.htm>> Acesso em: 5 ago. 2010.

_____. Secretaria Municipal da Saúde. **Relatório de Gestão Ano 2009**. Ribeirão Preto, 2009a.

_____. Secretaria Municipal de Assistência Social. Programas. 2010. Disponível em: <<http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/scidadania/programas/i27programas-ind-bas.php>> Acesso em: 15 ago. 2010.

RIOS, L. F.; PIMENTA, C.; BRITO, I.; JUNIOR TERTO, V.; PARKER, R. Rumo à adultez: oportunidades e barreiras para a saúde sexual dos jovens brasileiros. **Caderno CEDES**, Campinas, v. 22, n. 57, p. 45-61, 2002.

ROBERTS, K. **Youth in Transition: In Eastern Europe and West**. Palgrave Macmillan: United Kingdom, 2009.

SABROZA, A. R.; LEAL, M. C.; SOUZA, Jr., P. R.; GAMA, S. G. N. Algumas repercussões emocionais negativas da gravidez precoce em adolescentes do Município do Rio de Janeiro (1999-2001). **Caderno Saúde Pública**, v. 20, n. 1, p. 130-137, 2004. Suplemento 1.

SÃO PAULO (Município). Secretaria da Saúde. **Manual de atenção à saúde do adolescente**. Secretaria da Saúde. Coordenação de Desenvolvimento de Programas e Políticas de Saúde- CODEPPS. São Paulo, 2006.

SARASON, B. R. Familia, apoyo social y salud. In: BUENDÍA J. (Org.). **Familia y psicología de la salud**. Madrid: Pirámide, 1999. p. 19-42.

SCAVONE, L. **Dar a vida e cuidar da vida – feminismo e ciências sociais**. São Paulo: Editora UNESP, 2004. p. 205.

SCHWARTZ, T.; VIEIRA, R.; GEIB, L. T. C. Apoio social a gestantes adolescentes: desvelando percepções. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 5, p. 2575-85, maio 2011.

SILVA, C. R.; LOPES, R. E. Adolescência e juventude: entre conceitos e políticas públicas. **Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar**, São Carlos, v. 17, n. 2, p. 87-106, jul./dez. 2009.

SILVA, D. M. G. V.; SOUZA, S. S.; FRANCIONI, F. F.; MEIRELLES, B. H. S. Qualidade de vida na perspectiva de pessoas com problemas respiratórios crônicos: a contribuição de um grupo de convivência. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 13, n. 1, p. 7-14, jan./fev. 2005.

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

SIMÕES, S. C. C. **Apoios e outros afectos na construção da maternidade na adolescência – um estudo exploratório no concelho de Coimbra**. 2004. 208 f. Dissertação (Mestrado em Família e Sistemas Sociais). Instituto Superior Miguel Torga, Coimbra, 2004.

SLUZKI, C. E. **A rede social na prática sistêmica**. Tradução Claudia Berliner. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.

SOARES, M. L. P. V. **Vencendo a desnutrição: abordagem social**. São Paulo: Salus Paulista, 2002.

SOARES, C.B. Mais do que uma etapa do ciclo vital: a adolescência como um constructo social. In: BORGES, A.L.V.; FUJIMORI, E. (Org.). **Enfermagem e a saúde do adolescente na atenção básica**. Barueri: SP, Manole, 2009. p. 3-22.

SOUZA, E. C. F.; VILAR, R.L.A.; ROCHA, N.de.S.P.D.; UCHOA, A.C.; ROCHA, P.M. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais saúde. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 100-110, 2008.

SOUZA, V. L. C.; CORREA, M. S. M.; SOUZA, S. L.; BESERRA, M. A. O aborto entre adolescents. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 9, n. 2, p. 42-47, mar./abr. 2001.

SPOSITO, Marília Pontes (org.). **Juventude e escolarização**. (1980-1998). Brasília: INEP/MEC, 2002, 317p.

SPOSITO, M. P.; CARRANO, M. C. R. Juventude e políticas públicas no Brasil. **Revista Brasileira de Educação**, n. 24, p. 16-39, 2003.

SPOSITO, M. P.; SILVA, H. H. C.; SOUZA, N. A. **Um balanço preliminar de iniciativas públicas voltadas para jovens em municípios de regiões metropolitanas**. Relatório de pesquisa. São Paulo, 2005.

STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília, DF: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura; Ministério da Saúde, 2004.

SCHWARTZMAN, S.; SCHWARTZMAN, F.F. **O Trabalho Infantil no Brasil**. Texto preparado por solicitação. Instituto de Estudos do Trabalho e Sociedade, 2004.

do Escritório da Organização Internacional do Trabalho no Brasil. Disponível em

<http://www.schwartzman.org.br/simon/pdf/trab_inf2004.pdf> Acesso em 26/12/2006.

