



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE EDUCAÇÃO

TESE DE DOUTORADO

**Representação da gravidez e aborto na adolescência: Estudo de casos
em São Luís do Maranhão**

Lilian Mery Olivera de Paucar

Orientador: Prof. Dr. Carlos Alberto Vidal França

2003

i

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE EDUCAÇÃO**

TESE DE DOUTORADO

**Representação da gravidez e aborto na adolescência:
estudo de casos em São Luís do Maranhão**

Lilian Mery Olivera de Paucar

Orientador: **Prof. Dr. Carlos Alberto Vidal França**

Este exemplar corresponde à redação final da
tese defendida por Lilian Mery Olivera de
Paucar e aprovada pela Comissão Julgadora.
Data: 25/08/2003

Assinatura: _____(orientador)_____

Comissão Julgadora:

2003

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE EDUCAÇÃO**

TESE DE DOUTORADO

**Representação da gravidez e aborto na adolescência:
estudo de casos em São Luís do Maranhão**

Lilian Mery Olivera de Paucar

Orientador: **Prof. Dr. Carlos Alberto Vidal França**

Este exemplar corresponde à redação final da tese defendida por Lilian Mery Olivera de Paucar e aprovada pela Comissão Julgadora. Data: 25/08/2003

Comissão Julgadora:

Prof. Dr. Carlos Alberto Vidal França
(Orientador, FEE, UNICAMP)

Profa. Dra. Ana Claudia Montari
(Universidade Estadual Paulista “Julio de Mesquita Filho”)

Profa. Dra. Áurea Maria de Oliveira
(Universidade Estadual Paulista “Julio de Mesquita Filho”)

Profa. Dra. Lucila Diehl Tolaine Fini
(FEE, UNICAMP)

Prof. Dr. Valério José Arantes
(FEE, UNICAMP)

© by Lilian Mery Olivera de Paucar, 2003.

**Catálogo na Publicação elaborada pela biblioteca
da Faculdade de Educação/ UNI CAMP**

Bibliotecário: Gildeir Carolino Santos - CRB-8ª/5447

OL4r Olivera de Paucar, Lilian Mery.
Representação da gravidez e aborto na adolescência: estudo de casos em
São Luís do Maranhão / Lilian Mery Olivera de Paucar. -- Campinas, SP:
[s.n.], 2003.

Orientador : Carlos Alberto Vidal França.

Tese (doutorado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de
Educação.

2. Gravidez na adolescência. 2. Adolescência. 3. Mulheres. 4. Educação

Dedicatória

*Ao meu esposo Leonardo, quem esteve sempre ao meu lado
acreditando e incentivando-me.*

Agradecimentos

A construção desta tese de Doutorado foi um caminho de encontros felizes e de grandes desafios. Agradecer torna-se então uma responsabilidade de gratidão aos que fizeram parte direta ou indiretamente deste trabalho:

Prof. Dr. Carlos Alberto Vidal França, mais que um orientador, um amigo com que pude contar em momentos que ultrapassaram a relação acadêmica, brindando-me com seus conhecimentos e sua grande experiência.

Profa. Dra. Ana Claudia Montari e Profa. Dra. Áurea Maria de Oliveira, por contribuir desde a etapa do exame de qualificação, somando para o enriquecimento deste trabalho.

Profa. Dra. Lucila Diehl Tolaine e Prof. Dr. Valério José Arantes, por terem aceito o convite de participar da Banca Examinadora, fornecendo-me ricas contribuições.

Meus pais, Jorge e Mery, que mesmo à distância, zelam por mim com amor e dedicação.

Meus filhos, Hans e Stephanie, tiveram que aprender a me “dividir” com a tarefa da produção desta tese, muitas vezes privados de minha companhia, porém não do meu amor.

Walter meu cunhado, pela preocupação e incentivo constante.

As mulheres adolescentes, personagens reais de uma história de vida, pela coragem de compartilhar comigo lembranças de situações difíceis, e que deram “alma” a este trabalho.

Aos Senhores Diretores de Escolas Públicas por permitirem e de certo modo facilitar nossa pesquisa.

César Castro pelo apoio, que contribuiu na elaboração da pesquisa.

Meus irmãos, Wilder, William, com os quais sempre pude contar ao longo da minha

vida, e Jorge pelo apoio e força durante o tempo que ficou comigo.

Wanda, Nadir, Gil, pela receptividade, aos alunos da Pós-Graduação que, como eu, sempre precisamos de sua ajuda.

Orlando, por tirar as minhas dúvidas com o português.

CAPES, pelo apoio financeiro, o qual viabilizou o desenvolvimento desta tese.

Finalmente, a Deus, fonte maior de inspiração e sustento ao longo de minha vida e em mais uma etapa.

Resumo

O presente estudo trata sobre gravidez na adolescência, sendo o seu objetivo principal apresentar propostas a fim de contribuir para a educação sexual e a conscientização da adolescente para evitar a gravidez e o aborto. Na adolescência a gravidez constitui-se uma problemática que está relacionada com o risco de aborto provocado, o que é analisado através de estudo de casos em São Luís do Maranhão. Adotou-se a metodologia de análise de conteúdo de entrevistas em profundidade com amostra de dez adolescentes grávidas selecionadas de escolas públicas e privadas. Algumas conclusões do estudo são: não há nas escolas programas específicos de orientação sexual; a maioria das adolescentes pesquisadas engravidou por desconsiderar a necessidade de prevenção, mesmo conhecendo métodos contraceptivos; e a família da adolescente grávida geralmente não dá orientação sexual devido a tabus (choque de gerações), ou mesmo à falta de um convívio familiar mais estreito, em virtude de problemas econômicos e/ou de desestruturação familiar.

Abstract

The present study deals with the pregnancy in the adolescence, being its main objective to present proposals in order to contribute for the sexual education of teenage women so that they acquire conscious to avoid the pregnancy and abortion. The adolescence pregnancy is related to the risk of induced abortion; this problematic is analyzed through of study of cases in São Luís do Maranhão. It was adopted the methodology of content analysis of in-depth interviews of a sample of ten pregnant adolescents selected of public and private schools. Some conclusions of the study are: in the schools of São Luís it does not have specific programs of sexual orientation; the adolescents of the research became pregnant because they do not consider the prevention, even though they did know contraceptive methods; and, the family of the pregnant does not give sexual orientation due to the existence of taboos (shock of generations), or absence of a narrower familiar living, in virtue of financial problems and/or familiar disorganization.

Sumário

	Página
Resumo	<i>iv</i>
Abstract.....	<i>v</i>
Introdução.....	1
Capítulo 1 - Gravidez na adolescência	
1.1 Generalidades	5
1.2 Gravidez	17
1.2.1 Prevenção da gravidez.....	23
1.2.2 Métodos contraceptivos.....	28
1.3 O aborto: abordagens teóricas	32
1.3.1 Mortalidade materna e aborto.....	35
1.1.2 Porque a mulher decide abortar?	44
Capítulo 2 - Metodologia	
2.1 Descrição do método	53
2.2 Procedimento metodológico	58
2.2.1 A cidade de São Luís: algumas características.....	60
2.2.2 As escolas pesquisadas.....	61
2.2.3 O instrumento de coleta de dados.....	66
2.2.4 Caracterização dos sujeitos.....	68
Capítulo 3 – Análise de Conteúdo	
3.1 Descrição dos sujeitos entrevistados	71
3.2 Definição dos temas e categorias	73
3.3 Tema 1: A adolescente antes da gravidez.....	75
3.3.1 Categoria 1: O entorno da adolescente e o seu dia a dia.....	76
3.4 Tema 2: Educação sexual da adolescente antes da gravidez	80

3.4.1 Categoria 2: Educação sexual	83
3.4.2 Categoria 3: Métodos contraceptivos	91
3.5 Tema 3: A adolescente grávida	102
3.5.1 Categoria 4: Reação inicial da adolescente grávida	103
3.5.2 Categoria 5: O dilema da adolescente.	106
3.6 Tema 4: A reação da família e na escola.....	110
3.6.1 Categoria 6: A reação da família	110
3.6.2 Categoria 7: A reação na escola	114
3.7 Tema 5: A adolescente mãe.....	117
3.7.1 Categoria 8: O atendimento pré-natal	120
3.7.2 Categoria 9: O pai da criança	124
3.7.3 Categoria 10: Mudança de comportamento.....	128
3.7.4 Categoria 11: O futuro da adolescente mãe.....	130
3.8 Tema 6: A adolescente que decide abortar	133
 Conclusões.....	 137
 Referências bibliográficas	 153
 Anexos	 159
Anexo A. Taxa de mortalidade materna.....	161
Anexo B. Modelo de questionário aplicado	163
Anexo C. Roteiro das perguntas nas entrevistas	167
Anexo D. A Orientação Sexual veio para ficar *	169
Anexo E. Modelo de ofício encaminhado às escolas	171

Introdução

O presente estudo se enquadra dentro da problemática da gravidez e aborto na adolescência. Apesar da gravidez ser um fato natural, sob o ponto de vista da categoria gênero, constitui uma problemática maior para a adolescente. A gravidez na adolescência está quase sempre ligada ao risco de aborto provocado, nesse sentido, o estudo de casos em São Luís do Maranhão, considerado neste trabalho, permite uma análise da questão gravidez - aborto. O objetivo deste trabalho é buscar subsídios para a construção de propostas que auxiliem como paradigmas de prevenção para diminuir o número de gravidez não desejada e aborto entre adolescentes. Nesse processo pretende-se, ainda, analisar como os conceitos de educação sexual e reprodução humana têm sido compreendidos nessa faixa etária.

O meu interesse pelos problemas da saúde reprodutiva da mulher, relacionados com gravidez não desejada e o aborto, remonta-se à época em que estava realizando o curso de graduação em Sociologia na Universidad Nacional del Centro del Perú. A partir da convivência com algumas colegas da faculdade que estavam passando por uma situação de gravidez não desejada, foi que comecei a vivenciar de perto essa problemática. Essas situações tão marcantes, em que as moças tinham que tomar uma decisão em relação a continuar com a gravidez ou abortar, levavam-me a constatar os riscos e as dificuldades de tomar uma ou outra decisão. A falta de comunicação das garotas com os pais e familiares era comum, fato que não era nada benéfico para elas. Tive longas discussões com essas amigas da faculdade que vivenciaram o problema. Houve ocasiões em que algumas quase morreram por causa de um aborto realizado sem os cuidados adequados e em péssimas condições, por falta de assistência de profissionais de saúde. As situações de risco de saúde e de vida dessas colegas praticamente

foram geradas pela ilegalidade do aborto, uma realidade dos países da América Latina, excetuando-se Cuba. Houve casos de garotas que optaram por ter o filho e assumiram a responsabilidade de serem mães; outras abandonaram a faculdade.

Historicamente, a gravidez na adolescência não é um fenômeno recente. Assim, por exemplo, a média de idade das romanas no casamento atingia o limite de 14 anos. No início deste século, a gravidez na adolescência era considerada um acontecimento habitual para os padrões culturais e para os costumes vigentes. Em 1922, por exemplo, definiu-se a idade de 16 anos como o momento ideal para o nascimento do primeiro filho. Na atualidade, essa média é motivo de preocupação dos mais diversos setores da sociedade.

Deve-se ressaltar que, embora a gravidez na adolescência não seja um problema novo, atualmente tem chamado a atenção e preocupado os especialistas de diferentes áreas. A gravidez na adolescência é considerada um grave problema de saúde pública não somente em países pobres. Por exemplo, os Estados Unidos têm uma das mais altas taxas de fecundidade nessa faixa etária, se comparado a outros países desenvolvidos.

No Brasil, dados do IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) demonstram que a porcentagem de adolescentes grávidas triplicou de 1980 para 1994.

As complicações da gravidez, do parto e do puerpério estão entre as 10 principais causas de morte da adolescente brasileira, sendo a sexta causa nas adolescentes de 15 a 19 anos. Por sua vez, o aborto significa a quarta causa de morte materna no Brasil. A maternidade adolescente e, portanto, a gravidez de adolescentes, apresenta um número cada vez mais elevado de casos tanto nas regiões com altos índices de urbanização e industrialização, quanto nas regiões sócio-econômicas pouco desenvolvidas. Porém, os índices de crescimento são diferenciados para as duas áreas.

É amplamente reconhecida, em diversos países latino-americanos, a evidência de uma

mudança considerável na conduta sexual dos adolescentes. A ocorrência de relações sexuais antes do casamento se inicia cada vez mais cedo, em média a partir dos 13 anos. As relações de gênero mostram que, senão toda, mas uma grande parte da responsabilidade pela anticoncepção, é deixada para as adolescentes. No grupo das adolescentes sexualmente ativas, muitas não praticam a anticoncepção de maneira adequada, gerando riscos de uma gravidez não desejada. Existe também uma falta de conhecimento da fisiologia da reprodução e das conseqüências das relações sexuais por parte dos adolescentes. Ao lado disso, nem sempre os pais estão preparados para debater esses temas com os filhos.

Neste estudo o enfoque principal será a educação sexual, pretendida como modelo (método) para a sociedade ludovicense, a fim de contribuir para a conscientização da adolescente, podendo, desta maneira, haver a redução do número de gravidez indesejada.

A pesquisa desenvolvida nesta tese visa contribuir para a reflexão da realidade de vida da adolescente no decorrer de gravidez indesejada, visto não haver, ainda, trabalhos que apresentem resultados concretos nessa área em São Luís-MA.

Esta pesquisa pretende discutir sobre a orientação sexual aos adolescentes, que deve ser feita pela família e pela escola, para a diminuição da gravidez na adolescência, a partir da análise de conteúdo de entrevistas em profundidade, realizadas com adolescentes que enfrentaram a gravidez e a tentativa de aborto. Contribuir, também, com a discussão de propostas relativas às funções que deve cumprir a rede de saúde pública maranhense no que tange à prevenção da gravidez e do aborto de adolescentes, visando à manutenção da saúde das mesmas. Além disso, procura-se identificar as principais causas de gravidez e do aborto na adolescência em São Luís-MA, e procurar alternativas para diminuir a gravidez em adolescentes.

A estrutura do trabalho contempla, além da introdução na parte inicial e das conclusões

na parte final, três capítulos assim organizados: No primeiro capítulo se fez uma revisão bibliográfica sobre gravidez e o aborto na adolescência, assim como prevenção da gravidez, mortalidade materna e aborto, incluindo a formulação do problema, e alcances, bem como uma discussão ampla da temática em questão.

No segundo capítulo trata-se dos aspectos metodológicos adotados para o estudo, com ênfase na análise de conteúdo a qual tem sido a metodologia preferida para este trabalho toda vez que é adequada para os propósitos de obter conclusões que apontem para uma contribuição no que é a solução da gravidez na adolescência em São Luís do Maranhão.

Já no terceiro capítulo é feita a análise das histórias de vida de jovens grávidas de escolas públicas e privadas, de forma a ter uma melhor representação da adolescente.

Capítulo 1

Gravidez na adolescência

1.1 Generalidades

A gravidez e o aborto na adolescência constituem-se como um problema cuja tendência é crescer devido à falta de êxito nas orientações sexuais que possibilitem uma consciência nos adolescentes para o uso dos métodos contraceptivos, independentemente do estágio em que esteja a relação. É por isso que há o interesse das organizações públicas, privadas e não governamentais relacionadas com a saúde da mulher, em realizar os estudos referentes à gravidez e ao aborto. O aborto é uma das maiores causas de mortalidade materna e sua prática continua sendo um tema polêmico sob as mais diversas visões: legal, social, moral, religiosa, etc. Na América Latina, Cuba é o único país que legalizou o aborto.

Dada a importância de preservar a saúde integral da mulher, não se pode deixar de lado os riscos provocados pela prática clandestina do aborto induzido. Apesar de qualquer conjectura sobre o aborto, ocorrendo complicações pós-aborto, a vida e a saúde dessas mulheres que interromperam uma gravidez não desejada estão em risco.

Com base nos estudos e pesquisas sobre gravidez e aborto na adolescência, pretendemos analisar a problemática psicológica, social, econômica, cultural, moral, de alguém que não está preparada para levar adiante a gravidez ou praticar um aborto, sabendo que, em ambos os casos, haverá conseqüências que repercutirão na saúde reprodutiva da adolescente, podendo até causar uma morbidez ou morte materna.

Outro fator a ser investigado é a existência de discriminações das adolescentes grávidas

nas escolas pública e privada, que poderá ser constatada mediante uma análise qualitativa, baseada em histórias de vida, fato que poderá revelar aspectos psicológicos e sociais das adolescentes. Pode-se ainda identificar de que maneira a educação ou orientação sexual vem sendo vivenciada pelas adolescentes nas escolas e em seus lares, qual a reação das adolescentes ao descobrir que estão grávidas e qual a atitude dos pais ou tutores diante desse fato.

A justificativa em que se sustenta o presente trabalho está no fato de que a gravidez na adolescência é um problema que recebeu muita atenção durante as últimas décadas, especificamente desde os tempos do “baby boom”. No entanto, apesar dos esforços e experiência dos países desenvolvidos (Estados Unidos e Canadá) e mais discretamente dos países subdesenvolvidos (UNITED NATIONS, 1988: 5, 1989: 10) para lidar com esse problema, a gravidez e o aborto na adolescência são problemas crescentes. Esse aumento, talvez, responda às mudanças no comportamento sexual dos adolescentes na atualidade, que vulgariza e torna impessoais as relações, tendo como único objetivo o prazer imediato.

As estatísticas sobre aborto, quando comparadas com a gravidez na adolescência, são bem menores. Porém já existem alguns estudos e pesquisas que apontam para uma elevada demanda por parte de adolescentes de serviços de clínicas clandestinas de aborto e da realização de abortos autoprovocados. (<http://www.ibge.gov.br>, SILVA, 1988: 7, OLIVERA 1997: 31)

Se há uma idade adequada para que a mulher deseje engravidar, não se pode afirmar com precisão, pois não existe uma resposta exata; mas, geralmente, a maioria das mulheres não gosta de engravidar quando ainda estão na adolescência. Inclusive, as adolescentes sequer consideram a possibilidade de engravidar durante tal período.

As causas que geralmente levam às jovens a engravidarem podem ser diversas, tais

como a falta de conhecimento ou o descuido no uso adequado dos métodos anticoncepcionais, a falta de maturidade para compreender a enorme responsabilidade que representa a criação de um novo ser, entre outras.

Sob os pontos de vista biológico e psicológico, pode-se afirmar que as adolescentes ainda não estão preparadas para enfrentar nem a gravidez nem o parto, inclusive nos casos em que elas realmente desejam engravidar. Além dessas dificuldades, as adolescentes grávidas enfrentam vários preconceitos e dificuldades de tipo econômico, social, cultural, etc. Na adolescência, as jovens passam por transformações e mudanças de personalidade, biológicas e morfológicas que ocasionam transtornos psicológicos devido ao despreparo durante a transição para a maturidade. Se a isso se somam as transformações próprias da gravidez – crescimento da barriga, alterações na personalidade e no comportamento etc –, as gestantes sofrem mais intensamente essas mudanças.

No caso de uma gravidez indesejada, surge em algum momento a possibilidade do aborto, que, não sendo natural, há a opção por realizá-lo clandestinamente, porque a sua prática no país não está legalizada, exceto em casos específicos de gravidez como resultado de estupro ou com risco de vida para a mãe. A adolescente é mais vulnerável ao aborto porque biológica e psicologicamente está menos preparada que uma mulher madura. Pode-se citar, como um exemplo dessa vulnerabilidade, o fato de a gravidez na adolescência ser um dos maiores fatores de risco para o abandono escolar (<http://www.amapa.gov.br/noticias-gov/2002/set/not-03-09-005.htm>; <http://www.intelecto.net/cidadania/gravidez.htm>; McGOLDRICH, 1985: 16; ALIAGA, 1985: 12; FERNANDEZ, 1998: 6; SOUZA, 1999: 10)

O aborto clandestino geralmente traz conseqüências negativas para a saúde da mulher, devido, principalmente, ao atendimento inadequado como conseqüência da sua ilegalidade. Igualmente, o risco que representa um aborto provocado é maior para as adolescentes do que

para as mulheres adultas sob os mais diferentes pontos de vista. Pesquisas relatadas na literatura indicam que o custo que representa o atendimento - nos centros de saúde pública - de uma mulher com complicações pós-aborto é maior que o custo para o atendimento de um parto. As complicações na saúde da mulher por causa de um aborto são comuns, principalmente quando ele é provocado e clandestino.

As adolescentes grávidas estão mais propensas a adquirir o vírus da AIDS e outras doenças sexualmente transmissíveis (DST) porque, geralmente, ainda não têm uma orientação adequada sobre a utilização de métodos anticoncepcionais, especialmente o preservativo, de fácil acesso e aquisição. Segundo o Coordenador de DST e AIDS do Ministério da Saúde, Paulo Roberto Teixeira, pela primeira vez o número de casos em mulheres ultrapassou o de homens na faixa etária de 13 a 19 anos. A estimativa é de quase 400 mil pessoas infectadas com o HIV-AIDS, ainda que tenham sido notificados apenas 222 mil casos em todo o país. ([http://www.ig.com.br/ig- último segundo,13-01-2003](http://www.ig.com.br/ig-último_segundo,13-01-2003)).

O que está acontecendo com as estatísticas que denunciam o número de casos de gravidez na adolescência e os casos de aborto? Historicamente, o número de adolescentes grávidas aumentou significativamente com o advento do capitalismo e como consequência do êxodo rural, desemprego, miséria, etc. Atualmente, a maior parte dos países menos desenvolvidos, como os latino-americanos enfrentam um número crescente de abortos e casos de gravidez nesse período de vida da mulher.

A educação sexual surge como proposta para diminuir e até mesmo evitar a gravidez e o aborto na adolescência. A aplicação dessa proposta pode ser viabilizada pelos diversos meios de acesso: escolas, ruas, centros de saúde e também através de meios de comunicação, como a TV, a Internet, os jornais, o rádio, etc. Talvez não seja urgente uma mensuração das vantagens da educação sexual, mas é evidente a sua utilidade como um método eficiente na prevenção de

doenças sexualmente transmissíveis, gravidez não desejada e aborto.

Tanto a educação em geral como a educação sexual e reprodutiva para os adolescentes, podem ser realizadas por uma mídia que é cada vez mais comum entre os adolescentes: a Internet, ao lado dos meios de comunicação tradicionais. E é nessa tendência globalizante das comunicações que a informação educativa tentará se dirigir e orientar na prevenção de casos de gravidez e aborto na adolescência.

Em países como o Brasil, os serviços públicos de saúde nem sempre oferecem serviços adequados para as adolescentes de menos recursos que enfrentam problemas de gravidez ou situações traumáticas pós-aborto decorrentes de aborto provocado em condições precárias. Nesse sentido, o conhecimento e a caracterização dos serviços que essas instituições oferecem será de muita ajuda às adolescentes gestantes ou em pós-aborto e para orientação sexual e reprodutiva dos jovens em geral.

A gravidez e o aborto na adolescência têm motivado estudos que refletem um elevado interesse nessas questões nas regiões mais desenvolvidas do Brasil. Isso é corroborado por diversas pesquisas, tais como as de Barroso (1986: 53) e Baltar (1996: 386). Já nas regiões menos desenvolvidas, como as do Nordeste, existe um número reduzido de estudos, o que não permite ter uma melhor visão da problemática enfocada. Sabe-se, entretanto, que na cidade de São Luís, capital do Estado do Maranhão, há um dos maiores índices de analfabetismo, um número reduzido e insuficiente de serviços públicos de saúde, altas taxas de desemprego e pobreza. Agregado a essa realidade, está o índice elevado de gravidez entre adolescentes, que, pela falta de estrutura hospitalar, tendem a se submeter a centros de saúde sem capacidade de atender à demanda para a realização do pré-natal e do parto. Em virtude disso, recorrem comumente às parteiras comunitárias que, geralmente, não possuem locais e equipamentos necessários e adequados para a realização do parto, o que, em muitos casos, pode levar ao

óbito ou à aquisição de seqüelas permanentes. De algum modo, São Luís, como grande parte do Norte e do Nordeste do Brasil, faz parte das regiões esquecidas pelo governo no sentido de que não recebe o mesmo apoio que outras cidades do Sul e do Sudeste.

A adolescência compreende o período intermediário entre a infância e a idade adulta. É caracterizado por uma nova interação do sujeito consigo mesmo e com seu meio social. Trata-se do período de transição entre a infância e a idade adulta, enfatizado por intenso crescimento e desenvolvimento, que se manifesta por marcantes transformações anatômicas, fisiológicas, mentais e sociais (PINTO J.L. e MOTTA M.L., 1994: 886). A adolescência é um período da vida que começa aos 10 anos e vai até os 19 anos, quando acontecem diversas mudanças físicas, psicológicas e comportamentais. Mas não existe consenso sobre o período da adolescência, pode abranger idades de 10 a 19 anos, ou de 13 a 19, ou considerar subperíodos de dois em dois anos. Não obstante, as estatísticas consideram a faixa etária entre 15 e 19 anos como a mais representativa da adolescência, é nessa faixa que se apresentam, com maior evidência, os casos de gravidez e de abortos provocados pelas adolescentes. Porém, não se deve generalizar, porque há adolescentes que com 15 anos apresentam maturidade no comportamento (SARMENTO, 1991: 12).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), (1975), a adolescência é um período da vida situado entre 10 e 19 anos, com dois subperíodos de 10 a 14 anos e de 15 a 19 anos. Já segundo o Estatuto da Criança e do Adolescente, o período da adolescência começa aos 12 anos e vai até os 18 anos, idade em que acontecem diversas mudanças físicas, psicológicas e comportamentais. Pode-se introduzir também o conceito de juventude como sendo o período compreendido entre 15 e 25 anos. Sob o ponto de vista psicológico, a adolescência caracteriza-se basicamente pelo processo de aquisição de identidade adulta, do sentido de individualidade, da separação psicológica da família, do desenvolvimento cognitivo e pelo planejamento do

futuro. Adolescência é uma época de experiências em termos de comportamento, às quais freqüentemente se inclui a exploração da sexualidade. Todavia, esse processo dificulta muitas vezes a compreensão plena do significado e das conseqüências do exercício sexual, podendo trazer conseqüências muito desfavoráveis à saúde do indivíduo. (PINTO J.L. e PINOTTI J.A., 1988: 140, URL: <http://www.adolescencia.org.br/>)

Para alguns, a adolescência é apenas uma transição entre as que ocorrem durante a vida; para outros, é uma época de dificuldades especiais e de ajustes particularmente dolorosos (Palácios e Jesus, 1995: 5). O período da adolescência não é igual para todos os jovens: para alguns começa mais cedo e para outros se dá tardiamente. Existe adolescentes que enfrentam essa fase da vida de forma natural, já para outros é uma etapa tormentosa. Essa realidade indica que a socialização não é igual para todos, tanto como a organização e a estrutura familiar é diferente em todas as instituições socializadoras (família, escola, igreja). A socialização permite justificar as diversas formas de comportamento do adolescente.

Apesar de haver teorias do desenvolvimento psicológico que consideram que a adolescência é um fenômeno determinado universalmente e de maneira igual para todos, há teorias que consideram que esse período configura um acontecimento psicossocial limitado pelo grupo social no qual o jovem está inserido. As características no comportamento do adolescente seriam uma continuidade das características anteriores do desenvolvimento psicológico individual, não havendo mudança drástica, mas apenas evolução a partir da evolução anterior. (Costa Maria Thereza, 2000: 34)

O período consiste em um despertar para um mundo novo, uma etapa singular devido a que na adolescência uma pessoa começa a ter um espaço e a descobrir muitas coisas e, o mais importante, a participar desse mundo. Nesse período, o sujeito precisa mais da compreensão dos pais, dos familiares, na escola, dos amigos e de todos que o rodeiam, para assim não cair

pelo caminho das drogas, da delinquência, da prostituição, etc. Para a jovem, há outros problemas e riscos derivados de uma gravidez não desejada ou de um aborto provocado.

Uma outra definição ressalta que a adolescência compreende o período do desenvolvimento humano, entre 12 e 19 anos de idade, que dá continuidade à infância e precede à maturidade. A adolescência é dividida em duas etapas, uma delas é denominada adolescência precoce, que compreende o período de 12 a 16 anos de idade, e a outra é a tardia, que abrange de 17 a 19 anos. Na adolescência precoce aparecem os caracteres sexuais secundários, produz-se um crescimento somático acelerado, aparece a menstruação e a ovulação na mulher, e a maturação espermática e capacidade ejaculatória no homem. Ambos os sexos alcançam a fertilidade. Na adolescência ocorrem, também, mudanças psicoemocionais de grande variabilidade e transcendência. As características bio-psico-emocionais do adolescente, somadas ao entorno familiar e social não adequados, condicionam estilos de vida os quais envolvem condutas de risco para a sua saúde em geral e, particularmente, para a saúde reprodutiva (BEGAZO R. y VARAS T., 1994: 33; CERVANTES R., 1994: 35).

A fase em que o jovem começa a questionar o meio em que vive e deseja uma autonomia maior é chamada de puberdade. Há um menor interesse no convívio com os pais e intensifica-se a amizade com adolescentes do mesmo sexo. Os sujeitos assumem uma postura questionadora e o corpo atingirá uma aparência de adulto. Entretanto, na busca de experimentar sua sexualidade e em decorrência de um sentimento de invulnerabilidade, expõe-se a riscos desnecessários (Jornal Mundo Jovem, Porto Alegre, nº 291, setembro-1998: 18).

As modificações biológicas ocorridas geram alterações corporais, que originam conflitos no indivíduo, devido a essas alterações, como a não aceitação de seu corpo. Algumas moças ocultam os seios recém-desenvolvidos e, em outros casos, procuram exhibir seus contornos

femininos com roupas justas e curtas. O mesmo acontece com os rapazes, uns lutando para disfarçar uma ereção inoportuna, e outros se mostrando em sungas que pouco cobrem. Aí se vê a negação e a aceitação do corpo. (BUONCOMPAGNO E. e SARMENTO R.,1994: 98).

Na etapa de 10 a 16 anos, o organismo humano apresenta uma série de profundas transformações anatômicas e fisiológicas, tanto nos meninos como nas meninas. Entre as transformações mais perceptíveis nas meninas têm-se: o crescimento das glândulas mamárias (seios); o surgimento de pêlos nas axilas e em torno dos órgãos sexuais (região púbica); o alongamento dos ossos, dos membros, dos pés e mãos e o alargamento dos joelhos; o aumento de gordura nas nádegas; a dilatação da bacia pélvica, que é a cavidade óssea resultante da união dos ossos ilíaco com o sacro e o cóccix. Nos meninos têm-se: crescimento dos órgãos sexuais; alargamento da parte superior do tronco e dos joelhos; alongamento dos ossos, dos membros, mãos e pés; aparecimento de pêlos na região púbica (em torno dos órgãos sexuais), nas axilas e, mais tarde, sobre as mãos e dedos; aparecimento, no final da adolescência de pêlos no peito e a barba; mudança no timbre da voz, que se torna mais grave; aumento da pressão sanguínea, aceleração do pulso e da respiração até atingir a estabilidade; aumento na secreção das glândulas sudoríparas e sebáceas; possível surgimento da acne; e aumento do apetite e duplicação da força muscular. (<http://www.aborrescencia.cjb.net/>)

O aparecimento da primeira menstruação (menarca) nas mulheres e o aparecimento do sêmen no homem é justamente quando se dá a definição sexual. Isso não ocorre de imediato, mas progressivamente, através de uma transição em que se encontram aspectos femininos no rapaz e aspectos masculinos na moça. Nesse momento, começa a preocupação dos pais com as formas de lidar com os filhos a fim de poder orientá-los com referência às mudanças que os jovens estão experimentando. Nessa etapa da definição sexual, vem a curiosidade sexual e, caso as respostas dos pais não satisfaçam essa curiosidade, o jovem pode ficar desorientado.

Os adolescentes procuram diversos meios para satisfazerem suas dúvidas, entretanto eles começam a ter problemas sérios quando obtêm informações erradas com amigos ou pessoas despreparadas. Um dos problemas que a falta de informação pode causar é a gravidez, que, dependendo de fatores físicos, sociais ou psicológicos, poderá resultar em aborto.

Tal situação sugere a criação de programas de orientação sobre a sexualidade em todos os lugares em que há adolescentes, assim como a reavaliação dos valores que estão sendo passados para eles. Esses programas poderão tratar de temas como a sexualidade e os cuidados que as pessoas devem ter numa vida sexual sem ocasionar problemas futuros, como a geração de um filho nesse período. Sabe-se que oferecer tais informações não é apenas de responsabilidade da escola; é tarefa de todos, começando pelos pais. Cabe ainda aos especialistas e à sociedade em geral contribuir para formar jovens com responsabilidade, e não fechar os olhos frente aos problemas mencionados. Pode ser fácil afirmar que a juventude não está bem encaminhada; difícil é o adulto assumir que ele não está sendo um bom referencial de valores para o adolescente.

Pode-se considerar que a gravidez na adolescência é um risco. De acordo com Verônica Paulics o número de gravidez em garotas com menos de 15 anos é três vezes maior na atualidade se comparado à década de 70, independentemente da classe social, embora a incidência desse fato em populações mais carentes seja maior, pois há maior repressão familiar. Em alguns casos, as jovens grávidas fogem de casa, inclusive abandonando os estudos. Vários fatores colaboram para o aumento desses números: a liberalização da sexualidade; a desinformação sobre o tema, que pode anular o diálogo pai-filho, mãe-filha; a urbanização acelerada que, muitas vezes, leva as famílias de baixa renda a uma convivência em precárias condições; a desagregação familiar; e a influência dos meios de comunicação. (Jornal Mundo Jovem, Porto Alegre, nº 291, setembro-1998: 19).

A adolescência, hoje, é vista de forma especial, todavia durante muito tempo não foi valorizada como grupo. Essa mudança deve-se a diversos fatores, aos quais estão ligados:

“... a explosão demográfica, com o aumento significativo da população jovem, e a ampliação da faixa etária com características da adolescência, decorrente, sobretudo nas áreas urbanas, da necessidade de melhor preparo para o trabalho, bem como da maior dificuldade para encontrá-lo, aumentando o tempo de dependência econômica. O aparecimento, nessa faixa etária, de problemas especiais, como o aumento do consumo de drogas, a incidência de doenças sexualmente transmissíveis e de gravidez precoce, faz acentuar o interesse pela adolescência” (GUIMARÃES & COLLI, 1998: 16).

Diversos estudos e pesquisas sobre gravidez e aborto na adolescência têm mostrado a importância da educação sexual e a explicação sobre o conhecimento dos métodos anticoncepcionais como formas eficientes de prevenção de gravidezes não desejadas e de abortos, ainda enfatizando os sérios riscos para a saúde da mulher que pratica um aborto provocado. Esses casos de abortos provocados são típicos de países onde o aborto não é legalizado, pois as mulheres recorrem ao aborto clandestino nem sempre sob condições adequadas, tais como a assistência de um profissional de saúde competente, de clínicas adequadas e de medicamentos.

As mulheres de países em desenvolvimento, que praticam um aborto provocado e que geralmente apresentam uma situação econômica precária ou difícil, podem ser levadas a adotar métodos abortivos de baixo custo, mas perigosos para a saúde. Nessas condições, infelizmente, o risco de mortalidade materna é alto. Já as mulheres com uma melhor situação financeira recorrem clandestinamente a clínicas e a profissionais especializados, com um risco menor para a sua vida e saúde reprodutiva. (GTPOS, 1994: 13; ORGANIZACION

PANAMERICANA DE LA SALUD, 1985: 65; OLIVERA, 1997: 130).

A gravidez tem sido apontada como prejudicial para a adolescente porque causa problemas sérios no seu desenvolvimento, devido às mudanças biológicas e psicossociais pelas quais passa durante a gestação e aquelas conseqüentes do parto e da responsabilidade de cuidar de uma criança.

Um outro problema relacionado à falta de educação sexual é o aumento de pessoas com AIDS. Alunos, professores e/ou educadores podem, juntos, buscar construir conhecimento sobre a sexualidade humana. Necessariamente não deve existir um especialista dentro da escola, como o professor de ciências, o psicólogo, o orientador educacional, explanando sobre sexualidade. O trabalho de educação sexual escolar tem que ser realizado numa perspectiva metodológica interdisciplinar e ser discutido coletivamente. Como qualquer processo educativo, apresenta efeitos e resultados demorados, muitas vezes só observados após muito tempo e, certamente, não tem o poder de transformar todas as atitudes e comportamentos dos jovens.

A mulher passa por três etapas marcantes na sua vida que geram crises, a saber, a adolescência, a gravidez e a menopausa. As duas primeiras etapas deveriam acontecer em períodos diferentes e, no caso da adolescente grávida, ela enfrenta uma dupla situação crítica.

A adolescência é uma das etapas da vida em que mais atento se está ao próprio corpo, a suas características e desenvolvimento, a sua semelhança e as diferenças em relação ao corpo dos outros (Palácios Jesús, 1995: 21). A adolescente grávida enfrenta duas realidades ao mesmo tempo, a adolescência e a gravidez, e, em ambos os casos, ela vai sofrer mudanças no aspecto físico e no psicológico. Ela não está preparada para enfrentar tal evento, não porque a gravidez seja uma doença senão porque ainda não é o momento adequado para tal acontecimento, pelo fato de que a mulher não está preparada para enfrentar uma gravidez.

No mundo a população de adolescentes é estimada em 1 bilhão de pessoas, ou seja, quase 20% da população mundial. No Brasil há aproximadamente 34 milhões de adolescentes, o que corresponde a 21,84% da população brasileira. Por outro lado, 1,1 milhão desse segmento é analfabeto, 76,5% se encontra na região do nordeste brasileiro, 2,7 milhões, de 7 a 14 anos, estão fora da escola, 4,6 milhões, de 10 a 17 anos, estudam e trabalham, e 2,7 milhões, de 10 a 17 anos, só trabalham. A população adolescente aumenta, acompanhando o crescimento da população mundial. (<http://www.adolescencia.org.br/>).

1.2 Gravidez

A gravidez, prenhez, gestação ou empenhido é um episódio fisiológico na vida normal da mulher, em que o organismo dela vai lentamente se preparando e adaptando ao longo de modificações gerais, tendo uma duração de 280 dias e para outros de nove meses solares. Não existe consenso para determinar o período exato da duração da gravidez, em média estima-se que seja de 273 dias, devido ao fato de que a duração pode ser diferente de uma mulher para outra, dependendo, por exemplo, da duração e regularidade do ciclo menstrual da mulher. A idade do ovo conta-se a partir da concepção, enquanto que a gravidez só é iniciada com a nidificação, a qual acontece alguns dias depois da fecundação. (REZENDE J., 1995: 108.)

Vendo algumas histórias como da mãe mais jovem no mundo, a menina peruana Lina Medina que aos cinco anos e meio mediante uma cesárea ganhou um bebê de 2700 gramas, essa criança-mãe experimentou sua primeira menstruação aos oito meses de idade; o celebrado caso foi citado por Escobel em 1939. No caso do Brasil, Furtado, em 1947, menciona o caso de uma menina de sete anos que teve gêmeos. (HUFFMAN, 1981: 560-561)

Entretanto, eventos como esses são decorrentes de situações de precocidade sexual

acrescida a desordens genéticas. Embora, no início do século XX, a gravidez na adolescência era considerada normal, pois estava intimamente ligada a padrões culturais vigentes na época.

Comparando com esses e outros recordes de criança-mãe de até 10 anos de idade, é aceito que a gravidez em meninas adolescentes entre 11 e 13 anos, são mais comuns, porém raras vezes são comunicadas. Já o número de gestações entre adolescentes de 14 a 19 anos é apreciável se comparado com as mães menores de 13 anos, tanto que nos países não desenvolvidos chega a ser um problema de múltiplas dimensões.

Alguns fatores preocupam no que concerne a gravidez precoce como (GUIMARÃES e COLLI, 1998: 17):

- Altas taxas de morbidade e mortalidade em mães adolescentes do que para mulheres em faixa etária maior.
- Início precoce da maternidade, ocasionando uma interrupção da vida escolar, e como conseqüência, menor renda futura para a família.
- Crescimento populacional rápido determinado pelo maior número de filhos.

Em 1975, dos 60 milhões de mulheres que foram mães, quase 13 milhões eram adolescentes. A proporção de partos entre mulheres de 10 a 19 anos de idade varia de 2 a 23% conforme o país ou região considerada, porém existe evidência que a gravidez precoce está aumentando em todas partes, evidenciando-se como um problema preocupante para alguns países e para outros até alarmante.

Nos Estados Unidos, houve aproximadamente 900.000 casos de gravidez em mulheres com menos de 20 anos: 600.000 evoluíram até o termo e 300.000 terminaram em abortos. Segundo o National Center for Health Statistics, 1 de cada 5 nascimentos e 1 de cada 3 abortos consumados são oriundos de mulheres menores de 20 anos, ou seja, de mulheres adolescentes. No Brasil, a população de adolescentes estimada para 1991 foi de 21,2% da população total, o

nível de fecundidade de mulheres até 19 anos aumentou entre 1970 e 1980.

A gravidez em adolescentes pode resultar em um aumento da mortalidade materna, pré-eclampsia, eclampsia. Os bebês podem ter pouco peso ao nascer, anemia, morbidade e mortalidade perinatal. O trabalho de parto chega a ser mais prolongado e o número de cesáreas também é mais alto nas adolescentes do que nas mulheres com 20 anos ou mais. Não obstante, todas as dificuldades e considerações médicas sobre a gravidez das adolescentes ainda se complementam com outros problemas tais como os emocionais, sociais, culturais e econômicos, que fazem da gravidez na adolescência uma problemática de amplo espectro.

Outra questão conexa com a gravidez na adolescência é o aborto provocado. Se uma adolescente ficar grávida é inevitável que tenha que enfrentar o problema de ter ou não ter esse filho, e claro que psicológica e fisiologicamente ainda não está preparada. Caso a jovem grávida decida interromper a gestação, o seu despreparo para enfrentar e procurar um aborto chega a ser ainda mais crítico nos países latino-americanos, onde a prática é considerada crime e é punida por lei (BALTAR, 1996: 386-387).

Um dos fatores com efeitos mais marcantes no nível de fecundidade das mulheres em conjunto é a educação delas. Mulheres com níveis mais elevados de educação geralmente têm uma menor fecundidade completa que aquelas com formação inferior. Mulheres com sete ou mais anos de educação apresentam uma fertilidade de 3,9 filhos, enquanto que para as mulheres que não têm escolaridade a fertilidade sobe para 6,9 filhos. Esses números são válidos para 38 países em desenvolvimento. Uma tendência similar foi verificada em mulheres adolescentes. (UNITED NATIONS, 1989: 36)

No caso do Brasil, (BARROSO, 1986: 52) tem-se um estudo amplo sobre gravidez na adolescência abrangendo diversas regiões. No caso do Maranhão os estudos são escassos, dificultando o mapeamento da real situação da adolescente grávida. Tal fato é agravado pela

falta de assistência e condições físicas dos Centros Médicos, gerando a busca de meios alternativos, os quais podem causar danos para a saúde reprodutiva da mulher.

Considera-se que os programas de educação sexual nas escolas permitem diminuir o número de gravidez, mas o fenômeno não é tão simples assim, porque a problemática é abrangente e multidimensional. Nela intervêm aspectos como o econômico, social, cultural, educacional, psicológico, de gênero, e mais outros, que levam a sugerir que somente com adequada educação sexual pode-se diminuir drasticamente a gravidez na adolescência.

Estatísticas precisas de fontes confiáveis como o IBGE e a Organização Mundial da Saúde, sobre a gravidez na adolescência, são difíceis de serem obtidas. Contudo, os dados existentes nos países latino-americanos possibilitam um estudo amplo. Ao contrário, dados precisos sobre abortos em adolescentes são muito difíceis de serem conseguidos porque a sua ilegalidade no Brasil faz com que não existam estatísticas, apenas estão disponíveis para alguns casos em centros hospitalares onde se oferece atendimento para pós-aborto e para complicações de abortos. A realidade do aborto em adolescentes está muito ligada ao aborto clandestino praticado por “curiosas”, provocado com métodos tradicionais e, em casos esporádicos, praticados por profissionais que infringem a lei.

A gravidez na adolescência origina, em geral, o dilema de uma gestação indesejada e exige uma decisão: ter ou não ter o filho. Ter o filho pode significar não continuar os estudos, adquirir uma grande responsabilidade, problemas com os pais, problemas de saúde, entre outros. Terminar com a gravidez também tem outros riscos tal como o fato de colocar em perigo a saúde e vida da gestante, além de traumas psicológicos decorrentes de uma gravidez interrompida.

Curiosamente, com a gravidez, a adolescente vai terminar ou interromper a sua adolescência (ZAGURY T., 1999: 196), ou seja, ela já não vai ser a mesma de quando não

estava grávida, vai mudar de forma repentina: sua forma de vestir, de atuar, devido ao seu desenvolvimento biológico que se dá para a formação do bebê. A adolescente ainda não está preparada para todo esse processo que é a procriação do novo ser, essas questões referem-se ao aspecto biológico, mas também há os sociais. É comum verificar que a sociedade discrimina a adolescente grávida, as amigas se separam, os pais não querem aceitar a realidade e, devido a todos esses fatos, a grande maioria das mulheres adolescentes se vêem obrigadas a abandonar os seus estudos para se dedicar à gestação prematura. A questão psicológica é de grande importância já que a grávida adolescente se sente traumatizada com o processo que está vivenciando.

As mudanças, física, psicológica, social, entre outras, ocorridas com uma adolescente grávida não fazem diferença de classe social. As mudanças irão acontecer independente da classe social da jovem. A gravidez na adolescência altera o ciclo normal do desenvolvimento da jovem que está passando da etapa de criança para a adolescência para depois passar para a juventude. A pessoa praticamente não vai ter uma adolescência normal, como teria caso não estivesse grávida e até pode-se sentir frustrada. É como se ela ficasse no meio do caminho da adolescência para passar a ser mãe, situação que configura a necessidade de um amadurecimento precoce.

No ciclo da mulher existem três etapas marcantes em que ela vivencia momentos críticos: a adolescência, a gravidez e a menopausa. Tais crises são marcadas por modificações biológicas, psicológicas e sociais. Quando a mulher engravida na adolescência passa ao mesmo tempo por dois momentos críticos, a adolescência e a gravidez, em que quase sem passar pela adolescência já está passando para uma outra etapa difícil que é a gravidez. (SILVA J.L. e SARMENTO R., 1994: 132)

As conseqüências de uma gestação precoce geralmente são múltiplas, entre elas tem-se o

afastamento da adolescente da escola (TAKIUTI A.D., 1994: 15), na maioria dos casos, por vergonha do seu corpo, por casamento, pela sua situação grávida, etc. Outras conseqüências são o aborto provocado, o casamento por conveniência, altas taxas de cesarianas, maior número de mães solteiras. Por outro lado, as crianças nascidas de mães adolescentes irão se desenvolver em um ambiente que não é o mais propício e podem sofrer rejeição e abandono, o que pode resultar inclusive em delinqüência infanto-juvenil. Além disso, podem ocorrer problemas graves em relação ao psiquismo se a gestação for considerada uma situação de crise previsível, incide na adolescente um quadro de “crise dentro da crise”, que pode ser a causa de depressão grave, chegando em alguns casos até ao suicídio.

A adolescente vive sua sexualidade de forma dúbia, ambivalente, na qual ela é vista como um problema e, ao mesmo tempo, é “normal”. Interessa saber para quem é problema e para quem é normal? (DESSER, 1993: 46-47). A autora destaca como principal recurso de normalização/moralização, o que ela considera como produção da “inocência” da mulher jovem sexualmente ativa. A adolescente alega desconhecer ou não toma conhecimento da sua sexualidade e da reprodução ao iniciar a vida sexual ativa. Entretanto, não se pode negar a ausência real de conhecimentos acerca de métodos contraceptivos, e do próprio corpo, no que diz respeito ao ciclo reprodutor feminino, fato que se considera mais perceptível em adolescentes de classe baixa. Porém, essa inocência aponta para o não-sancionamento do intercurso sexual e para a proposta da virgindade como método contraceptivo.

Desser, na análise dos discursos das suas entrevistadas, percebe a contradição das informações recebidas pelas adolescentes. Primeiro, a informação em torno da sexualidade recebida em casa, gerada pela família, é vista pelas adolescentes entrevistadas como antiquada e em desuso. Por outro lado, a informação emitida por outros agentes - contidas em revistas, programas televisivos, entre outros - são percebidas como modernas.

Porém, mesmo nas regras modernas é requerida a inocência. De que forma? São várias as formas, Desser mostra alguns elementos de normalização/estigmatização, dentre os principais contam-se:

“... amor, visto como fator de desrazão, de ilusão, de ingenuidade ou perda de controle, não premeditação da atividade sexual, cessão antes que paixão, paixão como sinônimo de descontrole, exiguidade de número de parceiro e fortuidade das circunstâncias em que se deram os intercursos sexuais” (DESSER, 1993: 59)

Nota-se a dupla moral encerrada nesta normalização/estigmatização da sexualidade da mulher adolescente, que é regulada pela sociedade. Assim, existe divisão dos papéis sociais entre homens e mulheres. Ao homem é motivo de orgulho ter o máximo de namoradas possíveis, já no caso da mulher, esse fator – muitos namorados – é visto como desqualificador, reprovável pela sociedade.

Dessa forma, Desser sugere que a “inocência” produzida por essas adolescentes, ou o desconhecimento acerca de sua sexualidade, na medida em que elas não lançam mão dos elementos de produção de inocência declaram-se “culpadas”, pois, estariam assumindo sua sexualidade e poderiam aparentar que fazem “sexo pelo sexo”.

1.2.1 Prevenção da gravidez

São muitos os métodos para prevenir a gravidez não desejada especialmente na adolescência.

Primeiramente, criando programas de educação sexual, desenvolvidos nas escolas, porque a escola é um espaço propício para o autoconhecimento e a descoberta de outras formas de relacionamento que não sejam as relações sexuais.

Igualmente, brindar informações acerca da importância dos métodos anticoncepcionais como a camisinha, diafragma, espermicida vaginal, DIU (dispositivo intra-uterino), pílula anticoncepcional, entre outros, e sua devida explicação de cada um deles, assim como também sua eficácia, e também deixar bem claro que a maioria dos métodos anticoncepcionais é praticamente para os que têm uma vida sexual. Nos casos dos adolescentes, o contraceptivo mais usual é a camisinha, portanto se deve informar a importância desse método, porque além de prevenir a gravidez na adolescência, serve de proteção para evitar as doenças sexualmente transmissíveis.

Na família, na escola, nos órgãos públicos e nos diferentes meios de comunicação, deve-se falar abertamente sobre o sexo como também sobre os cuidados a levar em conta e não apontá-lo como proibido.

A problemática da gravidez precoce não somente deve ser tratada com a mulher adolescente senão também com os homens. O jovem deve saber sobre os riscos da gravidez precoce em todos os seus aspectos, do moral ao social, assim como também da grande responsabilidade e até privação que pode ocasionar trazer um filho ao mundo.

Os programas de informação sexual devem se estender aos pais, porque na maioria das vezes eles não estão preparados, por exemplo, psicologicamente, para tratar de temas como a sexualidade com os filhos. O diálogo entre pais e filhos é importante, é a maneira mais saudável para orientar a vida sexual dos adolescentes, os progenitores têm que dar liberdade e demonstrar confiança nos filhos para poder-lhes informar e ouvir, e que desde cedo eduquem a criança para se responsabilizar pelas suas ações. Nessa fase, a família contribui para o desenvolvimento do adolescente assim como também discute e orienta-os, com relação a dúvidas, angústias, tabus e preconceitos tão frequentes, nessa etapa da vida. A maioria das adolescentes afirma que seus pais têm dificuldade de discutir tais assuntos.

O atual modo de vida da família não propicia que os pais fiquem muito tempo com os filhos, o que pode levar ao distanciamento nessas relações, desde a infância. A tentativa de resgate, quando acontece, se dá na adolescência, quando surgem evidências de que algo de “anormal” está ocorrendo com a filha.

Outro fato que dificulta a convivência familiar é o processo de modernização da sociedade urbana. Os adolescentes incorporam, mais rapidamente, as novas tecnologias, os novos valores sociais e culturais, bastante diferentes dos valores dos pais. Todos esses eventos também são parte do conjunto de causas do distanciamento e até a separação precoce da família. Por um motivo ou por outro, os pais deixam de participar do desenvolvimento dos filhos, o que se reflete na ausência de diálogo sobre temas, como, por exemplo, a educação sexual. Na ausência do diálogo entre os adolescentes com os seus pais sobre educação sexual, finalmente são os amigos, os colegas, a televisão, as revistas e outros meios de comunicação, os agentes que se encarregarão de orientá-los, sendo que a família, em poucas ocasiões, é incluída nessa orientação.

Como parte da orientação sexual aos adolescentes devem ser oferecidas alternativas de lazer e possibilidades de esportes que resgatem o seu lado lúdico e recreativo, porque a prevenção da gravidez não deve ser vista ou abordada apenas como informação ou contracepção, despida de toda a roupagem cultural, de valores e normas, pois não se podem dar apenas meios de contracepção aos jovens, tem que se lhes dar também atitudes, comportamentos, normas, valores e que eles possam desenvolver atitudes críticas, reflexivas e responsáveis.

Alguns estudos e pesquisas relatadas na literatura apontam a possibilidade de reduzir a incidência da gravidez na adolescência. Assim, por exemplo, a Suécia reduziu 50% a taxa de fecundidade das adolescentes e na mesma população houve uma redução de 30% na taxa de

abortos. Nos Estados Unidos, houve uma redução na taxa de fecundidade em menores de 20 anos, porém não se teve redução da taxa de gravidez e aumentou a taxa de abortos nessa faixa etária. (MUNITZ M. y SILBER T., 1992: 78)

No Brasil, segundo dados do IBGE, entre 1980 e 1994 houve uma diminuição da fecundidade, porém verificou-se um aumento proporcional da gravidez na adolescência, tendo triplicado a proporção de menores de 15 anos que tiveram filhos e a proporção das mães entre 15 e 19 anos de idade aumentou em 38 %. Para o período de 1994 aponta-se que 22% das mulheres brasileiras entre 20 e 24 anos de idade tiveram filhos sobreviventes antes de completarem os 20 anos de idade. (ver Tabela 1.2)

Entre os fatores de risco para que uma adolescente fique grávida tem-se: baixa escolaridade, baixa renda econômica da família, estado civil casada ou união consensual, moradia fora da família, família constituída por mãe sozinha e falta de orientação sexual e reprodutiva.

A proposta da prevenção da gravidez na adolescência pode ser realizada de diversas maneiras. Uma delas é o retardo do início da experiência sexual, já no caso das adolescentes que iniciaram o intercurso sexual é o uso de contraceptivos. Essas duas medidas, a educação sexual e a utilização de contraceptivos, são de caráter individual. Outras medidas de prevenção da gravidez na adolescência de caráter mais geral envolvendo ações sociais devem considerar a melhoria da educação, das condições econômicas, das condições de moradia e a diminuição da pobreza. A educação sexual pode ser realizada através de diversas frentes: os pais, as escolas, os hospitais e inclusive como acontece em países como Estados Unidos, por meio de programas de prevenção da gravidez na adolescência vinculados a instituições federais e estaduais como são os serviços públicos de saúde, hospitais, etc.

Tabela 1.1 Proporção de mulheres entre 20 e 24 anos de idade que tiveram filhos sobreviventes antes de completarem 20 anos de idade, segundo países selecionados, 1994.

Países selecionados	Proporção de mulheres entre 20 e 24 anos de idade (%)
Brasil	22
Chile	20
Colombia	22
Costa Rica	25
Honduras	29
México	19
Panamá	23
Paraguai	28
Venezuela	22

Fonte: Panorama social de América Latina, Santiago de Chile, CEPAL, 1998.
 (http://www.redesaude.org.br/html/body_folhetomortalidadematerna.html)

Os países que conseguiram diminuir o índice de gravidez na adolescência, geralmente apresentaram um maior número de clínicas para planejamento familiar com serviços gratuitos ou de baixo custo para a população adolescente. Essas clínicas e serviços públicos de saúde também mantêm vínculos com as escolas. Além disso, nota-se uma agressiva política de informação publicitária sobre o uso de anticoncepcionais. Por outra parte, verifica-se que as assimetrias sociais nesses países são menores. (MUNITZ M. y SILBER T., 1992: 81)

No caso da América Latina e do Brasil, não existem programas nacionais de prevenção da gravidez na adolescência. O Programa de Assistência Integral à Saúde do Adolescente, criado pelo Ministério da Saúde do Brasil, inclui a prevenção da gravidez, porém não tem sido

implantado em todos os estados brasileiros, não obstante existem serviços de atenção às adolescentes grávidas, vinculados às universidades, os quais apesar da sua importância estão limitados apenas a uma parte da população.

Entre as recomendações para a prevenção da gravidez na adolescência podem ser citadas as seguintes:

- Criação ou melhoria e ampliação dos programas já existentes de assistência à adolescência.
- Ênfase no papel da família, estimulando a participação dos pais (pai e mãe) no processo educativo dos adolescentes.
- Integração da educação sexual dentro dos programas de assistência aos adolescentes, inclusive considerando os pais dos adolescentes.
- Melhoria dos serviços de assistência pública pré-natal às grávidas adolescentes, incluindo-se orientação contraceptiva e prevenção de nova gravidez precoce.
- Incentivo à realização de pesquisas que tenham como finalidade um maior conhecimento da maternidade na adolescência bem como educação sexual, iniciação sexual, prática contraceptiva, etc.

Uma pesquisa realizada em Goiânia aponta entre os fatores de risco à ocorrência da gravidez na adolescência os seguintes: baixo rendimento escolar, abandono escolar, problemas familiares, consumo de álcool e de drogas. (GUIMARÃES E.M.B. e COLLI A.S., 1998: 27)

1.2.2 Métodos contraceptivos

Os métodos anticoncepcionais não somente são importantes para prevenir uma gravidez não desejada senão também permitem intercursos sexuais com maior prazer e sem medo, já

que o sexo é uma das formas mais profundas de contato entre duas pessoas, como também uma das maneiras de ter intimidade e mostrar o amor que se sente um pelo outro. Em muitos casos, especialmente entre as adolescentes, a primeira relação sexual acontece mais pela curiosidade de descobrir o sexo.

Os adolescentes devem ter conhecimento dos métodos anticoncepcionais assim como de seu uso apropriado. Em tal sentido é preciso oferecer-lhes a devida e oportuna orientação sobre os diferentes métodos contraceptivos com a finalidade de evitar a gravidez não desejada e, também, como uma forma eficaz de prevenir doenças sexualmente transmissíveis. Tanto os homens como as mulheres devem conhecer os métodos anticoncepcionais na prevenção da gravidez na adolescência, porque a responsabilidade de evitar um filho não desejado corresponde a ambos.

Algo muito importante para o uso dos métodos anticoncepcionais é que tanto o homem quanto a mulher adolescente conheçam o próprio corpo. Nos casos em que os adolescentes já têm vida sexual ativa, é fundamental que não somente conheçam os métodos contraceptivos, mas que participem da decisão de usar ou não uma técnica, assim como também da escolha de determinado método, isso porque alguns métodos inclusive precisam do acompanhamento médico. Nos casos em que os adolescentes ainda não têm vida sexual ativa e ela é ocasional, eles podem optar por um método contraceptivo mais simples como seria o caso da camisinha.

“Segundo Woodward, metade da atual população adolescente dos Estados Unidos, estimada em 18 a 20 milhões, tem pelo menos uma relação sexual antes de cumprir 18 anos. Dentro deste grupo, mais de um milhão de jovens ficam grávidas por ano, a maioria solteira, mais da metade prossegue na gestação e em torno de 30% decide pela interrupção” (SILVA J.L. e SARMENTO R., 1994: 137)

Existem diversos métodos contraceptivos para prevenir a gravidez e, ao mesmo tempo, se dispõe das orientações para evitar doenças. No entanto, ainda não se tem um pleno funcionamento de programas e de órgãos encarregados em oferecer informações sobre a importância do uso dos anticoncepcionais durante a adolescência para os jovens que iniciaram sua vida sexual.

“A questão da anticoncepção na adolescência é um problema difícil de ser enfrentado. A grande maioria é a favor do método “naturalmente nada”. Surpreendidas pelo desejo, algumas adolescentes simplesmente se deixam levar por essa nova e forte emoção. Depois, esperam temerosas a menstruação, para se assegurarem de que “tudo está bem”, ou seja, ela não está grávida. Será que esta é a melhor e mais feliz iniciação para o amor ?.” (MADEIRA F.R., 1997: 250)

No Brasil, os dados relativos à sexualidade dos adolescentes, ainda são bastante escassos, embora haja um incremento de gravidezes, abortos provocados, doenças sexualmente transmissíveis e outras complicações no que diz respeito à ordem biopsicossocial. Dessa forma, fica praticamente notório, o desconhecimento da fisiologia da reprodução e das suas conseqüências. Além disso, a contracepção continua sendo uma fonte de dificuldade para as adolescentes, e isso, constitui um grande obstáculo que se opõe a seu uso nesta faixa etária. (SILVA J.L. e SARMENTO R., 1994: 136)

A ausência de um debate sobre a questão da sexualidade entre pais e filhos ocorre muitas vezes pelo fato de que também os pais não possuem um preparo suficiente para abordar o tema com seus filhos. Os adolescentes, por sua vez, resistem em comentar a sua vida sexual com os seus pais e seus familiares, pelo temor de que aqueles, de forma coercitiva e reguladora, interfiram em suas vidas.

Fora do meio familiar quase não existem serviços que orientem e informem os

adolescentes quanto à sexualidade e anticoncepção. Isso ocorre na maioria dos países, ou seja, não é peculiar do Brasil, já que os serviços existentes de planejamento familiar revelam-se ineficazes para atendimento aos adolescentes.

Existe, também, uma relutância dos médicos em receitar, para menores, algum tipo de contraceptivo, especialmente, para as solteiras. Os motivos seriam de ordem legal, moral e ética, e, geralmente, essa argumentação condena a prática de receitar anticoncepcionais para menores, tanto em clínicas públicas como privadas. (SILVA J.L. e SARMENTO R., 1994: 137)

Constata-se que os métodos contraceptivos estão cada vez mais eficientes e seguros, reduzindo os efeitos colaterais indesejados. Também, o acesso a eles melhorou e, atualmente, há uma melhor difusão acerca de sua utilidade.

Sugere-se que a adoção de métodos contraceptivos deve seguir um conjunto de parâmetros, cuidadosamente observados. Assim, por exemplo, a idade das adolescentes é uma variável inicial indispensável para ser analisada. Em geral se considera menos problemática a eleição de um contraceptivo na razão inversa da idade cronológica e direta da idade ginecológica (anos passados após a menarca).

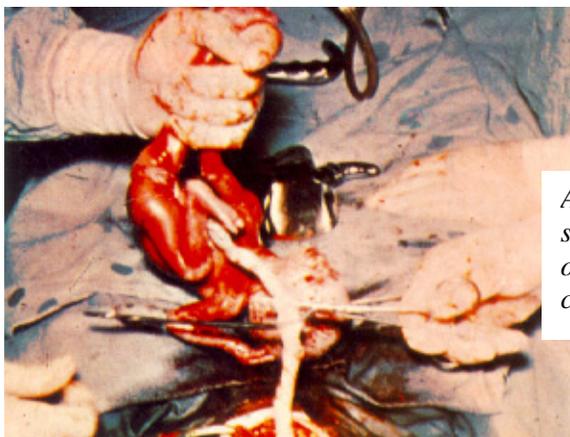
Para usar um determinado contraceptivo devem levar-se em conta os seguintes fatores:

- A condição de estabilidade do casal.
- A idade cronológica do parceiro sexual e seu interesse na prática contraceptiva.
- A consulta é prévia ou não ao início das relações sexuais.
- A frequência das relações sexuais.
- A existência de gravidezes anteriores.
- O grau de motivação para a prática contraceptiva.
- O conhecimento dos pais ou responsáveis acerca das práticas sexuais em questão.

- A opinião dos pais ou responsáveis a respeito.
- Maturidade física e psicológica.
- As pautas culturais.
- O exame clínico geral e ginecológico.
- O custo e facilidade de aquisição.

1.3 O aborto: abordagens teóricas

Etimologicamente, a palavra abortar vem do latim *abortare* e significa expulsar o feto sem que ele tenha condições de vitalidade, dar a luz antes do termo da gestação. Talvez uma das definições mais difundidas e aceitas de aborto é dada pela Organização Mundial da Saúde. Segundo a OMS: “se entende por aborto a interrupção de uma gravidez antes que o feto seja capaz de vida extra-uterina independente”. Conforme a tradição médica, esta situação abarca as 28 primeiras semanas de gestação, contando a partir do primeiro dia da última menstruação normal (ROYSTON y ARMSTRONG, 1991: 113).



Aborto de 24 semanas por operação cesárea .

<http://www.aciprensa.com/foto-abo.htm>

Têm-se duas classes de aborto: o espontâneo e provocado. O segundo é o mais

prejudicial para a saúde da mulher, porque na maioria das situações é realizado por pessoas não habilitadas, gerando doenças e em casos extremos a morte. O primeiro, o espontâneo, ocorre principalmente nos países onde o aborto é ilegal, como é o caso do Brasil, que penaliza tal prática.

No aborto espontâneo a interrupção da gravidez não é intencional, enquanto o aborto provocado é originado por interferência deliberada. Os abortos provocados incluem os realizados de acordo com sanções legais e os ocorridos fora de lei. O termo aborto terapêutico, estritamente definido, refere-se ao aborto indicado medicamente para mulheres, cuja vida ou saúde está ameaçada – em caso de continuar com a gravidez – por fatores congênitos ou genéticos, porém é comum usar esse termo para os abortos sancionados legalmente (TIETZE, 1994: 15-16).

Nos casos de aborto espontâneo, fala-se de aborto prematuro quando acontece antes da semana 12 e de aborto tardio quando ocorre entre a semana 12 e 22. O aborto que se realiza da semana 22 a 37 define-se como parto prematuro.

Considera-se o aborto à interrupção da gravidez somente até a vigésima semana, a partir dessa data seria parto imaturo e depois da vigésima oitava chama-se parto prematuro, entendendo-se por parto a ação de expelir do útero e dar à luz um filho. (OCEANO, 1994: 180).

O Papa João Paulo II, atual Chefe Espiritual da Igreja Católica, a respeito do aborto, destaca que entre todos os crimes que o homem pode realizar contra a vida, o aborto provocado apresenta características que o tornam particularmente grave e abjurável. O Concílio Vaticano II define o aborto juntamente com o infanticídio como um crime abominável e anota: o aborto provocado é a morte deliberada e direta, independentemente da forma como seja realizada, de um ser humano na fase inicial da sua existência, que vai da

concepção ao nascimento. Porém, são várias as religiões protestantes, por exemplo, a Igreja Presbiteriana e a Igreja Metodista Unida que sustentam o direito da mulher ao aborto, apoiado por alguns textos na Bíblia. De fato, no Êxodo, cap. 21: 22-25 pode-se entender que o feto não é uma pessoa e que a destruição dele não deve ser considerada como um assassinato, a atitude também era defendida pela Igreja Católica até 1869. (MOROWITZ,1993: 9; KOBLITZ, 1994: 11).

Em várias partes do mundo, o aborto durante as primeiras doze semanas de gravidez é considerado como a “regulação da menstruação”. Em muitas culturas, o aborto, provocado por qualquer meio, é parte integral das práticas de controle de fecundidade tradicionais que procuram regular a escolha do momento e o número de nascimentos. (EDITORIAL MÉDICA PANAMERICANA, 1972: 19)

A problemática do aborto é caracterizada por duas posições contrárias. No aspecto da legalidade, uma das posições é favorável ao aborto e a outra opção tenta puni-lo, como acontece no Brasil e na América Latina, com exceção a Cuba, país que legalizou o aborto em 1969.

Porém, a despeito de tudo o que se discute, se conceitua e se pune, da prática do aborto, uma coisa é certa, a mulher gestante que se provoca um aborto quase sempre sofre conseqüências que comprometem a sua vida e saúde, a sua vida social e psicológica, a sua situação econômica, etc. As mulheres que praticamente não sofrem conseqüências de saúde constituem uma minoria, são aquelas de situação econômica favorável que lhes permite abortar sob condições adequadas. Mais que uma definição seria um clamor dizer que o aborto constitui um problema social que deve ser atendido pela sociedade.

Na maioria dos casos é a mulher que assume todas as responsabilidades quando decide fazer um aborto, em outros momentos há participação do homem, de familiares, de amigas.

Todavia, quando a adolescente fica grávida é comum que o namorado ao saber da gravidez opte pelo término do relacionamento para não arcar com as responsabilidades.

1.3.1 Mortalidade materna e aborto

A Organização Mundial da Saúde juntamente com a FIGO (Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia), desde 1976, considera mortalidade materna “o óbito da mulher enquanto grávida, ou dentro dos 42 dias completos do puerpério, independentemente da duração da prenhez e do sítio de implantação do ovo, decesso proveniente de qualquer causa relacionada ou agravada pela gestação, ou de seu tratamento, excluindo-se fatores acidentais ou nela incidentes” (REZENDE, 1995: 108).

Divide-se em dois grupos as causas de morte materna, são elas: morte obstétrica direta e morte obstétrica indireta. A primeira resulta de complicações na gravidez, no parto e puerpério, complicações de intervenções, omissões, tratamento incorreto, ou da sucessão de eventos que culminariam nos fatores acima arrolados. A segunda é o decesso advindo de doença prévia ou que mesmo, ocorreu e prosperou durante a gravidez, e mesmo não seja de causa não-obstétrica, agrava-se pelos efeitos fisiológicos da gestação (REZENDE, 1995: 1234).

As mortes maternas, segundo a classificação da OMS, estão assim dispostas: obstétricas diretas que são decorrentes próprias da gestação, parto e puerpério ou de intervenções ou tratamentos executados na vigência do estado gravídico. As indiretas são as resultantes de patologias associadas, mas não específicas à gravidez. E causas não relacionadas que são as acidentais. (Cecatti & Faúndes in: NEME, 1994: 976)

A OMS propõe o coeficiente de mortalidade materna (CMM), calculado através do

número de mortes maternas dividido pelo número de nascidos vivos de uma mesma área geográfica durante um ano multiplicado por 100.000 (NEME, 1994: 976).

Atualmente quase 50% de todas as mortes maternas do mundo são decorrentes de infecção, toxemia, hemorragia, e pelas complicações e seqüelas do abortamento provocado. Este passou a ocupar o primeiro lugar nas taxas de morbidade e mortalidade materna. Das mortes maternas por infecção, constata-se que em mais da metade dos casos, registrados nas maternidades brasileiras, deve-se ao abortamento. No quesito aborto, nos Estados Unidos, quando a interrupção é legal, a mortalidade materna é baixa, apenas 3 por 100.000 abortamentos, quando o aborto é clandestino a taxa cresce incisivamente até 100 por 100.000 abortamentos. (REZENDE, 1995: 1235)

O anuário estatístico da OMS (1973-1976) sobre a mortalidade materna aponta que:

“... as causas de mortalidade obstétrica direta, em 23 países do terceiro mundo (OMS 1973-1976): hemorragia (49,6%), toxemia (22,9%), abortamento (15,5%) e infecção (11,9%). Declínio global da letalidade nessas quatro condições vem sendo observado nas últimas duas décadas (OMS, 1976) exceto, para o abortamento voluntário, taxas em elevação continuada” (REZENDE, 1995: 1237).

Quando se analisa a mortalidade materna devem ser considerados os aspectos sócio-econômicos, pois, a população de baixa renda não tem fácil acesso ao sistema de saúde, além de estado nutricional deficiente. Igualmente no Brasil nota-se a ausência de uma estratégia em nível nacional que abranja a saúde materno-infantil, além da não priorização de recursos e investimentos na área da saúde.

Mortalidade materna no Brasil

Infelizmente não existem dados consensuais da taxa de mortalidade materna no Brasil,

entre outras causas devido a má qualidade dos registros, a demora na notificação das mortes maternas, além de que principalmente nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste nota-se uma acentuada falta de registro do óbito em cartório. As diferenças entre as estatísticas sobre mortes maternas aparecem também entre órgãos oficiais. Alguns especialistas afirmam que para cada morte materna registrada há pelo menos outra não declarada, segundo isso a taxa real da mortalidade materna deveria ter um fator de correção de dois, o que significa que para determiná-la teria que multiplicar por dois as taxas encontradas.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (<http://www.who.org/>), a cada ano morrem aproximadamente 600.000 mulheres, entre 15 e 49 anos de idade, devido a complicações da gravidez e do parto; a maioria dessas mortes é evitável. A OMS define a taxa de mortalidade materna (TMM) como o número de mortes maternas para cada 100.000 nascidos vivos. A OMS define uma TMM abaixo de 15 como baixa, entre 15 e 50 é média, de 50 a 100 corresponde a uma taxa de mortalidade materna alta, e acima de 100 é uma TMM muito alta. Em 1995, a TMM estimada pela OMS para América do Sul foi 200, uma taxa definida como muito alta, porém ainda abaixo da média mundial estimada em 400.

Uma estimativa das Nações Unidas (NU, <http://www.un.org/>) sobre a taxa de mortalidade materna para o Brasil no período de 1980 a 1998 considera uma TMM de 160 por 100.000 nascidos vivos, isso corresponde a uma mortalidade materna muito alta.

A maioria das fontes nacionais reporta valores de TMM bem abaixo das estimativas de organismos mundiais como a OMS, NU, etc. Uma das fontes nacionais que mostra valores de TMM mais próximos das estatísticas de fontes internacionais são as estimativas da Rede Saúde com base a dados do IBGE. Segundo eles, a taxa de mortalidade materna no Brasil, estimada em 110 mortes para cada 100.000 nascidos vivos segundo fontes nacionais, é dez a vinte vezes mais alta que as taxas nos países desenvolvidos, essa realidade permanece há uns

17 anos. (<http://www.redesaude.org.br/>, 02/10/2001).

Na Figura 1, apresenta-se uma estimativa da taxa de mortalidade materna no Brasil no período de 1980 a 1996 (ver Tabela A.1 no Anexo A).

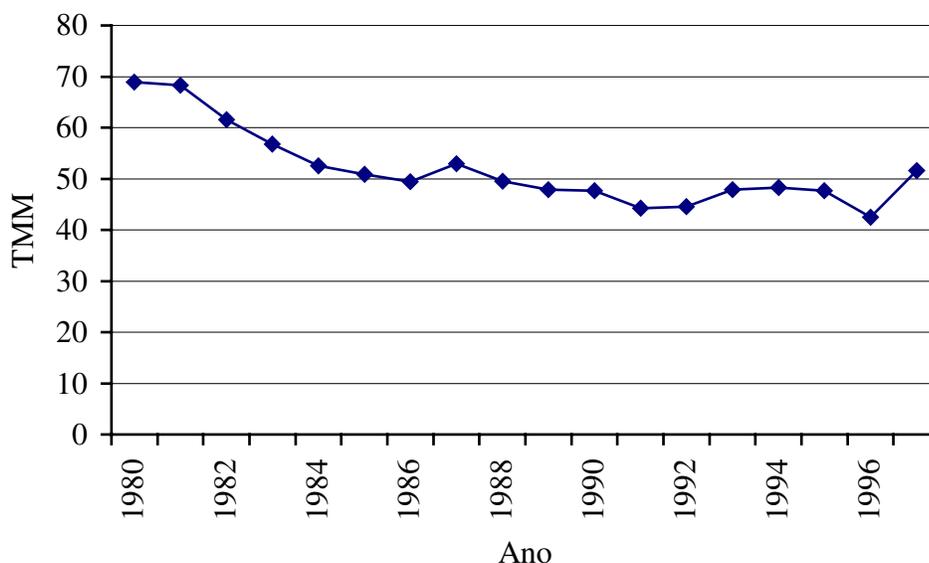


Figura 1. Taxa de mortalidade materna (TMM) no Brasil no período de 1980 a 1996.

(Fonte: SIM/CENEPI/FNS e Estimativa de Nascidos Vivos do IBGE.)

Segundo dados do Ministério da Saúde, a taxa de mortalidade materna em 1998 foi de 64,8 por 100.000 nascidos vivos e se registraram 2.039 óbitos maternos. As taxas de mortalidade materna das regiões Sul e Sudeste foram de 76,2 e 70, respectivamente. Nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste as taxas foram 56,1, 54,8 e 57, respectivamente. Essas diferenças refletem as deficiências dos registros, pois se estima que o número de óbitos maternos seja maior para as regiões que as estatísticas apontam como menores.

A taxa de mortalidade materna no estado do Maranhão foi de 42,1 no período de 1996.

(Fonte: MS – Sist. Inform. Mortalidade e DPIS/IBGE - Censo Demográfico e PNADs)

Desde 1988, o Ministério da Saúde vem realizando seminários e treinamentos específicos em cada Estado para implantação dos comitês estaduais, regionais e municipais de Morte Materna. Atualmente estão oficialmente implantados 24 comitês estaduais, dos quais 14 são atuantes. Em 1994, o Ministério da Saúde instituiu o dia 28 de maio, como Dia Nacional de Redução da Mortalidade Materna e criou a Comissão Nacional de Morte Materna. Esta comissão tem por objetivo manter um amplo diagnóstico atualizado da mortalidade materna no Brasil, enfocando todos os seus múltiplos aspectos sociais, econômicos, políticos, jurídicos e outros que facultem ações específicas na sua solução.

Em 2000, a Câmara dos Deputados instalou uma Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) para investigar as causas e responsabilidades da morte materna no país. Uma estimativa apresentada por especialistas na CPI, indica que acontecem anualmente no Brasil cerca de 5 mil mortes maternas evitáveis.

Em vista de que não se conta com dados reais sobre a mortalidade materna, inclusive o Ministério da Saúde declara desconhecer o número preciso de mortes maternas, atualmente trabalha-se apenas com dados estimados. Estava previsto o censo da morte materna com início para o segundo semestre de 2000 e seu término para meados de 2001, mas até hoje ainda não teve início.

O aborto provocado: uma das causas principais da mortalidade materna

Vários fatores determinam os níveis de mortalidade materna, e as estatísticas apontam, em geral, para as infecciosas, as hemorrágicas e hipertensivas. Entretanto, Cecatti & Faúndes (NEME, 1994) assinalam a existência do aborto provocado, incrementando o índice de mortalidade materna.

“A criminalização do aborto, provavelmente associada à falta de programas de

planejamento familiar de grande abrangência, torna o procedimento difícil para a maioria das mulheres que decidem pela interrupção da gravidez. No caso das mulheres de classes sociais baixas, que não podem recorrer a serviços de melhor qualidade, o aborto é realizado em condições desfavoráveis, por profissionais não qualificados e locais sem infra-estrutura, propiciando o aparecimento de graves complicações (Hardy & Alves, 1992). Infelizmente não há dados confiáveis sobre a incidência de aborto ou mortalidade como resultado de aborto, no Brasil” (CECATTI e FAÚNDES, 1994: 980).

Seja legal ou ilegal, o aborto torna-se importante causa de óbito materno, além disso, existem alguns países latino-americanos onde a morte, decorrente do aborto provocado, constitui mais da metade dos casos de mortes maternas.

Constata-se que sem contar com meios eficazes de combater, as complicações decorrentes de um aborto provocado (hemorragia e infecção), especialmente quando realizados na ilegalidade e clandestinamente, geralmente ocasionam a morte da mulher. Nessa situação, fica claro que essas gravidezes não eram desejadas.

Não se pode ignorar o efeito que a legalização do aborto tem sobre a mortalidade materna. A partir de 1968, quando a legislação no Reino Unido estendeu as indicações de aborto, houve uma diminuição das mortes decorrentes dessas complicações em nível considerável, diminuíram de 35 em 1969 para 8 em 1975. (NEME, 1994: 886).

Outra experiência é a da Romênia, onde não só a mortalidade materna foi reduzida com a legalização do aborto, mas também aumentou quando se modificou a lei (restringindo-o e tornando-o quase impossível de se obter). “... não há dúvidas de que a legalização criteriosa do aborto contribui para a redução das mortes maternas. Este aspecto requer ampla

discussão da sociedade brasileira, que não pode continuar sendo postergada” (NEME, 1994: 887).

Se a prática do aborto fosse legalizada no Brasil, deveria diminuir a mortalidade materna causada por aborto provocado, porque as mulheres que procuram interromper uma gravidez não desejada teriam mais opções para a prática do aborto e a um preço mais baixo. As mulheres teriam acesso aos serviços médicos e, dessa maneira, correriam menor risco de saúde no período crítico do pós-aborto.

Resulta muito difícil calcular o número preciso de abortos provocados no Brasil. Estima-se, segundo o Rede Saúde, que anualmente quase 1 milhão de brasileiras - entre adolescentes e adultas - que engravidam sem planejar, recorrem ao aborto. A maior parte dos casos de abortos clandestinos são realizados com procedimentos inadequados que resultam em infecção. A clandestinidade da prática do aborto geralmente retarda a procura por socorro e, por outra parte, o despreparo dos serviços e dos profissionais também torna difícil o pronto atendimento.

Uma causa importante de morte materna é a septicemia decorrente de aborto realizado em condições inadequadas. Vários estudos apontam o aborto como a terceira causa de mortalidade materna no país. Para se ter uma idéia da dimensão do problema, pode-se citar que o número de adolescentes atendidas pelo Sistema Único de Saúde para tratamento das complicações de aborto, no período de 1993 a 1998, ultrapassou 50 mil no Brasil. A interrupção da gravidez constitui a quinta maior causa de internação na rede pública de saúde, havendo, em 1997, registro de 250 mil atendimentos por complicação decorrente de aborto. Atualmente, 27 serviços públicos de saúde estão em funcionamento e oferecem atendimento às mulheres vítimas de violência sexual (ver Tabela 1.1). (Fonte: URL de Rede Saúde)

Estatísticas das Nações Unidas apontam que 27 % dos partos no Brasil, no período de

1996, não foram atendidos por pessoal qualificado. No entanto, a UNICEF (*United Nations Children's Fund*, URL: <http://www.unicef.org/>) reporta que no período de 1990 a 1999 a porcentagem de partos não assistidos por pessoal de saúde treinado foi de 8 %.

A incidência do aborto no Brasil para o ano de 1991 apresenta as seguintes estimativas: o número de abortos por ano foi de 1.433.350; uma taxa de 36,5 abortos para cada mil mulheres e a média de abortos por mulher foi 1,3. Essa quantidade de abortos significa um 36% dos abortos estimados no conjunto de países da América Latina. (THE ALAN GUTTMACHER INSTITUTE, 1996: 5).

Tabela 1.2 Hospitais com serviços de atendimento à mulher vítima de violência sexual com aborto legal.

Região	Estado	Hospital
Norte	Acre	Clínica de Mulheres Bárbara Heleodora.
	Pará	Santa Casa de Misericórdia do Pará.
Nordeste	Maranhão	HMI Marly Sarney.
	Rio Grande do Norte	HMI Dr. José Pedro Bezerra (Santa Catarina); Maternidade Escola Januário Cicco.
	Paraíba	Maternidade Frei Damião.
	Pernambuco	H. Agamenon Magalhães; IMIP; H. Monteiro de Moraes (Encruzilhada).
Centro – Oeste	Distrito Federal	HMI de Brasília.
	Goiás	HMI de Goiânia.
Sudeste	Minas Gerais	Hospital Público Regional de Betim; HMI Odete Valadares.
	Rio de Janeiro	Instituto Municipal da Mulher Fernando Magalhães.
	São Paulo	CAISM/Unicamp; Centro de Referência de Saúde da Mulher (Pérola Byington); H. Dr. Arthur Saboya (Jabaquara); HC - HSP/USP, São Paulo; HC - HSP/USP, Ribeirão Preto; HC – Unesp, Botucatu; H. Ipiranga; HMI Leonor M. de Barros; Maternidade Nova Cachoeirinha; H São Paulo – Unifesp.
Sul	Rio Grande do Sul	Hospital de Clínicas UFRGS; HMI Presidente Vargas; H. Nossa Senhora da Conceição.

Fonte: Comissão de Interrupção da Gestação Prevista por Lei, da Febrasgo (Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia), e Fórum Interprofissional sobre Atendimento ao Aborto Previsto por Lei. (H = Hospital, HMI = Hospital materno infantil, HC = Hospital das clínicas)

1.3.2 Porque a mulher decide abortar?

Uma de cada quatro mulheres grávidas no mundo, ou aborta ou tem um nascimento não desejado. Nos países desenvolvidos 49% das gravidezes não são planejadas e 36% terminam em aborto. Nos países em desenvolvimento, esses números são menores, 36% e 20%, respectivamente. Coincidentemente, esses índices parecem acompanhar a idade de início das relações sexuais das mulheres adolescentes, nos países desenvolvidos, aos 20 anos, 77% das jovens adolescentes já tiveram sua primeira relação sexual enquanto que na América Latina é de 56 %.

São diversas as causas que levam as garotas a abortar. Entre as principais razões está o fato de elas não poderem ter o filho por motivos econômicos, pessoais, familiares ou morais. Implica em dizer que são características dessas adolescentes não possuir um certo nível de educação, não ter uma situação financeira favorável, como falta de educação sexual que possibilite a prevenção. As mulheres que decidiram interromper uma gestação, é provável que chegaram a essa conclusão devido à falta de meios para cuidar e criar do filho sozinhas. (THE ALAN GUTTMACHER INSTITUTE, 1999: 14)

“[...] Como toda mulher e mais o meu caso de ser menor de idade, no momento que eu soube de que eu estava grávida, eu me senti muito mal, em nenhum instante pensei em ter devido a que só estava estudando e não queria isso para mim, pensei e decidi contar primeiro para minha mãe para ela me ajudar e assim foi, ela me apoiou com a minha decisão, meu único medo era ela não me apoiar.” (depoimento: Marcela, colégio Dom Bosco, 2002)

Para se entender os problemas relativos à moralidade do aborto voluntário, é importante

levar em consideração, a história da reflexão sobre o assunto, a fim de conseguir compreender as diversas posições acerca dessa questão. Na Antiga Grécia, o aborto, geralmente, era permitido, e, em Roma, o feto era considerado *pars viscerum matris* (parte das entranhas maternas). Somente a partir do cristianismo houve o veto categórico ao aborto e isso ocorreu não só com o aborto, mas com inúmeras atividades, e o principal objetivo seria o de distinguir profundamente, a comunidade cristã do mundo pagão. Citando a Carta aos Gálatas (5,19-21), salienta-se que “a prostituição, a impureza, a idolatria, as orgias, a libertinagem, a *pharmakeia*”, foram condenados pelo cristianismo, onde a *pharmakeia* indicava a medicina - mágica, em que inúmeras poções consideradas ocultas seriam utilizadas para a prática do aborto. (MORI M., 1977: 18)

Traçando-se um panorama histórico sobre a trajetória da questão do aborto no cristianismo, desde os pensadores religiosos, os clérigos e os Papas, o aborto é considerado um pecado de caráter execrável, fato que até hoje perdura.

No plano teórico-doutrinal, durante séculos, esse caráter execrável do aborto ficou imutável. Entretanto, no que diz respeito às sanções contra os pecadores, no plano canônico-pastoral, pode considerar-se que existem variações relativas a penalidades, que variam de excomunhão perpétua para o aborto de mulher adúltera, durante o Concílio de Elvira na Espanha (305 d.C) ou a sanção de dez anos como definiu o Concílio de Ancirra (314 d.C). Essas variações talvez ocorram pela exigência da comunidade cristã e da sociedade como um todo.

A ascensão dos obstetras (homens) em relação às antigas parteiras, a partir da metade do século XVII - as invenções do fórceps e de outros instrumentos – favoreceu esse acontecimento, e, de modo mais geral, iniciou-se a medicalização da gravidez. Para o autor, muda-se a atitude perante o processo reprodutivo, fato que influencia, também, as atitudes

perante o aborto. Considera-se que para se distinguirem dos charlatães, os médicos “cientistas”, surgem novas idéias acerca da reprodução, com preocupações com a “saúde pública” que a partir de então, estarão embasadas em novas legislações. (MORI M., 1997: 22)

“Se até o século XIX as sanções penais contra o aborto ficaram muito diferentes de um lugar para outro (às vezes muito severas, outras muito brandas), a situação jurídica mudou radicalmente com a lei inglesa de 1803 que começou a punir severamente o aborto”. (MORI M., 1997: 22).

Além disso, a partir das primeiras décadas do século XIX, notou-se que a intervenção cirúrgica, assim como o aborto, poderia ser fatal. Essa observação clínica teria levado à proibição de algumas intervenções cirúrgicas e, por conseguinte, à proibição do aborto. Pelo menos, essa foi a justificativa, para a primeira interdição do aborto, em Nova Iorque em 1828. Essa idéia difundiu-se bastante, e já na segunda metade do século XIX, a American Medical Association, opôs-se ao aborto, demonstrando, a partir dessa época, a ideologia da superioridade da medicina científica (européia) sobre as outras medicinas alternativas, bastante comuns na América.

Sem grandes mudanças até os anos 60, todas as legislações, exceto a sueca e a soviética, proibiam severamente o aborto, os motivos variavam, mas, não era considerado um homicídio. Porém, a prática abortiva ainda estava fora de discussão, algumas exceções eram admitidas, desde que não resultem em casos trágicos de conflito vital. A Igreja Católica não admitia exceções e a Igreja Protestante admitia, com certa dificuldade, considerando-a como “um mal menor”, e deixava a questão para o juízo médico.

Ressalta-se a importância de um fato ocorrido, na Europa e nos Estados Unidos sobre a utilização da *talidomida* - um calmante antiemético - durante as primeiras fases da gravidez,

provocando anomalias graves nos fetos. Surge, então, o debate acerca do aborto em casos de malformações fetais. Não sem surpresa, nos fins dos anos 60 e início dos anos 70, houve uma guinada no que diz respeito à questão do aborto. O movimento feminista lançou a bandeira do direito ao aborto, como questão primordial para garantir a igualdade entre os sexos.

A justificativa principal era de as legislações restritivas ao aborto serem ineficazes e a mulher recorria à prática do aborto clandestino, e as taxas estimadas sobre o aborto clandestino eram altíssimas. As mulheres então começaram a desvelar o assunto, recorrendo a confissões públicas sobre o aborto que haviam praticado, tornando a prática ilegal um sério objeto de debate público.

Analisando o sucesso do movimento, pode-se indicar que as razões tradicionais que eram dadas à questão, não puderam mais ser utilizados, e que o advento da técnica por sucção, torna a intervenção ambulatorial mais segura e menos traumática.

Os anti-abortistas, especificamente o Movimento pela Vida, utilizam como justificativa atual, a questão do aborto como um homicídio, pois afirmam que o feto é uma pessoa desde a concepção. A posição católica condena moralmente qualquer prática abortiva, não sendo admitida nem para salvar a vida da mãe, nem em malformação fetal, nem da gravidez decorrente de estupro. Apesar de não afirmar claramente que o feto é pessoa, considera que o embrião deve ser tratado como tal. A Igreja, também, proíbe a contracepção, inclusive a camisinha, mesmo prevenindo a AIDS.

A maior parte das religiões condena a prática do aborto, mas há algumas que a aceitam, inclusive a prática médica envolve distintas definições do aborto, aparentemente o único que fica claro é o seu significado etimológico, o lexicográfico; não porque vai depender da língua e das leis e práticas médicas e até religiosas da região que abarca esse léxico. Na discussão ainda falta uma outra variável, o tempo, esse componente que caracteriza a história tem

mostrado que as leis mudam, que os pontos de vista das religiões também, que os costumes de um povo não são constantes, e que fazem da prática do aborto uma problemática muito antiga e tão atual, e que já foi discutida e pensada sob diversos pontos de vista.

Outros autores propõem o estudo da análise histórica, e podem-se encontrar duas indicações: “Na tradição histórica, o aborto sempre foi proibido absolutamente; a outra é a de que o aborto sempre foi visto como um ato de violação do matrimônio e associado à idolatria”. Dessa maneira, a análise recai sobre o matrimônio, considerado como uma instituição natural ou divina, e, portanto, indissolúvel, além da fidelidade obrigatória entre os cônjuges. Possui, ainda, uma dimensão biológica, na qual se dá a transmissão da vida, regulamentada pelo princípio da sacralidade da vida (PSV), impondo o dever absoluto da não violação do finalismo do processo reprodutivo. (MORI, 1997: 80)

Em alguns trechos da encíclica *Humanae Vitae* (1968) do Papa Paulo VI, reafirma-se o princípio da sacralidade da vida, na qual na reprodução não estariam ocorrendo apenas processos biológicos e naturais, mas, também, um processo divino. O ponto também é reafirmado constantemente pelo Papa João Paulo II. O princípio da sacralidade é referendado por importantes agências normativas e fornece uma sólida justificativa para a proibição do aborto. Assim, em primeiro lugar, a ética da sacralidade da vida pressupõe a concepção da natureza humana, na qual o homem não tem a capacidade de dispor livremente de si mesmo, teria o dever de acompanhar a teleologia imanente, estabelecida pela natureza.

Porém:

*“(...) se aborto é lícito, então a mulher não está mais ligada a essa teleologia própria das funções reprodutivas e pode, portanto, pretender que a satisfação das suas exigências pessoais tenha prioridade sobre o respeito da ordem natural. É verdade que por princípio já a contracepção leva para isso (tanto que a *Humanae vitae* afirma*

que a contracepção contradiz “a natureza do homem e da mulher”), mas de fato é somente com o aborto que esse aspecto é percebido com força, talvez porque permita um controle definitivo, superior ao da contracepção (onde são frequentes os acidentes), ou talvez somente devido ao seu sentido simbólico peculiar, derivante de fatores históricos” . (MORI, 1997: 85-86)

Ao admitir-se o aborto, nega-se a sacralidade da vida, e reconhece-se que longe da maternidade ser um fato natural ligado somente à fisiologia do corpo feminino, ela é antes uma escolha da mulher comparada a outras escolhas. Dessa forma, inicia-se um debate acerca da fertilidade feminina, se ela é um recurso valioso ou ao contrário, um obstáculo à sua realização na sociedade. A liceidade do aborto remete radicalmente à discussão do papel social da mulher.

A mulher relegada a ser mãe, papel estabelecido pela natureza, e que encontraria sua realização no matrimônio, e não no trabalho, nem na vida social. Assim, ao admitir a prática do aborto, os vínculos naturais se dissolveriam e a mulher seria tanto quanto o homem, uma pessoa com múltiplas possibilidades de papéis, inclusive poder exercer, se assim o desejar, a figura de mãe.

Com a liceidade moral do aborto, ocorre a legitimação de maneira peculiar de entender a igualdade dos sexos e o papel social da mulher. A função social é algo como a nossa “segunda natureza”, fator que determina a nossa identidade, e que em diversas fases da vida, modificam-se, assim nos comportamos segundo os papéis estabelecidos, somos mãe, mulher, pai, em cada situação nos comportamos de maneira diversa. Assim, a legitimação de um novo papel social da mulher coloca em crise a identidade feminina, como também a identidade masculina.

Esta crise de identidade é vista como anomia, e a crise leva a angústia. O aborto não é absolutamente um homicídio. Entretanto, ao admitir a sua prática legítima, mata-se, de fato,

um “tipo ideal de mulher”, uma “idéia de mulher”. O aborto, ao legitimar um novo papel da mulher, recoloca a discussão acerca da maternidade (ou escolha pessoal ou escopo natural).

A defesa insistente dos opositores ao aborto, de que o embrião é pessoa pode ser interpretada como a ratificação do papel da mulher destinada à maternidade, e este fato sendo função primordial da mulher. Dá-se prioridade aos fatores biológicos e naturais, em detrimento dos fatores culturais e sociais, através do papel que cabe à mulher: aceitar o seu “destino natural” - a maternidade.

... o corpo deve estar adequadamente desenvolvido para receber a “forma” correspondente, quer dizer, desenvolver a “função” correspondente. Assim, o corpo possui antes a alma vegetativa, que provê o metabolismo e o crescimento; depois tem a alma sensitiva, que além das funções precedentes possui também o movimento e a capacidade de sentir; e enfim aparece a alma racional, que é infundida diretamente por Deus (indício da sua transcendência) e que distingue o homem do resto do mundo natural. (MORI M., 1997: 56)

Mori chega a essas conclusões através da utilização de postulados que podem ser questionáveis. O raciocínio e inferência utilizados por ele podem estar corretos, porém alguns dos postulados a partir dos quais realiza as suas deduções não são verdades imediatas e aceitas universalmente. A atividade ou função racional de um ser humano já está presente – apesar de ser muito precária ou primitiva - desde o instante da fecundação, ou dito em outras palavras, a célula já contém as características hereditárias e “sabe perfeitamente” quais serão as inequívocas características do novo ser, as células possuem e guardam a “memória” do desenvolvimento do novo ser. A capacidade de raciocínio de uma pessoa ainda não está presente num recém-nascido, deve-se lembrar que essa capacidade surge somente quando os neurônios tenham desenvolvido suficientes interligações ou sinapses e dendritos. Uma

experiência científica realizada com células mostrou que quando elas são atacadas, por exemplo, por uma agulha muito fina, reagem e se contraem com a finalidade de evitar o dano físico. Esse evento define claramente que a célula pode realizar uma atividade racional.

O óvulo e o espermatozóide são células que ao se unir geram o zigoto (uma célula diplóide), o qual, posteriormente, vai se converter no feto. Define-se que o embrião passa por duas fases, primeiro é o zigoto (um ovo) e depois aos três meses é considerado um feto, etapa que vai até o nascimento.

Com muita habilidade e entusiasmo na utilização das definições de: pessoa, ser humano, vida humana, indivíduo, feto, embrião, etc., Mori consegue mostrar que o feto não é uma pessoa e, conseqüentemente, o aborto não constitui homicídio nem crime, portanto resulta evidente que a prática do aborto não é punível e deve ser permitida. A defesa que Mori faz implicitamente a favor do aborto, o coloca como um dos mais preclaros defensores da prática do aborto.

A estratégia dele consiste em encontrar os pontos fracos e erros na posição dos que são contrários ao aborto, desbaratando os argumentos deles com a aplicação dos princípios de uma mínima lógica convencional baseada em postulados questionáveis, insuficientes e inclusive incoerentes.

Causa surpresa que Mori, após “demonstrar” as limitações e erros nas duas posições atualmente existentes sobre o aborto, na tentativa de agradar a todos declara que não é a favor nem contra o aborto e prefere se manter à beira, na fronteira desses movimentos. Ele conclui que o princípio da sacralidade estabelece um determinado tipo de moralidade, e renunciá-lo, implicaria a passagem de uma moralidade para outra. Entretanto, a mudança de moralidade não se dá de repente, e é fator crucial na vida social, influencia sobremaneira o modo de viver. O aborto colocaria em questão uma “escolha de civilização”. *“Resumindo, o aborto não é um*

homicídio, mas torna tão-somente visível, e de forma dramática, o divisor de águas entre a ética da sacralidade da vida e a ética da qualidade da vida” (MORI, 1997: 92).

Os defensores da prática do aborto justificam sua posição argumentando que essa ação não é homicídio, fato sustentado no postulado de que o feto não é uma pessoa.

Os contrários ao aborto argumentam que o feto é um ser humano e, portanto, o aborto é um homicídio.

Talvez, pode-se postular uma posição alternativa conciliadora sobre o aborto. O aborto significa a morte de um ser humano, porém a sua prática pode ser permitida e não seria punível quando legalizada. Haveria, então, o desaparecimento das clínicas clandestinas, cuja prática contribui para a mortalidade materna, devido a sua prática ser realizada em condições inadequadas.

“[...] ela fez exames e estava grávida depois dos resultados ela contou para a mãe da situação de sua gravidez e a mãe perguntou que queria fazer, e ela respondeu que não iria estragar a sua vida toda por causa de um filho ...

Ela fez o aborto numa clínica clandestina, a enfermeira entrou e deu uma injeção nela, ela ficou totalmente inconsciente, dormiu e só acordou depois quando já tinha realizado o aborto, o ambiente da clínica não era muito higiênico. ” (depoimento: Marcela, colégio Dom Bosco, 2002)

Capítulo 2

Metodologia

2.1 Descrição do Método

A problemática da gravidez e do aborto na adolescência pode ser analisada e estudada utilizando diversos métodos de pesquisa, como estudo de caso, estudo comparativo, método estatístico, método histórico, método indutivo, método dedutivo, método dialético, método tipológico, método funcionalista, método da hermenêutica, etc.

Quais métodos são os mais apropriados para atingir os objetivos pretendidos neste trabalho? Sem dúvida que a escolha deles depende do universo e da abrangência da pesquisa bem como das facilidades oferecidas para a sua adoção.

A complexidade de fatores envolvidos no problema de aborto e gravidez nas adolescentes de São Luís leva a considerar a análise de conteúdo como uma das mais importantes para a presente investigação.

Análise de conteúdo é um método de pesquisa que consiste em um conjunto de técnicas metodológicas sutis e em aperfeiçoamento constante, aplicáveis a discursos. Considera-se que o método é uma hermenêutica controlada baseada na inferência ou dedução. Essas técnicas, que conformam a análise de conteúdo, possibilitam uma interpretação limitada pelo rigor da objetividade e a fecundidade da subjetividade, que se movimenta entre o determinismo e a incerteza. Entende-se que a análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise das comunicações e que usa inclusive procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens.

A inferência não se refere simplesmente a uma descrição do que realmente poderia estar escondido no conteúdo, não é apenas a descoberta de uma idéia oculta em um discurso, por exemplo, é principalmente a descoberta ou a geração de uma nova proposição, de uma nova verdade, a partir das proposições ou verdades existentes no discurso ou na comunicação que está sendo analisada. Essas proposições também são definidas como condições de produção. A partir do evidente ou do implícito de uma fala, de um texto, de uma mensagem ou de um discurso, a análise de conteúdo não somente vai descobrir a verdadeira intenção nessa comunicação ou mensagem, como vai ser capaz de gerar uma nova verdade. O que se procura estabelecer é uma correspondência entre as estruturas semânticas ou lingüísticas e as estruturas psicológicas ou sociológicas. Para realizar a inferência a análise de conteúdo pode-se valer ou não de indicadores sejam quantitativos ou não.

Em algumas situações a lingüística e as técnicas documentais podem levar a pensar que elas não guardam muita diferença com a análise de conteúdo. O objeto da lingüística é a língua e está mais relacionada com a generalidade ou o coletivo. Na análise de conteúdo o objeto é a palavra. As técnicas documentais guardam maior relação com o aspecto individual, com a particularidade.

Na análise de conteúdo se consideram três fases: a) pré-análise, b) exploração do material e c) tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação. Na primeira fase da pré-análise, é feita a escolha dos documentos a serem submetidos para análise, a formulação das hipóteses e dos objetivos e a elaboração de indicadores que fundamentem a interpretação final. A exploração do material é uma fase demorada que demanda um grande esforço e na qual se realiza a codificação que consiste no tratamento do material, essa codificação refere-se a uma transformação - enumeração mediante regras formuladas com anterioridade - dos dados brutos do texto sob análise. Essa exploração é feita por recorte, agregação e enumeração. No

tratamento e interpretação dos resultados obtidos, aqueles dados brutos são processados afim de que possam ser significativos e válidos. Mediante quadros, diagramas, figuras e modelos, trata-se de condensar e pôr em evidência as informações que arroja a análise e para um maior rigor esses resultados são submetidos a provas estatísticas e testes de validação.

A análise de conteúdo é um bom instrumento de indução para se investigar as causas (variáveis inferidas) a partir dos efeitos (variáveis de inferência ou indicadores), considera-se um método de pesquisa que pertence ao conjunto de métodos de coleta de dados e tratamento da informação. Com o advento do computador, a análise de conteúdo também pode ser beneficiada, por exemplo, nos casos seguintes: a análise é complexa e com um grande número de variáveis a tratar, a unidade de análise é a palavra, análise de co-ocorrências, operações estatísticas e numéricas complexas.

Recentemente as técnicas de inteligência artificial (IA) estão sendo aplicadas em várias áreas da ciência e tecnologia. Algumas técnicas de IA são: resolução de problemas, processamento de linguagem natural, sistemas baseados no conhecimento, visão artificial, sistemas especialistas, redes neurais, lógica difusa, algoritmos genéticos, etc. Os sistemas especialistas são programas computacionais que simulam o processo de resolução de problemas feito por um especialista humano. Existem sistemas especialistas que são aplicados a medicina, engenharia, ciências sociais. Um sistema especialista está composto por uma base de conhecimento e uma máquina de inferência. É possível criar sistemas especialistas que realizam a análise de conteúdo como se realmente estiver sendo feito por um especialista.

Alguns programas computacionais (software) de análise de conteúdo são, por exemplo: CATPAC, CETA, General Inquirer, WinATA, Wordnet, WordStat, etc. Listas mais amplas de programas de software de análise de conteúdo estão disponíveis na Internet a exemplo de:

- <http://www.intext.de/TEXTANAE.HTM> (Alemanha)

- <http://www.gsu.edu/~wwwcom/content.html> (Georgia State University)

Dentro da análise de conteúdo, a qual é utilizada como uma ferramenta de diagnóstico, a codificação ou transformação dos dados brutos leva a sistematizá-los em unidades. A codificação é geralmente realizada mediante uma análise quantitativa e qualitativa. Essas duas abordagens não têm o mesmo campo de ação.

Tipos de pesquisa

Pesquisa de campo tipo quantitativo - descritiva

As pesquisas de campo quantitativo – descritivas consistem em investigações de pesquisa empírica cuja principal finalidade é o delineamento ou análise de características de fatos ou fenômenos, avaliação de programas, ou o isolamento de variáveis principais ou chaves. Qualquer um desses estudos pode utilizar métodos formais, que se aproximam dos projetos experimentais, caracterizados pela precisão e controle estatísticos, com a finalidade de fornecer dados para a verificação de hipóteses. Todos eles empregam artifícios quantitativos tendo por objetivo a coleta sistemática de dados sobre populações, programas, ou amostras de populações e programas. Usam várias técnicas como entrevistas, questionários, formulários, etc., e empregam procedimentos de amostragem (MARCONI M.A. e LAKATOS E.M., 1999: 86).

Considera-se que a análise quantitativa fundamenta-se na frequência de aparição de certos elementos da mensagem. A abordagem quantitativa obtém dados descritivos através de um método estatístico. Graças a um desconto sistemático, esta análise é mais objetiva, mais fiel e mais exata, visto que a observação é mais bem controlada. Sendo rígida esta análise é, no entanto, útil, nas fases de verificação das hipóteses. (BARDIN L., 1977: 113-114). A utilidade

da aplicação do computador refere-se ao uso de aplicativos de software específicos para análise estatística quantitativa. A análise quantitativa é precisa (crisp), determinista.

Pesquisa de campo do tipo qualitativo – descritiva

A análise qualitativa apresenta certas características particulares. É válida, sobretudo, na elaboração das deduções específicas sobre um acontecimento ou uma variável de inferência precisa, e não em inferências gerais. O que caracteriza a análise qualitativa é o fato de a “inferência” sempre que é realizado ser fundada na presença do índice (tema, palavra, personagem, etc.). O procedimento qualitativo fundamenta a sua interpretação em elementos escassos, de modo que é mais intuitivo, mas também mais maleável e mais adaptável a índices não previstos ou à evolução das hipóteses (BARDIN L., 1977: 115). A maleabilidade da análise qualitativa é no seu funcionamento e na utilização dos seus índices. O que caracteriza a análise qualitativa é o fato de a inferência se fundar na presença do índice seja um tema, palavra, etc. Deve ser enfatizado que a análise qualitativa não rejeita qualquer forma de quantificação, somente retém os índices de maneira não freqüencial.

No plano metodológico, a discussão, entre as abordagens quantitativa e a qualitativa, absorve certos aspectos. Na análise quantitativa, o que serve de informação é a freqüência com que surgem certas característica de conteúdo ou de um conjunto de características num determinado fragmento de mensagem tomado em consideração (BARDIN L., 1977: 21).

A análise qualitativa possibilita - além de palavras e frases - a incorporação de imagens, tornando desse modo um escopo mais amplo e flexível para organizar, mostrar, processar, resumir e interpretar a informação baseada em palavras, imagens e sons.

Há algumas ferramentas de software tanto de análise qualitativa como quantitativa que podem ser obtidas gratuitamente, já as restantes consideram um custo para a obtenção da

licença de uso. Encontra-se disponível um grande número de software computacional comercial para realizar análise qualitativa, tais como:

- ATLAS.ti (<http://www.atlasti.de/>).
- Decision Explorer (<http://www.banxia.com/demain.html>).
- QSR NUD.IST N5 (<http://www.scolari.co.uk/>).

O acesso a grandes bases de dados na análise quantitativa é um aspecto que atualmente deve ser levado em conta. A manipulação de grandes volumes de informação corresponde a uma área relativamente recente, bases de dados. Inclusive nos últimos anos a inteligência artificial já tem uma outra ciência denominada mineração de dados (*data mining*) a qual é utilizada para minerar grandes bases de dados procurando por padrões, frequências, características específicas, etc. que possam ser tiradas da informação que está sendo analisada. Portanto, além das ferramentas convencionais de análise quantitativa estatística e de análise qualitativa, atualmente é possível incorporar ferramentas computacionais baseadas em inteligência artificial para uma análise abrangente, eficiente e precisa da informação formada por texto ou discurso (palavras), imagens e sons.

No entanto, neste trabalho não são utilizados *software* específicos e no tratamento da informação para a análise quantitativa, apenas emprega-se aplicativos de propósito geral.

2.2 Procedimento Metodológico

A pesquisa realizada utiliza a análise de conteúdo mediante uma análise qualitativa de histórias de vida obtidas de entrevistas em profundidade, procurando verificar a existência de discriminação contra as adolescentes estudantes que enfrentaram uma gravidez ou um aborto durante o período que freqüentavam o estabelecimento de ensino. Identificar como a educação

ou orientação sexual está sendo vivenciada pelas adolescentes nas escolas e famílias; identificar, ainda, a reação ao descobrir a gravidez, e a atitude dos pais diante desse fato. Além disso, mediante a análise qualitativa, investigar os perfis psicológicos, sociológicos e econômicos dos sujeitos a partir da amostra estatística de mulheres consideradas na pesquisa. Dessa maneira tenta-se complementar as características dessas metodologias de pesquisa para chegar à divulgação dos resultados aos possíveis interessados.

Os sujeitos entrevistados são dez mulheres adolescentes, estudantes de 13 a 19 anos, sendo que nove são estudantes da rede pública e uma da rede particular. A pesquisa foi realizada na cidade de São Luís-MA.

O estudo de campo teve duração de dois anos, onde foram feitas observações, entrevistas e algum acompanhamento das atividades das adolescentes entrevistadas. Para realização da análise, utilizamos o método de análise de conteúdo. Neste trabalho o método de compreensão das histórias de vida de adolescentes que tiveram uma gravidez será a análise de conteúdo, criado por Bardin (1977). O local da pesquisa está formado por um conjunto de escolas da cidade de São Luís, capital do estado do Maranhão. Os sujeitos da pesquisa serão as adolescentes entrevistadas, elas responderam perguntas estruturadas, que posteriormente serão decodificados os significados e analisados segundo Bardin.

Uma definição de análise de conteúdo:

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objectivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitem a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens (BARDIN, 1970: 42).

Na aplicação do questionário que auxiliaria na identificação das adolescentes grávidas ou das que tinham praticado aborto, encontrou-se por parte dos setores administrativos certa

indisposição para cooperar, sendo que a realização da pesquisa foi possível mediante a flexibilidade de alguns desses setores, em especial os da rede pública.

2.2.1 A cidade de São Luís: algumas características

São Luís, capital do estado do Maranhão, região Nordeste do Brasil. O nome da cidade é uma homenagem ao rei da França Luís XIII. A UNESCO (Organização das Nações Unidas para a educação,



Ciência e Cultura) conferiu a São Luís o título de Patrimônio da Humanidade – em Nápoles, Itália, em dezembro de 1997. A Ilha Grande (*Upaon Açu* segundo os índios tupinambás) de São Luís está localizada a dois graus ao sul do equador, a linha imaginária que divide a Terra em dois hemisférios. São Luís é uma cidade histórica que foi fundada em 8 de setembro de 1612 por Daniel de La Touche, Senhor de La Ravardiére, com o objetivo de estabelecer a França Equinocial. Pouco tempo depois uma expedição ao mando de Jerônimo de Albuquerque expulsou os franceses e foi colonizada pelos portugueses. Em 1641 foi invadida pelos holandeses que três anos depois foram expulsos. A ilha de São Luís, caracterizada como porto fluvial e marítimo, desempenhou durante o período áureo da produção de algodão e arroz, o papel de centro agrário, comercial e exportador de grande importância para a economia do Brasil na colônia e no império.



O estado do Maranhão tem uma área total de 331.918 km² e segundo dados do IBGE correspondentes ao Censo Demográfico de 2000, a população residente no estado é de 5.642.960 habitantes com

uma densidade demográfica de 17 hab/km². A mesma fonte indica que São Luís tem uma área de 828 km², uma população residente de 868.047 habitantes, com uma densidade demográfica de 1048 hab/km² e distribuição demográfica urbana de 96 % e rural de 4 %.

São Luís apresenta altas taxas de analfabetismo e evasão escolar, uma elevada pobreza e desemprego. Em geral os indicadores sociais, econômicos e de saúde a situam dentro das cidades brasileiras com menor desenvolvimento.

São Luís do Maranhão tem registrado 529 estabelecimentos de Ensino Fundamental e 86 estabelecimentos de Ensino Médio entre escolas públicas e particulares (Fonte: IBGE, 2001).

Em São Luís há bairros mais populosos e representativos. Assim por exemplo, bairros que exibem uma população com maior nível econômico são o de Renascença e Calhau. Entre os bairros com nível econômico médio estão, por exemplo: Cohab, Cohatrac, Anil e Vinhais. Exemplos de bairros relativamente modestos são: Centro, São Francisco e Turú. Já entre os bairros mais pobres se encontram Sá Viana, Vila Embratel, Cidade Olímpica.

2.2.2 Escolas pesquisadas

Com a finalidade de selecionar uma amostra representativa de escolas, tomou-se a decisão de escolher estabelecimentos de Ensino Médio e Fundamental nas seguintes faixas: de uma zona de alto poder econômico, de poder econômico médio e de zonas modestas.

Em Renascença foi escolhido o Colégio Dom Bosco, uma instituição educativa privada. No bairro Centro foram selecionadas duas escolas estaduais, o Liceu Maranhense e o CEGEL (Complexo Educacional Governador Edison Lobão). No bairro Anil foi considerada a escola CINTRA (Centro Integrado Rio Anil) principalmente porque é uma escola que oferece apoio

às adolescentes grávidas. Tanto o Liceu Maranhense como CEGEL são escolas com alunos de diferentes estratos sociais, médio a baixo. Já o Colégio Dom Bosco é freqüentado por alunos cujas famílias são de melhor condição econômica.

Inicialmente, tomaram-se como amostras três escolas, Dom Bosco, CEGEL e CINTRA. Não obstante, devido a diversas circunstâncias que não possibilitaram um número adequado e significativo de depoimentos e entrevistas, teve-se que abarcar mais outras escolas além das escolas pesquisadas inicialmente com a finalidade de obter os dados necessários para o desenvolvimento da pesquisa e a execução dos objetivos propostos.

Após a escolha das escolas, o próximo passo foi elaborar um questionário a ser aplicado nas escolas com a finalidade de identificar as possíveis adolescentes grávidas que poderiam ser entrevistadas em profundidade, e conhecer o ambiente nesses locais quando o tema tratado é gravidez na adolescência, aborto e educação sexual. Para aplicação do questionário aos alunos e alunas de Ensino Fundamental e Médio, foram encaminhados ofícios para os Diretores das escolas escolhidas solicitando autorização¹.

Entre os objetivos da aplicação do questionário têm-se os seguintes: conhecer a opinião dos alunos e alunas adolescentes em relação ao aborto e gravidez na adolescência, determinar entre as alunas de 12 a 19 anos aquelas que estavam grávidas ou tinham abortado recentemente, e identificar se as adolescentes grávidas sofrem discriminação nas escolas.

Mediante a aplicação do questionário foi mais fácil determinar as alunas que estavam grávidas. Em outras situações a identificação das alunas adolescentes grávidas foi facilitada pelos próprios diretores da escola.

Nos casos das turmas com alunas grávidas, indagou-se discretamente para identificá-las

¹ O modelo do ofício encontra-se no anexo A.

com colegas de sala e logo se procedeu a contatar diretamente com as adolescentes grávidas, previamente identificadas, com a finalidade de obter um depoimento mais aprofundado. Para identificação das alunas entrevistadas praticamente não se utilizou uma seqüência e/ou metodologia de pesquisa pré-estabelecida e finalmente teve-se de utilizar uma abordagem pessoal com muita prudência, cautela e educação.

A identificação das alunas grávidas não foi uma tarefa simples e ainda mais difícil foi obter o consentimento delas para oferecer um depoimento sobre a sua gravidez e outros aspectos psicológicos, familiares, sociais. Apesar do reduzido número de alunas grávidas entrevistadas, algumas delas colaboraram para identificar mais outras alunas gestantes, não necessariamente da escola em questão, que consentiriam em dar um depoimento.

Colégio “Liceu Maranhense”

O primeiro contato formal com as autoridades das escolas foi realizado no dia 18/10/2000, neste caso foi no colégio Liceu Maranhense. Esse contato consistiu na entrega do ofício e uma cópia do projeto de pesquisa aos membros da Diretoria por intermédio do Diretor do colégio. O questionário foi aplicado em 30/12/2000.

Colégio CEGEL

CEGEL é uma escola grande, em contato com a Diretora, ela gentilmente concordou em colaborar para a realização das entrevistas.

Na aplicação do questionário não foi levada em conta a quantidade de alunos, porém a disposição da Direção em cooperar. A turma estava composta de meninos e meninas. No entanto, apesar da presença dos meninos, estes não fizeram brincadeiras e não incomodaram as alunas que estavam respondendo o questionário.

Colégio CINTRA

O Coordenador entregou um mapa detalhado, informando quantas alunas grávidas tinham na escola, idade e nome das alunas. De posse dessa informação foi aplicado o questionário em duas turmas, onde a concentração de alunas grávidas era maior, logo após procurei algumas das meninas da lista, e encontrei duas adolescentes, uma de 19 e outra de 17 anos, que foram posteriormente entrevistadas.

Colégio “Dom Bosco”

Este estabelecimento de ensino é o maior entre os colégios particulares. Os alunos ingressam ao colégio com um cartão magnético, já os pais de família ingressam por outro acesso que somente dá para chegar até o balcão de atendimento. Aspectos do colégio podem ser obtidos na home-page ou URL: <http://www.dbosco.com.br/>

Em uma das numerosas visitas ao colégio, indagando pelo resultado da solicitação de permissão para aplicar o questionário, se estabeleceu contato com uma aluna adolescente. A aluna manifestou interesse em conversar comigo em outro lugar, porque ela tinha sofrido um aborto provocado. Essa foi a única entrevista obtida nesse colégio. Entre outros aspectos a aluna relatou que presenciara alunas grávidas no colégio e sabia de outras – inclusive amigas - que tinham praticado o aborto, mas que não poderia falar por elas. O depoimento desta aluna está consignado neste trabalho. Nesse centro educacional não foi possível a aplicação do questionário devido a falta de autorização da Direção.

Bastidores das entrevistas

As situações que foram vivenciadas nos colégios, previamente às entrevistas, já permite relacionar o fato de que os professores e principalmente os seus diretores não facilitem a realização das entrevistas envolve uma problemática cuja realidade não é conveniente para o

colégio. Sendo que os colégios estão interessados em oferecer uma boa imagem das adolescentes, e pelas teorias higienistas predominantes até agora, a adolescente grávida solteira não é considerada como um exemplo do que a sociedade e o sistema educativo parecem exigir sob essa ótica.

Nos programas curriculares nacionais se estabelece que a orientação sexual seja oferecida transversalmente a todos os alunos. Essa medida ainda não é conhecida na prática pelos colégios; aliás, não pode ser realizada rapidamente, é um processo demorado e por enquanto os resultados somente serão visíveis nos próximos anos.

Os adolescentes, colegas de algumas entrevistadas, na ocasião da aplicação dos questionários em sala de aula se mostraram como eles são, adolescentes, e a curiosidade por saber as respostas das colegas permitiu confirmar o típico comportamento de um adolescente que tem curiosidade sobre assuntos de sexualidade e sente atração pelo sexo oposto.

A aplicação do questionário² teve como proposta identificar a existência de jovens grávidas e/ou que tenham praticado aborto.

O setor administrativo de todos os colégios pesquisados se mostraram reticentes para aceitar a aplicação dos questionários. Apesar da resistência inicial, nos colégios da rede pública foi possível conseguir a autorização respectiva. Já no único colégio particular pesquisado não se recebeu resposta alguma após mais de um ano de insistência. Segundo depoimentos de professores de outras escolas da rede particular do Ensino Médio, essas escolas não oferecem orientação sexual segundo estabelecido nos PCN (Programas Curriculares Nacionais) e geralmente está restrito a algumas palestras oferecidas por especialistas e em algumas disciplinas como Biologia, os professores tratam do tema, porém

não existe um planejamento abrangente que possibilite falar de sexo, sexualidade, gravidez, aborto, desde os primeiros anos do Ensino Fundamental. É verdade que a realidade está mudando faz algum tempo, mas ainda não é o suficiente. Os colégios particulares mais conservadores são os mais caros e exclusivos, são os mais reticentes a tratar abertamente de temas sobre sexualidade.

Outra possibilidade para a negativa dos colégios é que a direção e setor administrativo tentam esconder outras deficiências, pois afinal de contas não tem colégio perfeito. Quando se trata de mostrar as suas instalações com objetivos de propaganda, os colégios particulares mostram e abrem seus locais, mas quando se trata de falar sobre sexo as portas se fecham.

É gratificante ver que há mais liberdade nos colégios da rede pública quando se trata de orientação sexual, mas essa atividade é comprometida pela influência da igreja que impede o uso de contraceptivos, pelo fato de obedecer a valores religiosos. Num dos depoimentos das adolescentes entrevistadas a freira comunica à aluna que no colégio não pode permanecer uma adolescente grávida solteira.

A preocupação pela vida e orientação sexual do adolescente por parte da escola tem chamado a atenção dos pais, que agora se omitem na tarefa. Há, então, a transferência de responsabilidade em que eles deixam integralmente para a escola o papel da orientação sexual.

Para completar a discussão vale ressaltar a omissão da mídia que não oferece apóio a programas de prevenção à gravidez na adolescência.

2.2.3 O Instrumento de coleta de dados

Houve diversas dificuldades para conseguir depoimentos em profundidade de alunas

² O modelo de questionário aplicado encontra-se no Anexo B.

entre 12 e 19 anos que estavam grávidas ou tinham se praticado um aborto. Foi identificado e contatado um número significativo de alunas adolescentes grávidas provenientes principalmente das escolas pesquisadas como também de outras escolas, porém a maioria não quis oferecer um depoimento quando solicitadas. Elas se negavam a dar entrevistas em profundidade por várias causas: temor de ser identificada, vergonha, medo de ser descoberta pelos seus familiares, medo do parceiro, insegurança própria devido à idade, despreparo ou desconhecimento para lidar com uma pesquisa, falta de interesse, não se sentiam a vontade, ou não tinham tempo disponível. Por outro lado, também houve dificuldade em acompanhar todos os casos identificados, não resultou fácil acompanhar diversos casos em simultâneo.

Teve-se cuidado para definir e facilitar as condições que permitam obter os depoimentos. Assim, por exemplo, a discrição foi enfatizada indicando-se que de maneira nenhuma seria revelada a identidade da entrevistada, igualmente elas não estariam obrigadas a responder todas as questões formuladas nem a revelar detalhes que elas considerem como íntimos ou particulares. Entre os fatores mais importantes para obter os depoimentos cita-se a insistência, amabilidade, aproximação, inspirar confiança, entre outros.

As entrevistas foram realizadas na cidade de São Luís do Maranhão durante o período compreendido entre Outubro de 2000 e Setembro de 2002.

Em total foram entrevistadas em profundidade dez mulheres adolescentes as quais enfrentaram uma gravidez, sendo que uma delas fez o aborto.

Roteiro das entrevistas

O roteiro das entrevistas foi elaborado com perguntas cujas respostas possam permitir atingir os objetivos, através de temas e categorias. As entrevistas foram aplicadas de forma que o entrevistador se sinta a vontade por se tratar de uma tema tão polêmico, e pelo fato do

momento ser delicado para a adolescente, as perguntas eram lançadas sem cortar a fala da entrevistada, só se recorria a outra pergunta se a resposta não atingia as perguntas do roteiro³. A forma de abordar as jovens foi cautelosa, com educação. O primeiro contato foi na escola, onde se procurou adquirir a confiança e amizade, logo depois, foi possível um encontro reservado nas residências das mesmas, agendado por telefone, isso depois de muita insistência, visto que as adolescentes não tinham a confiança estruturada na entrevistadora.

2.2.4 Caracterização dos sujeitos

Para uma melhor compreensão da pesquisa apresenta-se na Tabela 2.1 a relação dos sujeitos entrevistados com um resumo do seu perfil, incluindo algumas características como renda familiar, estrutura familiar, religião e a situação antes e após a gravidez. O contato com as entrevistadas foi possível mediante a aplicação de questionários. No Anexo B tem-se o modelo do questionário.

³ O roteiro das perguntas encontra-se no Anexo E.

Tabela 2.1 Resumo do perfil das adolescentes.

Sujeito	Idade na gravidez	Nível sócio-econômico	Estrutura familiar	Religião	Antes de engravidar	Depois de engravidar
Glória	18	“A renda da família varia muito”	“...o pai manda pensão”	Católica não praticante	“...só estudava...nos finais de semana saia...”	“perguntava...se conheciam algum chá para abortar...”
Alina	17	“... por mês acho que ele ganha cento e cinquenta reais”	“...só trabalha o meu pai”	Evangélica	“...minha vida era diferente...só estudava...ia na igreja com mais freqüência.”	“...não penso ter outro neném...nunca pensei em tirar...”
Edilea	16	“...renda familiar é mais ou menos duzentos e cinquenta reais às vezes”	“...meu marido, trabalha fazendo bico”	Católica	“...estava cursando a 7ª série...”	“...parou de estudar...morava longe...”
Júlia	18	“... ele (o marido) estava trabalhando, depois ele saiu do serviço ... eu também estava trabalhando”	“...só meu marido trabalha de bico...a minha família e a de ele ajudam”	Católica	“...só estudava, e ajudava a minha mãe.”	“...acho que vai dar depois que tiver neném, para estudar e trabalhar...nunca pensei em tirar...”
Gabi	17	“... tem tudo em casa”	“...tia é que trabalha”	Católica	“...estudava e ajudava a minha tia, saia...namorava...”	“...não quis abortar...não saiu mais...”
Cláudia	17	“... renda mensal é de 3 salários mínimos”	“...meu marido trabalha, é motorista”	Católica	“...não tinha muita responsabilidade.”	“...tentei tirar, tomei muito chazinho...acabou a liberdade.”
Ruth	18	“... renda é de duzentos e cinquenta reais”	“...meu marido trabalha de vigia noturno”	Católica	“...só estudava e cuidava de meus sobrinhos...ia na igreja...”	“...não pensei em tirar...tive que deixar a escola...”
Marcela	15	“...mãe ganha bem”	“...mãe trabalha de assessora de uma Deputada”	Católica não praticante	“...era diferente, meu comportamento,...era mais criança.”	“...tomei a decisão de abortar...”
Paula	19	“...pai de meu filho ganha uns 400 reais por mês...”	“...ele trabalha na loja do Paraíba”	Católica não praticante	“...só estudava...saia muito...todo final de semana.”	“...nunca pensei em abortar...mudou meu dia a dia...”
Carina	18	“meu pai ganha mais ou menos dois salários mínimos...”	“...ele é aposentado”	Católica	“...saia bastante.”	“...deixei de sair... saia só para estudar.”

- O nome é fictício de maneira a preservar a identidade da pessoa.
- Todos os Colégios, exceto Dom Bosco, são públicos.

Capítulo 3

Análise de Conteúdo

3.1 Descrição dos sujeitos entrevistados

Glória: Glória na época da entrevista tinha 18 anos de idade e a sua primeira gravidez aconteceu aos 18 anos. Ela era aluna do Colégio Liceu Maranhense.

Data da entrevista: novembro 2000.

Local: bairro Vila Embratel.

Alina: Alina na época da entrevista tinha 17 anos, a sua primeira gravidez aconteceu aos 17 anos. Ela era aluna do Colégio “Dayse Galvão de Souza”.

Data da entrevista: 20/12/2000.

Local: bairro Vila Embratel.

Edilea⁴: Edilea na época da entrevista tinha 16 anos, 1ª gravidez aos 14 anos, 2ª gravidez aos 16 anos, aluna do Colégio Sotero dos Reis.

Data da entrevista: 07/01/2001.

Local: bairro Residencial Paraíso.

Júlia: Júlia, na época da entrevista tinha 19 anos, 2ª gravidez aos 19 anos, aluna do

⁴ A gravação da entrevista não foi possível devido a não autorização do marido.

Colégio “Dayse Galvão de Souza”.

Data da entrevista: 22/01/2001.

Local: bairro Itaqui.

Gabi: Gabi, na época da entrevista tinha 17 anos, primeira gravidez aos 17 anos, aluna do Colégio CEGEL.

Data da entrevista: 25/03/2001.

Local: bairro Vila Embratel.

Cláudia: Cláudia, na época da entrevista tinha 18 anos, primeira gravidez aos 18 anos, aluna do Colégio CINTRA.

Data da entrevista: 27/04/2001.

Local: bairro Vila Operária.

Ruth: Ruth, na época da entrevista tinha 19 anos, primeira gravidez aos 19 anos, aluna do Colégio CINTRA.

Data da entrevista: 30/10/2001.

Local: bairro Parque Amazonas.

Marcela⁵: Marcela na época da entrevista tinha 16 anos, 1ª gravidez aos 15 anos, aluna do Colégio Dom Bosco.

Data da entrevista: 07/05/2002.

⁵ Por sentir o tema constrangedor não permitiu a gravação.

Local: bairro Renascença.

Paula: Paula, na época da entrevista tinha 20 anos, primeira gravidez aos 19 anos, aluna do Colégio “Dayse Galvão de Souza”.

Data da entrevista: 04/09/2002.

Local: bairro Sá Viana.

Carina: Carina, na época da entrevista tinha 20 anos, primeira gravidez aos 19 anos, aluna do Colégio CINTRA, morena.

Data da entrevista: 11/09/2002.

Local: bairro Araçagi.

3.2 Definição dos temas e categorias

Os temas foram escolhidos com a finalidade de não permitir o desvio da intencionalidade da pesquisa que era registrar dados concretos e válidos a respeito da gravidez. As categorias, agregadas aos temas, permitem maior consistência no direcionamento do assunto com a entrevistada. O que diz respeito ao tema 6, a ausência de categoria, entende-se não ser necessário devido haver apenas um caso registrado de aborto. Ressalta-se que a escolha dos temas teve como princípio norteador o desenho panorâmico da situação de adolescentes grávidas em São Luís-MA.

Para uma melhor apresentação dos resultados coletados através das entrevistas dividimos as falas dos sujeitos em temas e categorias. Os temas em número de 6 (seis) constituem nos aspectos mais amplos e que possibilitam o “enquadramento” das categorias.

Estas se constroem uma organização mais prática e objetiva dos entrevistados. Sendo assim, os dados referentes, são apresentados conforme se indica na Tabela 3.1.

Tabela 3.1 Temas e categorias

Tema(s)	Categoria(s)
Tema 1: A adolescente antes da gravidez	Categoria 1: O entorno da adolescente e seu dia a dia
Tema 2: Educação sexual da adolescente antes da gravidez	Categoria 2: Educação sexual Categoria 3: Métodos contraceptivos
Tema 3: A adolescente grávida	Categoria 4: Reação inicial da adolescente grávida Categoria 5: O dilema da adolescente
Tema 4: A reação da família e na escola	Categoria 6: A reação da família Categoria 7: A reação na escola
Tema 5: A adolescente mãe	Categoria 8: O atendimento pré-natal Categoria 9: O pai da criança Categoria 10: Mudança de comportamento Categoria 11: O futuro da adolescente mãe
Tema 6: A adolescente que decide abortar	

É preciso ressaltar que neste trabalho as entrevistas em profundidade se complementam com os diversos aspectos dentro da complexidade da problemática, que não pode ser tratada de forma global e integrada somente a partir de uma análise específica de cada depoimento. O fato de levar em conta a composição multidisciplinar do problema da gravidez e aborto na adolescência significa enriquecer e ampliar os resultados da análise dos depoimentos. A seguir a análise dos depoimentos das dez adolescentes entrevistadas.

3.3 Tema 1: A adolescente antes da gravidez

O conhecimento da situação da adolescente na época que antecede à gravidez é importante porque permite uma melhor compreensão dos aspectos sociais, psicológicos, educativos, culturais, econômicos, entre outros, da adolescente grávida.

Pretende-se conhecer basicamente dois aspectos, como era o ambiente familiar e na escola da adolescente, e por outra parte ter uma idéia do dia a dia da adolescente no período que precede a gravidez. O objetivo é caracterizar se nesse período tanto o ambiente bem como o cotidiano da adolescente estava sendo propício ou não para uma gravidez não desejada na adolescência. Inicialmente, tem-se a idéia que a gravidez na adolescência é o resultado de um número de condicionantes relacionados, por exemplo, com a família, com a escola, com os amigos, com o aspecto econômico, entre outros. Um outro ponto de vista é que a adolescente ainda não tem plena maturidade para compreender os riscos de ter uma vida sexual ativa que pode levá-la a engravidar sem assim desejá-lo. Além disso, considera-se que a adolescente que já tem iniciado a sua vida sexual, ainda não está conscientizada da absoluta necessidade da prática e utilização de métodos contraceptivos que previnem da gravidez e de doenças sexualmente transmissíveis. Da mesma forma como se questiona paternidade e maternidade

responsável, deve-se falar em adolescência. Segundo isso, a adolescente responsável deve conhecer os principais contraceptivos e, fundamentalmente, deve ter a responsabilidade de que o fato de não usá-los pode gerar problemas como gravidez não desejada, DST, aborto, entre outros. O ambiente em que a adolescente desenvolve o seu dia a dia vai levar consigo condicionantes favoráveis ou desfavoráveis com influência direta nas idéias mencionadas. Dentro desse ambiente, que envolve a família, a sociedade e a escola, torna-se de particular importância o acesso à educação sexual e saúde reprodutiva da mulher, que a adolescente tem o direito e o dever de conhecer.

3.3.1 Categoria 1: O entorno da adolescente e o seu dia a dia

Considerando os depoimentos das entrevistadas e o observado no decorrer das entrevistas, foi possível delinear algumas características do ambiente em que vive a adolescente. A família e a escola são os ambientes em que a adolescente se desenvolve, igualmente os amigos, a vizinhança. Em alguns casos a família não estava completa, no sentido de que o pai não morava na casa porque tinha formado uma outra família ou porque tinha abandonado a casa anteriormente. A ausência do pai pode resultar em algum tipo de falta de controle e apoio para a adolescente. Em diversos estudos ao respeito do papel do pai na formação dos adolescentes, destaca-se a necessidade do pai para uma família, de forma a oferecer o melhor ambiente familiar para o desenvolvimento dos filhos na adolescência. Há casos em que a ausência do pai é suprida pela mãe, obtendo bons resultados sociais.

Uma característica comum a todas as adolescentes grávidas é que, no momento da gravidez, elas estavam estudando normalmente, evidenciando que, de todas maneiras as famílias das adolescentes entrevistadas faziam o necessário para elas melhorarem na vida. As

adolescentes entrevistadas deixavam transparecer, coincidentemente, que eram estudantes normais, talvez não eram as melhores alunas, mas estudavam com o objetivo de ser alguém na vida.

A maioria das entrevistadas pertencia a famílias que enfrentavam dificuldades econômicas e, inclusive, algumas das famílias não tinham o pai morando com elas. Lembre-se que a tendência da pesquisa está voltada principalmente para as adolescentes grávidas de baixa condição econômica. Apenas uma das adolescentes entrevistadas é de uma família com uma boa condição econômica.

De acordo com os depoimentos, as adolescentes possuíam uma vida diferente antes da gravidez. O conhecimento dos momentos prévios à gravidez é uma etapa inicial da dinâmica de fenômenos psicológicos, sociais e culturais que caracterizam as causas da gravidez e aborto nas adolescentes. A seguir alguns trechos nos depoimentos das adolescentes entrevistadas que irão ajudar na compreensão de algumas das inúmeras causas que formam parte da complexa realidade da gravidez na adolescência.

Na maioria dos casos as adolescentes não tinham algum tipo de controle por parte dos pais quando elas saíam para se divertir as noites com os amigos, sendo esse um hábito quase comum hoje em dia.

Glória, 18 anos, 1ª. gravidez.

“[...] A renda da família varia muito, a mãe vende comida, café, bolo, torrada no Portinho, perto do Desterro. Às vezes, ela vende tudo, mas às vezes ela não tem nem um real para passar o dia.”

“[...] Passamos muita dificuldade, o pai manda uma pensão mas é pequena e é repartida para todos os filhos ...”

“[...] Antes de engravidar eu só estudava não tinha nenhuma responsabilidade, saía a tarde e só voltava à noite, porque estava estudando no turno vespertino no Liceu Maranhense e à noite fazia o Curso de Magistério no Colégio Vicente de Paula. E os finais de semana curtia a vida, saía com meu namorado e as festas”

[Nota do autor - NA] “A garota falou que a sua primeira vez, a primeira experiência sexual aconteceu na sua casa quando ela estava com 15 anos. Ela saía durante o São João, em uma dança junina chamada Dança Portuguesa e o seu namorado também, e disse que eles chegavam de madrugada. Como ele a deixava em casa, ela sempre dizia para ele dormir lá, em uma noite dessas aconteceu a primeira relação sexual com o atual pai de sua filha.”

[NA] “Ela namorou outras pessoas, mas sempre que se encontrava com o primeiro namorado ficavam juntos.”

Alina, 1ª. gravidez aos 17 anos.

“[...] Aqui em casa só trabalha o meu pai, ele conserta relógio, trabalha por conta dele mesmo. Por mês acho que ele ganha cento e cinqüenta reais.”

“[...] Aqui em casa moram 11 pessoas.”

“[...] Eu sou evangélica, da igreja do Evangelho Quadrangular”

“[...] Antes de engravidar minha vida era diferente, não tinha muita responsabilidade como tenho agora, antes só estudava e cuidava de meus sobrinhos, filhos de uma irmã que mora em Fortaleza, ia à igreja com mais freqüência.”

Edilea, 1ª. gravidez aos 14 anos, 2ª. gravidez aos 16 anos.

[NA] “Ela estava cursando a 7ª série do Ensino Fundamental e estudava no Colégio Sotero dos Reis, uma escola pública localizada na Rua São Pantaleão, no centro da cidade.”

Júlia, 2ª. gravidez aos 19 anos.

“[...] Antes de engravidar eu só estudava, e ajudava a minha mãe em casa, as responsabilidades não eram muitas como agora, de certa forma mudou minha vida.”

Gabi, 1ª. gravidez aos 17 anos.

“[...] Eu sou católica. Eu moro com a minha tia... A casa é da minha tia... Eu sempre morei com ela”.

“[...] Antes de engravidar eu estudava e ajudava a minha tia, saía com minhas amigas a festas, namorava, agora minha vida mudou não saio mais como o fazia antes, agora penso só em trabalhar para cuidar da minha filha”.

Cláudia, 1ª. gravidez aos 18 anos.

“[...] Minha vida mudou demais depois da gravidez, acabou a liberdade”.

Ruth, 1ª. gravidez aos 19 anos.

“[...] Antes de engravidar minha vida era diferente, não tinha muita responsabilidade como tenho agora, antes só estudava e cuidava de meus sobrinhos... ia na Igreja com mais frequência”

Marcela, 1ª. gravidez aos 15 anos.

“[...] Antes da gravidez eu era totalmente diferente, meu comportamento era diferente, lógico que era mais criança que adulta, quando engravidei foi diferente, comecei a amadurecer mais e tomar uma determinação mais certa para mim, é por isso que tomei essa

decisão de abortar, hoje em dia não me arrependo do que eu fiz, mas também não pretendo voltar a fazer, por que com tudo que me aconteceu serviu para olhar a vida de uma outra forma, si não teria acontecido essa gravidez quem sabe ate agora meu pensamento continuaria sendo infantil”.

Paula, 1^a. gravidez aos 19 anos.

“[...] Antes de engravidar, eu só estudava e não tinha responsabilidade de nada, quando saia do colégio nem me importava a hora de eu chegar para casa, saia muito com minhas amigas, com o pai de meu filho, e também saia todo final de semana para jogar futebol, e quando fiquei grávida mudou meu dia a dia, comece a sair menos, e com o nascimento de meu filho mais ainda, a vida mudou totalmente.”

Carina, 1^a. gravidez aos 19 anos.

“[...] Antes de engravidar como eu falei eu namorava outro rapaz, que minha família não gostava por que ele não trabalhava, e eu saia bastante a shows com minhas amigas, mais quando engravidei deixei de sair, ficava mais em casa, é lógico que a vida muda, até a maneira de pensar é diferente, e mais ainda eu que queria ter meu filho, comece a me cuidar e ficar em casa, saia só para estudar.”

3.4 Tema 2: Educação sexual da adolescente antes da gravidez

Com a finalidade de ter-se uma melhor visão do aspecto da educação sexual, na Tabela 3.2 é apresentado um resumo relacionado com cada uma das entrevistadas e tomando como base os depoimentos delas.

A gravidez na adolescência pode ser considerada como uma gravidez não desejada exceto em alguns casos como, por exemplo, quando a adolescente já está casada. Porém, em todas as situações a gravidez de uma adolescente está relacionada com educação sexual e o uso de métodos contraceptivos, o que pode ser interpretado como que a adolescência é uma etapa na vida da adolescente em que a educação sexual e o uso de anticoncepcionais são aspectos fundamentais no seu desenvolvimento. Um fator importante que fica além do simples conhecimento dos métodos contraceptivos e de ter acesso à educação sexual, é que a adolescente deve ter consciência do que significa para ela uma gravidez na adolescência. Em vista que a adolescência é um período no trânsito a maturidade, resulta evidente que a adolescente nem sempre vai ter plena responsabilidade dos seus atos durante a sua vida sexual ativa nessa faixa etária. Pareceria que nesta discussão o parceiro - seja adolescente ou não - de uma adolescente não cumpre papel nenhum ou que não tem responsabilidade nenhuma pelas conseqüências de ter vida sexual com a sua companheira adolescente, pelo contrário, ele tem essa responsabilidade compartilhada.

Tabela 3.2 Aspectos da educação sexual das adolescentes.

Sujeito	Escola	Família	Métodos contraceptivos	A primeira vez
Glória	“...ocorrem debates e se discute com os professores sobre a educação sexual...”	“...mãe na falava sobre sexo...”	“...coito interrompido, camisinha...”	“...coito interrompido...”
Alina	“...professora da 8ª série, dava muita orientação...”	“...mãe nunca conversou sobre isso...”	“...camisinha, comprimido...”	“...não usei nada.”
Edilea	“...na minha escola falaram um pouco sobre a camisinha só.”	“...mãe nunca conversou sobre como se cuidar...”	“...conheço alguns métodos pelas minhas amigas...”	“...não estava utilizando nenhum método, nunca utilizei...”
Júlia	“...não tive educação sexual...”	“...não se conversou sobre isso.”	“...camisinha, pílula...”	“...não estava usando nenhum método...nunca utilizei...”
Gabi	“...não tinha aula de educação sexual, nem em biologia.”	“...não conversava com ninguém...”	“...camisinha, oral, injeção, tabelinha...”	“...não estava usando nenhum método para não engravidar...achava que não ia acontecer.”
Cláudia	“...falavam as professoras de português de vez em quando.”	“...nunca me falaram sobre educação sexual...”	“...pílula, camisinha...”	“...estava usando pílula, ai esqueci de tomar...ele nunca soube que tomei pílula...”
Ruth	“...professora de matemática sempre falava dos contraceptivos...”	“...mãe nunca falou nada sobre sexo...”	“...conhecia os métodos, a pílula, tabela, camisinha, injeção...”	“...não estava usando nadinha...”
Marcela	“...temos uma disciplina de ciências onde falam de tudo isso...mas não temos disciplina de sexualidade.”	“...sobre sexo a sua mãe só falava para...ter cuidado...não tinha tempo...”	“...pílula, camisinha, coito...”	“...sempre usava a camisinha...”
Paula	“...professora explicava como se cuidar e sobre doenças sexualmente contagiosas.”	“...mãe sempre falou sim mas só para ter cuidado...”	“...conheço só a camisinha...”	“...nunca usamos nenhum método...não gosto...”
Carina	“...não temos uma disciplina de educação sexual...professora de português fala...uma vez tivemos uma palestra de educação sexual.”	“...mãe falou sim mas só para ter cuidado, mais nada...”	“...conheço todos os métodos anticoncepcionais...camisinha.”	“...sempre transei com camisinha, não sei como aconteceu...”

Mas como este trabalho tem a ver com a adolescente grávida, a ênfase da discussão vem pelo lado da adolescente, quem é o sujeito principal desta pesquisa. Assim, por exemplo, quando o parceiro tem recebido algum tipo de educação sexual, é possível que esses conhecimentos também sejam passados para a sua parceira. Coincidentemente todas as entrevistadas tinham um namorado ou parceiro estável na época que elas engravidaram, então a gravidez delas não foi resultado de um caso fortuito ou de uma aventura passageira, de modo que tanto elas quanto os namorados tiveram oportunidade de tocar o aspecto de educação sexual, métodos contraceptivos, etc.

A seguir são destacados os aspectos de educação sexual que as entrevistadas receberam ou tiveram acesso, além do conhecimento e prática dos métodos contraceptivos no período prévio à gravidez.

3.4.1 Categoria 2: Educação sexual

A educação sexual na prática é considerada apenas como a simples transmissão de informação sobre sexo e sobre alguns métodos contraceptivos. Sob essa perspectiva talvez as adolescentes nas entrevistas até pareceria que realmente tinham acesso a uma educação sexual adequada. Mas a realidade é outra, a idéia de que a educação sexual deve envolver o compromisso de conscientização dos adolescentes (sejam meninos ou meninas), no sentido de que eles devem ser responsáveis da sua vida reprodutiva, resulta de fundamental importância. Não adianta que numa escola se fale esporadicamente ou em alguma oportunidade sobre educação sexual, quando na verdade o que os adolescentes precisam é de um programa muito mais abrangente que objetive a sua conscientização, em que se fale plena e abertamente de sexo, paternidade, maternidade, gravidez, aborto e o papel que cada adolescente deve assumir

nesse momento da sua vida e posteriormente no futuro próximo quando irão se converter em adultos. Quando se fala em adolescentes entendem-se os meninos e meninas.

Em quase todos os casos as adolescentes pesquisadas não tinham uma relação de confiança com os pais e familiares como para falar sobre educação sexual, gravidez, aborto, ou temas relacionados com o sexo. Esses temas são tidos como um tabu no ambiente familiar delas.

No caso da escola fica evidente que não existe um programa de educação sexual para adolescentes com objetivos, métodos, etc. que possa ser transmitido ao aluno visando a sua conscientização em relação a temas como risco das doenças sexualmente transmissíveis, paternidade, maternidade, aborto e gravidez.

O papel das amigas e colegas de escola parece ser “transcendental” na educação sexual das adolescentes entrevistadas porque se comporta como um dos veículos de educação sexual da adolescente, do tipo tirar dúvidas e curiosidades sobre sexo e contraceptivos. Esse papel das amigas e colegas, no entanto não poderia ser considerado eficiente nem altamente positivo, a maioria delas não tem os elementos, nem conhecimentos necessários, para oferecer uma adequada educação sexual às colegas e amigas, elas são inexperientes e pouco preparadas.

Essa realidade das amigas adolescentes sendo conselheiras de outras adolescentes, pode ser entendido como um caso de auto-educação sexual. Um aspecto merece destaque, é o fato de que as adolescentes confiam o suficiente nas amigas mais íntimas até o ponto de falar abertamente sobre sexo, paquera, namoro, contraceptivos, etc. Esses níveis de confiança seriam desejáveis que elas tivessem com os pais e familiares, com os professores, e com os adultos que têm contato com elas.

Para um melhor entendimento da categoria 4, adotou-se a estratégia de dividi-la em subcategorias, as quais são consideradas a seguir.

No caso da escola

A seguir têm-se algumas frases das entrevistadas, as quais permitem uma visão do panorama da educação sexual antes da gravidez. Aliás, atualmente nos PCN considera-se orientação sexual em lugar de educação sexual. Nos depoimentos pode-se ver que esse rol encomendado às escolas ainda não tem a abrangência e rigor necessário como para ser considerado como orientação sexual, apenas é alguma informação fornecida de maneira não planejada.

Uma palestra oferecida eventualmente, sem periodicidade nenhuma não pode ser considerada como parte de um programa de orientação sexual. Nos depoimentos indica-se que foram oferecidas palestras sobre educação sexual, isso não está errado, mas não há sinais de que esteja inserida dentro de um objetivo de oferecer uma eficiente orientação sexual.

Glória

“[...] No Liceu Maranhense ocorrem debates e se discute com os professores sobre a educação sexual, mas não tem um profissional que trate especificamente desse assunto.”

“[...] No Colégio Vicente de Paula, a educação sexual era feita pela professora de Religião, que no caso era uma freira, quem tinha uma visão moral e religiosa do problema, ... a freira não tinha uma visão biológica, de explicação do corpo, como ele funciona, etc.”

Alina

“[...] Eu soube dos métodos na escola, minha professora da 8ª série, me dava muita orientação. A professora de Ciências, sim, eu estava na 8ª e ela dava Ciências. Os meus professores gostam muito de mim, me dão muito conselho, dizem para não procurar outro tão

cedo, para me prevenir, usar comprimido, usar camisinha, uma camisinha não é cara. Eles me dizem muito isso.”

“[...] Em casa a minha mãe nunca conversou sobre isso, nem na minha primeira menstruação, essas coisas ela nunca me contou. Hoje em dia ela é arrependida, porque ela não contou para nenhuma das filhas dela. Quando a gente ficava menstruada, a gente escondia, quem sabia eram as vizinhas. Diziam para ela e ela se achava assim, ‘poxa eu não orientei as minhas filhas, hoje em dia minhas filhas fizeram coisa errada, era para eu ter orientado elas há muito tempo’.”

Edilea

“[...] na minha escola que falaram um pouco sobre a camisinha só.”

“[...] Em casa minha mãe nunca conversou sobre como se cuidar, eu conheço alguns métodos pelas minhas amigas e na minha escola que falaram um pouco sobre a camisinha só.”

“[...] Minha primeira relação sexual foi com o meu marido, eu não estava utilizando nenhum método, nunca utilizei na verdade, nem na primeira e nem na segunda gravidez.”

Júlia

“[...] Eu estava só namorando, não estava usando nenhum método. Eu conhecia mais era a camisinha e também a pílula anticoncepcional, só sei essas mesmo, mas não tomava nada não”

“[...] Depois de um ano de namoro que eu engravidei, eu não usava nada.”

“[...] Eu não tive educação sexual, nem em casa nem na escola. Em casa não se conversava sobre isso.”

Gabi

“[...] Eu não estava usando nenhum método para não engravidar. Eu conheço a camisinha, o anticoncepcional (oral), a injeção, tabelinha. Eu soube não foi aqui em casa e nem na escola, foi assim de ler revista, essas coisas, na televisão, assim.”

“[...] Mas, eu não usei nenhum método. Eu estava namorando há um mês e meio mais ou menos. Ele também não conversou, nem falou de nenhum método. A gente achava que não ia acontecer.”

“[...] Na escola não tinha aula de educação sexual, nem em Biologia”

Cláudia

“[...] A minha primeira vez foi com o meu marido ... eu estava namorando com ele, dois meses depois eu engravidei.”

“[...] Na escola nos falavam as professoras que tinham mais intimidade com a gente, na minha escola minha professora de português explicava um pouco para gente só de vez em quando.”

Ruth

“[...] na escola minha professora sempre falava acerca dos contraceptivos, minha professora de matemática falava para nós porque ela gostava muito de nós.”

Marcela

“[...] No colégio nós temos uma disciplina de ciências onde falam de tudo isso, tem uma unidade que falam sobre os métodos contraceptivos e tudo mais, mas não temos uma

disciplina específica sobre sexualidade.”

Paula

“[...] Na escola uma professora falava sobre como a gente se cuidar e também explicava sobre as doenças sexualmente contagiosas.”

Carina

“[...] Na escola não temos uma disciplina de educação sexual, mas uma professora muito boa e amiga da gente fala sobre sexo e os cuidados, ela é professora de português, e uma vez tivemos uma palestra de educação sexual ”

Antes da gravidez como era a educação sexual das adolescentes em casa.

Em casa as adolescentes praticamente não tinham educação sexual, o pai nem sequer é citado, já no caso da mãe o papel dela é voltado para dar recomendações e que a filha tome cuidado ao sair com garotos ou com o namorado. Não existe uma relação com os pais que permita pelo menos conversar sobre sexo, sexualidade e aspectos reprodutivos. Continua sendo um tabu dentro de casa, os pais preferem não falar sobre temas de sexo e saúde reprodutiva. Essas adolescentes nem sequer tiveram alguma informação por parte dos pais antes da sua primeira menstruação. Como os pais iriam falar com a filha sobre sexo quando nem sequer foram capazes de falar sobre um fato tão natural como é a primeira menstruação.

Depois da gravidez da filha, os pais parecem tomar consciência e assumem os seus erros, a sua omissão, o fato de não ter vencido esse tabu de falar sobre sexo com os filhos.

Glória

“[...] A minha mãe não falava sobre sexo em casa, só falava para tomar cuidado, ficarem de olho, essas coisas. É que a mãe era bastante envergonhada, e nunca falou sobre isso.”

Alina

“[...] Em casa a minha mãe nunca conversou sobre isso, nem na minha primeira menstruação, essas coisas ela nunca me contou. Hoje em dia ela é arrependida, porque ela não contou para nenhuma das filhas dela.”

Edilea

“[...] Em casa minha mãe nunca conversou sobre como se cuidar, eu conheço alguns métodos pelas minhas amigas”

Júlia

“[...] Eu não tive educação sexual, nem em casa nem na escola. Em casa não se conversava sobre isso. Quando eu namorava com o meu marido na casa da mãe dele, é que a mãe dele conversava comigo, ela falava: “olha Júlia tu tens que fazer isso...aquilo...”. Falava sobre isso comigo, perguntava se minha mãe conversava comigo, “eu disse que não”. A minha mãe é super tímida assim, ela não falava sobre isso.”

“[...] Nem quando eu estava para menstruar, ela não falava. Quando eu menstruei, eu não fiquei com medo assim, porque eu já sabia, porque as vezes as outras meninas me contavam, mas a primeira vez que elas me contaram, eu fiquei assim. Era uma coisa do outro mundo para mim.”

“[...] Teve uma colega minha que, a mãe dela também não conversava com ela sobre

esses assuntos, aí quando ela teve, ela se assustou, ela não sabia nem o que era, aí que ela foi saber.”

“[...] E eu não fiquei porque eu escutava dos outros, em livro assim, revistas, mas que a minha mãe tivesse conversado comigo, não. Ela nunca conversou. Nem na escola, só as colegas e a gente, ficava assim em grupinho, que a gente falava tem vez, de namorado”

Gabi

“[...] Aqui em casa, eu não conversava com ninguém. Eu menstruei aos 13 anos, e nem sabia o que era isso. Eu estava cortando uma galinha, e sempre tem sangue, eu pensei que fosse da galinha ou que eu tinha me cortado”.

Cláudia

“[...] Em casa nunca me falaram sobre educação sexual, eu soube de tudo pelas minhas amigas e pela televisão”.

Ruth

“[...] Na minha casa minha mãe nunca falou nada sobre sexo nem sobre os métodos contraceptivos mas eu sabia quase de todos os métodos para se prevenir, minhas amigas falavam.”

Marcela

[NA] “Marcela manifestou que tinha uma boa relação e amizade com sua mãe, inclusive conseguia falar para ela de coisas de namorados, mas sobre sexo a sua mãe só falava para Marcela ter cuidado e que ainda era muito nova para essas coisas. Como a mãe da Marcela

trabalhava, inclusive não tinha muito tempo para a filha. Os pais da Marcela eram desquitados e ela morou somente com a mãe desde criança.”

Paula

“[...] Na minha casa ninguém falava sobre sexo ou essas coisas, meu pai não nada, a gente não tem confiança nele, ele não falava sobre sexo com nenhuma das filhas. A minha mãe falava um pouco sobre ter cuidado, mas como eu não tinha namorado, aliás, a minha família não sabia do meu namorado.”

Carina

“[...] minha mãe sempre falou sim, mas só para ter cuidado, mais nada,”

Em todas as falas das adolescentes, fica claro que os pais não dialogaram com as filhas sobre sexualidade e temas relacionados e de algum modo deixaram essa responsabilidade para os professores na escola, para as amigas e amigos da filha, e para a TV bem como outros meios de comunicação. O rol do Governo não é explícito e segundo as entrevistas não se mencionou em momento algum, a não ser quando algumas adolescentes admitiram que parte dos seus conhecimentos sobre sexualidade foi adquirida através da TV, quem sabe mediante programas do Governo ou de alguma ONG (Organização Não Governamental) e possivelmente dentro de alguma campanha sobre a AIDS. A Igreja não é mencionada pelas adolescentes, pelo menos antes da gravidez não, depois de ficarem grávidas é que uma adolescente chegou a falar que na sua Igreja evangélica recebeu palavras de apoio.

3.4.2 Categoria 3: Métodos contraceptivos

Os diversos métodos anticoncepcionais podem ser classificados em cinco grandes grupos, mostrados a seguir:

- Métodos naturais ou de abstinência periódica:
 - Coito interrompido
 - Tabela
 - Temperatura basal
 - Muco (Billings)
- Métodos hormonais:
 - Anticoncepcionais orais
 - Injetáveis
 - Pílula do dia seguinte
- Métodos de barreira:
 - Condom
 - Diafragma vaginal
 - Geléia espermicida
 - Espuma vaginal
- Métodos mecânicos: Dispositivo intra-uterino (DIU)
- Métodos cirúrgicos de contracepção permanente:
 - Esterilização feminina (ligadura de trompas)
 - Esterilização masculina (vasectomia)

Os métodos anticoncepcionais naturais não dependem do uso de produtos químicos. Entre as suas vantagens pode-se mencionar que eles ajudam a conhecer o corpo devido a que é preciso saber o período fértil, como também quando engravidar e quando ter relações sexuais e, por outro lado, não custa dinheiro, não é preciso ir ao médico. Entre as desvantagens

destaca-se a exigência de observação e disciplina do casal, de longos períodos de abstinência sexual quando o casal não quer engravidar, e, por outro lado, a regulação pode diminuir a espontaneidade sexual. Salienta-se, ainda, a falha elevada além de outros fatores devidos, por exemplo, à variabilidade do período da ovulação.

A seguir uma descrição das características dos principais métodos anticoncepcionais.

Coito Interrompido

Consiste na retirada do pênis da vagina da mulher no momento da ejaculação. Esse método não é muito eficaz devido ao fato de que a saída do sêmen é freqüente antes da ejaculação e isto poderá resultar numa gravidez pela quantidade de milhões de espermatozóides que podem estar nessas gotas de sêmen. Também é difícil o homem controlar seu próprio corpo para interromper a relação no momento exato, já que seu maior prazer ocorre justamente antes da ejaculação, não é um método satisfatório porque pode atrapalhar o prazer sexual do casal.

O coito interrompido é considerado o método inventado naturalmente mais primitivo de anticoncepção. Prevalece no século XIX, para o controle populacional na Suíça e na França e é provavelmente o mais usado na Europa. Para o emprego satisfatório desse método, o homem deve ter autocontrole, estar muito motivado e possuir um forte senso de responsabilidade para proteger sua parceira sexual.

É insatisfatório para o homem com ejaculação prematura ou precoce. Calcula-se que essa forma seja inadequada para cerca de 50% de todos os homens devido à incapacidade de controlar a ejaculação. Embora se tenha afirmado muitas vezes que está associado a efeitos colaterais psicológicos ou à produção de prostatite crônica, isto não pode ser confirmado. O índice de falhas é calculado entre 6 e 16 por 100 mulheres-ano. Como o coito interrompido

constitui um método sempre disponível e sem despesas, deve ser ensinado para as situações em que não existe nenhum outro método utilizável.

Temperatura basal

Este método exige que todos os dias, antes de se levantar, a mulher meça e anote sua temperatura, colocando o termômetro debaixo da língua ou da axila. Assim, vai notar que sua temperatura diminui um pouco na véspera da ovulação e que aumenta no dia da ovulação.

Preservativo (condom ou camisinha)

Quando usado de modo correto sua eficácia é alta, particularmente se utilizado com espermicida. Podem-se enumerar algumas vantagens, entre elas: dispensa de receita médica, a participação masculina, a proteção contra enfermidades de transmissão venérea, a ausência de complicações médicas e o baixo custo. Porém, exige grande motivação e interfere no jogo pré-coital. Os adolescentes levantam algumas objeções, como perda de sensibilidade, risco de ruptura, roubo da espontaneidade do ato sexual, que, entretanto, podem ser contornadas, desde que se ofereçam informações necessárias para o seu uso.

Diafragma

Método pouco utilizado na América Latina (1 a 6%), particularmente entre a população brasileira. É um método de barreira, combinado com substâncias espermicidas. A eficácia (teórica) do método é de 95% e o índice de fracasso de até 40%. Não produz efeitos secundários, além de ser boa a proteção contra enfermidades de transmissão sexual.

Desvantagens: necessidade de consulta médica, o custo, interferência pré-coital, exigência de alto grau de motivação por parte da usuária.

A maioria dos estudos assinala que, entre as adolescentes, o método não obtém sucesso e revela um alto índice de fracasso e abandono. Tais estudos apontam que as causas determinantes são a dificuldade de manipulação dos genitais, a exigência de disciplina e a programação antecipada do relacionamento sexual.

Espermicidas (geléias, cremes e comprimidos para uso vaginal)

Os espermicidas são compostos com substâncias espermicidas, do tipo cloreto de benzalcônio e nonowynol-9, em geral, não são indicados para uso isolado, entre adolescentes. Se combinados com diafragma ou camisinha, a eficácia aumenta e é estimada entre 80 a 85%.

As vantagens são o custo, venda sem receita médica e poucos efeitos colaterais. No entanto, há desvantagem: exigem bastante motivação, interferem com a evolução espontânea do coito, além de não poderem ser encontrados com facilidade.(SILVA, 1994: 137)

Dispositivos intra-uterinos

Devido às peculiaridades da vida sexual da maioria das adolescentes, o DIU poderia tornar-se uma alternativa interessante, pois, requer apenas uma motivação inicial para a sua inserção, e colocado no lugar é bastante eficaz, não denuncia a sua usuária. Além disso, adapta-se ao comportamento sexual nesta faixa etária, geralmente as relações sexuais são esporádicas. Porém, o método produz efeitos como dor, sangramentos anormais e, principalmente, infecções que poderiam comprometer a fertilidade futura. E mesmo os artefatos de dimensões reduzidas devem ser contra-indicados com absoluta decisão, principalmente, entre as nulíparas.

Anticoncepcionais orais

Bastante difundidos entre as adolescentes, têm alta eficácia (0,5 gestações por cada 100 mulheres ao ano), tem como principal vantagem a desvinculação do coito, asseguram hemorragia cíclica e são de fácil acesso e baixo custo.

As razões para a sua rejeição, geralmente, dizem respeito ao temor dos efeitos colaterais imediatos, como aumento de peso, acne, edema. Tais efeitos são incompatíveis com a preocupação da auto-imagem que as adolescentes possuem. Ocorrem também preocupações referentes a alguns mitos, como o declínio da fertilidade futura, o aparecimento de câncer e prejuízos para o crescimento e desenvolvimento do corpo.

A desvantagem concerne da ingestão diária, fato que denuncia a prática sexual das adolescentes, pois, as relações sexuais nessa faixa etárias, geralmente são esporádicas. As contra-indicações do método são: idade ginecológica inferior a 3 anos e ciclos irregulares de etiologia não esclarecida. Ressalta-se, no entanto, que em comparação com outros métodos, a pílula oral tem o menor índice de fracasso entre os adolescentes.

Anticoncepcional injetável

O Depo-Provera tem um índice de fracasso muito baixo, equivalente ao da pílula. Ele requer pouca motivação e tem baixo custo, sua aplicação é feita a cada três meses. Entre as desvantagens constam: os sangramentos intermitentes, o aumento de peso e a possibilidade de amenorréia depois de um tempo de uso.

A partir desse quadro, inúmeros questionamentos surgem: Como os adolescentes podem exercer a sua sexualidade sem danos físicos ou psicológicos? Aqueles que têm relações sexuais conhecem o seu corpo, no caso das meninas, o ciclo reprodutivo? Os métodos

anticoncepcionais são utilizados por essa faixa etária? Por que não? Os métodos contraceptivos são utilizados corretamente?

Pílula do dia seguinte (pós-coital)

É um recurso a ser considerado em situações de emergência, não raro em clínicas de adolescentes. A pílula do dia seguinte deve ser administrada no menor prazo possível após o coito, nunca após 72 horas de sua ocorrência. Geralmente, são empregados diferentes tipos de estrógenos em altas doses, ocasionando como principais efeitos colaterais, vômitos e náuseas.

DESSER, (1993: 46) ao analisar o uso desses métodos contraceptivos entre as suas informantes, tem como resultado, falha no coito interrompido, intolerância ao contraceptivo oral. Também vale ressaltar, a dificuldade de utilizar um contraceptivo oral, quando existem relações sexuais, apenas ocasionais. Outro fator é a não premeditação da atividade sexual, pois, algumas adolescentes, em seus depoimentos, afirmaram que não pretendiam manter relações sexuais com seus parceiros, e, por este motivo, não utilizaram nenhum método. As entrevistadas que utilizaram métodos contraceptivos é importante saber como foram utilizados. Desser analisa que das entrevistadas que usaram contracepção antes da ocorrência da gravidez, valeram-se da tabelinha ou do coito interrompido. Porém, os métodos foram comprometidos seja pela não premeditação ou pela ignorância, ou por ambas. Além disso, há, segundo a autora, entre as adolescentes das camadas de baixa renda, um amplo desconhecimento do ciclo reprodutivo. A camisinha é um método contraceptivo que não foi utilizado, antes da gravidez, por nenhum parceiro das adolescentes. Torna-se, assim, um método que engloba em seu uso, inúmeras subjetividades, ou seja, o casal não utiliza a camisinha por diversos motivos. Pode-se afirmar que a maioria já ouviu falar e conhece a

camisinha, mas o seu não emprego decorre de fatores sociais, seja pelo mito de cortar o barato da relação, vergonha da mulher em pedir que o parceiro use a camisinha, resistência dele em utilizar a camisinha, etc.

“Os motivos de não utilização incluídos entre ‘corta o barato’ e as ‘ocasiões do intercurso não são previsíveis’ são associados e referidos como ‘não premeditação’. A adolescente não pode pedir a seu namorado que ande com o preservativo no bolso sem assumir a predisposição ao contato sexual” (DESSER , 1993: 47)

As adolescentes entrevistadas iniciaram sua vida sexual aproximadamente aos 15 anos. As entrevistadas saíam e se divertiam, paqueravam e namoravam como a maioria das adolescentes o faz, tinham uma vida sexual ativa, mas nem sempre frequente. Desde a época em que tiveram a sua primeira relação sexual até engravidar não passou pouco tempo, uma estimativa segundo os depoimentos das entrevistadas é que esse período vai de algumas semanas até dois anos, o que em média representa de seis meses a um ano.

Quando se fala em vida sexual ativa na adolescência, aparece indissolúvel e de importância a utilização de métodos contraceptivos. Isso deriva do pressuposto de que a gravidez na adolescência não representa a melhor época para uma gravidez desejada, pelo contrário, pode gerar uma gravidez indesejada. Os motivos são diversos, a adolescente ainda não está preparada para ser mãe sob diversos pontos de vista, principalmente biológico, psicológico e econômico.

Em relação ao uso de contraceptivos nas relações sexuais, as adolescentes indicaram que era deficitário, talvez porque não tinham real consciência sobre o risco da gravidez e das doenças sexualmente transmissíveis. A maioria das adolescentes tinha conhecimento acerca da camisinha. Entre os outros métodos contraceptivos que conheciam e praticavam algumas delas, tem-se, por exemplo, a tabelinha, o coito interrompido, a pílula. Mas, nem sempre o

conhecimento dos métodos contraceptivos vai significar que a sua prática esteja garantida, há uma grande diferença que a adolescente conheça um método contraceptivo e chegue a utilizá-lo sempre que seja necessário.

As adolescentes entrevistadas não pretendiam engravidar na adolescência ou pelo menos não tinham pensado nisso. Os depoimentos confirmam que se tratava de gravidezes indesejadas.

O conhecimento que as adolescentes tinham acerca dos métodos contraceptivos não foi oferecido pelos pais. As amigas e a escola surgem como os principais meios de informação além da TV e revistas. Em alguns casos a falta de conhecimento cabal do método contraceptivo levou a que a menina engravidasse; isso, unido ao fato de que não existe um método contraceptivo cento por cento seguro também é salientado nas entrevistas.

O conhecimento das adolescentes grávidas sobre os contraceptivos apenas tem sido superficial, não há evidências claras de que elas conheçam a eficácia e confiabilidade de cada um dos métodos contraceptivos que usaram antes da gravidez.

A seguir em alguns trechos dos depoimentos pode-se ver o conhecimento e prática dos métodos contraceptivos por parte das adolescentes entrevistadas.

É possível ver que segundo alguns dos depoimentos, as adolescentes não usaram nenhum contraceptivo nas suas relações sexuais que causaram a gravidez, apesar de que uma menina conhecia sobre métodos contraceptivos.

Glória

“[...] O método anticoncepcional que Glória utilizava era o coito interrompido, no dia que transou ela pediu para ele tirar e afirmou ter nojo de esperma, e ele gozou dentro.”

Alina

“[...] Eu soube dos métodos na escola, minha professora da 8ª série, me dava muita orientação.”

Edilea

“[...] Minha primeira relação sexual foi com o meu marido, eu não estava utilizando nenhum método, nunca utilizei na verdade, nem na primeira e nem na segunda gravidez.”

Júlia

“[...] Eu estava só namorando, não estava usando nenhum método. Eu conhecia mais era a camisinha e também a pílula anticoncepcional, só sei essas mesmo, mas não tomava nada não.”

“[...] Depois de um ano de namoro que eu engravidei, eu não usava nada.”

Gabi

“[...] Eu não estava usando nenhum método para não engravidar. Eu conheço a camisinha, o anticoncepcional (oral), a injeção, tabelinha. Eu soube não foi aqui em casa e nem na escola, foi assim de ler revista, essas coisas, na televisão, assim.”

“[...] Mas, eu não usei nenhum método. Eu estava namorando há um mês e meio mais ou menos. Ele também não conversou, nem falou de nenhum método. A gente achava que não ia acontecer.”

Cláudia

“[...] A minha primeira vez foi com o meu marido. Eu estava usando pílula, aí eu

esqueci de tomar. Só que ele não sabia que eu estava tomando pílula. Ele não queria, era contra, dizia que fazia mal. Ele nunca soube que eu tomei pílula, nem agora, ele nunca soube. Acho que ele queria era ter um neném, mesmo.”

Ruth

“[...] Quando eu engravidei, a gente não estava usando nadinha, nenhum método. Eu também, nunca tinha usado nada antes. A gente queria ter um filho, mas não agora, né? Queria ter mais para frente.”

“[...] A gente conhecia os métodos, a pílula, tabela, camisinha masculina e feminina, da injeção. Eu não gostava de tomar nada não.”

“[...] A tabelinha a gente fazia, só que dessa vez não deu certo. A minha primeira relação, eu tinha 17 anos. Desde essa época, eu nunca tomei nada. Mas, eu nunca tinha engravidado.”

“[...] Eu fazia tabelinha, porque eu tive relação uma época, aí passei um tempão. Só foi uma vez, e pronto. Fiquei um tempão sem fazer. Depois só fui fazer com o meu esposo.”

Marcela

[NA] *“Marcela sempre usava a camisinha, depois de tantas relações sexuais a menstruação atrasou devido a que numa delas a camisinha estourou.”*

Paula

“[...] nós nunca usamos nenhum método anticoncepcional, porque não gosto, conheço só a camisinha de método anticoncepcional,”

Carina

“[...] eu sempre transei com camisinha, não sei como aconteceu, bom, eu acho que foi sim, quando eu transei depois de minha menstruação, era o sexto dia, não, eu acredito que foi no sétimo dia, bom eu acho que me confundi e ali é que foi, que fiquei grávida,”

3.5 Tema 3: A adolescente grávida

No momento de saber da sua gravidez a adolescente se sentiu constrangida sem saber o que fazer, como enfrentar essa gravidez - especialmente a sua família, o medo de enfrentar uma nova forma de vida, o desespero, o não saber se primeiro contar às amigas, ao parceiro, ou a sua família.

A seguir se reproduzem trechos dos depoimentos que descrevem a reação inicial da adolescente grávida e o dilema imediato que surge em toda gravidez indesejada, abortar ou não abortar.

Um fato comprovado é que a adolescente ao comprovar que ficou grávida só nesse momento que começa a analisar a sua situação como ela é na realidade e olha o futuro cheio de desafios e dificuldades. É no momento que ela confirma a sua gravidade que parece amadurecer rapidamente e a tomar decisões considerando quase todos os aspectos, desde os mais simples como o que dirá a sua família, a vizinhança, na escola, a sua situação econômica. Os aspectos psicológicos irão ser transcendentais tanto que ela requer de muita ajuda de todos os que estão por perto dela.

Uma das saídas das adolescentes é desabafar a sua situação de adolescente grávida com as amigas íntimas.

Em situações normais a notícia de uma gravidez desejada é comunicada pela menina

com alegria e felicidade ao parceiro, aos familiares, principalmente aos pais, aos amigos. No caso de uma gravidez na adolescência essa notícia é de tristeza, de preocupação, de problemas.

3.5.1 Categoria 4: Reação inicial da adolescente grávida

A adolescente ao confirmar que está grávida simplesmente está confirmando a suspeita prévia do não uso ou falha do método contraceptivo que estava usando. A reação inicial se verifica rigorosamente no instante da relação sexual sem o uso adequado de um contraceptivo. Existe uma resistência em acreditar que ela está grávida e existe uma tensa espera pela próxima menstruação.

A confirmação da gravidez não pode deixar de ser comunicada ao parceiro, aliás, ele geralmente já sabe da possível gravidez. As amigas são as pessoas mais próximas que ficam sabendo da gravidez.

Como reage a adolescente grávida? Ele precisa falar para alguém, primeiro para o namorado, cúmplice da gravidez indesejada. Também fala para as amigas mais íntimas. Só depois falarão para os pais, falarão quando não dá mais para esconder a gravidez, falarão no momento mais adequado que signifique compreensão por parte dos pais ou até perdão pelo erro cometido.

Glória

“[...] Eu soube que estava grávida quando a menstruação faltou e eu estava com seios grandes. Pedi a ele para comprar um teste na farmácia, fiz o teste e deu positivo e não contei para ninguém, só eu e ele sabíamos”.

Alina

“[...] Minha menstruação faltou aí eu percebi que isso não era certo, porque minha menstruação não faltava. Aí eu contei para ele, pedi para ele comprar o exame, aquele exame que faz o teste de gravidez, ele comprou e deu positivo. Aí ele pediu pelo amor de Deus, para mim não fazer isso, não era para mim abortar e nem tomar remédio que era o primeiro filho dele e mesmo que fosse homem ou mulher, ele queria que fosse bem-vindo ao mundo. E foi, eu não quis fazer isso, mesmo assim eu sou contra, aí deixei nascer.”

“[...] Ele foi a primeira pessoa que eu falei, ele falou para não abortar, que não era para fazer isso,”

Edilea

“[...] Eu soube que estava grávida do meu primeiro filho quando a menstruação faltou, mas mesmo assim eu já morava com meu marido e podia engravidar”.

Júlia

“[...] assim que a gente teve relação, aí depois faltou a menstruação, ele comprou um teste na farmácia para saber se eu estava grávida, aí deu positivo.”

“[...] Ah, foi a maior coisa aqui em casa, eu tinha medo, minha mãe não sabia, nem meu pai.”

Gabi

“[...] No momento mesmo que aconteceu, eu estava ciente já, que estava grávida. Eu estava no período fértil, eu ainda não tinha menstruado esse mês. Aí não veio, aí eu tive certeza.”

“[...] Eu tentei abortar, mas depois eu pensei, só que ninguém aqui sabia que estava grávida, só eu sabia. Aí quando a minha tia soube, ela perguntou o que eu queria fazer, se eu queria ficar se eu queria tirar, eu disse que queria ficar com a criança.”

“[...] Minha tia soube que eu estava grávida com cinco meses. Eu não contei para ela, estava escondendo. Ninguém não percebeu não. É que eu estava apertando a barriga.”

Cláudia

“[...] Quando eu engravidei, eu estava namorando ele, dois meses depois eu engravidei. Eu estava utilizando a pílula anticoncepcional, mas, falhou, essa aqui é filha da pílula. Eu passei uns dias sem tomar. Aí foi, eu não lembro o nome da pílula não.”

“[...] A reação dele quando soube que eu estava grávida, foi boa. Agora, a da minha família foi péssima. Eles falaram e brigaram muito, disseram que eu era muito nova, inexperiente e que talvez ele não quisesse assumir, esse tipo de coisa.”

“[...] Quem mais falava era a minha irmã e a minha tia.”

Ruth

“[...] A gente já estava morando junto. A gente namorou um ano e uns meses, quando eu engravidei a gente já estava morando junto. A reação da minha família foi normal, a gente já estava morando junto mesmo.”

Marcela

“[NA] Marcela sempre usava a camisinha nas suas relações sexuais, depois de tantas relações sexuais a menstruação atrasou devido a que numa das relações sexuais a camisinha estourou, e ela fez exames e estava grávida depois dos resultados ela contou para a mãe da

situação de sua gravidez.”

Paula

“[...] eu transei pela primeira vez com o pai de meu filho, pedi para ele ejacular fora, mais não foi assim e depois disso acontecer fiquei preocupada, nunca pensei em abortar, ai a menstruação faltou e meu namorado aceitou numa boa quando fiquei grávida, ele se juntou antes da criança nascer”

Carina

“[...] Comecei namorar no mês de dezembro do ano 2000, e logo depois comecei a ter relações sexuais e percebi que estava grávida quando faltou minha menstruação. Ali eu tinha é medo de contar para minha mãe.”

3.5.2 Categoria 5: O dilema da adolescente

Qual o dilema da adolescente ao saber da sua gravidez? ter o filho ou abortar, qualquer um deles é um problema para ela. Os depoimentos permitem mostrar que elas ainda não querem ter um filho, principalmente pela situação econômica atual e futura. A primeira resposta a esse dilema, a decisão quase inequívoca que elas assumem é o aborto, só que anteriormente as adolescentes não tinham percebido que o assunto do aborto em carne própria não é um problema de fácil solução. É nesse momento que elas perguntam, indagam por uma resposta que permita estabelecer os riscos e perigos de um aborto, que pode comprometer a sua vida, que podem estar acabando com a vida de um ser humano, é nesse momento que

aparecem em toda a sua real dimensão o fantasma do aborto, como um escolha, como uma salvação, como uma condena. Tomar a decisão de abortar para a adolescente inicialmente significa averiguar tudo para realizar o aborto. Quando a situação econômica é favorável ela vai decidir por abortar numa clínica com um profissional médico. Mas quando ela não tem o dinheiro necessário vai tentar algum método abortivo barato, talvez um chá, por exemplo. É nesse período que a ajuda do parceiro, dos familiares, dos amigos, professores e de instituições relacionadas, que podem ajudá-la a tomar a decisão mais correta.

Qualquer tentativa inicial das adolescentes por interromper a gravidez é o sintoma de que elas decidiram abortar. Obviamente que elas não tem conhecimento suficiente sobre a eficácia de alguns chás como abortivos. Em quase todos os casos elas decidem abortar e de imediato tentam com um chá, recomendado por amigas.

Nem todas as adolescentes chegam a experimentar algum tipo de abortivo, em alguns casos uma palavra de apoio por parte do parceiro resulta ser decisiva para ela não pensar na possibilidade do aborto. Em todos os casos os familiares não parecem estar a favor do aborto, mas também não parecem ser absolutamente contrários.

Glória

“[...] Quando eu soube que estava grávida não sabia o que fazer estava meia desorientada, queria ter e não ao mesmo tempo, inclusive procurei meios para poder abortar, contar a minha mãe...”

“[...] Perguntava às pessoas se conheciam algum chá para abortar e dizia que era para uma amiga que estava grávida e falaram de um chá de folha de mamoeiro, para tomar de madrugada, em jejum durante 3 dias, tomei o chá e quase morri de diarreia, mas não surtiu

nenhum efeito.”

Alina

“[...] Minha menstruação faltou aí eu percebi que isso não era certo, porque minha menstruação não faltava. Aí eu cheguei e fui, comprei, pedi para ele comprar o exame, aquele exame que faz o teste de gravidez, ele comprou e deu positivo. Aí ele pediu pelo amor de Deus, para mim não fazer isso, não era para mim abortar e nem tomar remédio que era o primeiro filho dele e mesmo que fosse homem ou mulher, ele queria que fosse bem-vindo ao mundo. E foi, eu não quis fazer isso, mesmo assim eu sou contra, aí deixei nascer.”

Júlia

“[...] Quando eu soube de minha gravidez, eu estava meia confusa devido a não aceitação de meus pais em relação a minha gravidez, mais eu nunca pensei em tirar a criança.”

Gabi

“[...] Quando ela(a tia) descobriu, já estava com cinco meses, perguntou se eu queria tirar, mas fiquei com medo, por isso que eu não quis abortar.”

Cláudia

“[...] Eu descobri que estava grávida só com o ultra-som. Eu fiz um exame, mas deu negativo e olha que foi exame em laboratório”

“[...] Nesse momento não sabia o que fazer se contar primeiro ao meu namorado ou a minha família, e o mais difícil é a pergunta que a gente se faz si ele (o namorado) vai aceitar

ou não, então o momento da decisão é um problema muito difícil...”

“[...] Eu tentei tirar, aí tomei muito chazinho que não resolveu. Chá de boldo, deixa eu ver mais o que?, chá de boldo só isso que eu tomei.”

Ruth

“[...] Quando a gente soube que eu estava grávida, a gente não pensou em tirar não, porque a gente já viu vários casos de menina que tira, aí não quis tirar não, quis ter e pronto. Eu não tomei nada, nem chá, nem remédio para perder a criança.”

“[...] No momento que eu engravidei eu fiquei feliz mas ao mesmo tempo eu me perguntava se era o momento de ter já um filho.”

Marcela

“[...] Como toda mulher e mais o meu caso de ser menor de idade, no momento que eu soube de que eu estava grávida, eu me senti muito mal, em nenhum instante pensei em ter devido a que só estava estudando e não queria isso para mim, pensei e decidi contar primeiro para minha mãe para ela me ajudar e assim foi, ela me apoiou com a minha decisão, meu único medo era ela não me apoiar.”

Paula

“[...] Quando fiquei sabendo da minha gravidez eu não sabia o que fazer, me sentia um pouco desorientada, achava que minha vida ia acabar, mas eu nunca pensei em abortar porque tinha medo de acontecer alguma coisa comigo.”

Carina

“[...] Quando eu fiquei sabendo que estava grávida, num primeiro momento pensei na minha família, tinha muito medo deles e também de meu namorado porque ele não é de São Luís, ele é de São Paulo e não conheço a família dele, mas eu queria ter esse filho, em momento nenhum pensei em abortar.”

3.6 Tema 4: A reação da família e na escola

As reações na escola e na família são diferentes. Na maioria das escolas não há discriminação e existe desejo de ajudar. Já na família a revolta é geral, desde os pais até os parentes mais próximos. Essa rejeição da família, no entanto, é inicial, porque depois de algum tempo eles chegam a compreender que a adolescente precisa da sua família nesse momento de dificuldade na sua vida.

3.6.1 Categoria 6: A reação da família

A reação da família foi constrangedor num primeiro instante porque nem sempre é aceitar com facilidade, sempre reprimindo que não era a hora, tudo pela situação econômica, pelas falas que irão acontecer na vizinhança, na família.

O temor da adolescente por comunicar a gravidez à sua família é um grande problema psicológico pela cobrança que a família irá fazer e também pelas medidas que podem adotar, é assim que, segundo um depoimento, o pai ficou tão zangado que expulsou a filha adolescente grávida de casa. Já as mães apesar de ficarem bravas com as filhas, elas não tomaram uma atitude tão drástica. Os pais que deveriam ter falado com ela sobre sexualidade, só esperam

esse momento crucial da gravidez para culpar ela dos erros tanto dela como dos próprios pais.

A família não reage tentando ajudar e reage culpando e mortificando a adolescente. Ela já tem o problema da gravidez e ainda vai ter que enfrentar o desprezo da família, o desprezo dos que ela mais gosta. Ainda continua sendo um grave problema o fato de que um setor na sociedade considera quase como uma excluída à adolescente grávida solteira, enquanto que outros ficam com pena dela.

Visando uma melhor análise, a categoria 8 foi dividida em sete subcategorias que são consideradas a seguir.

Quem descobriu que estava grávida foi uma tia

Glória

Quem descobriu que estava grávida foi uma tia que disse na frente de todos os familiares inclusive da mãe dela: *“Fulana, essa menina está grávida, olha o rosto dela, os seios...”*. Glória conta que nesse momento quase que morreu de vergonha. Então a mãe falou: *“Eu já sei, eu só quero saber quando é que ela vai me contar”*. A seguir parte do relato da Glória:

“[...] Minha mãe me contou que as pessoas sabem que uma menina está grávida por causa das olheiras, por causa dos olhos fundos, e disse que eu estava assim, e que antes não tinha olheiras. A minha mãe gosta do meu namorado (pai da criança), pois, sabia que ele era um rapaz direito, não era malandro e só desgostou dele quando descobriu que ele não iria casar, aí minha mãe passou a ficar com raiva dele.”

A mãe ficou brava quando soube da minha gravidez

Glória

A mãe de Glória ficou com menos raiva quando soube que Dona Concita, a mãe do

namorado da Glória, é que ia cuidar da criança. Glória falou com decisão o seguinte:

“[...] Assim que minha filha nascer vou dar para Dona Concita criar porque eu não tenho condições de criar, não trabalho e na minha casa não tem condições de ficar com a criança lá (onde sua sogra) sou muito bem tratada e eu sempre que puder vou ver a criança, tenho certeza que lá é melhor para minha filha. Eu quero continuar estudando, quero trabalhar e não vou ter tempo de cuidar direito da minha filha”.

O pai a expulsou de casa

Alina

“[...] Quando eu fiquei grávida, minha mãe ficou assim, meio assustada, ficou até com vergonha, ela não pensava isso de mim. Meu pai muito mais, ficou bravo, muito zangado, ele não queria nem que eu morasse mais aqui. Chegou até a dizer para minha mãe escolher ou eu dentro de casa ou ele. Aí minha mãe já sabe que ela vive por ele, teve que escolher ele. Pediu, ela foi na casa do pai do meu filho, a gente foi lá conversou tudo bem. Aí a gente foi morar junto.”

A minha mãe brigou que só

Júlia

“[...] Ah, foi a maior coisa aqui em casa, eu tinha medo, minha mãe não sabia, nem meu pai. Aí eu engravidei e depois a gente estava conversando, foi a maior coisa aqui dentro de casa. Foi a maior confusão, mas depois não teve como, até que os meus pais aceitaram, e depois de lá para cá, não teve mais nada.”

“[...] Primeiro quem ficou sabendo foi a mãe dele. A reação da família dele, do lado dele, eles gostaram, aceitaram disseram que tudo que eu precisasse era para mim falar, que

iriam me aceitar, iam aceitar o neném.”

“[...] Aqui em casa, primeiro, minha mãe brigou que só, papai até que não brigou muito, mas minha mãe brigou muito, aí depois ela aceitou, depois eu fui morar na casa dele e de vez em quando a gente vinha aqui.”

Gabi

“[...] Minha tia soube que eu estava grávida com cinco meses. Eu não contei para ela, estava escondendo. Ninguém não percebeu não. É que eu estava apertando a barriga. Apertava só com roupa mesmo, usava mais roupa folgada, blusa folgada. E ninguém percebeu aqui em casa.”

“[...] Para minha tia perceber que eu estava grávida, foi uma colega minha que contou para ela. Ah, a minha tia, que eu moro com ela, quando soube ficou brava, né?”

Cláudia

“[...] A reação da minha família foi péssima. Eles falaram e brigaram muito, disseram que eu era muito nova, inexperiente e que talvez ele não quisesse assumir, esse tipo de coisa.”

“[...] Quem mais falava era a minha irmã e a minha tia.”

Ruth

“[...] A reação da minha família foi normal, a gente já estava morando junto mesmo, só reclamaram: não era para tu ter filho agora, mas já que já fez, deixa nascer.”

A mãe do lado da filha

Marcela

“[...] ela contou para a mãe da situação de sua gravidez e a mãe perguntou que queria fazer, e ela respondeu que não iria estragar a sua vida toda por causa de um filho”

Meus pais me apoiaram

Paula

“[...] quando fiquei grávida minha preocupação era em contar para meus pais, porque eu não queria parar de estudar, tinha medo de eles me mandar embora, ainda bem que meus pais me chamaram atenção mais depois eles me apoiaram”

Meu pai não falou nada

Carina

“[...] eu tinha é medo de contar para minha mãe, tinha medo de ela me mandar embora, o que mais medo tinha era de ela me mandar embora, e eu não tenho a onde ir.”

“[...] depois que meus pais chegaram a saber só minha mãe e um tio meu que me chamou atenção, que deveria ter cuidado, meu pai não falou nada, só que depois eles me apoiaram, incluso minha mãe era que me acompanhava para ir no pré-natal”

3.6.2 Categoria 7: A reação na escola

Na escola tanto os colegas (meninos e meninas) como os professores têm-se mostrado atenciosos e compreensivos com a adolescente grávida. Todos tentaram ajudar para que a adolescente continue estudando, inclusive teve uma adolescente que assistiu às suas aulas até os últimos dias da sua gravidez.

Segundo um dos depoimentos, num colégio de freiras não é permitido que uma

adolescente grávida solteira fique estudando nesse colégio. Essa discriminação parece mais típica de colégios particulares ou administrados por religiosos, o que obviamente leva a não entender como num colégio religioso é permitido esse tipo de atitudes.

A seguir as subcategorias em que a categoria 9 foi dividida.

Discriminação em colégio de freiras?

Glória

“[...] No Liceu Maranhense ela não teve problema nenhum a raiz da sua gravidez. Porém, no Vicente de Paula, um colégio de freiras bastante tradicional em São Luís, relatou que sofreu discriminação. Logo que perceberam que estava grávida uma das freiras chamou-a à Diretoria da Escola, disse que lá não podia ficar menina grávida solteira”

Na escola não me discriminaram

Alina

“[...] Na escola não, não me discriminaram. Ninguém. Os professores têm o maior cuidado comigo, quando a mulher está grávida dá vontade de ir no banheiro. Pedia, eles deixavam, quando eu estava com falta de ar, eles perguntavam se eu estava sentindo alguma coisa.”

Júlia

“[...] No colégio não teve discriminação nenhuma ao contrario eles me ajudavam muito para eu não parar de estudar”

Na escola todos me trataram normal

Gabi

“[...] Lá na escola, não. Minhas amigas todas gostaram da minha gravidez. Todo mundo me apoiou. Os professores também, e ah, como meu colégio é grande. Aí, eles não têm assim, muito contato com a gente.”

Cláudia

“[...] Quando eu apareci grávida lá na escola, foi um impacto para todo mundo, para as minhas amigas, professores. Não senti nenhuma discriminação na escola, não teve problema nenhum na escola. Ao contrário, eu era o xodó da sala.”

Ruth

“[...] Na escola quando souberam que eu estava grávida foi natural. Normal, ninguém criticou nada não. Não tive problemas nem com professor, nem com o pessoal da diretoria, não.”

“[...] Na escola me trataram igual, normal. Logo que, na minha gravidez eu não senti nada, não vomitei nada. Não faltei o colégio nem um dia. Até o último dia de aula eu fui para o colégio.”

No colégio me falaram para não parar de estudar

Paula

“[...] No colégio quando fiquei grávida, não teve nenhum tipo de discriminação ao contrário me ajudavam para não parar de estudar.”

Carina

“[...] No colégio quando fiquei grávida e ficaram sabendo não me falaram nada, a única coisa que eles diziam para mim era para eu não deixar de estudar.”

3.7 Tema 5: A adolescente mãe

O comportamento da adolescente mãe muda radicalmente, primeiramente porque as responsabilidades aumentam, tem que cuidar de um filho sem estar preparada para enfrentar essas mudanças todas, tanto na escola, na rua, na casa.

Na situação em que o pai da criança não ajuda nem colabora no atendimento ao recém nascido, a adolescente terá mais dificuldades para se sair adiante. Em praticamente todos os casos a adolescente mãe se comporta como uma pessoa adulta, responsável e comprometida com o filho que acaba de nascer.

A divisão deste tema 6 em sub-temas tem sido realizada para uma melhor compreensão da adolescente mãe.

Eu tenho que continuar estudando

Glória

“[...] Eu agora me sento realizada com minha filha, estou feliz, eu cuido dela, e agora mais que nunca eu tenho que continuar estudando e encontrar um trabalho para poder dar tudo a minha filha, mesmo que minha filha não deixa dormir quando ela está doente eu tenho que acordar várias vezes, e agora com ela não posso acordar mais tarde, tenho que acordar cedo para deixar tudo pronto e poder ir na escola.”

Mãe adolescente responsável

Alina

“[...] Antes de engravidar minha vida era diferente, não tinha muita responsabilidade como tenho agora, antes só estudava e cuidava de meus sobrinhos, filhos de uma irmã que mora em Fortaleza, ia na igreja com mais frequência”

“[...] Eu com o meu neném? Eu estou feliz, estou feliz, muita preocupação com ele. Eu acho que quando eu estiver velha, eu tenho certeza, se eu chegar até lá, que eu não sei, né? Eu acho que é ele que vai me ajudar.”

“[...] Não, não estou arrependida, não. Estou feliz, feliz demais. E eu não perdi minha liberdade totalmente. Porque quando eu quero sair, em primeiro lugar, eu não vivo em festa, não bebo, não fumo e eu saio. Para mim sair assim, só se for em um aniversário de algum parente meu, de alguma colega, fazer uma visita na casa de uma amiga bem íntima, das minhas tias, eu tenho que levar ele. Não posso deixar só nas custas da minha mãe, para mim precisar da minha mãe ou das minhas irmãs para ficar com meu filho, só quando eu for para escola, trabalhar aí tudo bem. Agora se for para mim, para outras coisas, eu não posso contar com elas. Porque isso não está certo, eu quis, eu tenho que cuidar agora.”

Feliz quando tive meu primeiro filho

Edilea

“[...] Eu me senti feliz quando tive meu primeiro filho, mais porque eu já morava com o pai de meu filho e queria ter meu filho e de meu segundo filho também eu estava feliz porque eu queria ter uma menina, mas aconteceu o pior ela nasceu morta, e eu chorei já muito, agora já estou mais tranqüila, porque sou jovem e posso ter outro mais adiante.”

Júlia

“[...] Eu estou feliz com minha filha, só um pouco triste porque ela tem problemas, por isso da mais trabalho, tomara que o outro filho que espero não tenha problemas porque ali sim minha vida vai mudar.”

Gabi

“[...] Eu estou adorando ser mãe. Sei lá, fica diferente depois que tem neném, fica assim, se sente assim, mais madura.”

Cláudia

“[...] Eu estou feliz com minha filha, eu fico com ela direto, não tem ninguém para cuidar, minha avó me ajuda um pouco, mas, ela tem que trabalhar, fazer as coisas. Até para mim tomar banho, só posso quando minha avó carrega ela um pouco. Dá um pouco de trabalho cuidar dela.”

Minha vida agora, é muito melhor, antes eu saía muito

Ruth

“[...] não posso mais sair, porque tenho um bebê, e eu fico feliz, fico em casa com a minha bebê.”

“[...] Ninguém me ajuda a cuidar dela não, só eu mesma. Os meus parentes não moram aqui, moram no interior. Mas, eu já sabia o que fazer, como cuidar dela, porque quando eu morava no interior com os meus pais, eu que cuidei da minha irmã. Ela era pequenininha, minha mãe trabalhava, e eu é que cuidava dela. Não teve nenhum problema, graças a Deus.”

“[...] Minha vida agora, é muito melhor, antes eu saía muito, agora estou mais em casa com a minha bebê. Eu gosto muito, estou muito feliz com ela. Eu pretendo ter outros filhos,

pretendo. Mas não agora, só quando ela estiver mais grande, quando tiver cinco anos, aí sim, eu vou pensar quando que vou querer ter um. Eu quero ter outro neném, quero ter um homem, eu quero ter um bebê homem também.”

Um filho dá muito trabalho

Paula

“[...] Mas estou feliz com o meu filho, mesmo que a vida não é igual, porque um filho dá muito trabalho especialmente quando está doente a mãe é que não consegue dormir.”

3.7.1 Categoria 8: O atendimento pré-natal

Principalmente pelo despreparo num primeiro momento, as adolescentes não têm conhecimento da importância do atendimento pré-natal, elas recorrem depois de uns três meses de gravidez apenas para garantir o parto num centro de atenção à saúde e não pela importância em si do atendimento pré-natal.

Os depoimentos deixam entrever que o atendimento pré-natal na rede pública de saúde é adequado apesar das suas limitações. Nem todos os hospitais têm a possibilidade de oferecer um atendimento específico para adolescentes grávidas e geralmente elas têm que ser atendidas juntamente com as mulheres adultas.

Seguem as subcategorias em que foi dividida a categoria 10.

Fiz o pré-natal

Glória

“[...] Fiz o pré-natal, no (Hospital) Materno Infantil e na Maternidade Marly Sarney,

pois, dizem que no Materno o pré-natal é melhor, mas na Marly Sarney na hora do parto é melhor. Lá no Materno o pré-natal é melhor, porque é dividido, tem um setor para adolescentes e o tratamento é muito bom. Na Marly Sarney é tudo misturado, e as pessoas ficam olhando, e perguntando coisas, tipo: quantos anos você tem? Você é casada? E eu fico com raiva desse tipo de pergunta, e quando digo que tenho 18 anos, as pessoas dizem que pareço ter 14 anos.”

“[...] Eu também frequento o Posto de Saúde da Vila Embratel, mas vou de vez em quando.”

Alina

“[...] Eu tive neném no dia 1º de novembro, na Maternidade Benedito Leite. Estava fazendo o pré-natal, eu fiz até 9 meses, todo mês eu ia lá fazer uma consulta, me pesava, media minha pressão, tomava as vacinas direito.”

Para ser atendida tinha que chegar de madrugada

Edilea

“[...] Na minha primeira gravidez, estava com 14 anos de idade, fiz o pré-natal na Unidade Mista de Saúde do Itaquí - Bacanga até os 3 meses, mas, para ser atendida tinha que chegar de madrugada, às 4:00 ou 5:00 horas da manhã, tinha que pegar uma senha. O atendimento era por ordem de chegada e só eram atendidas as pessoas que estivessem com a senha. Para mim de muito demorado o atendimento, era bastante complicado acordar nesse horário.”

“[...] A partir do 4º mês de gravidez comecei o pré-natal no Hospital Materno Infantil, lá nessa Maternidade, há separação por idade e o atendimento é melhor do que nos outros.

Antes do pré-natal, eu nunca tinha feito um exame ginecológico.”

“[...] Na segunda gravidez eu estava com 16 anos, e a criança nasceu com 07 meses. O pré-natal foi feito no Centro de Saúde Dom Oscar Romero, Praça da Igreja s/n, Vila Embratel.”

“[...] fiz o pré-natal nesse Centro de Saúde, porque uma prima minha já tinha feito o pré-natal nesse Centro e disse que era bom. Além disso, me disseram que o Centro tem Convênio com o Hospital Materno Infantil.”

“[...] Eu escolhi também, fazer o pré-natal aqui no Centro de Saúde e não o Hospital Materno Infantil - onde ela fez o pré-natal da primeira gravidez - porque não tinha dinheiro para pagar as passagens de ônibus até o centro da cidade, onde fica o Materno”

“[...] Comecei o atendimento pré-natal a partir do quarto mês de gravidez e no Materno o atendimento é bom, tem palestras e durante o pré-natal fiz uma ultra-sonografia.”

Tem um atendimento para adolescentes

Júlia

“[...] O pré-natal eu fui fazer no Materno (Hospital Materno Infantil). Na parte do adolescente. Lá tem um atendimento para adolescentes, aí eu fui para lá.”

“[...] Foi meu marido que marcou para mim, tudo foi meu marido. O atendimento foi legal, aí primeiro a moça me fez uma entrevista, fez só nas pessoas que estavam grávidas da primeira gravidez. Aí ela falou, me explicou, o que é isso, o que é aquilo, que tinha que tomar bastante água e tinha se alimentar bastante e me ensinou algumas coisas, aí ela fez um bocado de perguntas, perguntou coisas do meu marido, eu falava para ela. Perguntando se a gente estava ficando, se ele estava trabalhando.”

Gabi

“[...] Eu comecei a fazer o pré-natal aos cinco meses, assim que o pessoal aqui em casa descobriu. Eu fiz no Posto de Saúde do Bairro de Fátima. O atendimento lá foi ótimo, me trataram super bem lá.”

“[...] Eu fiz o pré-natal direitinho, ia sempre lá. A ultra-sonografia eu bati, só que eu bati lá no Materno (Hospital Materno Infantil), depois é que eu fui para lá.”

“[...] Lá no posto de saúde não tem atendimento para adolescentes não, são todas juntas. Eu só fui para o Materno quando fui ganhar neném.”

Cláudia

“[...] Eu comecei a fazer o pré-natal com quatro meses, lá no (Hospital) Marly Sarney. O atendimento lá foi bom. No Marly Sarney não tem atendimento específico para adolescentes, não, é tudo junto.”

“[...] O meu atendimento foi tranqüilo, fui várias vezes ao médico, bati ultra-som. Na hora do parto foi um sufoco. Ela nasceu com nove meses, tudo direitinho.”

Bom atendimento no Hospital

Ruth

“[...] Eu fiz meu pré-natal, no (Hospital) Materno Infantil. Foi ótimo, o atendimento lá é ótimo. Minha médica foi ótima que me atendeu, eu tive cinco consultas, foi super legal. Foi normal, com todas as outras mulheres. Aí depois teve reunião só para as adolescentes para explicar como era que amamentava, como era para cuidar do seu bebê, da gestação. Essas coisas.”

“[...] Meu parto, eu tive a neném na Marly Sarney (Hospital). O atendimento lá também

foi super legal. Foi ótimo lá, foi melhor do que no Materno Infantil.”

Paula

“[...] meu pré-natal também no Materno Infantil, comecei só a fazer com três meses de gravidez”

Carina

“[...] Eu estava fazendo meu pré-natal na maternidade Maria Amparo no Anil, minha mãe me acompanhava a todas minhas consultas”

3.7.2 Categoria 9: O pai da criança

As subcategorias compreendidas dentro da categoria “o pai da criança” são dadas a seguir.

A namorada grávida

A tendência inicial da maioria dos parceiros que engravidaram as adolescentes entrevistadas é de surpresa ao saber que irão ser pais, chegam a apresentar sentimentos de culpabilidade no sentido de não ter sido responsável o suficiente e permitir que a namorada fique grávida. Inclusive, em alguns casos eles questionam a paternidade, talvez como uma tentativa de fugir da realidade da próxima paternidade.

Um aspecto que merece destaque é que parte dos namorados não mede as conseqüências e aceitam que as namoradas considerem e recorram ao aborto como alternativa para terminar com a gravidez da namorada adolescente.

Surpreendentemente tem um outro grupo de namorados que apesar das dificuldades

decidem que a jovem namorada grávida deveria ter o filho, nesses casos a maioria deles vai se mostrar mais responsável após o nascimento da criança.

Após ser pai da criança

Após o nascimento da criança, uma grande parte desses pais chega a mostrar alguma responsabilidade e tenta ajudar na atenção das crianças, já em outros casos eles simplesmente evitam toda responsabilidade e deixam a adolescente mãe em situação difícil de abandono. Eles evadem a importante função da paternidade.

Os pais das crianças irão apresentar uma mudança de comportamento, isso nos casos em que eles colaboram na criação do recém nascido, também foi possível observar sentimentos de culpabilidade, angústia. Não somente é difícil ser mãe, para esses pais parece ser mais difícil aceitar ser pais, é difícil para eles assumir na prática a paternidade e ajudar e colaborar com o cuidado da criança.

Quando o pai da criança decide morar com a mãe adolescente, a estrutura da nova família é precária nos seus mais diversos aspectos tais como o econômico, sentimental, familiar, por citar alguns.

Parece que todos esses pais concordam em que a paternidade responsável não é um assunto tão simples e exige maturidade, dedicação e esforço por parte dos pais das crianças, talvez como a melhor evidência de uma gravidez não desejada.

A seguir alguns trechos das entrevistas em que ficam em evidência os dilemas dos pais das crianças procriadas com as parceiras adolescentes.

Glória

[NA] “O namorado perguntou se esse filho era mesmo dele, e ela disse que sim, porque

ela já tinha terminado com o outro namorado, muito antes de engravidar. Pelas contas, o filho era do namorado atual.”

[NA] “No mês de março de 2001 novamente se entrou em contato com Glória e se constatou que o pai da criança falou que não era sua filha pela diferença de cor da pele dele (o pai) com a da criança. Já a Glória afirma que o pai é ele, sem dúvida nenhuma, porque ela somente teve relações sexuais com o pai da criança inclusive desde os meses prévios a gravidez.”

[NA] “Atualmente o pai da filha da Glória reconheceu legalmente somente após ameaças de denúncia feitas pela tia da Glória. A tia tem recursos econômicos e possui casa tanto em São Luís como em Fortaleza. O pai da criança está pagando uma mensalidade e a Glória como sua filha estão morando na casa da tia.”

Ele queria que fosse bem-vindo ao mundo

Alina

“[...] pedi para ele (o parceiro) comprar o exame, aquele exame que faz o teste de gravidez, ele comprou e deu positivo. Aí ele pediu pelo amor de Deus, para mim não fazer isso, não era para mim abortar e nem tomar remédio que era o primeiro filho dele e mesmo que fosse homem ou mulher, ele queria que fosse bem-vindo ao mundo. E foi, eu não quis fazer isso, mesmo assim eu sou contra, aí deixei nascer.”

“[...] Ele foi a primeira pessoa que eu falei, ele falou para não abortar, que não era para fazer isso, aí ele pegou e disse para mãe dele. Aí a mãe dele disse que não. Disse que ela me aceitaria na casa dele.”

Júlia

“[...] ele (o parceiro) comprou um teste na farmácia para saber se eu estava grávida, aí deu positivo. Ele ficou tranqüilo com o resultado.”

“[...] Ele nunca falou de aborto, nem desse (do outro filho) daqui. É já que veio deixa, não de querer, mas já que veio deixa. Ele nunca me falou nada disso de aborto, ele ficou foi contente. Quando ele soube, ele disse para papai: Vai ser avô de novo, ele ficou contente, está dizendo para todo mundo que vai ser homem.”

Gabi

“[...] A partir daí não aconteceu mais. Não vi mais ele. Eu acho que ele soube que eu estava grávida, porque ... não, ele não soube, assim no dia mesmo que aconteceu, mas, ele não apareceu mais.”

“[...] Eu não tive mais contato com ele. Eu acho que ele não sabe que a filha dele nasceu. Acho que não. Ele sabe que eu não abortei, ele sabe.”

“[...] Eu registrei sem o nome do pai. Aqui em casa ninguém sabe quem é o pai da criança”

Cláudia

“[...] A reação dele (do pai da criança) quando soube que eu estava grávida, foi boa.”

Ruth

“[...] Meu parceiro ficou feliz quando eu fiquei grávida. A gente queria ter um filho, mas não agora, né? Queria ter mais para frente.”

Marcela

[NA] “A mãe depois de saber da gravidez da filha chamou o moço para conversar e conversou com os dois juntos, e o moço falou que queria ter o filho, mas a decisão era dela, depois de um tempo eles terminaram o namoro.”

Paula

“[...] meu namorado aceitou numa boa quando fiquei grávida, ele se juntou antes de nascer a criança”

Carina

“[...] O meu namorado quando ficou sabendo da minha gravidez, ficou um pouco com medo por causa de meus pais, mais ele não falava nada, o único que ele falou para mim era que ele não ia me abandonar ia me apoiar em tudo.”

3.7.3 Categoria 10: Mudança de comportamento

Em todos os casos das entrevistas, tanto das adolescentes grávidas que ganharam neném como da outra adolescente que abortou, as entrevistadas coincidem que mudaram de comportamento e que não são as mesmas antes da gravidez. Todas concordaram em que amadureceram e que esses erros do passado não acontecerão novamente, agora elas se sentem mais comprometidas com o futuro delas e da criança que nasceu. Já a menina que abortou manifestou que tomará o cuidado necessário para isso não acontecer outra vez.

As entrevistadas coincidem em que agora são mais responsáveis das suas ações não somente no relacionado a vida sexual ativa senão também com a necessidade de continuar estudando e tomando conta do filho.

A vida anterior em que não tinham o controle necessário para se divertir sem risco de ficarem grávidas, agora é diferente e todas são conscientes dos riscos de uma nova gravidez indesejada.

Essa vida anterior na qual saíam bastante para ir se divertir agora é diferente, todas são mais conscientes e são mais cuidadosas na hora de diversão e saídas. Todas as que ganharam filho não têm mais a liberdade para sair quando elas desejam, ficaram mais caseiras por causa do filho e o mais importante é que estão gostando disso porque gostam do filho.

Cláudia

“[...] Eu não pretendo engravidar agora, já. E se eu engravidasse eu não iria abortar. Antes de engravidar eu saía, agora tenho que ficar em casa. A minha vida mudou completamente com a neném. É, mas eu estou gostando.”

Marcela

[NA] “Marcela afirmou que antes da gravidez era totalmente diferente, que seu comportamento era diferente, era mais criança que adulta, e quando engravidou foi diferente, começou a amadurecer mais e tomar uma determinação mais certa para a vida dela”

Carina

“[...] Antes de engravidar como eu falei eu namorava com outro rapaz que minha família não gostava porque ele não trabalhava, e eu saía bastante a shows com minhas amigas, mas quando engravidei deixei de sair, ficava mais em casa, é lógico que a vida muda, até a maneira de pensar é diferente, e mais ainda eu que queria ter meu filho, comecei a me cuidar e ficar em casa, saía só para estudar.”

3.7.4 Categoria 11: O futuro da adolescente mãe

Por um lado algumas das entrevistadas continuam estudando, outras estão tomando conta do seu filhinho, e todas tem um objetivo claro na vida que é ser independente, arrumar um emprego, em síntese, melhorar na vida mesmo com as dificuldades que o novo filho representa.

Em alguns casos as adolescentes se juntaram com os seus namorados e em outros decidiram enfrentar a vida sozinhas, mas quase sempre com o apoio dos pais e familiares. Merece destacar que praticamente nenhuma delas pretende ficar pensando em que seu futuro pode depender do pai da criança, todas se sentem autônomas, capazes de mostrar um exemplo de luta e que não podem falhar desta vez porque agora elas têm a responsabilidade de criar o novo filho.

Parte das adolescentes pretende continuar estudando sendo que esse é um objetivo claro e definido no curto prazo.

Foi feita uma divisão em subcategorias para a categoria 11, as quais são dadas a seguir.

Pretendo continuar estudando

Glória

[NA] “Glória continua estudando no Liceu Maranhense no turno matutino. No horário que a Glória estuda é a tia que toma conta da criança, mas a tia já ameaçou com deixar de ajudar caso a Glória ficar novamente grávida.”

[NA] “Glória estava estudando no turno vespertino no Liceu Maranhense e à noite fazia o Curso de Magistério no Colégio Vicente de Paula. No Liceu Maranhense ela não teve

problema nenhum a raiz da sua gravidez. Porém, no Vicente de Paula, um colégio de freiras bastante tradicional em São Luís, relatou que sofreu discriminação. Logo que perceberam que ela estava grávida, uma das freiras chamou-a para a Diretoria da Escola, disse que lá não podia ficar menina grávida solteira, Glória conta que ouviu bastante recriminação por parte das freiras. Além disso, ela estudava lá porque tinha uma bolsa de estudos e com a gravidez teve de abandonar a escola por vários motivos, entre eles, estava bastante cansada estudando à tarde e à noite, e principalmente pela discriminação que sofreu por parte das freiras e de outras estudantes colegas suas no colégio Vicente de Paula.”

Por enquanto não penso ter um outro neném

Alina

“[...] Não penso eu ter outro neném, acho que agora não. Não é pela dor, é pelo primeiro, acho que a gente tem que perceber as dificuldades que a gente vai passar, pelas necessidades, um já é difícil tem que comprar remédio, roupa, comida. Nem sempre a gente tem o pão de cada dia na nossa casa. Tem que pensar. Daqui só depois quando meu filho tiver uns 5 anos, aí sim eu posso ter outro, mas agora não. Tá muito cedo.”

Edilea

[NA] “Após engravidar, a adolescente parou de estudar, pois, morava longe e não conseguia acompanhar os estudos. Ela disse que pretende voltar a estudar, mas, não tem perspectiva de quando isso vai acontecer.”

“[...] Eu sei que não posso engravidar tão cedo, para que a criança possa nascer saudável. Eu quero ter outro filho ainda, mas não agora. Só estou esperando que passe o

resguardo, para ir no Posto de Saúde fazer exames, para poder utilizar os métodos anticoncepcionais, eu tenho preferência por usar a injeção.”

Júlia

“[...] Eu acho que vai dar, depois que tiver neném, para estudar e trabalhar, com ela aqui foi mais fácil, foi a primeira, aí minha mãe cuidava dela, com essa aqui (ainda no ventre) vai ficar mais difícil.”

“[...] Assim, que eu tiver esse aqui (o segundo filho) eu vou falar logo para doutora, para ela me ligar logo, acho que ela vai me ligar, até porque eu posso ter mais problema, eu vou pedir para ela me ligar. Eu quero ligar, mesmo que seja homem ou mulher, só que ele quer é homem.”

Voltar a estudar e/ou começar a trabalhar

Gabi

“[...] Aqui é só minha tia que trabalha. Só que agora, na Semana Santa eu vou para o interior, acho que vou deixar ela (a filha) lá com minha mãe, é que eu vou trabalhar aqui e vou comprar as coisas para ela.”

“[...] Eu vou trabalhar no São Cristóvão (bairro), num Armazinho, eu nunca trabalhei antes, eu vou começar agora”

“[...] Eu vou continuar estudando, o emprego é só pela manhã, já está tudo certo, foi uma amiga minha que conseguiu.”

“[...] Eu não pretendo engravidar agora, já. E se eu engravidasse eu não iria abortar.”

Cláudia

“[...] Eu parei de estudar agora, mas, vou voltar a estudar ano que vem, terminar fazer a faculdade. Eu queria fazer para ... Medicina, eu gosto. Eu estou feliz com a gravidez, com a neném, muito.”

Ruth

“[...] Tive que deixar a escola esse ano, mas no próximo ano eu vou voltar. Eu parei no segundo ano.”

Paula

“[...] só estou esperando crescer meu filho para poder trabalhar ou pelo menos voltar a estudar, eu pretendo estudar técnico em enfermagem de noite e de dia tenho que cuidar de meu filho, me ocupar no desenvolvimento do meu filho.”

Carina

“[...] Se eu chegava a ter o meu filho havia decidido deixar de estudar, para cuidar do meu filho, mais minha mãe, falava para mim que não ia deixar de estudar, que ela ia me ajudar a cuidar meu bebê até eu terminar de estudar”

3.8 Tema 6: A adolescente que decide abortar

Com algumas exceções, como no caso da adolescente que já tinha casado, as adolescentes optaram inicialmente pelo aborto, mas não estavam plenamente conscientes de que isso daria certo. Em parte devido a sua própria condição de adolescente, não houve plena

convicção na maioria delas ou não houve condição econômica o suficiente para custear um possível aborto. Todos esses condicionantes levam a afirmar que as adolescentes consideraram o aborto como uma primeira opção factível, é por isso que a maioria tentou abortar tomando chás ou abortivos comprados na farmácia.

Segundo os depoimentos praticamente quase todas as adolescentes optaram por induzir o aborto, mesmo sendo essa a decisão inicial não pareceu ser uma decisão final, foi uma tentativa falida como simbolizando a sua falta de maturidade, a sua solidão diante do problema, a sua falta de decisão definitiva ou simplesmente o fato de não ter acesso a um aborto por falta de dinheiro suficiente.

Já na situação da adolescente que tinha suficiente condição econômica, a realidade foi bem diferente, se ela falava que sim então não tinha como voltar atrás porque o aborto seria realizado com certeza.

A estas alturas pode-se colocar como uma das hipóteses que se as adolescentes que não abortaram, que, aliás, era o grupo de limitada condição econômica, tivesse tido a oportunidade de tentar abortar mediante um aborto praticado com um profissional médico, então agora teríamos todas elas sem o filho que ganharam. Isso, por exemplo, significaria que um aumento da taxa de natalidade pode ser gerado por uma melhoria na condição econômica da adolescente grávida.

Porém, essa hipótese já contestada por estudos anteriores realizados no mundo inteiro que validam que o fato de liberalizar o aborto ou melhorar a condição econômica das adolescentes, não necessariamente leva a um aumento da taxa de fecundidade na adolescência nem outra faixa etária da idade reprodutiva da mulher.

A realidade das entrevistas vem a mostrar que a maior parte das adolescentes que não abortaram, chegou a experimentar algum método contraceptivo baseado em chás e geralmente

pela recomendação das amigas. Nessas experiências de vida dá para ver que as adolescentes não levam em conta os riscos que para a sua vida e saúde significa um aborto provocado por elas mesmas.

Glória

“[NA] Perguntava às pessoas se conheciam algum chá para abortar e dizia que era para uma amiga que estava grávida e falaram de um chá de folha de mamoeiro, para tomar de madrugada, em jejum durante 3 dias. Ela tomou o chá e quase morreu de diarreia, mas não surtiu nenhum efeito.”

Gabi

“[...] Eu tentei abortar, mas depois eu pensei, só que ninguém aqui sabia, só eu sabia. Aí quando a minha tia soube, ela perguntou o que eu queria fazer, se eu queria ficar se eu queria tirar, eu disse que queria ficar com a criança.”

“[...] Para abortar, eu só tomei acho que foi um chá, chá de boldo só, bem forte. Essa receita eu já sabia. Como? Ah, sei lá. Os outros falam assim, que é bom, é forte, amargo.”

Cláudia

“[...] A reação dele (o namorado) quando soube que eu estava grávida, foi boa. Agora, a da minha família foi péssima. Eles falaram e brigaram muito, disseram que eu era muito nova, inexperiente e que talvez ele não quisesse assumir, esse tipo de coisa.”

“[...] Quem mais falava era a minha irmã e a minha tia. Eu tentei tirar, aí tomei muito chazinho que não resolveu. Chá de boldo, deixa eu ver mais o que?, chá de boldo só isso que eu tomei.”

Marcela

[NA] “ela fez exames e estava grávida depois dos resultados ela contou para a mãe da situação de sua gravidez e a mãe perguntou que queria fazer, e ela respondeu que não iria estragar a sua vida toda por causa de um filho.”

[NA] “a enfermeira entrou e deu uma injeção nela, ela ficou totalmente inconsciente, dormiu e só acordou depois quando já tinha realizado o aborto, o ambiente da clínica não era muito higiênico”

Conclusões

No contexto da análise de conteúdo, tem-se um conjunto de técnicas que permitem gerar conhecimento a partir de entrevistas realizadas em profundidade. Para efeito deste trabalho, considera-se a inferência como o processo que permite estabelecer relações entre o que está exposto nas entrevistas e o conhecimento escondido e coletado mediante, por exemplo, técnicas de interpretação, com o objetivo de gerar mais conhecimento.

A inferência pode ser definida como o ato de passar de uma proposição, declaração, ou julgamento considerado como verdadeiro a outro cuja veracidade é credível de seguir. Entende-se que a inferência configura um processo mental pelo qual são extraídas conclusões a partir de premissas mais ou menos explícitas, um processo que pode resultar seja do sentido comum, seja de silogismos, ou pela aplicação de regras muito detalhistas e cálculos da inferência estatística. Pode-se citar um exemplo trivial de inferência: o atleta, após um treino muito cansativo, foi pegar uma lata de refrigerante na geladeira, o que permite inferir que o atleta bebeu o refrigerante. Mas, para que isso possa acontecer, é preciso ativar semanticamente a inferência. Assim, no exemplo, seria necessário acrescentar o que passou depois com o refrigerante.

Nessa tarefa de produzir conhecimento e obter conclusões a partir das entrevistas realizadas e da interpretação dos depoimentos, a lógica é mais outro aliado. A lógica deriva da palavra grega “logos” (razão, princípio que governa o universo) e é definida como o conjunto de regras usadas para gerenciar inferências críveis. No caso, Aristóteles recomenda a lógica dicotômica verdadeiro-falso e, por sua vez, os filósofos orientais uma lógica difusa multi-valores.

Já a epistemologia, que também é usada em análise de conteúdo, consiste no estudo da origem e das características do conhecimento e permite dar respostas a questões acerca dos limites da capacidade humana e da natureza geral do conhecimento.

Seguem as conclusões da análise de conteúdo baseada em inferência e considerando os principais temas e categorias, tratando de enfatizar aspectos implícitos, como o psicológico e a dinâmica envolvida durante e através do período de realização das entrevistas.

A adolescente antes da gravidez (o que a leva a engravidar?)

Resulta evidente que a adolescente antes da gravidez está inserida dentro de padrões exigidos pela sociedade atual. A vida dela não tem o controle dos pais, envolvendo diálogo, confiança e respeito a uma hierarquia deles como orientadores e amigos, exigida pela própria transição da adolescente na direção à maturidade. Apesar de que é normal que as adolescentes possam sair e se divertir, o que não fica explícito é qual o tipo de controle e diálogo entre ela e seus pais em relação aos amigos e diversões.

As diferenças de idade em lugar de servir para transmitir experiências de pais para filhos, de professores para alunos, levam a uma polarização na escola e na família e curiosamente parece funcionar somente ao nível das amigas.

Quais os condicionantes que finalmente levaram a que a adolescente engravide? Não foram apenas os descuidos que ela ou o namorado tiveram com a utilização ou não de métodos contraceptivos. Principalmente, foi o entorno familiar, na escola, os amigos, os namorados, as festas que configuram o ambiente resultante que vai derivar em que a adolescente fique a mercê dos seus próprios desejos sexuais sem ter uma consciência do que irá acontecer com a sua vida, com o seu futuro. Será que a vida sexual ativa é parte da saída, do respiradouro que a

adolescente vem procurando como solução a sua solidão na luta pela maturidade? Será que as diversões e a prática do sexo são a primeira reação, um primeiro sintoma de que elas querem ser adultas, mesmo sem conhecer completamente as conseqüências?

Educação sexual da adolescente antes da gravidez

Na discussão não estamos incluindo aos adolescentes (meninos) porque o trabalho está voltado para a problemática da adolescente grávida. Sabemos que a orientação sexual do jovem adolescente é tão importante quanto a da adolescente, porém, essa discussão não é o aspecto ressaltante neste trabalho.

A educação sexual surge no século XX baseada em concepções médico-higienistas, visando o combate à masturbação e às doenças venéreas, e ao preparo da mulher para o papel de esposa e mãe. Dentro desse panorama as mulheres são os alvos da educação sexual escolar. Nessa visão a mulher ficará na defensiva precisando de orientação sexual para se defender do ataque dos homens. A partir dos anos 80, a orientação sexual nas escolas se intensificou devido à preocupação dos educadores com o crescimento da gravidez indesejada entre adolescentes e com o risco da contaminação de doenças sexualmente transmissíveis e pelo HIV (vírus da AIDS) entre os jovens.

Em relação à legislação observamos que, na lei nº 5.692/71, que fixa as diretrizes e bases para o ensino de 1º e 2º graus, a educação sexual não era mencionada. No parecer nº 2.264/74 do Conselho Federal de Educação, aprovado em 1974, se menciona a educação sexual como um objetivo a ser desenvolvido nos programas de Educação da Saúde para o 2º grau. Em nível oficial é só em 1995 que a educação sexual escolar ganha impulso com a proposta de implantação dos Parâmetros Curriculares Nacionais. Nos PCN's a educação sexual aparece

como orientação sexual dentro da Área Convívio Social e Ética no Ensino Fundamental. Assim, a educação sexual escolar surge oficialmente como orientação sexual, aparecendo no currículo de forma transversal, ou seja, que deve ser tratada e discutida em todas as disciplinas e deverá proporcionar informações sobre a anatomia do corpo e sobre as formas de prevenção e transmissão do HIV e AIDS.

A família é a encarregada inicial de orientar sexualmente as adolescentes, e esse rol que é destinado ao pai em primeiro lugar como suposto chefe da família e à mãe em segundo lugar não é realizado. O que resulta ainda mais preocupante é o fato que os pais e mães não têm praticado o diálogo com as filhas. Essa comunicação vai se perdendo progressivamente desde os primeiros anos da filha. A inadequada e insuficiente orientação sexual vai se manifestar pela necessidade que tem a adolescente de conhecer os métodos contraceptivos sem antes ter conhecido a sua capacidade reprodutiva após ter iniciado uma vida sexual ativa.

A orientação sexual escolar deve começar já na pré-escola, logicamente que a esse nível não serão tratados temas sobre sexualidade, mas há questões e dúvidas que as crianças precisam saber as respostas. Aos adolescentes é preciso dar orientação sexual a um nível diferente em que se fale praticamente de tudo sobre sexualidade. Tal como o nome sugere, a orientação é mais flexível e depende do plano e planejamento de cada escola e também dos alunos. Em síntese, nem sempre pode ser incluído no currículo de uma forma fria e vertical, quase obrigatória, vai ter que ser mais de responder as inquietudes dos estudantes.

As adolescentes e a orientação sexual, na prática essa (des)orientação acontece na escola, mas não se deve explicitamente ao sistema nem aos professores, deve-se às amigas. A auto-orientação sexual adolescente acontece na escola, mas é por conta das próprias adolescentes.

Os pais de família apóiam decididamente os programas de orientação sexual escolar não

porque antes eles tenham analisado os seus alcances. Geralmente o fazem porque eles querem passar a responsabilidade da orientação sexual exclusivamente para as escolas, mesmo sabendo que eles têm um compromisso com uma grande parte dessa tarefa.

Métodos contraceptivos

As adolescentes entrevistadas deixaram entrever que o conhecimento delas sobre os métodos contraceptivos eram apenas informativos e superficiais, esse fato permite confirmar que elas não seriam capazes de refletir sobre a utilização desses métodos porque entre outros motivos, elas não tratam abertamente sobre o tema, que ainda é considerado tabu.

As entrevistas indicam que as adolescentes conheciam a camisinha, falando em estatísticas, isso confirmaria que elas se encontram dentro do grupo de usuários da camisinha, isso não é completamente certo porque há uma grande diferença entre conhecer a camisinha e usar a camisinha numa relação sexual.

Outros métodos contraceptivos não são muito conhecidos pelas adolescentes, e dificilmente serão utilizados. A pílula, por exemplo, é um método que elas conheciam. Comprova-se que apesar da camisinha ser a mais conhecida, não é a mais praticada.

As amigas e a mídia são citadas pelas entrevistadas como os veículos que lhes facilitaram o conhecimento inicial de alguns contraceptivos tal como no caso da camisinha. Esse conhecimento guarda relação com os programas do governo os quais objetivam a luta contra o vírus do HIV/AIDS e outras doenças sexualmente transmissíveis. Porém, as adolescentes entrevistadas não usavam os métodos contraceptivos com o objetivo de se proteger contra as doenças sexualmente transmissíveis, isso ficou fora de cogitação para elas. A idéia no uso dos métodos contraceptivos era a de se proteger de uma gravidez indesejada.

Os objetivos dos programas do Governo e do Ministério da Saúde têm como alvo principal a luta contra as DST's e consideram o uso da camisinha como um dos seus melhores aliados. Pode-se ver que os objetivos do Governo e das adolescentes parecem trocados. Enquanto as adolescentes usam a camisinha para evitar a gravidez, o Governo considera o combate as DST's. Portanto, considera-se que os programas de Governo podem atingir com êxito a utilização da camisinha como método contraceptivo através dos seus programas contra as doenças sexualmente transmissíveis.

A adolescente grávida

A difícil realidade da adolescente grávida não é a mesma durante o período da gravidez. Os primeiros instantes, depois que a adolescente confirma que está grávida, são de muita pressão, tristeza, desânimo, indecisão, desespero e preocupação. Após ter de superar essa primeira vivência, a adolescente grávida ainda vai ter que enfrentar a sua mais próxima realidade de ser mãe, e por isso ela terá de lutar muito para organizar sua mente, suas decisões e preocupações, e tomar o melhor rumo.

Um bom número de adolescentes e adultos considera que o termo “gravidez indesejada”, que geralmente se aplica à “gravidez na adolescência”, pode não ser verdade nos casos excepcionais em que a adolescente realmente desejava ter um filho. Esse caso está presente numa das entrevistas.

Reação inicial da adolescente grávida (o passado: porque engravidei?)

Inicialmente a adolescente não reage com alegria porque afinal de contas trata-se de uma gravidez indesejada. Só depois de engravidar que a adolescente começa a entender que devia

ter mais cuidado com a sua vida sexual ativa e começa a olhar pelas causas, talvez o namorado que não teve cuidado ou ela que não usou adequadamente o método contraceptivo. Ela realmente sabe que está grávida, contudo tem alguma esperança de que o teste ou o exame fale o contrário, mas isso não acontece, ela está grávida. Os temores tornaram-se realidade e ela está grávida, ela que ainda não tinha falado com ninguém, agora que tem certeza vai procurar o namorado, o cúmplice da sua gravidez, para ver o que fazer. Esses temores viram preocupação, desespero, desejo de abortar, medo, tristeza, e por enquanto os pais e parentes não podem saber nada.

A adolescente procura o apoio em primeiro lugar do namorado. Em algumas situações ele apóia, em outras simplesmente pode sumir e o problema será pior, mas o pai da criança tem um rol secundário.

O dilema da adolescente (o presente e o futuro: o que fazer?)

Com certeza esse é o maior dilema da adolescente, o que fazer no futuro enquanto segue a luta do presente, da sua gravidez, com todas as limitações que a ela lhe é imposta pela condição econômica, difícil ou até precária, que está atravessando.

A adolescente talvez não tem outra saída que a família e os parentes mais próximos. Ela ainda precisa e depende dos pais, tanto no presente como grávida e no futuro como mãe. Diante dessa dura realidade ela vai chegar à conclusão que não pode continuar mais dependendo dos pais e precisa ser independente, precisa “deixar” a adolescência logo, e é nesse sentido que a adolescente vai nortear seu futuro que é tornar-se uma mãe independente, arrume um emprego, continue estudando, para dar um futuro melhor para o filho. Se nessa luta irá contar com a ajuda do pai da criança será melhor, mas não pode depender somente dessa

opção, ela sabe muito bem que desta vez não pode falhar. Ela vai se tornar adulta nos seus atos, na sua função de futura mãe.

Quase em nenhum dos casos a adolescente deixa de estudar, ela tem que lutar contra supostos preconceitos na escola, nos hospitais em que provavelmente fará o pré-natal, na vizinhança, na família. As entrevistas indicam que nas escolas públicas não teve preconceito, nos hospitais um pouco por parte de outras mulheres grávidas, na vizinhança ainda existe o preconceito via os fuxicos, já na família tem alguma que outra rejeição, mas os pais e parentes acabam por ajudar e entender os problemas da adolescente.

A reação da família e na escola

A família reage contra a adolescente, isso tem sido unânime nas entrevistas. Os pais brigaram com elas e também alguns parentes. Apesar de ser uma reação do tipo rejeição resulta ser passageira porque posteriormente após uma análise mais calma, a família chega a entender que eles têm o compromisso de ajudá-la e não podem abandoná-la. Houve o caso do pai que expulsa a filha de casa protestando contra o descuido dela e sem querer entender que ele não fez da maneira certa o seu papel de orientar sexualmente à filha e falar com ela. Os pais não assumem essa responsabilidade nem depois de ver que está grávida. Eles implicitamente delegaram essa tarefa para as mães.

Na escola pode ter rejeição, principalmente quando é dirigida por religiosos ou quando é particular. Já no caso da rede pública, houve o ambiente propício de ajuda, conselhos e colaboração com as adolescentes grávidas. Certamente isso era mais ou menos previsível, mas não da maneira que elas relataram, simplesmente muito bom. Essa atitude de apoio nas escolas públicas reflete em parte as mudanças que vêm acontecendo no que é orientação sexual nos

momentos atuais.

Com adequado apoio da família e na escola, é factível que a garota que ficou grávida e que não tinha decidido se era isso que queria, decida livremente se essa gravidez pode ser desejada ou não. A pressão da família precipita uma decisão que muitas vezes ela pode lamentar porque não foi decisão sua.

Em situações em que os pais têm recursos econômicos, a alternativa de realizar um aborto é mais provável, pelo menos isso pode ser verificado com uma das entrevistadas.

A adolescente mãe

O atendimento pré-natal

As dificuldades da rede pública de saúde indicam a necessidade de realizar melhorias, os depoimentos permitem inferir que o objetivo que essas instituições realizam são suficientes como para continuar impulsionando esse serviço e atendimento.

Alguns hospitais que oferecem o atendimento pré-natal sem fazer diferença se é uma adolescente ou adulta, mereceram um comentário negativo das adolescentes entrevistadas. Elas têm razão, não é a mesma coisa ter, por exemplo, uma grávida de quinze anos que uma outra adulta.

O pai da criança

O papel do pai da criança é secundário, segundo ele, porque na sociedade e na família atuais, reclama-se que à mulher, à adolescente lhe espera o papel de mãe e como prêmio o papel de esposa. Nas entrevistas, as adolescentes não somente confirmam essas hipóteses

senão que desvelam o fato que elas aceitam que o rol para com o filho que nasceu é principalmente delas. Não é que elas aceitem de bom agrado essa responsabilidade, acontece que as adolescentes têm certeza que o pai da criança não assume sua paternidade responsável, e acabam se resignando dignamente para assumir o papel de pai e mãe da criança.

O pai da criança que assumiu a sua responsabilidade apenas está dando continuidade ao seu papel, inclusive desde o momento que soube da gravidez da sua parceira.

Resulta difícil mudar a realidade do pai que abandona a criança mesmo antes de ver ela nascer, não se têm mecanismos eficientes para obrigá-lo a cumprir a sua responsabilidade como pai. A prevenção pode ser parte da solução, isto significa dar orientação sexual adequada e ampla de forma de conscientizar ele sobre a paternidade responsável.

Mudança de comportamento (Cuidar de um neném não é fácil)

O comportamento da adolescente mãe vai acompanhado de uma mudança na sua vida e futuro. Cuidar de um neném não é fácil, essa frase deixa ver que a adolescente ainda não sabia exatamente a responsabilidade que a mãe tem com o filho e o trabalho que para ela isso significa.

Para cumprir essa tarefa que implicitamente assume a nova mãe, ela vai mudar seu comportamento, que correspondia àquele de uma adolescente. Ela não pode mais sair e se divertir com a mesma liberdade, nem continuar estudando caso ela não tenha outra pessoa para ajudá-la, vai ter mais cuidado com os métodos contraceptivos, a relação com o pai da criança nem sempre será a mesma, podem se casar, se separar ou continuar junto.

O futuro da adolescente mãe (estudar? ter mais filhos?)

O futuro é claro, as garotas não são apenas adolescentes mães, agora são mulheres que querem continuar lutando pelo bem-estar do filho, melhorar na vida, ser uma mãe, continuar estudando, trabalhar, ser alguém na vida. Como a maioria das mulheres o faz, elas agora têm um planejamento familiar, nas suas decisões está definido que irão ter mais filhos quando seja o momento mais apropriado desde que elas assim o desejarem.

A difícil decisão de abortar

Abortar ou não, a decisão é difícil, mas segundo os depoimentos inicialmente é rápida e quase sempre a jovem grávida decide pelo aborto, contudo não é uma decisão inflexível porque depende de outros fatores, um deles é a falta de conhecimento adequado dos métodos abortivos.

Esse fato da decisão se vê influenciado em todo momento pela realidade da rejeição da família a ter uma filha grávida sem ela ser casada, dependência dos pais, estavam estudando e não tinham um emprego. Essa realidade de dependência é um dos fatores mais importantes que induz à menina a tomar a decisão de abortar, ela percebe que os pais podem expulsá-la ou deixar de ajudá-la para que siga estudando e para não ter essas dificuldades decide experimentar algum método abortivo.

O estado psicológico da adolescente grávida solteira envolve muita pressão e desespero, ela vai perguntar por conselhos ou ajuda as pessoas mais próximas além dos pais, obviamente são as amigas. O que ela tem decidido inicialmente é simples, ela quer informação sobre os abortivos para terminar com a gravidez. As amigas não estão bem informadas, e elas apenas conhecem superficialmente. Alguns abortivos que aparentemente não são caros e podem dar resultado no início da gravidez são aqueles populares, e nessa tentativa as grávidas irão

experimentá-los timidamente, por exemplo, tomando chás. Após o fracasso da tentativa inicial de aborto, talvez desistam pela sua própria condição de adolescentes, nem sempre serão capazes de tomar uma decisão definitiva e podem acabar sendo influenciadas pelos conselhos de que um aborto pode ser perigoso para sua saúde e vida, e quando realizado por um médico é caro e para elas é inviável o custeio.

A dependência dos pais não é o único fator que leva a adolescente grávida a tentar abortar. Psicologicamente é um fator que se junta a outros fatores e levam a menina a decidir pelo aborto.

Podemos indicar que as adolescentes grávidas preferem abortar, isso sempre e quando seja uma gravidez indesejada. A decisão da maioria é essa, abortar. No entanto, a seqüência de eventos vem acompanhada das respostas às questões: por que a adolescente decide abortar?, por que fracassa na sua tentativa de abortar?, por que ela muda de opinião ou se resigna e deixa o filho nascer?.

Em contrapartida, vamos a considerar o caso da única adolescente entrevistada que abortou, ela tinha uma boa situação econômica na sua família. Ela sabia que o fato de ter um filho na adolescência seria uma dificuldade para o seu futuro por motivos diversos já discutidos. Ela toma a decisão de abortar, fala com os pais e recebe o apoio deles, isso lhe garante que o aborto será praticado por um profissional especializado, o que finalmente aconteceu felizmente com sucesso.

Os cenários são diferentes, mas a primeira decisão que tomaram as adolescentes, tanto daquela com recursos econômicos como das outras (apenas as adolescentes que engravidaram sem assim querê-lo) é similar em todos os casos, todas decidem abortar, a diferença está em que as jovens de menos recursos não tiveram “sucesso” e acabaram ganhando o filho. Mas esse fato de ter o filho não foi um fracasso, elas reconhecem que estão “felizes” porque

ganharam um filho o que lhes permitiu amadurecer rapidamente para enfrentar logo o novo desafio, ser mãe e não voltar a cometer os erros do passado. A resposta de uma adolescente que enfrenta uma gravidez não desejada é inequívoca, ela não quer ter o filho. Todas, segundo as entrevistas, decidem abortar e excetuando a moça que abortou, o fato inicial delas tomarem “chás” significa que recorreram ao método que causa menos seqüelas, o mais barato e de fácil acesso. Só que esse abortivo não é seguro, motivo pelo qual não deu resultado com as entrevistadas. Será que agora que tem a pílula do dia seguinte essas adolescentes as teriam tomado?, lembre-se que o custo dessa pílula não é alto e está ao alcance da maioria.

A adolescente que abortou manifestou que não estaria disposta a um novo aborto. As outras adolescentes que ganharam neném falaram a sua decisão de não abortar futuramente. Relacionando estes fatos encontramos que tanto um aborto quanto um parto, levam a uma adolescente a tomar a decisão de não querer abortar no futuro, mesmo que elas cheguem a engravidar novamente na adolescência ou quando adultas.

Utilidade da pesquisa

O trabalho realizado nas escolas de São Luís-MA não servirá necessariamente como o mecanismo para determinar o aumento ou a diminuição de casos nessa capital, porém será um meio de análise do problema, a fim de contribuir na procura de soluções.

Adotou-se a metodologia de análise de conteúdo de entrevistas em profundidade em uma amostra de dez adolescentes grávidas selecionadas dentre escolas públicas e privadas. Oito delas tiveram a gestação e as outras um aborto provocado e espontâneo. A metodologia adotada possibilitou averiguar o perfil e as características de comportamento tanto dos familiares como da própria adolescente e escola. E também ter uma melhor representatividade das mulheres-adolescentes grávidas no cenário ludovicense. Isso com a intenção de apresentar

meios que contribuam para maior esclarecimento desse fato real que aflige as adolescentes grávidas.

Nas escolas de São Luís não existem programas específicos de orientação sexual. Isoladamente em algumas disciplinas os professores tratam do tema considerando o ponto de vista informativo em que se apresentam aspectos de sexo, risco de doenças sexualmente transmissíveis com ênfase no vírus do AIDS, gravidez. As escolas são reticentes a tratar esses temas em forma aberta e transparente como deve corresponder a um programa de orientação sexual. Em algumas escolas, principalmente privadas, a gravidez e aborto na adolescência são considerados como um tabu. Tem-se verificado alguma existência de discriminação contra adolescentes grávidas, mesmo tendo-se evidência apenas de um caso. As escolas públicas são mais propensas a tratar temas de sexo de maneira mais ampla, até mesmo por ser uma exigência contida nos PCN's, que têm como intenção facilitar a vida das adolescentes oferecendo orientação sexual.

A maioria das adolescentes engravidou não por falta de conhecimento de métodos contraceptivos senão por falta de consciência de utilizá-los sempre que seja necessário, pois conhecedoras dos perigos de uma gravidez em potencial apenas acreditaram na remota possibilidade de não engravidar. A responsabilidade da gravidez indesejada é compartilhada por ela e pelo parceiro.

A família da adolescente que engravida geralmente não mantém diálogo sobre orientação sexual com ela, pelo fato do assunto sexo ser um tabu, algo proibido no seio familiar. Mesmo possuindo conhecimentos suficientes para orientar de maneira adequada, muitas mães sob influência da cultura eclesiológica vêem a sexualidade apenas como algo para reproduzir e perpetuar a raça humana. No conflito de gerações, que gera a falta de diálogo na família, as filhas adolescentes deparam-se com situações que as conduzem ao

conhecimento da sexualidade de maneira deturpada, na maioria das vezes pela mídia, leitura de revistas não especializadas, tendo como enfoque a banalidade do sexo, do corpo.

As adolescentes-mães chegam a adquirir cedo maturidade e responsabilidade, isso como resposta ao compromisso de ser uma boa mãe, e em alguns casos independentemente do apoio do pai da criança. Aquelas jovens que por causa da gravidez e parto não continuaram na escola, mostraram estar decididas a continuar estudando e/ou a definir atitudes concretas para com o seu futuro, por exemplo, arrumar um emprego. Isso não deve significar que para ser uma adolescente responsável e madura é bom ser mãe adolescente, apenas é a resposta responsável e comprometida de uma mãe adolescente com o filho.

Os aspectos psicológicos na vida da adolescente dentro de um ambiente familiar e na escola que não se preocupa com o futuro da menina, levam a definir um panorama nada favorável para que a adolescente que tem vida sexual ativa consiga ter responsabilidade na adoção de métodos contraceptivos.

É comum que uma alta porcentagem de adolescentes grávidas, inicialmente tentam praticar aborto ou pelo menos a consideram como uma das melhores alternativas para evitar os problemas que derivariam da sua gravidez.

Cabe aos setores sociais, tais como a família, maior responsabilidade no modo de proceder no que concerne ao diálogo com os adolescentes sobre orientação sexual. A desestruturação da família dentro do contexto social permitiu a degradação de outros setores, como a escola, que trabalha para organizar a sociedade, porém a falta de identidade ocorre pelo fato da família deixar de ser o ponto de referência. A parceria família-escola-sociedade deve ser o eixo das soluções que visem conter a taxa elevada de gravidez e aborto na adolescência em médio ou longo prazo.

Trabalhos futuros

Em decorrência do trabalho realizado vários temas relacionados podem ser abordados de maneira a dar continuidade e contribuir com a problemática tratada. A seguir parte de possíveis pesquisas futuras que derivariam do presente estudo.

Paternidade responsável é sem dúvida uma parte complementar e importante da gravidez e aborto na adolescência, é preciso aprofundar no conhecimento do problema da irresponsabilidade do parceiro de uma adolescente grávida. Essa problemática no estado do Maranhão é diversa devido a que é uma região em que a escravidão teve presença marcante durante vários séculos e até hoje existem rescaldos desse legado.

Orientação sexual nas escolas e na família, em São Luís do Maranhão. É preciso aprofundar na discussão dos alcances e características da implantação dos programas de orientação sexual.

Aumento do índice de HIV/AIDS e doenças sexualmente transmissíveis em mulheres, procurando desvendar as reais causas que originam um crescimento assimétrico dos índices entre os homens e mulheres.

Referências Bibliográficas

- ALIAGA E. M., SUAZO E. W., DÍAZ J. I., MUÑOZ R. G., MENESES M. C. B., ARAYA M. O. y VENEGAS M. E. V., “Experiencia en una unidad de gestantes precoces”, *Rev. Chil. Obstet. Ginecol.* 1985; 50 (2): 127-39.
- BALTAR M.I., “A Questão do Aborto no Brasil: o debate no Congresso”, *Estudos Feministas*, Ano 4, N.2/96: 381-398, Brasil, 1996.
- BARDIN L., “*Análise de Conteúdo*”, Edições 70 Ltda., RJ, Brasil, 1977.
- BARRIG M., LI D., RAMOS V. y VALLENAS S., “*Aproximaciones al Aborto*”, SUMBI & The Population Council, Lima, Perú, 1993.
- BARROSO C. et.al., “*Gravidez na Adolescência*”, IPEA, UNICEF, Fundação Carlos Chagas, Brasília, 1986.
- BARSTED Leila Linhares, “Sexualidade e reprodução: estado e sociedade”, in Seminário “*Saúde Reprodutiva na América Latina e no Caribe: Temas e Problemas*”, Caxambu, MG, Brasil, Outubro de 1996.
- BERQUÓ E., ARAUJO M.J. e SORRENTINO S., “*Fecundidade, Saúde Reprodutiva e Pobreza na América Latina. O Caso Brasileiro*”, FNUAP, Brasil, 1995.
- BEGAZO R. y VARAS T., “La adolescencia como problema de salud reproductiva”, Ponencia presentada al XI Congreso Peruano de Obstetricia y Ginecología, Lima, Perú, 1994.
- BUONCOMPAGNO E. e SARMENTO R., “Sexualidade”, em “*Adolescência e saúde/Comissão de saúde do adolescente*”. Editorial/Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, 2ª edição, São Paulo 1994.
- CAMBRIA C. y DAVIES G., “*Fecundidad, Salud Reproductiva y Pobreza en América Latina. El Caso Peruano*”, FNUAP, 1995.
- CHU M. y VÁSQUEZ A., “Determinantes Socio-culturales del Aborto Inducido en Países en Desarrollo. Caso Peruano”, ponencia presentada en el Encuentro de Investigadores sobre Aborto Inducido en América Latina y el Caribe, Universidad Externado de Colombia, Santa Fé de Bogotá D.C., Colombia, 1994.
- CERVANTES R. y WATANABE T., “La Adolescencia como Problema de Salud Reproductiva”, XI Congreso Peruano de Obstetricia y Ginecología, Lima, Perú, Octubre de 1993.
- COLL C., PALACIOS J. e MARCHESI A., “*Desenvolvimento Psicológico e Educação – Vol.1 Psicologia Evolutiva*”, Artmed Editora, Porto Alegre, 1995.
- OPAS/OMS, “*Coletânea sobre Saúde Reprodutiva do Adolescente Brasileiro*”, Publicado com a cooperação da OPAS/OMS., Brasília-DF, 1998.

- CORRÊA Sonia, *“Population and Reproductive Rights: Feminist Perspectives from the South”*, Zed Books Ltd., London, UK, 1994.
- Da SILVA N.A., “Maternidade Adolescente”, IUPERJ, Série Estudos No. 63, Junho 1988.
- DESSER Nanete Ávila, *“Adolescência: sexualidade e culpa”*, Rio de Janeiro: Claudia dos Tempos; Brasília, DF: Fundação Universidade de Brasília, Brasil, 1993.
- FAÚNDES A. e CECATTI J.G., “Mortalidade materna”, em REZENDE J., em NEME B., *“Obstetrícia Básica”*, Editora Sarvier, São Paulo, Brasil, 1994.
- FERNANDEZ, P.F.; CASTRO, G.M.A.; FUENTES, A.S.; AVILA, R.A.; Blanco, E.M.M.; Godínez, G.M.E.; Reyes, J.G.M., “Características sociofamiliares y morbilidad materno-infantil del embarazo en adolescentes”. *Bol. Méd. Hosp. Infant. Méx.* 1998; 55(8): 452-7.
- GTPOS, Abia, Ecos, “Guia de orientação sexual: diretrizes e metodologia”, Grupo de Trabalho e Pesquisa em Orientação Sexual, Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids, Centro de Estudos e Comunicação em Sexualidade e Reprodução Humana. Editor Casa do Psicólogo, São Paulo, Brasil, 1994.
- GTPOS, *“Sexo se aprende na escola”*, Olho d'água, São Paulo, Brasil, 1995.
- GUIMARÃES E.M.B. e COLLI A.S., *“Gravidez na adolescência”*, Editora da Universidade Federal de Goiás, Goiânia, Brasil, 1998.
- GUIMARÃES Isaura, *“Educação sexual na escola: mito e realidade”*, Mercado das Letras, Campinas - SP, Brasil, 1995.
- HENSHAW S. and MORROW E., *“Induced Abortion: a world review, 1990 supplement”*, Alan Guttmacher Institute, New York, USA, 1990.
- HERN W., *“Abortion Practices”*, J.B.Lippincott Company, Philadelphia, USA, 1990.
- HUFFMAN D.C., *“The Gynecology of Childhood and Adolescence”*, W.B. Saunders Company, USA, 1981.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, site Internet acessado em janeiro de 2003, www.ibge.gov.br.
- INSTITUTO DE LA MUJER e FLACSO (Editores), *“Mulheres Latinoamericanas em Dados - Brasil”*, Instituto de la Mujer, Ministerio de Asuntos Sociales de España, e Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO), Santiago, Chile, 1993a.
- INSTITUTO DE LA MUJER y FLACSO (Editores), *“Mujeres Latinoamericanas en Cifras – Perú”*, Instituto de la Mujer, Ministerio de Asuntos Sociales de España, y Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO), Santiago, Chile, 1993b.
- MADEIRA F.R., *“Quem mandou nascer mulher? Estudos sobre crianças e adolescentes pobres no Brasil”*, UNICEF, Editora Claudia dos Tempos, Rio de Janeiro, Brasil, 1997.

- MARCONI M.A. e LAKATOS E.M., “*Técnicas de Pesquisa*”, 4ª. Ed., Atlas, São Paulo, Brasil, 1999.
- MARTINS J. e BICUDO M.A.V., “*A Pesquisa Qualitativa em Psicologia*”, 2ª. Edição, Editora Moraes, São Paulo, Brasil, 1994.
- McGoldrich K. E. “*Teenage pregnancy*”, J. Am. Med. Womem Assoc. 6 (3): 216-9. 1985.
- MONTEIRO D., CUNHA A. e BASTOS Á., “*Gravidez na adolescência*”, Editora Revinter, Rio de Janeiro, 1998.
- MORI M., “*A moralidade do aborto: sacralidade da vida e novo papel da mulher*”. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 1997.
- MOTTA M.L. e PINTO J.L., “*Gravidez na Adolescência*”, (mimeo), Campinas-SP, 1994.
- MUNDO JOVEM UM JORNAL DE IDÉIAS, “Em nossas mãos o rumo do país”, Porto Alegre, Brasil, No 291, Setembro-1998.
- MUNDO JOVEM UM JORNAL DE IDÉIAS, “A (in)disciplina desafia a escola”, Porto Alegre, Brasil, No 278, Maio-1997.
- MUNDO JOVEM UM JORNAL DE IDÉIAS, “Reaproveitar o lixo é fácil e necessário”, Porto Alegre, Brasil, No. 296, Maio-1999.
- MUNDO JOVEM UM JORNAL DE IDÉIAS, “Participar da política é legal”, Porto Alegre, Brasil, No 273, Setembro-1996.
- MUNDO JOVEM UM JORNAL DE IDÉIAS, “Gravidez na adolescência não dá para esconder”, Porto Alegre, Brasil, No 263, Agosto-1995.
- MUNITZ M. y SILBER T., “El embarazo entre adolescentes”, in: ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, “*Salud Reproductiva en las Américas*”, Washington DC, 1992.
- NEME B., “*Obstetrícia Básica*”, Editora Sarvier, São Paulo, 1994.
- NOVAK E. e JONES G., “*Tratado de Ginecologia*”, 9ª. ed., Editora Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, Brasil, 1985.
- OCÉANO (Grupo Editorial Océano), Enciclopedia “*Programa de Formación de Padres*”, Volumen 5: “Educación sexual familiar”, Barcelona, España, 1986.
- OLIVERA L. M., “Mulheres no Pós-Aborto: A experiência de atendimento no CAISM – UNICAMP”, Dissertação de Mestrado em Sociologia, IFCH-UNICAMP, 1997.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, “La salud del adolescente y el joven en las Américas”, Organización Panamericana de la Salud, 1985.
- ORTIZ A. (editora), “*Razones y Pasiones en Torno al Aborto*”, The Population Council Inc. & EDAMEX S.A., México, 1996.

- PALMA I. y QUILODRAN C., “Embarazo Adolescente: Desde el matrimonio al aborto, respuestas posibles en relación al proyecto de vida”, Informe de Investigación, Fundación Carlos Chagas, Santiago de Chile, 1992.
- PARÂMETROS Curriculares Nacionais, “Convívio Social e Ética: Orientação Sexual”, (versão preliminar), Nov. 1995.
- PINTO J.L. e PINOTTI J.A., “Saúde Reprodutiva da Mulher Adolescente”, em FAUNDES J.A., “*A mulher e seu direito à saúde no Brasil*”, Editora Manole Ltda., SP, Brasil, 1988.
- PINTO J. L e MOTTA M., “Gravidez na adolescência”, em NEME B., “*Obstetrícia Básica*”, Editora Sarvier, São Paulo, 1994.
- REZENDE J., “A gravidez. Conceito. Duração”, em REZENDE J., “*Obstetrícia*”, 7ª Edição, Editora Guanabara Koogan S.A, Rio de Janeiro, 1995.
- REZENDE J., MONTENEGRO C.A. e BELFORT P., “Mortalidade materna e perinatal”, em REZENDE J., “*Obstetrícia*”, 7ª Edição, Editora Guanabara Koogan S.A, Rio de Janeiro, 1995.
- ROLAND M.I., “A Construção Social do Problema da Gravidez na Adolescência: Estudo de Caso sobre o Campo Institucional da Central da Gestante, em Piracicaba, SP”, Dissertação de Mestrado em Antropologia, IFCH-UNICAMP, 1994.
- ROYSTON E. y ARMSTRONG S. (editores), “Prevención de la Mortalidad Materna”, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 1991.
- SARMENTO R., “Gravidez na Adolescência: Amor, Busca, Desencontro?”, IV Congresso Brasileiro de Adolescência, Recife-PE, Maio de 1991.
- SILVA J.L. e SARMENTO R., “Gravidez”, em “*Adolescência e saúde*”, Comissão de Saúde do Adolescente, Paris Editorial/Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, 2ª edição, São Paulo 1994.
- SISTO F.F., OLIVEIRA G.C. e FINI L.D.T., “*Leituras de psicologia par Formação de Professores*”, Editora Vozes, 2ª. Ed., Rio de Janeiro, 2000.
- SOUSA R. P. e OSÓRIO L. C., “A educação sexual de nossos filhos: uma visão contemporânea”, 3ª ed. Porto Alegre, Mercado Aberto, 1993. (Série Vida & Saúde).
- SOUZA, M.M.C. “A maternidade nas mulheres de 15 a 19 anos: um retrato da realidade. O mundo da Saúde”, 23(2): 93-105, 1999.
- TAKIUTI A.D., “Atendimento na Rede Básica de Saúde”, em “*Adolescência e saúde*”, Comissão de Saúde do Adolescente, Paris Editorial/Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, 2ª edição, São Paulo 1994.
- THE ALAN GUTTMACHER INSTITUTE, “*Aborto Clandestino: Uma Realidade Latino-Americana*”, The Alan Guttmacher Institute, New York, USA, 1994.
- THE ALAN GUTTMACHER INSTITUTE, “*An Overview of Clandestine Abortion in Latin*

America”, The Alan Guttmacher Institute, New York, USA, 1996.

THE ALAN GUTTMACHER INSTITUTE, “*Induced Abortion Worldwide*”, The Alan Guttmacher Institute, New York, USA, 1999.

UNITED NATIONS, “*Adolescent Reproductive Behaviour. Evidence from Developed Countries. Volume I*”, United Nations, New York, 1988.

UNITED NATIONS, “*Adolescent Reproductive Behaviour. Evidence from Developing Countries. Volume II*”, United Nations, New York, 1989.

U.S. CENSUS BUREAU, “International Data Base”, <http://www.census.gov/>, acessado em 30/09/2001.

WORLD HEALTH ORGANIZATION, “*Complication of Abortions. Technical and managerial guidelines for prevention and treatment*”, Geneva, Italia, 1995.

ZAGURY T., “*O Adolescente por Ele Mesmo*”, 10^a. Edição, Editora Record, Rio de Janeiro, Brasil, 1999.

ANEXOS

Anexo A

Taxa de Mortalidade Materna**Tabela A.1.** Taxa de mortalidade materna (TMM) no Brasil no período de 1980 a 1996.

Ano	Nº de óbitos	Estimativa de nascidos vivos	TMM
1980	2.551	3.702.706	68,90
1981	2.540	3.721.223	68,26
1982	2.293	3.727.702	61,51
1983	2.118	3.732.631	56,74
1984	1.962	3.734.708	52,53
1985	1.892	3.721.790	50,84
1986	1.814	3.667.950	49,46
1987	1.912	3.610.137	52,96
1988	1.759	3.550.012	49,55
1990	1.670	3.424.621	47,84
1991	1.633	3.438.062	47,68
1992	1.511	3.427.590	44,2
1993	1.529	3.423.632	44,6
1994	1.641	3.423.413	47,9
1995	1.654	3.430.089	48,3
1996	1.635	3.446.334	47,7
1997	1.465	3.465.852	42,5

Fonte: SIM/CENEPI/FNS e Estimativa de Nascidos Vivos do IBGE.

Anexo B

Modelo de Questionário Aplicado

QUESTIONÁRIO

1. Que idade (Quantos anos) você tem? | | Anos

2. Você é: | 1 | Solteira | 2 | Casada | 3 | Outros

3. Em que cidade você mora? _____

3.4. A casa em que você mora é própria ou alugada | 1 | Própria | 2 | Alugada

Quanto paga de aluguel? _____

4. Qual a sua Religião?

5. Você tem algum plano de saúde | 1 | Sim | 2 | Não

7. No que você trabalha? _____

7.1. Quanto você ganha? _____

II)

1. Quantas vezes você ficou grávida? | | vezes

2. Quantos filhos estão vivos hoje? | | Filhos | | Nenhum

3. De que tipo de relacionamento surgiu essa gravidez?

- | 1 | Namoro/caso | 4 | Estupro (violência sexual)
| 2 | Casamento | 5 | Outro qual? _____
| 3 | Morava junto

4. Quais são teus sentimentos com respeito a gravidez?

Você faria o aborto? Nesta situação. | 1 | Sim | 2 | Não

5. O que você estava usando para evitar filhos quando engravidou?

- | 1 | Pílula | 5 | Tabela
| 2 | Injeção | 6 | Coito interrompido (homem evita/joga fora)
| 3 | Diu | 7 | Outro Qual?
| 4 | Camisinha(Condom) | 8 | Nada

6. Acha importante usar um método para evitar filhos? | 1 | Sim | 2 | Não

7. Quais métodos conhece ou ouviu falar? Usou alguma vez? _____

III. Aborto

1. Quantos abortos provocados (tirar filho) você já fez? | | | abortos

2. Com quem você conversou para decidir fazer esse aborto?

3. Com quantos meses de gravidez você estava quando fez o aborto? _____

4. Onde fez esse aborto? _____

5. Quem fez o aborto? _____

6. pagou pelo aborto? | 1 | Sim | 2 | Não

Quanto? _____

7. Porque resolveu fazer esse aborto? _____

8 Como você se sente depois de ter esse aborto?

Descreva quais são seus sentimentos após o aborto? _____

9. Você faria o aborto novamente? | 1 | Sim | 2 | Não

Anexo C

Roteiro das Perguntas nas Entrevistas

1. Como era seu dia a dia antes de engravidar?
2. Como foi abordada a sexualidade antes de você ficar grávida?
3. Você tinha conhecimento dos diversos métodos contraceptivos? Quais?
4. Como se sente agora que você esta grávida?
5. Qual foi sua reação quando você chegou a saber que estava grávida?
6. Você queria ter um filho?
7. Como você enfrentou a gravidez?
8. Qual foi a reação de sua família em relação a sua gravidez?
9. Qual foi a reação da escola que você frequenta em relação a sua gravidez?
10. Você faz pré-natal? Onde?
11. Como é o atendimento do pré-natal?
12. Com quantos meses você foi a fazer o pré-natal?
13. Você mudou no momento que ficou grávida? Ou continua do mesmo jeito?
14. Agora que você vai ter um filho o que é que você pensa em relação a seu futuro? Pretende fazer o que? Vai continuar estudando ou vai deixar de estudar?

No caso de ela decidir por um aborto, o roteiro foi o seguinte:

1. Como você ficou grávida?
2. Você tem conhecimentos sobre os métodos contraceptivos?

1. Porque você decidiu por abortar?
2. Como você se sentiu no momento de tomar essa decisão?
3. Para a realização do aborto você contou com apoio dos familiares?
4. Onde você se realizou o aborto? Foi numa clinica ou usou outros meios? Quais?
5. O aborto foi realizado em condições adequadas?
6. Como você contatou a pessoa que faria o aborto? Por meio de quais meios você ficou sabendo da pessoa que realiza o aborto?
7. A pratica do aborto foi um preço razoável ou demasiado caro?
5. Depois de realizar o aborto você se sente arrependida pelo que fez?
6. Depois do aborto você mudou ou continua a mesma pessoa?
7. Se você ficasse novamente grávida tornaria a realizar o aborto?
10. Uma vez realizado o aborto, você sente discriminação por parte dos colegas e outros?

Anexo D

A Orientação Sexual veio para ficar *

por Antonio Carlos Egypto

Orientação Sexual na escola supõe um trabalho contínuo, sistemático e regular e que acontece ao longo de toda a seriação escolar. Deve começar na educação infantil e se estender até o final do Ensino Médio. Na verdade, precisaria existir também na universidade, mas esta já é uma outra história.

Pressupõe a capacitação e o acompanhamento, na forma de supervisão do trabalho, dos educadores que se responsabilizarem pela tarefa. E espera-se que ultrapasse os limites da sala-de-aula, para se tornar objeto de reflexão e debate na comunidade escolar. Pode envolver todas as áreas de ensino, orientadores, coordenadores, auxiliares de ensino, tutores e os pais e mães dos alunos.

Não é raro que isto aconteça porque, ao mesmo tempo em que o processo de implementação de orientação sexual na escola representa um desafio que assusta muitas escolas e educadores ainda hoje, ele também envolve e apaixona muitos outros. Quando a escola assume o projeto e o inclui na sua proposta pedagógica, a responsabilidade passa a ser de todos e não apenas de uma pequena equipe que se dedica ao tema. E aí é possível obter o apoio necessário da direção e do corpo docente para que a escola fale a mesma linguagem e compartilhe de uma visão comum sobre a sexualidade humana. Afinal, trabalhar o corpo erótico e reprodutivo visando ao legítimo direito ao prazer, à busca de relações de gênero com equidade e à prevenção das doenças sexualmente transmissíveis/AIDS, tem que ser propostas da escola como um todo, não de um ou outro professor mais iluminado.

Estes três eixos - corpo, gênero e DST/AIDS - são os norteadores de todas as abordagens da sexualidade na escola. Os temas que serão tratados variam bastante e atendem à demanda dos alunos. São escolhidos por eles, os menores manifestando em ações, desenhos, histórias, perguntas. Os maiores explicitando os temas que mais os preocupam e causam polêmica. Vamos tratando desde de onde viemos e como nascem os bebês à contracepção, aborto, homossexualidade, abuso sexual,

sadomasoquismo. Depende deles e do que estiver rolando na sociedade e na mídia. Na educação Infantil e Ensino Fundamental até a 4a. Série, o professor deve estar muito bem preparado não só para perceber como para atuar com as crianças, sempre que a questão se colocar. E ela se coloca, inevitavelmente. É só aprender a ver, deixar de se defender do assunto.

Para atender às necessidades dos adolescentes, a partir da 5a. Série, quando a escola trabalha com um professor para cada matéria, torna-se indispensável criar um espaço específico no currículo escolar para trabalhar a sexualidade. Os Parâmetros Curriculares Nacionais incorporam esta idéia e incluem também a Orientação Sexual como tema transversal, a ser trabalhado por todas as áreas de ensino.

Minha experiência no GTPOS - Grupo de Trabalho e Pesquisa em Orientação Sexual - e com escolas particulares e públicas de São Paulo, onde atuo desde meados dos anos 70 com Orientação Sexual, mostra que este não é um desafio fácil de enfrentar.

O tema da sexualidade mexe muito com as pessoas, desestabiliza alguns, provoca resistências. Quem se dedica ao trabalho e vê o quanto ele interessa e mobiliza os alunos, se encanta e se apaixona. Aliás, os alunos também se apaixonam. Mas envolver toda a comunidade escolar já é uma tarefa mais complexa e que pressupõe um processo longo e cuidadoso para não queimar etapas nem produzir fortes resistências. A orientação sexual na escola não se confunde com as fórmulas fáceis de palestras eventuais, "sacadas" sensacionais ou remédios milagrosos que em pouco tempo resolvem tudo. Ela é um processo artesanal e elaborado, onde se constrói conhecimento, cidadania e mudança social. Não é um modismo passageiro, tão comum nestes tempos globalizados e consumistas. A orientação sexual veio para se incorporar de forma definitiva à escola. Além de ser um tema social urgente, a sexualidade é central na vida das pessoas e sua discussão especialmente relevante para crianças e adolescentes.

* Originalmente Publicado no Boletim Cfêmea, maio de 2001. Este material está disponível no site da GTPOS (<http://www.gtpos.org.br/>)

Anexo E

Modelo de Ofício Encaminhado às Escolas

Universidade Estadual de Campinas

Faculdade de Educação

Assunto: Pedido de Permissão para Aplicação de Questionários e Entrevistas

São Luís, 12 de outubro de 2000

Prezado Senhor,

Com o objetivo de realizar a minha pesquisa para o meu Doutorado na Unicamp, na área de Desenvolvimento Humano e Educação, solicito a permissão de Vossa Senhoria para aplicação de questionários e entrevistas às alunas na faixa etária de 12 a 18 anos. As informações obtidas através dos questionários e entrevistas serão de 12 a 19 anos.

As informações, obtidas através dos questionários e entrevistas serão de completo sigilo e são de grande importância para a conclusão da minha pesquisa.

Na certeza de poder contar, com a sua colaboração, aproveito para lhe agradecer antecipadamente.

Cordialmente,

Doutoranda: Lilian Mery Olivera de Paucar

Orientador: Prof. Dr. Carlos Alberto Vidal França