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

TAVARES, G. C. O financiamento e os fundos de Assistência Social no SUAS. **Cadernos de Estudos Desenvolvimento Social em Debate**, n. 2, p. 22-26, 2005.

TRINDADE, Z. A.; MENANDRO, M. C. S. Pais adolescentes: vivência e significação. **Estudos de Psicologia**, v. 7, n. 1, p. 15-23, 2002.

TRIVIÑOS, A. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**. São Paulo: Atlas, 1995.

UDE, W. Enfrentamento da violência sexual infanto-juvenil e construção de redes sociais: produção de indicadores e possibilidades de intervenção. In: CUNHA, E. P.; CUNHA, E.P.; SILVA, E.M.; GIOVANETTI, M.A.C. (Org.). **Enfrentamento à violência sexual infanto-juvenil**: expansão do PAIR em Minas Gerais. Belo Horizonte: UFMG, 2008. p. 30-60.

UDE, W.; FELIZARDO JUNIOR, L. C. Enfrentamento à violência, configurações e redes sociais: possibilidades teórico-metodológicas para a realização de intervenções. In: UDE, L.W.; SANTOS, G. L.; JUNIOR FELIZARDO, L.C. (Org.). **Escola, violência e redes sociais**. Belo Horizonte: FAE/UFMG, 2009. p. 164.

VALLA, V. V. Educação popular, saúde comunitária e apoio social numa conjuntura de globalização. **Caderno Saúde Pública**, v. 15, n. 2, p. 7-14, 1999.

VENTURA, M. (Org.). **Direitos sexuais e direitos reprodutivos na perspectiva dos direitos humanos**: síntese para gestores, legisladores e operadores do direito. Rio de Janeiro: Advocaci, 2003.

_____. **Direitos reprodutivos no Brasil**. Brasília, DF: UNFPA, 2004.

VENTURA, M.; CORRÊA, S. Adolescência, sexualidade e reprodução. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 7, p. 1505-1509, jul. 2006.

VILAR, D.; GASPAR, A. M. Traços redondos. In: PAIS, M. (Org.). **Traços e riscos de vida**. Lisboa: Ambar, 1999. p. 31-91.

VILLELA, W. V.; DORETO, D. T. Sobre a experiência sexual dos jovens. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 11, p. 2467-2472, nov. 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. **Adolescent Friendly Health Services - an agenda for change**. Geneva, 2002.

_____. **Adolescent pregnancy**: issues in adolescent health and development. WHO Discussion Papers on Adolescence. Geneva, 2004.

_____. **Primary Health Care**. Geneva, 1979.

YAZAKI, L.M. Análise da Fecundidade no Estado de São Paulo. **São Paulo em Perspectiva**, v. 22, n. 1, p. 48-65, jan./jun. 2008.

ZAGURY, T. **O adolescente por ele mesmo**. Rio de Janeiro: Record, 1996.

APÊNDICE A**ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA**

Nº da entrevista:_____ Data:_____ Início/h:_____ Término/h:_____

Identificação

Idade:

Bairro que mora:

Com quem mora?

Estado marital

Com que idade engravidou?

Você trabalha? Se sim, o que faz?

Estuda? Se sim, qual o ano escolar.

Nº de filhos

Roteiro Temático

1 – Conte-me como foi a experiência de ficar grávida.

2- Quando você engravidou e durante sua gravidez, quais serviços e/ou pessoas foram importantes para você?

(Questionar sobre acesso e acessibilidade aos serviços de saúde, educação, assistência social, apoio da escola, amigos, família, companheiro, se teve suas necessidades de saúde/sociais atendidas, se sua vida de lazer e de cultura mudou)

3 – O que você quis saber quando ficou grávida?

4 – Você procurou o posto de saúde durante a gravidez? E após o nascimento? (Questionar sobre a acessibilidade ao pré-natal, parto, puerpério, como se sentiu nesse momento, que apoio teve, facilidades, dificuldades, como percebeu a relação com os profissionais, teve algum profissional que se destacou nesta relação? Por quê?)

5 – O que a ajuda hoje com seu filho? Que tipo de ajuda é dada?

(Apreender questões relativas à rede social e ao apoio social (informativo, emocional, instrumental e reforço) fornecido pela escola, esporte e lazer, creches, serviços de assistência social, entre outros, além dos apoios fornecidos pelos amigos, companheiro e família).

APÊNDICE B**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA
MAIORES DE 18 ANOS**

Título: Rede social e apoio social à adolescente frente à maternidade: vulnerabilidade e direitos.

Pesquisador responsável: Iara Falleiros Braga

Orientador: Profa. Dra. Marta Angélica Iossi Silva

Convidamos você para participar da pesquisa que estaremos realizando denominada “Rede social de suporte à mãe adolescente no município de Ribeirão Preto”. Esta pesquisa tem por objetivo conhecer e entender quais são, na opinião das adolescentes, as pessoas, os serviços e as instituições que ajudam ou não no enfrentamento da gravidez na adolescência.

Salientamos que a pesquisa se dará por meio de entrevistas individuais e pela elaboração de um desenho gráfico, para isso você contará com ajuda do pesquisador, onde você poderá demonstrar quais serviços e/ou pessoas lhe deram apoio durante sua gravidez. O tempo necessário para a entrevista e elaboração do desenho será de aproximadamente 40 (quarenta) minutos e será realizado em local e horário de sua escolha. As entrevistas serão gravadas e transcritas, não trazendo nenhum risco físico, moral ou ônus financeiro para você, sendo que será mantida em segredo a sua identificação, ou seja, durante a gravação, transcrição das entrevistas e elaboração do desenho, você não será identificada por nome, apelido ou qualquer outro meio. Assim sendo, as informações serão usadas apenas para este estudo. Sua participação é voluntária e deverá ser devidamente autorizada. Participando deste estudo, você poderá esclarecer, se necessário, onde buscar ajuda para você ou seu filho.

Lembramos que, a qualquer momento, você poderá desistir de participar da pesquisa e que este termo possui duas vias que deverão ser assinadas, sendo que uma ficará com o pesquisador e outra será entregue para você para o seu conhecimento.

Grata,

Iara Falleiros Braga
Mestranda - Nº USP 7055303
EERP/USP – Av. Bandeirantes, 3900 - Campus USP
Telefone: 3602-3413 ou 3602-3391(EERP)

Profa. Dra. Marta Angélica Iossi Silva
Orientadora - COREn 41.565/SP - Nº USP 1571591
EERP/USP – Av. Bandeirantes, 3900 - Campus USP
Telefone: 3602-3413 ou 3602-3391(EERP)

Nome do adolescente:

Assinatura:

Data:

APÊNDICE C
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA
MENORES DE 18 ANOS

Título: Rede social e apoio social à adolescente frente à maternidade: vulnerabilidade e direitos.

Pesquisador responsável: Iara Falleiros Braga

Orientador: Profa. Dra. Marta Angélica Iossi Silva

Convidamos você para participar da pesquisa que estaremos realizando denominada “Rede social de suporte à mãe adolescente no município de Ribeirão Preto”. Esta pesquisa tem por objetivo conhecer e entender quais são, na opinião das adolescentes, as pessoas, os serviços e as instituições que ajudam ou não no enfrentamento da gravidez na adolescência.

Salientamos que a pesquisa se dará por meio de entrevistas individuais e pela elaboração de um desenho gráfico, para isso você contará com ajuda do pesquisador, onde você poderá demonstrar quais serviços e/ou pessoas lhe deram apoio durante sua gravidez. O tempo necessário para a entrevista e elaboração do desenho será de aproximadamente 40 (quarenta) minutos e será realizado em local e horário de sua escolha. As entrevistas serão gravadas e transcritas, não trazendo nenhum risco físico, moral ou ônus financeiro para você, sendo que será mantida em segredo a sua identificação, ou seja, durante a gravação, transcrição das entrevistas e elaboração do desenho, você não será identificada por nome, apelido ou qualquer outro meio. Assim sendo, as informações serão usadas apenas para este estudo. Sua participação é voluntária e deverá ser devidamente autorizada. Participando deste estudo, você poderá esclarecer, se necessário, onde buscar ajuda para você ou seu filho.

Lembramos que, a qualquer momento, você poderá desistir de participar da pesquisa e que este termo possui duas vias que deverão ser assinadas, sendo que uma ficará com o pesquisador e outra será entregue para você para o seu conhecimento.

Grata,

Iara Falleiros Braga
Mestranda - Nº USP 7055303
EERP/USP – Av. Bandeirantes, 3900 - *Campus* USP
Telefone: 3602-3413 ou 3602-3391(EERP)

Profa. Dra. Marta Angélica Iossi Silva
Orientadora - COREn 41.565/SP - Nº USP 1571591
EERP/USP – Av. Bandeirantes, 3900 - *Campus* USP
Telefone: 3602-3413 ou 3602-3391(EERP)

Nome do adolescente:

Assinatura:

Assinatura do pai ou responsável:

Data:

ANEXO A APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA

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 – 0234/2010

Ribeirão Preto, 20 de outubro de 2010.

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em sua 132ª Reunião Ordinária, realizada em 20 de outubro de 2010.

Protocolo: nº 1189/2010

Projeto: REDE SOCIAL DE SUPORTE À MÃE ADOLESCENTE NO MUNICÍPIO DE RIBEIRÃO PRETO.

Pesquisadores: Marta Angélica Iossi Silva
Iara Falleiros Braga

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,

Profª. Drª. Lucila Castanheira Nascimento
Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.

Profª. Drª. Marta Angélica Iossi Silva

Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP