

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL**

**PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO**

**Tese de Doutorado em Educação**

**A VIDA COTIDIANA DA MULHER ADOLESCENTE:  
SEXUALIDADE, GRAVIDEZ E MATERNIDADE NO RIO GRANDE  
DO SUL, 1920-1995**

**ANNA MARIA HECKER LUZ**

**Professora Orientadora**

**Dra. Marta Luz Sisson de Castro**

**Professora Co-Orientadora**

**Dra. Núncia M. Santoro Constantino**

**PORTO ALEGRE, DEZEMBRO DE 1995**

**FICHA CATALOGRÁFICA****LUZ, Anna Maria Hecker****L879v**

**A vida cotidiana da mulher adolescente: Sexualidade, gravidez e maternidade no Rio Grande do Sul, 1920-1995/ Anna Maria Hecker Luz. Porto Alegre: PUC/Pós-Graduação em Educação, 1995.**

**p. 243**

**Tese (Doutorado). Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Pós-Graduação em Educação, 1995.**

**1. História de mulheres. 2. Maternidade na adolescência. 3. Vida cotidiana de mulheres. I Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Pós-Graduação em Educação. II Título.**

**Lucia V. Machado Nunes**

**Bibliotecária - CRB/10/193**

## COMISSÃO JULGADORA

Professora Doutora Ana Lúcia Magela de Rezende  
Universidade Federal de Santa Catarina  
Doutora em Educação - Universidade São Paulo

Professora Doutora Marta Luz Sisson de Castro  
Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul  
Doutora em Educação - Boston University - Massachusetts

Professora Doutora Nara Maria Guazzelli Bernardes  
Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul  
Doutora em Educação - Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Professora Doutora Vera Regina Waldow  
Universidade Federal do Rio Grande do Sul  
Doutora em Educação - Columbia University - New York

## **A cor do invisível**

***"Porque chamar de invisível ou fantástico a esse mundo que por enquanto não conseguimos apreender, em contraposição a este mundo que está na cara - este mundo de que faz parte a esferográfica com que vou abrindo caminho pelo papel como um esquiador sobre o gelo? Este mundo que se vê ... e no entanto pertence ao mesmo mundo espiritual que está movendo minha mão. (...)***

***Um dia num poema, ante a esse frêmito que às vezes agita quase imperceptivelmente a relva do chão, anotei: são cavalos do vento que estão pastando. (...)***

***Invisíveis? ... Da mesma forma que há infra-sons e ultra-sons inaudíveis ao ouvido humano, existem cores no espectro solar que a nossa vista é incapaz de distinguir. (...)***

***Acreditemos na cor dos seres por enquanto invisíveis para nós, como é chamado invisível este oceano de ar dentro do qual vivemos".***

Mário Quintana



## AGRADECIMENTOS

Toda tese tem muitos colaboradores visíveis e invisíveis. Foram tantos que fica difícil nomeá-los sem correr o risco de omitir alguns. A maior contribuição indireta é da família na qual nasci e me desenvolvi. Nela aprendi sobre saúde, doença, solidão e morte, a luta pela sobrevivência, e o suporte para a vida em família. Minha mãe me ensinou cuidar/cuidando dos "outros", aprendizado que me orientou na prática da enfermagem; tia Guigui, preocupada com minha criação no meio de tantos "guris", quando ainda criança colocou-me na escola de *balé* para eu "ter modos de menina", ensinando-me, mesmo sem o conhecimento teórico, as construções sociais de gênero. Pelos seus modos de ser, ensinaram-me que mulher não é um ser incapaz, e enfrentar os riscos não é só "coisa de homem". Do meu pai herdei a emotividade, a disciplina e a compulsão, e com meus irmãos tive que aprender a me impor como "um ser diferente deles", e mulher. Por todos estes ensinamentos, sou grata à minha família.

A contribuição especial é das mulheres de quem é aqui contada parte de suas histórias. Estas pessoas me receberam em suas casas, e dividiram suas vidas com generosidade. Na realidade, elas não contribuíram para a elaboração da tese, elas são a tese.

Durante o processo de criação desta dissertação, revivi o universo feminino, e na adaptação das palavras de Isabel Allende, descrevo meu sentimento. A criação de uma tese é como o processo alegre de gerar um filho, a paciência na gestação, a força para trazê-lo à vida e o sentimento de profundo assombro em que isso culminará. A gestação foi lenta, acompanhada a uma distância prudente, por inúmeras pessoas, fazendo-me sentir apoiada. Este apoio não deixou que eu sentisse a aproximação do parto **precipitado**, e num último empenho, senti no âmago a experiência sagrada de dar à luz, o esforço, a dor, o pânico, e fiquei maravilhada e grata a todos os que partilharam comigo, até o último momento, este milagre.

Neste laborioso processo, Marta Luz Sisson de Castro, orientadora amiga, demonstrou sua eficiência como professora, por deixar tomar minhas próprias decisões e seguir o ritmo de trabalho, em um clima de cuidado e compromisso, e sempre pronta para responder ao chamado de ajuda, estimulando o desenvolvimento de novas idéias. Ela é, para mim, um exemplo concreto de amor pela aprendizagem e

desta forma transformou a tradicionalmente difícil relação aprendiz-orientador em algo caloroso e gratificante.

A minha visão do mundo presente não é mais a mesma depois que Núncia Maria Santoro Constantino, co-orientadora, me introduziu na história da mentalidade de época, possibilitando resgatar a história das mulheres.

Por fim, no dia-a-dia da elaboração de uma tese, meu agradecimento à família que eu construí pelo longo e especial relacionamento que tem enriquecido tanto minha vida quanto minha profissão, em formas tão numerosas de citar. Ao Sérgio, meu companheiro atual, tenho um débito de gratidão por me manter apoiada, amada e pela paciência nos momentos difíceis; aos filhos Cristiano, João, Lia e Carlos, com quem tenho aprendido a alteridade, dividindo os esforços e crescimento. Pelas contribuições de vocês - intelectual e emocional - esta tese e minha vida presente podem ser possíveis.



## NOTA DA AUTORA

Falar de vivências femininas, é falar de complementaridades sexuais, da relação homem/mulher, nas quais são interpretadas as práticas sociais, discursos e representações do feminino. Nesta relação, muitas vezes a mulher permanece anônima à sua verdadeira identidade pessoal. Nesta tese, como forma de homenageá-la, transgredi propositalmente a norma de citação bibliográfica no texto, identificando-as pelo seu nome completo, e não pelo sobrenome genérico. Os homens da literatura, não menos importantes que as mulheres, e que auxiliaram nesta tarefa, são ao longo da história reconhecidos.

O uso do tempo verbal - passado/presente (com transcrição conceptual ou fracionada) - possibilitou a aproximação destes dois momentos históricos que, na realidade, em muitas ocasiões são praticamente os mesmos. A análise dos relatos das mulheres, mães no passado, algumas vezes são idênticos aos das mães adolescentes no presente. Por mais que tenha tentado colocar a narrativa em linguagem pessoal, não consegui fazê-lo: sou mera "reconstrutora" da história de mulheres, e o trabalho não foi realizado unicamente por mim. Nós todas trabalhamos, cada uma participando a seu modo, com o melhor de si.

## SUMÁRIO

<b>RESUMO .....</b>	<b>10</b>
<b>ABSTRACT .....</b>	<b>11</b>
<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>12</b>
<b>PARTE I REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO .....</b>	<b>15</b>
<b>1 - DIMENSIONAMENTO DA QUESTÃO .....</b>	<b>16</b>
· Problema e justificativa do estudo .....	16
· Implicações do tema: educação e saúde .....	18
<b>2 - CONSIDERAÇÕES TEÓRICAS E DE MÉTODO .....</b>	<b>24</b>
· Adolescência e maternidade .....	24
· Paradigma da Pesquisa Naturalística .....	29
· Questões orientadoras .....	32
· Dimensionamento espaço-temporal do estudo .....	33
· Delineamento da coleta dos dados .....	40
· Delineamento dos procedimentos de análise .....	41
<b>3 - ASPECTOS ÉTICOS NO ESPAÇO DE CONVIVÊNCIA.....</b>	<b>42</b>
<b>PARTE II MULHERES DE ONTEM: MITOS E MENTALIDADES .....</b>	<b>44</b>
<b>4 - FRAGMENTOS DO PASSADO .....</b>	<b>45</b>
· Rio Grande do Sul: aspectos históricos .....	46
· Breve histórico da família e de mulheres gaúchas no início do século XX.....	49
<b>5 - MULHERES EDUCADAS E HONRADAS .....</b>	<b>53</b>
· Ficando mocinha .....	59
· Namoro e noivado .....	61
· A dança e o sonho das mulheres .....	62
· Chá-de-pêra .....	64
· Casamento: a carreira da mulher .....	66

<b>6 - TABUS E MITOS DA MATERNIDADE.....</b>	<b>71</b>
· Construindo a família .....	72
· Vivendo o sagrado e o profano da gravidez .....	73
· Acompanhamento de saúde na gestação .....	75
· Finalmente se tornando mãe.....	79
· Resguardo e quarentena .....	85
· Planejamento da família.....	87
<b>7 - MULHERES MARGINALIZADAS .....</b>	<b>90</b>
· Mulheres (in)desejáveis: moral e punição no cotidiano da justiça .....	90
· Preconceito e abandono social.....	109
· Saúde Reprodutiva: Livro de Registro dos Enfermos da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre .....	111
<b>PARTE III MULHERES DE HOJE: (RE)CONSTRUINDO A HISTÓRIA..</b>	<b>132</b>
<b>8 - VIRANDO A PÁGINA: FRAGMENTOS DO PRESENTE.....</b>	<b>133</b>
· Atualidade .....	133
· Revolução Sexual e maternidade na adolescência .....	134
<b>9 - ENTRANDO EM CAMPO: A VIDA COTIDIANA DAS GESTANTES ADOLESCENTES.....</b>	<b>137</b>
<b>10 - CONVIVÊNCIA COLETIVA: GRUPO DE GESTANTES E MÃES ADOLESCENTES.....</b>	<b>140</b>
· Realidade fatural de um grupo .....	142
· Relações humanas no contexto social.....	154
· Relações com a equipe de saúde.....	165
· Medos e expectativas do parto .....	169
<b>11 - CONVIVÊNCIA INDIVIDUAL: GESTANTES E MÃES ADOLESCENTES.....</b>	<b>174</b>
· Maternidade legitimada: caso 1 - Eliza, 15 anos .....	174
· Ser mulher.....	187
· O cotidiano e acompanhamento de saúde na gestação .....	192
· Tornando-se mãe adolescente .....	196
· Mãe adolescente: adaptação à nova situação.....	199
· Maternidade rejeitada: caso 2 - Geni, 14 anos .....	207
· Mãe adolescente: enfrentando a realidade.....	220
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>229</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>236</b>



## RESUMO

Estudo de natureza histórico-compreensiva, no qual se analisa as relações entre os fatores sociais, educacionais e de saúde nas vivências femininas da maternidade na adolescência. O processo histórico serve de pano de fundo, e permite destacar os contornos para compreender o atual fenômeno social e de saúde da maternidade na adolescência. Tem por objetivo compreender o cuidado, as crenças, os valores, as percepções, sentimentos e comportamentos das mulheres adolescentes nas suas vivências da maternidade. A pesquisa é fundamentada no paradigma da pluralidade numa análise qualitativa - **Pesquisa Naturalística** de Lincoln e Guba. A amplitude temporal, neste trabalho, refere-se ao período do século XX, a contar de 1920 a 1995. Este período é fracionado em diferentes intervalos de tempo, **pesquisa histórica** e **pesquisa atual**, variando de acordo com as fontes de evidência utilizadas para a coleta de dados. Os métodos utilizados para a coleta dos dados relativos aos **acontecimentos passados** são: **histórias de vida** narradas por mulheres mães entre as décadas de 1920-1940; **análise documental** de processos por crimes sexuais (Arquivo Histórico Judiciário); e **análise de arquivos** dos registros de saúde de adolescentes (Livro de Registro de Enfermos da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre - 1843-1929). Na tentativa de revelar a vida cotidiana das mulheres adolescentes desenvolveu-se a pesquisa de campo relativa aos **acontecimentos atuais** em uma comunidade de moradores de classes populares em Porto Alegre, RS, e são utilizadas como fontes de evidência: **entrevistas abertas**; **observação direta**, e **observação participante**. O processo de análise dos dados é feita de forma aberta, indutiva, concebida como **processo de encontrar significado** nos dados coletados. Nos resultados do estudo constata-se que as vivências da maternidade caracterizam-se pela diversidade própria de cada tempo/lugar, e é determinada pela maneira de inserção social destas mulheres. A importância do trabalho reside em articular elementos da vida cotidiana, e a análise histórica, com embasamento documental, ajuda a visualizar, com realismo, o cenário atual (e futuro) da maternidade na adolescência.

## ABSTRACT

This historical-comprehensive study analyses the relationships between social, educational and health events, and the women's experiences as teenager mothers. The historical process works as a background, giving shape and borders to the understand the social phenomenon of teenager motherhood. This study aims at understanding care, belief, values, perceptions, feelings and behaviors of teenager women in their experience of motherhood. The research is based on the paradigm of plurality in a qualitative analysis, Lincoln and Guba's **Naturalistic Inquiry**. The time period of this study is from 1920 to 1995. This time frame is divided in different periods, and the characteristics of the research, historic or contemporary depend on the sources of evidence used. For historical research the methods used for data collection were: **life stories** told by women who were mothers between 1920-1940; **document analysis** of lawsuits for sexual crimes (Judiciary Historical Archives); and archive analysis of health reports of teenagers (In-patient Report Book of Santa Casa da Misericórdia, 1843-1929). The contemporary part of the study with the aim of revealing the daily life of teenager women, was field research was developed in a low income community in Porto Alegre, RS. The sources of evidence were: open interviews, **direct observations**, and **participant observation**. The data analysis was open, inductive, conceived as a *process to find meaning* in the collected data. The results of this study show that the experience of motherhood is characterized by a diversity due to time/place, and it is determined by the social insertion of these women. The importance of this work lies in articulating elements of the daily life, with the historical analysis based in documents offering a realistic view of the present, and future, scenario of teenager motherhood.



## INTRODUÇÃO

*A VIDA COTIDIANA DA MULHER ADOLESCENTE: SEXUALIDADE, GRAVIDEZ E MATERNIDADE* - trata da saúde e da educação na maternidade na adolescência e das relações sociais destas mães, em Porto Alegre, RS.

Fugindo ao lugar comum do modelo quantitativo de inspiração positivista, sempre disposto a explicar a realidade objetiva, única, tangível, separada em partes capazes de serem estudadas independentemente e, no qual não há a possibilidade de interação entre o pesquisador e o pesquisado, utilizam-se os referenciais de um paradigma da pluralidade.

O núcleo do estudo concentra-se na investigação do mundo vivido pelas mães adolescentes, com a preocupação de captar os fenômenos sociais subjacentes à maternidade na adolescência, sob o ponto de vista específico da vida cotidiana.

Partindo-se da idéia de que o fenômeno em estudo configura-se multifacetado, por mais que se procure vê-lo na sua totalidade, diferentes aspectos permanecem fora do ângulo de visão da pesquisadora, pois ao se iluminar uma face, outras se ocultam.

Assim, este estudo submerge na inserção da mulher no seu contexto microssocial (de acordo com as regras de convivência familiar) a partir de 1920, período em que há todo um conjunto de mudanças, resultantes da modernização. Essas mudanças, entretanto, são fruto da resistência, como o demonstram tantos fatos históricos na visão mundial dos acontecimentos. Sob este aspecto, vê-se, então, uma sociedade montada com o intuito de converter os sujeitos à nova ordem urbana, e para tanto, a vida privada dos indivíduos é atrelada ao destino político, e a ética de convívio social burguês modela o convívio familiar.

A reconstrução da atmosfera social e das mentalidades sobre a mulher e a maternidade neste período, surge mediante a análise de várias fontes: *histórias de vida*, literatura relativa à época, *análise documental*, processos jurídicos criminais, *análise de arquivos*, e Livro de Registro de Enfermos. O conjunto destas fontes oferecem um expressivo testemunho daquela realidade social.



A coleta dos dados da primeira fase da pesquisa tem início em agosto de 1992, quando a autora entrevista mulheres vivenciadoras da experiência da maternidade, nas décadas de 1920 a 1940. Estas décadas também servem de delimitação temporal para a pesquisa nos autos dos processos de crimes sexuais de Porto Alegre. Essa coleta de dados ocorre em 1993 e 1994, simultânea à transcrição dos registros do Livro dos Enfermos referente às adolescentes hospitalizadas na Santa Casa de Misericórdia, desde o início do atendimento: de 1843 até 1929.

Após esta fase, faz-se o acompanhamento de um grupo de mulheres adolescentes de classes populares<sup>4</sup> que experimentam a maternidade, registrando-se as múltiplas situações da vida cotidiana, na tentativa de, através de uma abordagem compreensiva do fenômeno, desvelar a face da sombra do social.

A convivência com as adolescentes no ciclo grávido-puerperal, ocorre num período de 18 meses, entre agosto de 1993 a janeiro de 1995, e o método de coleta de dados está de acordo com o modelo de pesquisa naturalística de Yvonna Lincoln e Guba (1985), com *observação direta e participante* e *entrevistas* com acompanhamento no ambiente onde vivem estas mulheres.

A pesquisa envolve, aproximadamente, mil documentos entre processos jurídicos, registros de livros, registros de atividades em grupo, e entrevistas (histórias de vida) de sete mulheres vivenciadoras da maternidade no passado, além de registros da vivência cotidiana de sete adolescentes com experiência recente de maternidade.

A presente tese contém três Partes: a primeira, composta de três capítulos, aborda questões teóricas e metodológicas sendo um referencial para o trabalho em seu todo; a segunda expõe o objeto de pesquisa na perspectiva do passado, em quatro temáticas: fragmentos históricos do passado no Rio Grande do Sul, o processo de construção da identidade feminina, tabus e mitos da maternidade, e a questão das mulheres marginalizadas; a terceira apresenta a (re)construção da história da mulher com enfoque na vida cotidiana da maternidade na adolescência na convivência coletiva e individual. Expõe a forma como estas mulheres constroem sua identidade feminina a partir da maternidade e do "cuidar" do seu filho. Por fim, apresentam-se nas

---

<sup>4</sup> Entende-se por classes populares, entendidas no plural, aquelas pessoas que fazem parte de um grupo determinado, "compreendendo a classe trabalhadora em geral, o operariado industrial, os desempregados e subempregados, os indígenas, os funcionários, os profissionais de alguns setores da pequena burguesia" (Wanderley, 1980:63).

considerações finais, as idéias e as implicações do estudo, retomando os aspectos holísticos do cuidar e educar através de um ambiente de convivência.



**PARTE I**  
**REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO**

## 1 - DIMENSIONAMENTO DA QUESTÃO

O aumento progressivo de casos de gravidez na adolescência nos últimos anos, fenômeno observado no mundo inteiro, faz emergir uma preocupação com o assunto. Diferentes são as explicações: educação sexual insignificante; aumento da liberdade sexual feminina; declínio da idade da menarca; desconhecimento sobre métodos anticoncepcionais; banalização (pelos meios de comunicação) dos aspectos relativos à sexualidade; aumento da promiscuidade; etc.

Observa-se que o fenômeno tem natureza interdisciplinar, envolvendo questões de educação, saúde, sociologia, psicologia, comunicação, política e economia e configura-se como um caleidoscópio de incontáveis fragmentos coloridos que, de acordo com Flávia Werle (1993:8), "*assumem a cada movimento novas formas no jogo de espelhos angulares que o compõem*". Cada imagem que se cria é encantadora pela forma e conjunto de cores, e pela alteridade em relação as anteriores. Cada nova visão parece única mas, na realidade, os fragmentos coloridos continuam os mesmos. De fato, o que muda é a sua redistribuição, possibilitando novas formas de visão.

### • Problema e justificativa do estudo

Hoje, no Brasil, as questões acerca da adolescência são muito mais discutidas do que no passado. O determinante dessa preocupação é o grande contingente de adolescentes que formam a base da pirâmide populacional e que terão de se inserir no mercado de trabalho nos próximos anos.

Na última década do século XX, os jovens estão sujeitos a graves ameaças da sociedade: uso indiscriminado de drogas, riscos de doenças sexualmente transmitidas, gravidez indesejada, complicações de aborto provocado, suicídios e homicídios, acidentes de trânsito e esportivos, e abandono.

Dentre estes aspectos, apresentados, destacam-se, aqui, os ligados à saúde reprodutiva, relativos à gravidez e à maternidade na adolescência, com as prováveis conseqüências da ilegitimidade do casamento e dos filhos, decorrente da ausência da paternidade assumida. Talvez seja esta uma das mais sérias repercussões da



maternidade na adolescência, afetando diretamente a jovem mãe, muitas vezes assumindo sozinha a educação do filho, e o novo ser em desenvolvimento.

A gravidez na adolescência interfere de forma direta na formação profissional desta mãe, sobrecarregando-a com as tarefas ligadas à criação do filho e à organização do lar, restando-lhe poucas condições de manter os padrões de escolaridade esperados para sua idade.

Com uma visão conservadora, a maioria dos estudos realizados sobre adolescentes, principalmente os da área da saúde, desconsidera a indissociabilidade entre o indivíduo e seu mundo social, não entendendo, a questão da adolescência como fenômeno simultaneamente individual e social. Ao ignorar estes fatores nas condições objetivas de vida nas quais o adolescente interage em seu cotidiano, estes estudos costumam sugerir uma suposta homogeneidade e uma inexistente equidade quanto às leis, e às oportunidades ao saber e ao poder.

A adolescente, ao mesmo tempo em que se encontra biologicamente pronta para procriar, com limites cronológicos cada vez mais baixos quando comparados às gerações anteriores, é exposta a uma elaboração social com todas as formas de estímulos, fazendo emergir, segundo Giddens (1993), os *mecanismos da sexualidade* que se espalharam e multiplicaram, através da maior mobilidade geográfica e dos meios de comunicação de massa, penetrando e mudando a tradição da vida social, que há muito resiste à modernidade, promovendo, como consequência, uma "revolução sexual".

Na verdade, ao lado da representação homogênea, globalizante e igualitária da realidade social, existe uma *"socialidade multiforme, subterrânea e tenaz que é vivida num trágico mais ou menos consciente"* (Maffesoli, 1984:12), pois não há realidade única, mas sim múltiplas realidades concebidas de diferentes maneiras (Yonna Lincoln e Guba, 1985; Marta Sisson de Castro, 1994).

Diante dessas múltiplas representações da realidade, o estudo do comportamento reprodutivo na adolescência na sociedade rio-grandense, implica diferentes instâncias de investigação. Ao longo do tempo, conforme registros, relatos, e análises da consolidação dos inter-relacionamentos dos valores sociais existentes, e/ou as dimensões míticas e imaginárias do cotidiano, criam e recriam linhas de limites na compreensão destas realidades.

Portanto, o trabalho aqui proposto enseja a aproximação de uma visão holística da maternidade na adolescência, nas diversas dimensões das vivências destas jovens,



numa tentativa de integrar o individual a um contexto social mais amplo, através da discussão destes aspectos, com base na literatura.

#### • Implicações do tema: educação e saúde

É no *estar-junto-com*, nas relações técnicas e sociais do desenrolar do *cuidado* às mães adolescentes, que possibilita buscar a essência do saber da enfermagem para este grupo de mulheres.

Embora sendo a maternidade um fenômeno fisiológico, Erna Ziegel e Mecca Cranley (1985), dizem que ela é um acontecimento excepcional na vida da mulher e de sua família e, como tal, exige um reajustamento na organização de seus valores e de suas funções pelas mudanças que provoca nos papéis sociais.

Por este motivo, vários autores caracterizam a gravidez e o nascimento como propiciadores de uma crise de maturação e de desenvolvimento. Estas mudanças são explicadas na medida em que "*ter um filho acarreta profundas alterações intra e interpessoal, com a possibilidade de modificações de aspectos da identidade de cada membro da família*" (Maria Tereza Maldonado, 1989:28).

Assim, a necessidade de adaptação decorrente da gravidez soma-se a outras situações típicas da adolescência, como a perda do corpo infantil e a franca evolução na procura ativa da sua identidade adulta. A construção desta identidade é resultado de "*incontáveis períodos críticos*" muitas vezes enfrentado pelos jovens, com intensa dificuldade (Tiba, 1986:49).

Encontrando-se a adolescente em fase de construção de sua identidade pessoal e da busca da independência dos pais, como reage diante do tornar-se mãe?

Os estudos sobre a maternidade na adolescência no Brasil, em geral empregam um tratamento quantitativo e institucionalizado, com o objetivo prioritário de identificar os antecedentes biopsicossociais das mães adolescentes. Estes estudos são realizados em serviços de atendimento pré-natal ou em maternidades onde estas jovens são atendidas por ocasião da gestação, parto ou puerpério. Via de regra, apontam problemas existentes no processo saúde/doença, sem, entretanto, aprofundar as experiências individuais de *ser mãe adolescente*.

Para uma melhor compreensão deste fenômeno, Telma Garcia (1992), salienta a importância da determinação da realidade histórica na qual se realiza a socialização da mulher e a construção de sua identidade social/sexual.

Como exemplo desta realidade, Pinto Neto et al. (1991), fazem referência a estudo realizado em Minas Gerais. Constatam que a maioria das adolescentes (65,5%) admitidas com diagnóstico clínico de aborto no Centro de Assistência Integral à Saúde da Mulher, Minas Gerais, "não faziam uso" de métodos anticoncepcionais.

Em outro estudo, realizado em um hospital escola de Porto Alegre, Sônia Agostini et al. (1988), relatam que 61,5% das puérperas adolescentes pesquisadas, não utilizam qualquer método anticoncepcional.

**Por que razão estas jovens não usam anticoncepcionais?** Os estudos não respondem a esta questão. Somente constatam o fato.

Mesmo em estudos que analisam sentimentos e atitudes experienciados pelos adolescentes em relação à gravidez, como o de Emília Santos et al. (1987), identificam uma reação de negação de paternidade por parte do parceiro sexual da futura mãe em 14,33% dos casos, sem, entretanto, discutir ou esclarecer as razões deste comportamento e a forma de sua expressão.

**Que valores sociais estão subjacentes à reação masculina de não assumir a consequência do relacionamento sexual com uma mulher?**

Ao analisar as condições reprodutivas de mulheres de uma comunidade periférica de Porto Alegre, Mara Oliveira et al. (1992) verificam que a grande maioria tem sua primeira relação sexual e o primeiro filho na adolescência. A incidência de maior número de filhos ocorre com as primíparas com menos de 20 anos. As autoras apresentam conclusões epidemiológicas ligadas a critérios cronológicos da maternidade, mas não realizam uma ampla exploração acerca das características e do significado de seus achados.

Pelo fato de os estudos disponíveis a respeito de adolescentes serem restritos ao universo recluso das instituições (escolas, clínicas ou hospitais), a BENFAM (1992) realiza uma pesquisa domiciliar em três centros urbanos do país, pesquisando amostras representativas e focalizando aspectos da saúde reprodutiva e da sexualidade da população jovem de ambos os sexos, com idade entre 15 e 24 anos. O estudo revela informações importantes para subsidiar o desenvolvimento de estratégias de programas educacionais e de saúde para a população jovem, porém mostra-se superficial em diferentes aspectos, sendo impossível, através dele, aprofundar as questões acerca da mãe adolescente.



Nas pesquisas quantitativas, é difícil coletar dados subjetivos, e apresentá-los através de números ou percentuais. E mesmo sendo possível representá-las numericamente, estas informações não conseguem expressar as dimensões e as propriedades do dado descritivo.

O estudo da BENFAM (1992) apresenta dados percentuais de incidência da maternidade na adolescência em três diferentes cidades brasileiras. A incidência de maternidade aos dezesseis anos de idade, por exemplo, é 25% na cidade do Rio de Janeiro, 20% em Recife e 13% em Curitiba.

Estes dados permitem avaliar o número de casos, mas não respondem à questão mais ampla de seu próprio significado. A cifra de 13% de incidência de maternidade na adolescência em Curitiba é alta ou baixa? O que significa a diferença de 5% entre a incidência no Rio de Janeiro e em Recife?

Estudo semelhante é desenvolvido pela Fundação Maurício Sirostky Sobrinho (1992), sobre o perfil do adolescente alfabetizado no Rio Grande do Sul, considerando a faixa etária de 10 a 20 anos. Os grupos são constituídos a partir de amostragem não-aleatória, e os resultados do estudo identificam os padrões de conduta de cada faixa etária, sexo e classe social. O estudo apresenta a descrição da opinião dos adolescentes a respeito de diversos aspectos de seu cotidiano. A gravidez na adolescência é condenada por todos os grupos investigados, mas caso ocorra, os respondentes revelam-se favoráveis a que a gravidez seja levada a termo.

Na configuração numérica representada nos estudos acima, há uma evidente ênfase nos critérios biológicos e cronológicos, e uma ausência de caráter histórico-social sobre a realidade concreta das vivências singulares de maternidade destas jovens.

Conforme Lilian Rubin (1976:7), estas vivências têm um caráter similar entre as jovens que compartilham algumas experiências comuns, pelo fato de pertencerem a uma mesma sociedade ao mesmo tempo que "*diferentes pela classe social, raça e etnia dando uma forma especial, única e distinta no conjunto destas experiências vividas*".

Inúmeros são os estudos representativos sobre um ou outro aspecto da vida dos adolescentes; são investigações importantes e úteis sobre atitudes e comportamentos, porém, limitadas, pois não fazem a ligação entre os aspectos quantitativos e os histórico-sociais do problema. Apresentam estatísticas com probabilidades sobre comportamento sexual, separação, abandono da escola, problemas específicos de



saúde, mas nada dizem sobre como os jovens vivenciam em "pele e osso" estas diferentes experiências.

Conforme Jurema Gertze (1990:7), com exceção dos historiadores, os demais pesquisadores "*raramente examinam a questão a partir de uma retrospectiva histórica*"; os estudos enfatizam uma abordagem que se restringe em termos temporais, aos limites atuais.

Tornam-se, assim, importantes os estudos qualitativos para que possam dar sentido e significado aos números e percentuais, possibilitando, através de análise do componente social, compreender esta experiência que é a do "*ser/estar-junto-com societal*" (Maffesoli, 1985:17) permitindo captar, de forma holística, a riqueza do viver.

A presente tese, portanto, pretende dar um tratamento não-usual à questão da maternidade na adolescência. Visa, em seu todo, complementar as limitações dos estudos meramente estatísticos, fazendo a análise histórica das questões sociais, educacionais e de saúde, e da vida cotidiana das mulheres adolescentes, com a certeza de que os estudos do cotidiano destas adolescentes que vivem o processo da maternidade, "*são uteis para ilustrar, propor imagens de todos estes pequenos nada significantes ou de todas estas estruturas macroscópicas que constituem a nossa sociedade*" (Maffesoli, 1988: 30).

A convivência cotidiana com as adolescentes no seu ambiente natural, fora da instituição hospitalar, ou assistencial, possibilita à enfermeira desvelar o significado que tem para elas, o ser mulher e mãe. Deste modo, então, identificar as necessidades sociais e de saúde destas mulheres, estabelecendo os meios para satisfazê-las.

Maria Tereza Leopardi (1992), analisa as necessidades de saúde considerando sua satisfação como um direito do cidadão e como valor de consumo numa perspectiva histórico-social. Para que se possa ter noção das necessidades das mães adolescentes, é indispensável definir as carências geradoras - materiais ou imaginárias - destas necessidades.

De acordo com Ana Lúcia Rezende (1989:99), na formação de recursos humanos para a saúde, particularmente na de enfermeiras, existem oscilações na priorização do fazer e do pensar, ao longo da história. Este processo está vinculado à mentalidade da

---

\* O termo societal é utilizado para reforçar a característica essencial do "ser-junto-com", característica essa que supera a simples associação racional, isto é, reunião de pessoas em relação a um objetivo, com uma finalidade.



época e à ideologia assumida pela intelectualidade responsável por essa formação e pelas definições dos modelos de assistência de saúde.

Daí também decorre a importância deste estudo sobre mães adolescentes na área da enfermagem, como uma possibilidade de melhor compreender suas necessidades e o modo como elas experienciam simultaneamente as crises - adolescência e maternidade

As desigualdades vividas pelos indivíduos no acesso e direito à saúde "*por aqueles que têm poucas possibilidades de fazer ouvir suas reivindicações e são colocados à margem das decisões*" (Ana Lúcia Rezende, 1989:102), exigem a reflexão sobre o assunto.

Além disso, no cotidiano da assistência à saúde, existe uma subordinação das clientes à generalização da necessidade social, deixando-se de levar em conta as individualidades destas clientes (Maria Tereza Leopardi, 1992).

Para Maturana (1993), educação consiste em criar um espaço propício à transformação, na qual haja condições de aprendizado do viver sem que as pessoas se afastem de sua convivência de origem, pois o que se aprende é um novo modo de viver.

A educação sobre a saúde reprodutiva, não se dá unicamente dentro da instituição formal. Ela acontece em todos os espaços: em casa, na rua, na escola, na comunidade. É uma aprendizagem constante que se abre numa dimensão maior do que aquela que aparece explícita em programas educativos.

Na cultura ocidental, educam-se crianças, adolescentes e mulheres para o que deverão ser, sendo esta educação fortemente ligada a alguns modos de organização social do gênero .

Ao nascer, a criança recebe um nome (primeiro elemento da identidade) que se refere à condição biológica (sexual - homem ou mulher). A partir daí inicia-se a socialização da criança, submetida a uma série de estereótipos ligados à identidade masculina ou feminina. E no decorrer dessa socialização, assimila o que culturalmente é considerado a forma correta de pensar, agir, falar e relacionar-se com os outros no mundo.

---

\* **Gênero** é um conceito sociológico que se refere a construção social do sexo, isto é, o que é próprio para o gênero feminino e o que é próprio para o gênero masculino.

A formação da identidade no contexto coletivo, tanto para os homens como para as mulheres, decorre das diferentes vivências no meio social onde estão inseridos. E a construção dessa identidade resulta da aprendizagem social, não apenas ligada às crenças e ações ativamente exercidas nos diferentes círculos sociais (na família, na escola, no clube, nos grupos de interesses particulares, na igreja...), mas também ligada às suposições mais gerais a respeito de idéias e mitos presentes naquele grupo.

Neste sentido, existe uma identidade feminina e outra masculina, ou seja, a construção da identidade se realiza dentro do que é aceito para cada um dos atores sociais. Há, portanto, atitudes ou comportamentos próprios dos "homens" e próprios das "mulheres".

Na tentativa de explicar as diferenças gerais, que caracterizam a personalidade e os papéis masculino e feminino, Nancy Chodorow (1990), refuta os pressupostos que se utilizam de argumentos biológicos (diferenças sexuais ligadas à anatomia - homem e mulher), uma vez que sustentam o que é imutável. Contrariando estes pressupostos, a autora considera a organização social segundo o gênero (masculino e feminino) como uma "construção social" e, nesta divisão, o ato de maternar das mulheres é um dos poucos elementos universais conservados.

Ao longo da história, ciclicamente as mulheres têm filhos com menos ou mais idade. Cada sociedade adota mecanismos próprios de controle de sexualidade/reprodução coerentes com o modo de organização das atividades produtivas, dos papéis sociais e dos valores e atitudes culturalmente aceitos (Maria Campos e Maria Lygia Moraes, 1986).

Deste modo, estudar mães adolescentes numa ação a que está subordinado não só o *sujeito individual* mas o *sujeito coletivo*, pode ajudar a esclarecer o que representa ser mãe adolescente no caráter social e, portanto, no conjunto de determinações históricas que conduzem sua transformação.

Portanto, para a compreensão da maternidade na adolescência numa perspectiva histórico-social, e na medida em que se recorta a questão através da categoria "idade", qualificando a reprodução na adolescência como problemática, urge buscar suportes teóricos além daqueles oferecidos pelas ciências biomédicas. E como esta temática envolve diferentes áreas do conhecimento, inspira uma perspectiva interdisciplinar.

## 2 - CONSIDERAÇÕES TEÓRICAS E DE MÉTODO

Considerando que o referencial teórico é um esboço para o direcionamento da análise dos dados empíricos, apresentam-se a seguir algumas noções complementares sobre o tema **adolescência e maternidade**, sendo, posteriormente, explicitado o método aqui empregado: **Paradigma da Pesquisa Naturalística** (na abordagem qualitativa em que se situa a pesquisa).

### • **Adolescência e maternidade**

A adolescência é uma fase evolutiva com grandes transformações, assinalada pelo crescimento biológico, sócio-cultural, psicológico e cognitivo.

As transformações biológicas, comumente, são consideradas como ponto inicial no processo de adolecer e, não obstante os diferentes modos de vida dos jovens e independentemente do meio social a que pertençam, a necessidade de encontrar maneiras de ajustar-se a elas é universal (Conger, 1980).

A seqüência de eventos que produz o desenvolvimento físico e a maturação sexual é desencadeada e regulada por mecanismos neuroendócrinos. Em média, o surto de crescimento puberal, também chamado de "estirão", ocorre entre doze e quatorze anos nas meninas, e entre os doze e dezesseis anos nos meninos (Pikunas, 1979). É no pico deste estirão que ocorre a menarca na menina e a primeira ejaculação no menino.

Todo adolescente passa pelas mesmas fases, ainda que cada um as atravesse em ocasiões diferentes, com maior ou menor rapidez; isso porque existe um condicionamento genético para o desenvolvimento físico que, entretanto, não opera num vazio, sendo os fatores ambientais tão importantes quantos aquele.

A estimulação psicossocial pode exercer efeitos no metabolismo da formação biogênica que, por sua vez, influenciará o comportamento e as emoções (Lewis e Volkmer, 1993:6). Portanto, o processo de amadurecimento iniciado pelos componentes biológicos é amplo, e não é composto apenas por características individuais isoladas, mas flui, também, da continuidade do condicionamento cultural no mundo vivencial do adolescente.



Contudo, apesar da adoção destes critérios para a caracterização da adolescência, permanece a dificuldade de se delimitar a faixa etária deste período, que é significativamente variável. Por ser a idade cronológica o mais óbvio de todos os parâmetros, no presente estudo faz-se uso da classificação cronológica proposta pela World Health Organization (1975) que define a *adolescência como o período da vida compreendido entre os dez anos completos e os vinte anos incompletos*.

Na medida em que a sociedade torna-se mais complexa, a duração da adolescência parece ter-se prolongado em alguns aspectos e encurtado em outros. No Brasil, dentre os fatores que encurtam este período, estão a iniciação profissional e a maternidade precoce; os que o prolongam são a dependência econômica dos pais e a dificuldade de entrar no mercado de trabalho (Grüspun e Grüspun, 1990).

June Kuczynski (1988:235) aponta aspectos importantes a serem desenvolvidos na adolescência:

*"busca da auto-identidade; identidade sexual; desenvolvimento de independência e separação dos próprios pais; desenvolvimento de um sistema de valores morais; opção por uma vocação; desenvolvimento da capacidade de relacionamento de natureza heterossexual duradouro"*.

Desta forma, a adolescência apresenta-se como um momento muito importante na vida do indivíduo, constituindo etapa decisiva de um processo de transição, em cujo transcurso o ser humano procura encontrar seu lugar no espaço social.

Diferentemente do aspecto físico, onde as modificações são definitivas, as transformações na área cognitiva são as mais plásticas. A etapa do desenvolvimento cognitivo merece um destaque especial, por ser, em grande parte, desconhecida dos adultos que, muitas vezes, são levados a formular suposições incompletas a respeito de como os adolescentes pensam e aprendem. De acordo com Tiba (1986:19) "*as evoluções ocorrem de forma lenta e insidiosa, pouco perceptível a quem não estiver atento a elas*".

O sistema cognitivo descrito por Piaget tem um caráter seqüencial de estágios no qual cada estágio é necessário, resultante do precedente e preparatório para o seguinte.

Se, de um lado, a maturação referente ao crescimento fisiológico e ao desenvolvimento do sistema nervoso central dá acesso às estruturas mentais, por outro, estas se desenvolvem no processo interativo com o meio social do indivíduo.

A continuidade que caracteriza o desenvolvimento cognitivo possibilita que a criança vá crescendo e compreendendo, aos poucos, o mundo que a cerca e, deste modo, descobrindo a *realidade* das fantasias, duplicidades, máscaras, elementos que fazem com que o mundo nem sempre seja o que aparenta ser. A partir destas descobertas, seu pensamento torna-se progressivamente objetivo ao identificar o que é o mundo externo das coisas e o que é o mundo interno do seu pensamento.

A conquista do pensamento é a principal alteração cognitiva da adolescência, quando o jovem passa a ter a capacidade de pensar em diferentes hipóteses sobre conceitos abstratos, e a construir proposições contrárias aos fatos vivenciados (Elkind, 1975).

Para o adolescente a família é importante, ainda que, constantemente, critique os pais e familiares que lhe são caros e lhe servem de apoio. Por outro lado, é preciso que os membros da família do adolescente "*estejam presentes para que estejam errados, de forma que o adolescente possa ao menos ter a ilusão de estar certo, separado e independente*" (Lewis e Wolkmar, 1993:222).

A atitude de contestar e questionar a estrutura familiar beneficia o adolescente enquanto lhe dá oportunidade de posicionar-se na sociedade, pois é no grupo familiar que ele aprende a conviver e onde estabelece as bases de sua formação.

A sociedade, um universo de regras, leis, costumes, usos e práticas de valores aceitos, tem um papel estruturador para o adolescente que necessita aprender como conviver com as constantes mudanças sociais que predominam nos dias de hoje, bem como com as incertezas futuras e ambigüidades presentes. Então, o adolescente procura agregar-se àqueles que estão passando por situações semelhantes e que mais facilmente o entendem: o grupo de amigos.

De acordo com Castro (1985), é neste grupo que o jovem ensaia uma série de papéis, compartilha idéias e interesses e se sente acompanhado, buscando obter sua unidade.

Sua preocupação primária é a aquisição de uma identidade sexual adequada a um relacionamento heterossexual, sendo a adolescência o período mais importante para isto. É nesta fase que iniciam os jogos amorosos e, apesar de os rapazes, após a primeira ejaculação, e de as mulheres, após a menarca, estarem fisicamente capacitados para se envolverem numa relação sexual, do ponto de vista emocional



não estão ainda preparados para assumir as responsabilidades implícitas desta atividade.

A vida sexual efetiva, depende das características psíquicas individuais e está relacionada à cultura sexual vigente. É certo que, a partir da década de 1960, ocorrem algumas modificações de costumes e hábitos sexuais, entendidas como sinal do "progresso científico", com a comercialização de pílulas anticoncepcionais (Magali Engel, 1988). Assim, hoje não só há maior aceitação das relações extraconjugais como há maior tolerância com diferentes tipos de comportamento sexual (Coleman, 1985).

A mídia impressa e eletrônica veicula continuamente matérias nas quais a sexualidade aparece de forma explícita. Por outro lado, existem, ainda, os métodos anticoncepcionais que possibilitam a distinção entre o relacionamento sexual e a procriação.

Estas mudanças constituem um pano de fundo essencial para a compreensão do desenvolvimento sexual dos adolescentes. Mudanças que, por processarem-se de forma rápida, têm um tom de revolucionário e não podem deixar de exercer influência sobre os adolescentes. No entanto, todos estes "ganhos", não parecem ser suficientes, pois hoje, a AIDS transforma-se em instrumento de controle da sexualidade não menos sutil e distinto da sífilis no passado (Magali Engel, 1988:15). Em meio a esse processo desencadeador de novos comportamentos, outro aspecto vivenciado pelos jovens que assumem relações sexuais é o conflito gerado pela gravidez, denunciante de sua ingenuidade no processo reprodutivo como um todo.

É importante procurar compreender como a sexualidade é construída e conhecer o significado que lhe confere a adolescente; o fator pedagógico da vivência social/societal, *"uma vez que o mundo é um espaço cultural partilhado e não propriedade particular, o conhecimento existente é virtualmente socializado"*. A maior parcela do conhecimento que cada um tem do mundo vem da sociedade que o transmite pois é dentro do grupo social que se originam as normas de conduta e valores relativos à saúde reprodutiva (Ana Lúcia Rezende, 1991:104).

As dúvidas em relação à fertilidade, levam muitas meninas a *"inconscientemente"* tentar prová-la (Souza, 1987:37). A questão não é só provar a capacidade fisiológica do corpo, mas também de atender a representação do papel social de gênero (masculino e feminino). De acordo com Maria Tereza Maldonado et al (1990:10), *"ter filhos pode representar nosso desejo de seguir os padrões, (...), procriar, para que o homem e a mulher possam dar provas de que estão funcionando adequadamente"*.



É neste sentido que as relações sexuais, muitas vezes, são empreendidas como expressão do desejo de afirmação, de contraposição à família e, em consequência, a gravidez representaria o desejo de viver com a pessoa amada.

Pinto e Azevedo (1986) questionam se, devido a dificuldade de condições para iniciar a vida a dois, hoje em dia, o casal de adolescentes, consciente ou inconscientemente, não estaria facilitando a gravidez para obrigar a família a ajudá-los na vida conjugal? Ou ainda, se a gravidez não funcionaria para os adolescentes como possibilidade imediata (antecipatória) da passagem para a vida adulta, numa tentativa e perspectiva de separação dos pais?

Portanto, a maternidade na adolescência não representa apenas um ato biológico-reprodutivo, mas um processo social, na medida que afeta a relação entre homem, mulher, e os membros da família, definindo novas identidades sociais.

Cada adolescente tem maneiras próprias de estar e de se posicionar no mundo. Há aquelas que vivenciam o mundo a partir da submissão, subserviência (Anésia Carvalho, 1987), *"resignação frente à situação de violência no convívio com companheiro ou familiares"* (Lúcia Felizardo, 1993:98), pelo seu raciocínio mágico ou pela sua condição feminina.

Por outro lado, há, também, aquelas adolescentes que reagem através de mecanismos de resistência à hegemonia doméstica, (transgressão) procurando espaços de entrada no mundo adulto através de modos próprios, atitudes que, paradoxalmente, não deixam de ter significado na vida social.

A maternidade na adolescência, principalmente aquela que ocorre em jovem solteira, por representar a irregularidade, muitas vezes gera desconforto em enfermeiras, em médicos ou em educadores em sua prática profissional. O direito à diferença na desigualdade (e não na igualdade) faz com que se perceba tudo o que é contrário ao *"dever ser"*, como uma ameaça ou impertinência, conflituando a convivência.

A diferença é vital, como diz Maffesoli (1987a:129), *"não devemos esquecer que a heterogeneidade, mesmo se ela perturba, mesmo se é mais difícil de se compreender, é a fonte da vida"*. Muitas vezes o diferente é entendido como violência, transgressão ao instituído. Entretanto, apesar de o idêntico (homogêneo) ser mais pacífico ou mais controlável, permanece potencialmente mais mortífero.

Conforme as citações transcritas até aqui sobre noções complementares da adolescência e maternidade, percebe-se que este fenômeno além de estar intimamente relacionado com os aspectos de maturação biológica e psicológica, está



sob efeito de outros fatores importantes como os ambientais e sociais. Portanto, ao objetivar-se a compreensão holística do fenômeno, urge a necessidade de conhecer o mundo social destas jovens, e aprender como vivem no seu espaço de convivência. Conseqüentemente, é a partir desta constatação que se empreende a metodologia apresentada a seguir, capaz de apreender a multiplicidade desta vivência.

- **Paradigma da Pesquisa Naturalística**

Baseada nas considerações feitas anteriormente, a proposta deste estudo é de natureza histórico-compreensiva, na qual se analisam as relações entre os fatos sociais, educacionais e de saúde nas vivências femininas da maternidade na adolescência.

Procura-se olhar este fenômeno não somente com uma visão do atual, mas numa reconstrução do seu processo de desenvolvimento. E o processo histórico serve de pano de fundo, permitindo destacar os contornos para compreender o fenômeno social e de saúde da maternidade na adolescência. Como um *"fio condutor a alinhar os momentos históricos do existir humano, é que se tornou possível perceber e interpretar o enraizamento sócio-antropológico da estrutura do imaginário social"* (Ana Lúcia Rezende, 1991:XIII).

A relação de passado e presente, para Ivani Fazenda (1989), se estabelece na busca do conhecimento, questionando o passado através de uma série de aspectos do *agora*, ao tempo em que, na busca do entendimento do passado, se busca as respostas para o *agora*. O passado é também vivido no cotidiano de todos. Uma fotografia, um momento, um tabu que sobrevive, comprovam uma história vivida no cotidiano passado.

Para sublinhar a importância do emprego do método é necessário ressaltar sua subordinação às teorias compreensivas eleitas pelo pesquisador. Portanto, a opção por esta metodologia é resultante da concepção teórica escolhida, que, no caso, privilegia apreender a construção do fenômeno estudado.

Assim, a partir da íntima relação entre os aportes teórico-metodológicos, e das noções sobre *mãe adolescente* se enseja o emprego de um método capaz de apreender a experiência vivida por estas mulheres.

O **método** considerado adequado para captar a realidade do fenômeno estudado é da **pesquisa naturalística** (Yvonna Lincoln e Guba, 1985:39; Marta Sisson de

Castro, 1994). O processo de pesquisa proposto por estes autores apresenta, de uma forma única, quatorze características que definem a *pesquisa qualitativa*.

Estas quatorze características apresentam uma notável coerência e interdependência entre si, e cada uma delas pode ser tomada como razão de ser para as demais. Portanto, a exclusão de qualquer uma delas prejudicaria seriamente as outras.

O processo de pesquisa naturalística preconiza a coleta dos dados no **ambiente natural** onde o fenômeno é vivido pelo sujeito, pois é no contexto original da ocorrência que ele adquire sentido e significado para sua compreensão.

Com sua bagagem cultural, o pesquisador é parte essencial do processo de pesquisa. Como **instrumento humano** utiliza *suas* habilidades pessoais *de olhar, escutar, falar, ler, sentir*, e seu **conhecimento tácito** lhe permite fazer novas associações, encontrar outros significados e novas idéias que, de certa forma, orientam a produção do conhecimento (Yvonna Lincoln e Guba, 1985:199).

A pesquisa naturalística elege, preferencialmente, **métodos qualitativos** por se adaptarem melhor no interagir com realidades múltiplas.

A seleção dos sujeitos é definida pela **amostragem intencional** tendo em vista que os objetivos do estudo se definem no próprio processo de pesquisa. O modo de análise proposto é o **indutivo**, que pode ser concebido como processo de conferir significado aos dados coletados a partir de entrevistas, observações, estudo de arquivos e documentos, fitas gravadas, observação de comportamentos e interpretação de medidas não reservadas.

A pesquisa naturalística tem a **teoria fundamentada nos dados**, emergindo dos dados (Grounded Theory, Glaser e Strauss, 1967), porque nenhuma teoria, a priori, pode englobar as múltiplas realidades possíveis de serem encontradas no fenômeno estudado. Por esta razão, a delimitação do **design emergente** é uma das características básicas da pesquisa naturalística, permitindo, assim, que a pesquisa se desdobre, flua na medida do desenvolvimento da investigação e de suas implicações teóricas, ao invés de ser construída previamente.

Os **resultados discutidos em conjunto** (resultados negociados) devem ser buscados por todos os pesquisadores naturalísticos. Os resultados são produtos da discussão do significado e interpretação construídos no processo integrado de pesquisa e análise a partir das quais os dados são principalmente obtidos. O conceito de uma perspectiva "*emic*", visão de dentro de um determinado contexto, é um dos



objetivos fundamentais da pesquisa naturalística, em oposição à perspectiva "etic" da pesquisa tradicional que enfatiza o aspecto externo.

A modalidade proposta de apresentação dos resultados é de **relato de estudo de caso** (ao invés de relato científico ou técnico) porque esta forma é adaptada às descrições densas. Além do que é adaptável à demonstração da interação do investigador com o contexto e conseqüentes pré-concepções que possam dela resultar (relatório flexível).

Os resultados de um estudo naturalístico, incluindo as conclusões, dependem da **interpretação idiográfica**, ou seja, as compreensões alcançadas se fundamentam fortemente tanto nos fatores contextuais como no processo. Ocorre, naturalmente, uma interação entre investigador-respondente que modela o processo, além de haver a influência dos valores locais.

Se na pesquisa naturalística há, por um lado, perda da possibilidade de generalização (comum aos estudos tradicionais), por outro, ela ganha em compreensão e profundidade na interpretação da situação estudada.

A **aplicação tentativa** é conseqüência da característica anterior. Uma ampla aplicação dos resultados da pesquisa só poderá ser feita em forma de tentativa porque as realidades são múltiplas, diferentes e dependem, até certo ponto, da interação particular entre investigador e respondente não podendo ser aplicados em outros contextos.

Quando existirem situações similares ou de contextos, os resultados encontrados podem facilitar a transferência dos resultados. Este processo deve ser empreendido com todo o rigor.

O limite do estudo é determinado por **foco-fronteiras**. Na pesquisa naturalística, a partir de um foco delimitado inicialmente, define-se o limite durante o próprio processo da pesquisa, emergindo do contexto e do processo. O foco do estudo pode ser mais estreitamente mediado pela interação investigador-foco, o qual vai definindo o quê pesquisar, servindo como critério para inclusão e exclusão de novas informações.

Os **critérios para a fidedignidade** constituem-se numa espécie de auditoria do processo de pesquisa e têm a preocupação de manter a investigação disciplinada ao mesmo tempo em que ela possa ser avaliada pelos critérios de qualidade e confiabilidade externa (chamados *credibilidade*, *transferibilidade*, *dependibilidade*, e *confirmabilidade*) que afirmam, adequadamente, o conhecimento produzido. A auditoria é feita por um pesquisador externo à pesquisa, e segue o caminho percorrido pelo

pesquisador na construção dos resultados, fazendo, desta forma, a validação externa do estudo.

O paradigma naturalístico é baseado na concepção da realidade construída na perspectiva "*emic*", e considerando a existência de múltiplas realidades acerca do fenômeno estudado, oferece a proposta metodológica viável para a compreensão da **maternidade na adolescência**.

Neste caminhar tem-se a possibilidade de captar o processo da construção dos valores, o pensamento mágico, e as diversidades existentes no fenômeno. A preocupação sempre presente neste caminhar é a de compreender a complexidade do fenômeno numa visão múltipla, ao mesmo tempo biológica e social, muito mais enraizada no **como** do que no **porquê**.

Nesta perspectiva, a pesquisa aqui proposta tem dois objetivos:

- fazer uma análise do comportamento social, educacional e de saúde reprodutiva das adolescentes no Rio Grande do Sul, tomando como referência a cidade de Porto Alegre;
- compreender as percepções, sentimentos e comportamentos das mulheres adolescentes nas suas vivências da maternidade.

Assim, uma vez estabelecidos os objetivos, desdobram-se as questões de pesquisa a partir da interação da pesquisadora com as circunstâncias com as quais está envolvida. A definição inicial do foco de estudo é estabelecida pelas questões orientadoras contidas na seção seguinte.

#### • **Questões orientadoras**

As questões de investigação apresentam-se como questões orientadoras do estudo, passíveis de serem fortalecidas, modificadas, abandonadas ou substituídas ao longo do estudo. São elas:

- **Como a sexualidade e a maternidade foram vivenciadas pelas mulheres no período de 1920 a 1940 em Porto Alegre?**
- **Quais os costumes, valores e atitudes, frente à saúde reprodutiva e à maternidade na adolescência, no contexto da sociedade rio-grandense de 1920 a 1995?**
- **Como é, no cotidiano, a vivência da maternidade na adolescência?**



Para a compreensão das questões sociais, educacionais e de saúde associadas à maternidade na adolescência, utiliza-se **instrumentos e fontes de coletas de dados** variados, num *método aberto*, com a teoria substantiva emergindo dos dados (Grounded Theory, Glaser e Strauss, 1967). Isso por se acreditar, como Yvonna Lincoln e Guba (1985:41,42), que nenhuma teoria pode, *a priori*, englobar as múltiplas realidades provavelmente encontráveis, e por parecer a mais adequada para "*captar o fôlego social que, não sendo jamais o mesmo, apresenta variações de acordo com as ambiências de cada época*" (Maffesoli, 1988:93).

Entende-se que é através da polissemia do fato social investigado que se apreende as diferenças neste fenômeno. Desta forma, procura-se superar o reducionismo positivista (causal) acompanhando de perto a dinâmica de valores contextuais da socialidade, reconstruindo o cotidiano das jovens, procurando alcançar a compreensão das suas vivências de maternidade no âmbito histórico-social.

Os referenciais metodológicos, igualmente, têm bases múltiplas, pois como salienta Ana Lúcia Rezende (1991) as propostas qualitativas, mais adequadas para a compreensão dos fenômenos sociais, não possuem metodologia única e delineada.

#### • **Dimensionamento espaço-temporal do estudo**

A amplitude temporal, neste trabalho, sobre o comportamento social e reprodutivo das mulheres de Porto Alegre, refere-se ao período do século XX, a contar de 1920 a 1995.

Não se trata da reconstituição linear dos costumes e atitudes ligados à saúde reprodutiva ao longo deste período, mas de mostrar as diversas modulações de ordenamentos sociais relativas ao tema.

Este período é fracionado em diferentes intervalos de tempo, **pesquisa histórica e pesquisa atual**, variando de acordo com as fontes de evidências utilizadas para a coleta de dados, conforme é descrito a seguir.

##### . **Pesquisa histórica**

Nesta parte da investigação a preocupação é a de reconstruir os fatos relatados por mulheres vivenciadoras da maternidade no passado, dentro do enfoque apontado por Dea Fenelon (1989:127), "*do compromisso social, da postura em que o conhecimento é produzido socialmente*". Portanto, é uma leitura do passado em termos

de referências recentes, que abrange o hoje e o agora, com perspectivas sociais, numa concepção de vida, de mundo e de mentalidades.

Para a obtenção da resposta da primeira questão (pesquisa histórica), delimita-se a amplitude espaço-temporal do estudo nesta parte do trabalho, nas décadas de 1920 a 1940.

Na compilação sistemática dos dados relativos aos *acontecimentos passados*, faz-se uso de materiais históricos de dois tipos de fontes:

*Primárias* - informações de primeira mão, como documentos originais, relatos pessoais, fotos, cartas escritas por pessoas da época. Fonte primária de acordo com Denise Polit e Bernadette Hungler (1987:183), "é o desenrolar mais direto do acontecimento e das situações históricas". Só o narrador se interpõe entre os acontecimentos e o investigador. *Secundárias* - referem-se aos relatos obtidos de segunda ou terceira mão, isto é, de obras com explicitações de acontecimentos escritos por indivíduos que resumem ou interpretam materiais de fonte primária.

A análise da mentalidade de época (representação moral e de costumes) relativa à saúde reprodutiva da mulher na sociedade rio-grandense, realiza-se em três distintos métodos de coleta:

1) **Histórias de vida** - narradas por mulheres que são mães entre as décadas de 1920-1940. As entrevistas realizam-se com mulheres que no passado vivenciam ser mães adolescentes ou adultas, o que permite no decorrer do estudo completar a visão da maternidade em diferentes fases da vida.

2) **Análise Documental** - Estudo de processos por crimes sexuais encontrados no Arquivo Histórico do Judiciário de Porto Alegre. Além do discurso jurídico contido nestes processos, também utiliza-se do discurso das autoridades, como meio complementar de análise para a compreensão das formas de controle social.

3) **Análise de Arquivos** - Livro de Registro de Enfermos da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre no qual são encontrados registros de saúde de adolescentes que foram internadas naquela instituição de saúde.

Nas *histórias de vida* há a preocupação de realizar contato pessoal prévio no domicílio da pessoa a ser entrevistada com o objetivo de relatar o pretendido e obter permissão para o uso das informações recebidas.

Para o estudo de documentos faz-se contato com o responsável oficial do setor específico, e lhe são apresentados o projeto de pesquisa e as pessoas que colaborariam na coleta dos dados.



A escolha do ano de 1920 como ponto de partida para a investigação, acontece por ser delimitada, nesta época, uma nova fase no Rio Grande do Sul, a da Modernidade. É possível, igualmente, encontrar mulheres que viveram aquele período e que contribuíram com suas memórias através de relatos - *histórias de vida* - sobre suas experiências de maternidade à época. Assim, também a análise dos processos criminais, neste mesmo período, possibilita uma melhor compreensão daquela realidade. Os processos criminais, à época, já contêm um resumo datilografado, o qual facilita a leitura tendo em vista que os autos são manuscritos à pena e tinta, com a ortografia da época.

Portanto, a parte histórica contida na primeira fase do estudo compreende as décadas de 1920, 1930 e 1940, e tem por objetivo apreender as idéias dominantes quanto aos valores sociais e de saúde reprodutiva das mulheres rio-grandenses vivenciadoras da maternidade neste período. Além disso, o estudo histórico permite uma compreensão fundamentada do presente.

As fontes históricas refletem momentos de experiências de vida, as quais para serem recuperadas e trazidas à perspectiva atual, implicam questionamentos das evidências através da bibliografia. Sabe-se, também, que há riscos relacionados a lapsos temporais que podem, eventualmente, prejudicar o conhecimento de diferentes modulações, relativas aos aspectos estudados. Assim, na tentativa de reduzir as naturais limitações de um estudo histórico e com a preocupação de ressaltar a dinâmica existente na sociedade, faz-se a investigação da **vida cotidiana atual** das mães adolescentes.

#### **. Pesquisa atual: vida cotidiana**

Nesta parte da pesquisa pode-se obter as respostas relativas à terceira questão de pesquisa: "**Como é, no cotidiano, a vivência da maternidade na adolescência?**"

Na investigação sobre os *acontecimentos presentes*, utiliza-se o referencial da *sociologia do cotidiano*, no **método etnometodológico**. De acordo com Denise Hungler e Bernadette Polit (1993) por este método o pesquisador busca descobrir a "*maneira pela qual as pessoas dão sentido às suas atividades cotidianas e interpretam seus mundos sociais*" de modo a serem aceitas.

Este tipo de abordagem refere-se à sociologia compreensiva preocupada em descortinar os objetivos que os atores sociais perseguem na vida de todos os dias. Propõe constatar e interpretar o vivido a partir das ações do indivíduo, uma vez que elas podem revelar partes importantes da realidade social.

A compreensão do cotidiano das mães adolescentes, em sua dimensão microssocial, é plural e fragmentada. Qualquer tentativa de apreender a vida social sob a ótica da unidade está assentada na concepção que restringe o fenômeno a uma visão racional, futurista e progressista do mundo; preocupa-se apenas com a sua face *iluminada*: ao se desconsiderar a face das *sombras*, fica empobrecido o processo do viver humano, limitando-o à dimensão do *dever-ser*, das grandes utopias, e à perspectiva linear da história.

A morte das grandes utopias, voltadas para a sociedade perfeita, abre espaço na pós-modernidade para a existência de uma série de minúsculas utopias, que não são pensadas como utopias, mas vividas como tal em "doses homeopáticas". Cabe localizá-las no estudo de um pequeno grupo de mães adolescentes, e descobrir a maneira como desenvolvem sua vida social, os mecanismos que encontram para estabelecer formas de *solidariedade* ou *resistência* contra sua situação de adolescentes, e as construções simbólicas que reinventam a vida sexual e familiar.

Para compreender a vida cotidiana e os fenômenos não quantificáveis no *vir-a-ser* social, como o imaginário, utopia, e o não-racional, significa considerar as potencialidades que *fazem e não fazem parte* da realidade social, ou seja, duvidar da aparência.

É esta duplicidade que permite aos indivíduos, aparentemente integrados na ordem social, valer-se das possibilidades alternativas oferecidas, e tomarem atitudes que lhes permitam *sobreviver à esta ordem social*, e apropriarem-se das diversas capacidades manipuladoras como o *uso do corpo mole, do jeitinho brasileiro*.

Nos dias atuais há uma mudança de relacionamento com a quebra do pacto de complementaridade entre as pessoas e, de acordo com Netto e Maria do Carmo Falcão (1989:45), essa mudança ocorre em razão de valores e condições da vida moderna:

*"O direito à diferença que contrariamente, em vez de aproximar no complementar, afastou na oposição e intolerância do diferente; a valorização individual, reforçando paradoxalmente o singular, o particular, o privado, e opondo-os ao outro, ao comunitário, ao coletivo, ao genérico".*

O mundo é, assim, um mundo partido, fragmentado, repleto de diferenças passíveis de alianças de toda ordem, para que haja a convivência. Na regulação



social, delimita-se o desvio para melhor tratá-lo, pois não se tolera o menor sinal de sombra, de disfunção.

O estudo da mãe adolescente na sua vida cotidiana através de uma abordagem **etnometodológica**, na qual se efetua a exteriorização do fenômeno, possibilita a apreensão do seu modo singular de *vivenciar o mundo*, frente a este fenômeno considerado *transgressor*, por ser o *diferente* (heterogêneo) (Maffesoli, 1993).

O estudo da vida cotidiana não remete a um conteúdo preciso, mas trata-se de uma *perspectiva* dos fenômenos sociais, de um modo específico de abordá-los. Neste sentido, Maffesoli (1984:7,8) aponta três aspectos essenciais: 1) implicação do investigador que não se pode abstrair totalmente do seu objeto de pesquisa uma vez que participa igualmente do mundo social; ele não dita a vida social, o que *deve ser* mas está mergulhado nela, é parte dela; 2) há um caos, uma sombra social que precisa ser vista, iluminada; a socialidade já não reside na homogeneização, mas ao contrário, num misto de paixões, imagens, diferenças que remetem à multiplicidade das vivências coletivas; 3) o estudo da temática do cotidiano "*exige audácia de pensamento de modo a romper o fechamento convencional da lógica político-econômica*", sempre permeando as análises sociológicas.

Através desta análise pôde-se descrever e compreender os motivos presentes nos fenômenos vividos. Tem, portanto, um objetivo que transcende às particularidades empíricas de que se reveste o fenômeno enquanto aparência. É, portanto, a vivência que importa, e não apenas o dado visível, o fato psíquico ou o estado de consciência atual, através do qual ocorre o fenômeno (Anésia Carvalho, 1987).

Nesta tradição, tenta-se compreender as normas do grupo social, além dos pressupostos profundamente inseridos, em que seus membros nem pensam mais acerca das razões de seus comportamentos. O foco localiza-se nos detalhes comuns da vida cotidiana, da experiência natural.

Através da visão fenomenológica, o marginal, o diferente, toma lugar de importância, pois na vida cotidiana, é valorizado o outro lado, o drama. Tudo é drama: "*vida e morte, derrota ou vitória*" (Lefebvre, 1991:27).

Contar e numerar as atitudes ou sentimentos das puérperas internadas num hospital, nada dizem à enfermeira sobre o que é ser mãe adolescente. Tais procedimentos correspondem ao lado homogêneo, ao aspecto *profano da realidade*, para o qual vale a referência ao homem estatístico, o *homem médio*. Via de regra, tudo que difere deste padrão, não conta, não é verdadeiro. O heterogêneo, pelo contrário, é o irreal, ou que *não é como os outros*.

Nos estudos da vida cotidiana, tudo é contado, porque tudo vale: o riso, a veste, o ambiente, o mobiliário. Trata-se de valorizar "*em minúsculas, a multiplicidade de pequenas utopias intersticiais, todas manifestando o instinto de conservação do grupo*" (Maffesoli, 1993:53).

Considerando o cotidiano como lugar privilegiado da análise, pois neste nível o que conta é o presente, Maffesoli (1988:31) chama a atenção para o fato de que "*não há novidades nas histórias humanas*"; de outro lado, o que há é uma diversidade nas abordagens que acentuam este ou aquele aspecto de acordo com o valor dominante do momento.

Assim, o presente trabalho faz uma tentativa de revelar a vida cotidiana destas mulheres caracterizando a sociedade em que elas viveram em suas múltiplas faces.

*"O cotidiano entra em cena revestido pelo épico, por máscaras, por vestimentas e por cenários. É exatamente a vida universal e o espírito do tempo que se apoderam dele porque se investem nele, conferindo-lhe uma amplitude teatral. Todos os recursos da linguagem vão ser empregados para que se exprima a cotidianidade (sic), com sua miséria e sua riqueza. (...) A história de um dia engloba a do mundo e a da sociedade"* (Lefebvre, 1991:7,8).

Acredita-se como Lefebvre que o cotidiano é uma parte representativa do todo. E para a análise das vivências cotidianas de maternidade das mães adolescentes realiza-se uma pesquisa de campo usando três distintas fontes de evidência (Yin, 1989):

1) **Entrevistas abertas** - na qual são investigados fatos e problemas associados à questão da maternidade, bem como opiniões sobre eventos. Em algumas situações, as adolescentes expõem seus próprios *insights* sobre suas experiências, sendo estas proposições usadas como base para a continuidade da investigação.

2) **Observação direta** - a convivência no campo de pesquisa cria a oportunidade de observação direta, sendo ela utilizada como informação adicional sobre a maternidade na adolescência ou outro tópico de interesse. Assim, são observados alguns comportamentos relevantes ou condições circunstanciais das adolescentes, em reuniões do grupo, convivência no ambiente público e no doméstico.



3) **Observação participante** ou **pesquisa participante** - modo pelo qual a autora pôde atuar numa variedade de papéis e participar ativamente no evento em estudo. De acordo com Yin (1985), este tipo de coleta é bastante usado em estudos antropológicos mas também pode ser usado em acontecimentos da vida cotidiana e na convivência de pequenos grupos.

Escolhe-se, como local da pesquisa de campo, a Vila Pinto, localizada no bairro Bom Jesus, na parte norte da região metropolitana de Porto Alegre. A opção por esta comunidade dá-se em resposta à solicitação feita por representantes da paróquia onde se realiza o atendimento da creche da vila, e os membros desta comunidade pertencerem à classes populares.

Apesar de o fenômeno estudado ser encontrável em qualquer classe socio-econômica decide-se trabalhar com mulheres de classes populares pois são estas as que enfrentam, pelo menos diretamente, o maior ônus da maternidade na adolescência.

As mulheres de classes sociais de maior poder aquisitivo podem optar pelo aborto, conforme o demonstram trabalhos sobre aborto no Brasil. Pinto Neto et al (1991) mostram que a incidência de aborto é de 9,0% quando a população é de adolescentes clientes de postos de saúde (classes populares). Já Vitiello (1988) estudando adolescentes grávidas de sua clínica particular, verifica um percentual de 80,6% de jovens que provocaram aborto. Portanto, são as adolescentes de classes populares as que vivenciam em maior número a maternidade na adolescência.

Neste tipo de comunidade existe proximidade entre seus moradores, facilitando a interação social da vivência coletiva da "tribo". O acesso direto às adolescentes grávidas em outro tipo de comunidade, às vezes, pode ser inviável.

Durante a convivência com as mães adolescentes, há a preocupação de facilitar a comunicação motivando-se um discurso livre e dialógico. A atenção é centrada, então, nas questões propostas para a investigação, relacionando o cotidiano das adolescentes com sua história reprodutiva e com as ações educativas que emergiram das necessidades do grupo.

"Como foi o teu dia-a-dia durante a semana"? é a indagação central que pauta a entrevista. São feitas também perguntas sobre o acompanhamento de saúde, relativo ao processo da maternidade (gestação, puerpério e recém-nascido), com vistas a motivar o diálogo sobre saúde/doença.

Visando uma melhor compreensão do cotidiano das adolescentes, a convivência se realiza no *mundo-vida* de seu ambiente natural, isto é, as entrevistas

individuais na residência das entrevistadas e as reuniões em grupo na própria comunidade. Como forma de registro destes encontros, sempre que possível, se utiliza o gravador, tendo-se transcrito tanto as gravações como as anotações, logo após cada encontro.

A seleção dos sujeitos é intencional, ou seja, por indicação de informantes, um membro da comunidade que identifica as adolescentes grávidas e as encaminha para a pesquisadora.

Os sujeitos da pesquisa de campo são mães adolescentes, assim classificadas pela idade cronológica proposta pela World Health Organization (1975) que define a adolescência como período da vida compreendido entre os *dez anos completos e os vinte anos incompletos*.

O número de sujeitos é determinado pelo que Yvonna Lincoln e Guba (1985:202) chamam de *ponto de redundância*, ou seja, no momento em que as informações tornam-se repetitivas, progressivamente a coleta de dados é concluída.

#### • **Delineamento da coleta dos dados**

Como pode-se verificar pelas fontes de coleta de dados apresentadas no dimensionamento espaço-temporal, o conjunto de documentos submetidos à análise, é variada. Para a coleta de dados ou de materiais, são utilizadas cinco fontes, conforme sugerido por Yin (1984:84) para a condução de estudos de caso qualitativos: "*documentos; arquivos gravados; entrevistas, observação direta, e observação participante*".

A pluralidade metodológica serve para a aproximação do fenômeno em estudo, e são necessárias várias tomadas de posição espaço-temporal, em ângulos diversos, para captar traços comuns. Acredita-se na *identidade fractal* (Crichton, 1991:216), que implica recorrência e imprevisibilidade, assemelhamento entre o que aconteceu no passado e o que acontecerá no futuro, identidade entre os elementos grandes e pequenos que se diferenciam apenas pela dimensão, mantendo o mesmo perfil básico.

Assim, as diversas fontes de evidências utilizadas permitem uma compreensão da gravidez na adolescência, na perspectiva dos valores e comportamentos sociais face ao fenômeno. Entretanto, a mais importante vantagem encontrada na escolha de múltiplas fontes de evidências foi o desenvolvimento de linhas convergentes de investigação, com o processo de confirmação do conhecimento adquirido.



Uma vez que a preocupação central durante a pesquisa esteve na compreensão particular daquilo que se estuda, a forma de coleta dos dados, é a da comunicação entre os sujeitos, aqui entendidos como *pesquisado* e *pesquisador*. Esta coleta de dados, de acordo com o proposto por Yvonna Lincoln e Guba (1985:199), é realizada pela pesquisadora, sempre que o "*instrumento humano*" se faz necessário, isto é, nas situações de observação ou entrevistas, quando a interação pesquisador-pesquisado torna-se indispensável. Em outras situações de trabalho, como coleta de dados em arquivos, periódicos ou transcrição de gravações, o pesquisador é auxiliado por outras pessoas (bolsistas de iniciação científica e de aperfeiçoamento financiado pelo CNPq).

- **Delineamento dos procedimentos de análise**

A análise das evidências, é um dos mais difíceis aspectos deste tipo de pesquisa. Por ter um *design emergente*, iniciou-se o estudo de caso sem a noção de para onde as evidências conduziriam.

A análise depende do estilo, do posicionamento, e do rigoroso esforço de investigação do pesquisador com a apresentação de evidências e a consideração cuidadosa das alternativas de interpretação.

A análise dos dados consistiu em "*examinar, categorizar e combinar evidências do conjunto de documentos coletados*" (Yin, 1989:105).

Primeiramente, estabelecem-se estratégias gerais de análise, desenvolvendo-se, a partir da leitura e releitura do material, um plano das estruturas relevantes para a interpretação do material.

A análise de dados é feita conforme a proposta da *Pesquisa Naturalística*: aberta, indutiva, concebida como **processo de encontrar significado** nos dados coletados em campo (Yvonna Lincoln e Guba, 1985). Conseqüentemente, a pesquisa propicia maior compreensão do fenômeno estudado.

### 3 - ASPECTOS ÉTICOS NO ESPAÇO DE CONVIVÊNCIA

Este capítulo refere-se aos aspectos éticos e à forma como é planejado, implementado, e analisado o material do estudo, desde o estabelecimento inicial do *design* até o delineamento da análise dos dados.

Para isso, são realizadas etapas preliminares consonantes com o paradigma naturalístico (Yvonna Lincoln e Guba, 1985:252), etnometodologia e a ética na pesquisa em enfermagem (Denise Polit e Bernadette Hungler, 1993).

Primeira etapa: ***Criando o espaço de convivência*** - Estabelecem-se contatos prévios para obter permissão (oral) para o estudo. Estes contatos, tanto os relativos aos aspectos formais como os informais, variam conforme o tipo de material a ser obtido.

Para a coleta de dados, há a preocupação de realizar um contato pessoal domiciliar prévio, com cada uma das mulheres indicadas para participar da pesquisa. Neste primeiro contato são trocadas informações e feitos esclarecimentos sobre pesquisador e pesquisado; origem da indicação; objetivos do trabalho; procedimentos a serem utilizados nas entrevista individuais ou em grupo; permissão para uso de gravador; dúvidas e, em caso de consentimento, marca-se a data do primeiro encontro.

Desde o primeiro contato há a preocupação básica de não causar dano algum a estas mulheres ou desrespeito aos princípios do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (COFEn, 1993).

Apesar da característica da pesquisa naturalística de *design emergente* - o que impossibilita a previsão antecipada de todos os riscos do envolvimento na pesquisa (*informação completa*) - informa-se às mulheres sobre a possibilidade de saírem do estudo em qualquer momento. Todas tiveram acesso ao número telefônico da autora, para contatos sempre que necessário.

A obtenção do consentimento é indispensável em virtude da utilização de *instrumento humano* (adaptável) para a coleta de dados e, principalmente, nos casos de informações confidenciais, e da utilização de citações ilustrativas nominais, na apresentação dos resultados, preservando-se sempre os direitos à privacidade e ao anonimato.



Segunda etapa: **A convivência** - Tem como objetivo a compreensão das vivências cotidianas da maternidade na adolescência nas suas dimensões social, educacional e de saúde.

Apesar do apoio e encaminhamento de lideranças comunitárias na indicação das mulheres adolescentes para o estudo, a confiança entre pesquisado-pesquisador não se estabelece de imediato. A *construção e manutenção da confiança* é uma tarefa para ambas as partes e é trabalhada na convivência progressiva, em cada encontro, individual ou grupal, até o último encontro de discussão conjunta dos resultados.

Terceira etapa: **Desligamento progressivo com o grupo** - Esta etapa é programada tendo em vista a prática assistencial (cuidados de saúde), o *ponto de redundância do material coletado* e a limitação temporal de uma tese. Esta, talvez, seja a parte mais difícil da convivência a ser enfrentada.

Inicialmente, combina-se com o grupo que a pesquisadora acompanhará a todas até que tenham seus bebês. Com o passar do tempo, o vínculo e a convivência ficam mais intensos. Ao cabo da fase inicial de adaptação no papel de mãe, os encontros passam a ser quinzenais, acordando-se previamente com as adolescentes um encontro individual e outro coletivo, por mês. Os encontros mensais e a estabilização dos papéis maternos, favorecem a independência progressiva do grupo que passa a agir de forma mais autônoma.

Concluindo este capítulo, as considerações sobre o fenômeno em estudo são feitas no sentido de mostrar como a maternidade na adolescência está inegavelmente ligada a aspectos históricos, de saúde, educacionais e sociais.

Devido à complexidade do tema, desenvolve-se o estudo em três focos distintos de investigação: (histórias de vida; análise de conteúdo documental e pesquisa participativa do cotidiano) que convergem, dentro da possibilidade, para a compreensão do fenômeno.

**PARTE II**  
**MULHERES DE ONTEM: MITOS E MENTALIDADES**



#### 4 - FRAGMENTOS DO PASSADO

Tenho bem presente em minha memória as casas de pessoas mais velhas, como tias, avós, parentes distantes que algum dia conheci. Aquelas casas tinham sempre algo em comum: uma sala, geralmente com pouca claridade, por estar quase sempre fechada, só usada em momentos importantes como festas da família. Nesta sala havia uma parede especial, decorada com fotografias retratando os fragmentos da história da família. As crianças, os batizados, a primeira comunhão, os casamentos e, principalmente, as reuniões festivas da grande família.

Eram fotos em preto e branco - geralmente emolduradas na forma oval - mais precisamente em tons da cor marrom, não sei se devido a técnica de revelação empregada, ou se pelo envelhecimento do passar dos anos. Por este motivo, sempre pensei que o passado era daquela cor e me sentia atraída por aquelas fotos que mostravam outras cores, ainda que artificiais ou desbotadas pelo colorido à aquarela.

Muitos anos se passaram, e no curso de doutorado, entre outras coisas, aprendi que ao resgatar o passado, um colorido intenso emergia daquela realidade. E as mulheres me ajudaram nesta compreensão, quer contando suas histórias relacionadas à experiência da maternidade, quer sendo sujeitos (vítimas) dos processos crimes, ou apenas um caso no Livro dos Enfermos do Hospital da Santa Casa de Misericórdia".

E o passado, não mais "amarrontado" pelo tempo, surgiu com as cores da vida, relatado a seguir.

## • Rio Grande do Sul: aspectos históricos

Para entender o atual aumento da maternidade na adolescência no Rio Grande do Sul, é importante rever um pouco a história da sociedade e da família rio-grandense, na virada do século passado.

A escolha deste período, como ponto de partida para a análise, entende-se necessária para a compreensão do processo de transformação ocorrido em nosso país. Esta transformação faz-se presente desde a transição do sistema monárquico para o republicano, quando um Brasil colonial e agrário encaminha-se para a industrialização, passando de uma sociedade escravocrata para uma sociedade baseada no trabalho livre.

Além disso, segundo Núncia Constantino (1991), a sociedade rio-grandense apresenta diferenças essenciais em relação ao restante do país, tanto na sua composição quanto no processo de urbanização. E, por ser uma extensa região fronteiriça, preocupa-se fundamentalmente com a ocupação efetiva das terras, isto é, povoar a província e, assim, guarnecer as fronteiras. Esta preocupação é evidenciada na *"farta distribuição de sesmarias durante o século XVII, XVIII, e princípio do XIX"* (Núncia Constantino, 1990:47). A distribuição de terras faz parte da política de atrair gente ativa, capaz de colaborar na formação da nação brasileira.

Esta política, vigente à época, é responsável pela existência de grande contingente de estrangeiros no Rio Grande do Sul, oriundo dos mais variados cantos da Europa, especialmente alemães e italianos. Em decorrência, há um processo de ocupação do solo nas regiões de colonização, de sistema basicamente agropastoril, além do incremento dos setores agroindustrial e, principalmente, agrocomercial.

A política econômica do Partido Republicano Riograndense (PRR), dominante na época, transforma a capital no escoadouro natural de grandes fortunas fazendo próspera a década de 1920. A construção do porto de Porto Alegre, favorece o comércio internacional e, de acordo com Carneiro e Rejane Penna (1992), as barreiras alfandegárias estaduais contribuem tanto para a acumulação deste capital como para a expansão da indústria local.

Com as modificações no sistema produtivo e com as diferentes frações de classes no estado, faz-se necessária a organização da sociedade.

Assim, a partir do fim do século passado, a ideologia positivista passa a constituir-se em alternativa como modo de pensar. O positivismo, de ideário filosófico,



transforma-se em fator de legitimação do ideário político no Partido Republicano Riograndense que, no início do período republicano, ascende ao poder e garante o caráter monolítico do partido por cerca de 40 anos (1890-1930) (Elomar Tambara, 1991:1).

Um dos preceitos mais destacados pelo positivismo é a criação de mecanismos de ação social que possibilitem a transformação social e sirvam para embasar o impulso progressista. Assim, a *ordem* social (meio) é um dos requisitos fundamentais do *progresso* (finalidade) da sociedade.

Um dos mais fortes focos de defesa do positivismo no Brasil é notado nas Forças Armadas, e os principais núcleos positivistas encontram-se no Rio de Janeiro (capital federal) e no Rio Grande do Sul, onde, desde sempre, há maior concentração de tropas. Na primeira, por ser a capital e, na segunda, pelo risco constante de invasão externa, nos conflitos internacionais das questões platinas.

As repercussões desta corrente filosófica, entretanto, não ocorrem somente a nível dos acontecimentos políticos, da abolição da escravatura e do movimento republicano. Repercute, também, nas áreas de arquitetura, literatura, educação, saúde, e, em consequência, em toda a sociedade, - de forma direta ou indireta - na formação da mentalidade da época, e na vida cotidiana do povo rio-grandense.

Em Porto Alegre, historicamente ligada quase que apenas à agropecuária, os reflexos da política de ativação dos múltiplos setores econômicos são de imediato sentidos, tornando-se importante pólo beneficiário de recursos.

Conforme Carneiro e Rejane Penna (1992), isto pode ser comprovado pela instalação, na capital, de diversos estabelecimentos bancários e de fábricas (139 em 1916; 560 na década de 20) e, no interior, pela reativação da lavoura de arroz e da pecuária.

Segundo os autores, para acompanhar este desenvolvimento, entre 1900 e 1920 ocorre um surto imobiliário que modifica a aparência da cidade dando lugar a construções de arquitetura majestosa.

Mas, nesta época, não apenas o aspecto físico da cidade se transforma. O comportamento do povo também se modifica em função do crescimento urbano e da prosperidade econômica. Porto Alegre beira os 180 mil habitantes e, como toda cidade que prospera rapidamente, está cheia de becos de má fama, e locais freqüentados pela "*finá flor da bagaceirada*". Urge, portanto, conter esta situação e é na construção da ideologia positivista de organização da sociedade que se desenvolve a "*difusão de*

*regras higiênicas para habitantes da cidade e de bons costumes morais"* (Martha Esteves, 1989:27).

Na década de 20, o Brasil é "*reconhecido internacionalmente como o paraíso das doenças transmissíveis*" (Denise Pires, 1989:75). E pelo fato de ser grande exportador de alimentos, é pressionado pelas autoridades internacionais a eliminar a doença no menor espaço de tempo possível.

Na virada do século, há o projeto de modernização do país. Conforme Núncia Constantino (1993), no Rio Grande do Sul esta modernização se evidencia com o transporte urbano feito por bondes e pela iluminação pública. Com a iluminação pública, "*descobriu-se o tempo noturno*" e a noite porto-alegrense toma destaque.

Porto Alegre torna-se "*polifônica*", e passa a refletir relações sociais e culturais condicionadas por diferentes grupos humanos (Núncia Constantino, 1994:8,9). Um novo visual da cidade se esboça, principalmente na vida noturna, oferecendo diversas opções e alguns teatros de expressão como o Theatro São Pedro, o Politeama, o Coliseu e o Apolo (Correa, 1992).

Costumes e moda são transplantados de Lisboa, Londres e principalmente de Paris.

As assim chamadas moças "*honradas*" ou de "*família*", freqüentam as sociedades bailantes, destacando-se a Germânia (congrega imigrantes alemães); Leopoldina e Juvenil (naquela época ainda separadas), Esmeralda, Sogipa, etc., ou as confeitarias ao estilo das de Paris. Quanto ao espaço exclusivamente masculino, a vida noturna proporciona um mundo à parte.

Os cafés são o palco das discussões políticas, e para satisfazer os vícios, como escreve Eliane Brum (1994: 28, 29), é um tempo em que até o "*Paraíso se postava em Porto Alegre, quase à beira do falso rio chamado Guaíba, (...) se erguia o casarão habitado por moças alegres*". No fim da "*Rua de Belas*", (atualmente General Auto), é o paradeiro de belas mariposas de outrora.

As lâmpadas elétricas, acesas nas ruas da capital do Estado, facilitam os percursos e possibilitam a conquista da noite, e a cidade acena para a modernidade que eclode na década de 1920.

Considerando-se a ordem urbano-industrial de Porto Alegre, à época, entre chispas de paixão e amores, Núncia Constantino (1994) chama a atenção para a conturbada vida noturna: o vício e a vadiagem, sobretudo a prostituição, dão origem às grandes desordens que preocupam as autoridades. Lamenta-se a dissolução dos costumes, e é preciso disciplinar a cidade, transformá-la em cidade limpa e saudável.



Assim, exige-se, ao longo da história da cidade, uma ordem que interfira necessariamente no nível privado; na disciplina do corpo, numa cultura de valorizar a "honra" da mulher, na perspectiva de mantê-la reclusa à instituição familiar.

Portanto, os múltiplos contrastes da história das mulheres que vivem este período são, precisamente, o fio condutor do próximo item a ser abordado.

#### • Breve histórico da família e de mulheres gaúchas no início do século XX

Um breve passeio pela história revela que a família e todos os sentimentos que ela hoje inspira são construídos a partir do século XV em consequência do enfraquecimento dos laços de linhagem.

Segundo Ariès (1993) é preciso uma lenta evolução dos costumes, desde o período medieval até o século XVIII, para que as transformações das mentalidades, quanto ao sentimento da infância e da família, se estabeleçam.

Na Idade Média, a família "*assegurava a transmissão da vida, dos bens, dos homens e dos nomes*" sem se preocupar muito com a sensibilidade (Ariès, 1993:275). A qualidade das relações entre pais e filhos caracteriza-se por uma certa indiferença e um aparente desinteresse pelo bebê. Elizabeth Badinter (1985:85) aponta "*a frieza dos pais, e particularmente da mãe pela criança*", como uma atitude de auto-proteção contra os riscos de perdê-la, o que é freqüente, devido à elevada taxa de mortalidade infantil, presente até os fins do século XVIII.

Em consequência, quando a criança supera o período crítico de mortalidade, e está em condições de viver sem o auxílio constante da mãe ou ama, ela ingressa na sociedade dos adultos. A partir daí não há mais distinção social entre uma criança e um adulto (Ariès, 1993) ou seja, a criança é considerada um adulto em miniatura.

A grande mudança no século em questão é a preocupação com a educação. Esse interesse pela educação do jovem, conforme Ariès (1993), origina-se de fontes externas à família: dos eclesiásticos e dos moralistas, ambos preocupados com a disciplina e a racionalidade dos costumes. Posteriormente, essa preocupação passa à vida familiar, e, assim, no século XVIII, ao elemento moralista a família associa a preocupação com a higiene e com a saúde física.

No fim do século XVIII ocorre uma revolução das mentalidades com uma nova imagem de mãe que, de acordo com Elizabeth Badinter (1985), passa a cuidar pessoalmente dos filhos e, principalmente, amamentá-los. Isso significa maiores chances de sobrevivência da criança. As perdas infantis passam, então, a ser



preocupação do Estado e, para reduzi-las, é preciso contar com as mães nesta **nobre tarefa**.

Na sociedade rio-grandense esta nova visão da importância da criança, repercute em instituições como o casamento e a família que, a partir de então, procura moldar suas estruturas aos novos valores, ainda que embasados nos velhos costumes.

O redimensionamento do papel feminino é reforçado na propaganda positivista em reiteradas ocasiões, reafirmando o papel iminentemente "*espiritual*" da mulher na educação dos filhos e, portanto, "*seu afastamento do processo produtivo externo ao lar, atribuindo ao homem a função de sustentá-la*" (Elomar Tambará, 1991:168).

Se, durante o período colonial, no Brasil, os casamentos ocorrem sob a égide das razões (econômicas e sociais) ou interesses familiares, não deixando espaço para os interesses pessoais, nas primeiras décadas do século XX, de acordo com Maria Helena Trigo (1989), as mudanças sociais começam a influir na ordem familiar, e, conseqüentemente, neste sistema de alianças.

Inicia-se um período em que a escolha matrimonial deixa de ser assunto fundamentalmente familiar para tornar-se aparentemente mais livre, com a expectativa do amor como base. A escolha de um parceiro amoroso, embora ainda sob a "aprovação" da família, passa a ser dividida entre o homem e a mulher.

Na primeira metade do século XX, as estratégias e as formas de contato entre um futuro casal, já são definidas pelo namoro e noivado. O casamento, como forma de permanência e consolidação de uma ordem social, passa a concorrer com razões individuais e de ordem afetiva na escolha dos cônjuges (Rosa Maria Araújo, 1993:97).

De acordo com Maria Lúcia Rocha-Coutinho, o afeto nas relações familiares, no que se refere aos cônjuges, implica processo de construção social de um amor romântico. A mulher passa a viver para o amor, para os filhos, o marido e para a casa. Mas, para isso, deve manter-se pura, distante dos problemas do mundo exterior, próprios do sexo masculino.

Para resgatar a história reprodutiva e a sexualidade das mulheres no passado, utilizam-se, basicamente, três diferentes fontes de registros relativas às questões sobre o assunto: 1) *fontes privadas* nas histórias de vida; 2) *fontes civis* na análise de processos judiciais; 3) *fontes de saúde* nos registros do Livro de Registro de Enfermos do hospital da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre.



Quanto à primeira fonte, faz-se um estudo sobre as memórias de pessoas idosas, que têm em comum a idade superior a 65 anos, e um papel social bem definido em suas vidas: são mães.

Empreender o estudo destas memórias é a tentativa de registrar a fala e, através dela, o modo de vida e o pensamento de mulheres que viveram a experiência da maternidade. Busca-se a imagem de "mulher/mãe e de bondade", padrão esperado à época e todo um sentido disciplinador e repressor do comportamento exercido por diferentes instituições sociais.

Inicia-se o estudo pela vida em família, por ser esta a instituição mais elementar da sociedade e, ao mesmo tempo, a que se relaciona com outras instituições sociais (Lilian Rubin, 1976).

Segundo Marilena Chauí (1983), ao se iniciar a análise através da família, emerge uma forma primordial de socialização, pois nela há representação da vivência tanto individual, quanto coletiva. Assim, pode-se explicar o lugar da instituição familiar na sociedade rio-grandense, como é oficialmente constituída, e como acontecem as relações familiares a partir da experiência da maternidade. Para tanto, analisam-se os depoimentos de sete mulheres gaúchas, mães em contexto familiar nas décadas de 1920 a 1940.

De outro lado, pelos autos dos processos criminais do mesmo período, analisa-se a ilegitimidade do relacionamento homem/mulher, desconexos dos padrões aceitos pela família e pela sociedade. A proposta é a de estudar as repercussões concretas no cotidiano da justiça em processos penais, envolvendo mulheres adolescentes nas décadas de 1920 e 1940. Dentre outros crimes, estes processos incluem defloramento sob promessa de casamento não cumprida, gravidez pré-matrimonial, amasiamento, "honra" perdida, etc.

Opta-se por este recorte operacional da realidade por se acreditar que aí se possa flagrar os movimentos dos valores, das atitudes e da moral da sociedade, representados no poder judiciário (Celeste Zenha, 1986).

Desta forma, toma-se conhecimento das relações entre mulheres participantes da construção de uma história reprodutiva no Rio Grande do Sul, partindo do interior da família tradicional até chegar àquelas mulheres excluídas que, vivendo num campo de conflitos, formam o grupo que nega os valores sociais existentes e, por isso, tornam-se elementos de destaque nos autos dos processos penais.

Por fim, o estudo do Livro de Registro dos Enfermos da Santa Casa de Misericórdia possibilita averiguar os motivos de internação hospitalar, identificando-se,

assim, os casos relacionados à saúde reprodutiva das mulheres adolescentes no Rio Grande do Sul, desde 1843, período em que iniciam estes registros, até 1929.



## 5 - MULHERES EDUCADAS E HONRADAS

Para introduzir o assunto, vale lembrar aspectos relativos à identidade e gênero apresentados no capítulo I sob o título - **Implicações do tema: educação e saúde**.

Em todos os extratos sociais, a mulher salienta-se, quase que exclusivamente, pela sua função reprodutora. A maternidade ocorre na família, e o papel da atividade materna tem um significado psicológico e ideológico que define a vida das mulheres. Nancy Chodorow (1990) destaca que as mulheres não só geram os filhos, atividade biológica, mas também "*maternam*", assumem a responsabilidade inicial pelo cuidado da criança.

Mesmo quando as mães biológicas não dispensam os cuidados iniciais aos seus filhos, outras mulheres, e não homens, assumem o seu lugar. Portanto, são as mulheres que "*maternam*" e esta "*maternação*" é uma reprodução conservada através das gerações. E, para compreender a vida das mulheres e das questões ligadas ao gênero, é necessário compreender, primeiramente, esta construção.

No passado, o limite da identidade feminina amarra-se aos valores predominantemente ligados à pureza da mulher, esposa e mãe.

A idéia vigente nas primeiras décadas deste século é a de que "*as mulheres deveriam ser mais educadas do que instruídas*" (Guacira Louro, 1987:26). Este discurso, segundo a autora, constitui-se na meta do pensamento positivista dominante no Rio Grande do Sul, no século XIX, no início da República. Portanto, toda a formação da mulher visa prepará-la para esta *nobre função*.

Nancy Chodorow (1990), ao analisar a *maternação* das mulheres, comenta que o seu papel centra-se em cuidar dos filhos e dos homens. Salienta, ainda, que este papel implica, além de trabalho físico, um aspecto relacional e pessoal e, tanto no caso dos filhos como do marido, é maternal.

A sociedade rio-grandense reproduz a ideologia da "mãe moral". As mulheres devem agir como educadoras e modelos morais para seus filhos.

Os depoimentos das histórias de vida das mulheres, confirmam a realidade desta ideologia. **Idalina**, uma das entrevistadas, comenta o valor do livro *Selecta*

---

\* Gênero é a classificação sexual sociológica, isto é, gênero feminino gênero masculino.

utilizado em seus estudos. O reconhecimento deste aprendizado, deve-se ao fato de o livro abordar aspectos da vida cotidiana, de acordo com os limites do seu mundo.

"Eu estudei até a quarta série, no tempo da *Selecta*, este livro nem existe mais. Livro bom. Trazia histórias sobre a vida mesmo. Lições muito boas" (Idalina, p.5)\*\*.

Em um dos textos de prosa da *Selecta*, intitulado - "*Amor em família*" - a imagem feminina reveste-se de um ideal de grandeza e pureza na sua tarefa de educadora dentro dos princípios religiosos, responsável pela formação dos futuros cidadãos que servirão à pátria. Este aprendizado, feito em escolas, é reforçado nos valores vividos e expressos em suas falas.

(..) "*A mãe de família que não prezar, como a sua maior joia, a pureza da fé conjugal; que não der aos filhos o exemplo da docilidade, da paciência, da paixão, da modestia; que lhes não infundir em tenros annos com aquella insinuante e poderosa linguagem de mulher, as primeiras noções de Deus e dos seus mandamentos - infeliz, tudo poderá esperar, menos paz e alegrias do lar domestico, menos a fortuna de legar ao paiz cidadãos virtuosos!*" (..) (Nogueira. In: Pinto, 1927:254).

Pela citação mencionada, e pelas memórias das mulheres, constata-se que a aquisição destes valores efetua-se tanto em escolas como no convívio familiar e social.

---

\* *Selecta em Prosa e Verso. "Obra adoptada nas aulas publicas e em quasi todos os collegios particulares do Estado (RS)". Primeira edição em 1883, sendo utilizada como livro texto desde seu lançamento até a década de 1930. Composto de textos em prosa e verso, de autores nacionais e portugueses, sobre os mais variados assuntos: contos, narrações e lendas; parábolas; descrições; histórias, biografias, retratos e caracteres; religião e moral; lirias, canções, hinos e sonetos; sátiras e poesias. Reeditada em 1927 pela Livraria Selbach.*

\*\* Todas as entrevistas desta tese foram registradas em arquivo individual, contendo os dados coletados. A indicação do número da página refere-se ao número do material original.



Independente do contexto sócio-cultural, a educação formal à época, principalmente para a população feminina, é pouco valorizada. Além disso, o número de escolas é reduzido, sendo muitas delas de difícil acesso.

**Aneres** (p.5) relata "ter cursado o primário ou pouco mais" o normalmente feito pelas mulheres. **Idalina** (p.5) estuda até a quarta série e **Mathilde** (p.13) conclui o primeiro livro.

Para as mulheres que concluem o estudo básico, há duas opções: fazer o curso *Normal* ou o de *Preparação para o Lar* (Loretta e Fátima).

De acordo com Guacira Louro (1987), o ensino para as mulheres é coerente com o papel a desempenhar na sociedade: mães e esposas. O fundamental é a educação moral, religiosa e musical, valorizando-se muito pouco o estudo da matemática e da língua portuguesa.

**Loretta** (p.7) ao casar já é professora. Se as opções disponíveis não agradam, como no caso de **Fátima** (p.9), que "nem morta queria ser professora", pois "queria ser médica", só resta o consolo de aceitar as argumentações da família para a desistência. Teria que fazer uma preparação de dois meses de estudos, e morar em Porto Alegre na residência de parentes. Por este motivo os pais a aconselham a desistir da idéia. Justifica, ainda, ser muito moça (15 anos), e não saber se "ia me sentir bem no meio dos rapazes, pois a medicina era coisa só de rapazes".

A idealização de ter uma atividade no mundo externo é dificultada pelos valores e padrões sociais de então. Cabe à mulher aceitar a função social que lhe é designada como esposa e mãe "*submissa, obediente, recatada e prendada*" (Guacira Louro, 1987:31). Portanto, resta-lhe o casamento como única *opção profissional* e de garantia econômica para o seu sustento futuro, pois suas atividades são restritas ao ambiente doméstico, diferentes das do homem que trabalha no mundo externo para prover o sustento da família.

Para muitas delas, o casamento é a *carreira*, vivido como a forma mais importante de independência econômica e ascensão social ao seu alcance. É uma união indissolúvel, na qual a **mulher** deve se preservar para um único companheiro. Talvez seja esta a razão do namoro revestir-se de intensa guarda física e moral da moça. Há uma nítida distinção baseada na divisão convencional de "*esposa doméstica e o ganha-pão masculino*" (Giddens, 1993:17).

Esta realidade aparece no relato de **Rebecca** (p.12), quando diz que, "naquele tempo", o marido atem-se ao "*trabalho*" e a criança "*tocava para a mulher*". O marido

não ajuda em casa, porém implanta uma estrutura de apoio, como responsável pelo suporte financeiro.

As mulheres que têm alguma atividade remunerada fora do ambiente doméstico, só o fazem antes de ter a garantia econômica do casamento.

"Quando solteira eu trabalhei também em um laboratório. Depois eles se mudaram... Eu já tinha namorado e noivei. Então eles queriam que eu continuasse lá mas eu não quis acompanhar, aí eu casei" (Aneres, p.8).

"Eu lecionava umas crianças de colonos em Rampa do Fonseca, era o nome do lugarejo. Eu ia nos fins de semana para casa, ficava toda a semana lá dando as quatro operações e um pouquinho do que eu sabia. Eu não sou professora formada nem nada... mas todos aprenderam a ler e escrever. Construíram até uma casa para mim, aí meu noivo foi me buscar para o casamento" (Idalina, p.8).

A opção pelo trabalho prende-se, principalmente, à situação econômica da mulher, sem cogitar sua realização profissional. Assim, ao surgir a possibilidade do casamento, sua atividade pública é geralmente abandonada. Após o casamento restringe-se ao atendimento da família, mais especificamente ao cuidado dos filhos.

Algumas delas somam ao trabalho doméstico tarefas complementares de auxílio nos recursos da família. **Loretta** (p.7) comenta que naquela época, além de ser professora "ainda cuidava da casa".

**Mathilde** (p.9) relata o *duro* trabalho no hotel de sua propriedade durante 25 anos, às vezes, até a meia noite. Com uma ampla jornada de trabalho não consegue atender o hotel e os filhos. Salaria as dificuldades - embora contando sempre com ajudantes, e o auxílio dos filhos nas tarefas domésticas - naquele tempo "a água era buscada de balde no rio, a luz era de lampião, o leite ordenhado diariamente e a comida era guardada no porão". Apesar dessa intensa atividade doméstica, considera-se uma pessoa de sorte "*por ter tido sempre boa saúde*".

Pelos relatos, constata-se a dupla jornada de trabalho das mulheres, com tempo integral e sem remuneração.

"Trabalhava dia e noite. Às vezes pensava, lá na cozinha, enquanto estava lavando louça... O que vou fazer amanhã de almoço? Recém tinha terminado... e já estava pensando. Sabe que olhava a hora, ia no galinheiro, puxava o pescoço de uma galinha, limpava e botava lá. Polenta ou massa e carne. Quando terminava tudo, tomava banho e ia dormir. De madrugada levantava para fazer o pão" (Mathilde, p.12).



"Tive coragem, fraquinha, magrinha com água nos tornozelo, cortando arroz na lavoura. Além da lavoura, fazia bóia pra quatro, cinco peão. Quando chegava de noite, amassava uma mesa de pão para assar de madrugada" (Otilia, p.4).

No relato de **Otilia** (p.4) "as mulheres não reclamavam, naquele tempo. Nunca ninguém reclamava, porque era assim mesmo", revelando a aceitação das regras sociais vigentes.

"Ninguém ajudava, só eu fazia o serviço. Cuidava da casa, *fazia o que tinha que fazer*. Dava tempo de fazer tudo. Até cerveja eu fazia, bastante cerveja. As pessoas duvidavam que era feito por mim" (Aneres, p.10).

"Nós passamos trabalho. Às vezes no inverno, chovia a semana inteira então eu fazia assim: acendia o fogão e, depois de apagado, enrolava no papel, e botava a roupa dentro. Secadora não havia, ferro era de carvão. Para fazer o fogo tinha que cortar papel, fazer gravetinhos. Quanto trabalho ... e hoje em dia, como as mulhere se queixam. A casa era toda escovada. Soalho era de tábuas lustrosas escuras. Facilidades, tudo isto veio depois. Nós, passamos trabalho" (Idalina, p.9).

Embora haja o reconhecimento que se "passava trabalho", percebe-se, pelas falas, um certo orgulho daquilo que conseguem fazer, apesar das dificuldades.

Entretanto, não só de tarefas vivem estas mulheres. Seu mundo social festivo, com os maridos ou com grupos de mulheres, suas habilidades e seus prazeres do dia-a-dia, também são mencionados nas entrevistas. Além das festas e bailes, há passeios, reuniões e visitas. Assim, por exemplo, é descrito o entretenimento de uma delas:

"Eu adorava ler. Era chamada a *letrera* da família. As mulheres bordavam, faziam visitas. Minha mãe tinha até um caderninho das visitas que tinha que retribuir. Faziam chás, reuniões" (Fátima, p.9).

A leitura - principalmente romances e revistas - é um hábito exercido pelas mulheres. Quanto ao bordado, o ensino é feito pelas mulheres mais velhas da família, e na escola. Saber bordar é uma habilidade importante a ser aprendida. As mulheres bordam muito, e fazem seus próprios enxovais.

As reuniões só de mulheres, o "*kaffekraentzien*", denominadas pelas mulheres de origem alemã, são muito festejadas por elas. Segundo **Aneres** (p.10) "*nada era difícil, naquele tempo*". Nestes encontros - quase semanais -, aproveitam para conversar, falar sobre os filhos e seus planos, fazer versos, festejar aniversários, cantar...

A conversa é um recurso muito usado para passar o tempo. Não há televisão, e o rádio aparece só mais tarde. **Mathilde** (p.10) lembra que "se conversava muito, tanto com os filhos como com amigos". E "sempre se arrumava um tempinho para tomar chimarrão com as amigas" (Mathilde, p.15).

Não há limite nas atividades, tanto no espaço privado da vida doméstica, quanto no público, "quando se tratava de ajudar outras pessoas", principalmente as mulheres. **Mathilde** (p.15) relata haver, na época, um constante esmolar por parte de mulheres pobres, no hotel de sua propriedade. Cansada desta situação, propõe às amigas a solução do problema. Com o auxílio de pessoas do lugarejo compram uma chácara, constroem uma casa e as famílias pobres passam a morar lá. Vivem do que plantam e da criação de galinhas. Mais tarde, chegam as freiras para ensinar atividades de costura, carpintaria e agricultura.

Entretanto, o destaque maior dado por **Mathilde** é o de incontáveis casamentos dali surgidos, e, de novo, a demarcação do espaço público e doméstico se reproduz.

Nas décadas de 1920 a 1940, mergulhadas em diversas atividades e no trabalho exaustivo que assegura a sobrevivência da família, observa-se pelos relatos que essas mulheres possuem uma ética própria, e criam mecanismos para enfrentar as adversidades da vida.

Em suma, as diferenças biológicas entre homem/mulher, longe de serem naturais são, como afirma Maria Lúcia Rocha-Coutinho (1994:43), "*elaboradas a partir de um discurso social*". Na realidade, mulheres como Mathilde, Otília, Rebecca... não são mulheres fracas e fisicamente frágeis. Seus relatos comprovam as adversidades de sobrevivência e não escondem o orgulho da tarefa concluída. Apesar de vencedoras, talvez não se tenham dado conta das condições desiguais de acesso ao mundo público. Esta desigualdade produz uma forma particular de subjetividade: a passividade feminina, resultante de um longo processo histórico-social.

---

\* *Kaffeekraentzien* - palavra alemã usada para designar "rodinha", encontro de grupo de mulheres, em que é servido café ao mesmo tempo em que se desenvolvem atividades de trabalhos manuais ou simplesmente conversam.



## • Ficando mocinha

Na Parte I desta tese - **Considerações Teóricas e de Método** - percebe-se que as transformações biológicas, comumente são consideradas ponto inicial no processo de adolecer, independente do meio social em que ocorram. Para a mulher, a primeira menstruação é um momento marcante, tanto do ponto de vista reprodutivo como social, constituindo-se num importante divisor de águas na socialização da criança e da moça. Com a primeira menstruação, a menina torna-se mocinha de um dia para o outro, e é preparada para o casamento.

Pela análise das falas das mulheres, de modo geral, relatam a passagem por esta experiência quando têm cerca de 14 anos. Para **Mathilde** (p.11) o fato de menstruar nesta idade, é considerado normal para a época. O relato é confirmado por **Rebecca** (p.7); **Fátima** (p.9) e **Otília** (p.1). A maioria inicia a menarca aos 14 anos. Entretanto, em algumas mulheres a menarca ocorre aos 13 anos, como no caso de **Idalina** (p.9) e **Loretta** (p.6).

Os aspectos que sobressaem na experiência da primeira menstruação, são o **desconhecimento** (Mathilde p.4,11; Idalina p.9; Loretta p.6; Otília p.1; Aneres p.4) e principalmente, a **reação de susto**.

**Idalina** (p.9) e **Mathilde** (p.11) assustam-se, à época, com a presença de sangramento por não terem a menor idéia do que está acontecendo e a inexistência de ferimentos para justificar a presença do sangue.

"Lembro quando fiquei menstruada pela primeira vez... Nós morávamos na colônia ... Os colonos tinham fruta que era uma coisa. Então meu pai, no tempo que ele era viajante, tinha uma bolsa que se botava dos lados do cavalo, se chamava pêsseiro. Eu fui comprar frutas, comprei pêssego e eles encheram a bolsa. Quando eu estava voltando deu uma tempestade horrível. Era relâmpago, trovejava... **Uma chuva**... fiquei molhada, ensopada. Quando foi no outro dia, eu levantei e estava toda ensangüentada. Ai eu pensei... O que será que aconteceu? Eu não me cortei... será que andar a cavalo que me fez mal. Eu não tinha coragem de contar para a minha mãe. Eu tinha **vergonha**, mas no fim eu estava com medo e contei para ela" (Idalina p.9).

As informações sobre menstruação, às vezes, são dadas por mulheres da casa, as quais já passaram por esta experiência. Segundo **Fátima** (p.9), na época, as mulheres sabem da menstruação porque vêem os paninhos para lavar. No seu caso, como a irmã menstrua quando ela tem nove anos, a mãe aproveita a ocasião para lhe falar sobre o assunto.



As modificações biológicas femininas na adolescência são de tal forma ignoradas pelas adolescentes que, mesmo informada pela empregada da casa, **Rebecca** (p.7) se assusta, pois associa a menstruação ao risco de morrer.

"Ela contou que a gente quando ficava com uma certa idade, a gente ia ter isso, até eu fiquei muito assustada. Eu disse: " A gente morre? " Aí ela disse: "Não, não tem perigo e depois vem todos os mês. Disse que todas as mocinhas ficavam reguladas assim, todos os meses" (Rebeca, p.7).

Via de regra, são informadas a respeito da regularidade mensal do evento, e não há comentários sobre a fase de maturação biológica da mulher, e o seu significado de potencialidade para gestar e ser mãe.

Outro aspecto apontado pelas mulheres, é o relacionado aos cuidados de higiene e segurança no período menstrual. **Loretta** (p.6) relata que ao menstruar, sua mãe lhe dá "os paninhos". **Fátima** (p.9) revela a inexistência dos absorventes tipo "Modess" ou plástico, à época. As mulheres fazem uso de paninhos dobrados, arrumados em envelope (Idalina, p.9 e Rebecca, p.9), presos por alça, botão ou cordão a uma cinta elástica própria para este fim (Aneres, p.4). Para maior segurança, além de dar preferência a saias compridas de cor preta **Mathilde** (p.3) usa calça íntima de perna comprida com elástico nas extremidades.

Por não existir plástico, estes forros são trocados com frequência, e de acordo com **Rebecca** (p.9), é uma espécie de ritual mensal para as mulheres.

"Ah! Tinha que mudar seguido. Por isso, se tinha uma pilha daquilo. Bastava mudar, lavar, passava claro... aquilo era bem lavadinho. Aí, a gente todos os meses deixava pronto" (Rebecca, p.9).

Conforme **Mathilde** (p.12), há um grande cuidado durante a menstruação, com a higiene do corpo e, em especial, com os cabelos. A cabeça nunca deve ser lavada durante este período, sob pena de provocar problemas circulatórios.

"Não se lavava a cabeça quando se menstruava. Nunca, na nossa casa... Uns seis a sete dias que se ficava menstruada, se podia tomar banho com água quente, mas não lavar a cabeça... Diziam que o sangue não funcionava bem" (Mathilde, p.12).



Constata-se, nestas histórias de vida, que os conhecimentos repassados pelas mães restringem-se, basicamente, à condutas repressivas ligadas aos cuidados de higiene durante o período.

#### • Namoro e noivado

No transcurso das décadas de 1920 a 1940, após a primeira menstruação, as mulheres estão prontas para iniciar sua participação de modo mais amplo na sociedade.

Estudam e, se concluídos os estudos, realizam atividades predominantemente caseiras.

As escolas são divididas em escolas para rapazes e para moças. Portanto, o convívio com os rapazes ocorre basicamente nos eventos sociais. O baile é um grande acontecimento pois, além de oportunizar divertimento, a presença feminina é valorizada pelos homens.

"Comecei ir nos bailes e a dançar mesmo, com 14 anos. Nós morávamos em outros lugarejos para fora, aí eu não ia. Em São Leopoldo eu dancei muito. Tinha uma tia que morava lá. Até baile Militar que eu recebia convite, eu ia. Eu dançava muito (Idalina, p.6).

"Conhecer rapaz era **sempre nos bailes**. Isso mesmo. E quando pegava um, não me largava mais. Eu t'inha, às vezes, que ir pro toalete pra ficar sentada um pouco, porque não parava de dançar.... Antes de conhecer o meu marido, tinha um outro rapaz que eu namorava, que eu também encontrei nos bailes, né? Sempre nos bailes..."(Aneres, p.19).

Entretanto, existe uma regra de grande valor a nortear a conduta das mulheres solteiras, presentes aos bailes. **Aneres** (p.16), **Idalina** (p.10), e **Mathilde** (p.10) declaram nunca irem sós, mas acompanhadas por algum adulto da família, geralmente o pai. A presença paterna "impunha respeito e era, ao mesmo tempo, o controlador das filhas".

**Idalina** (p.6), quando solteira, diz ter morado em Iraí, cidade de estação balneária com águas sulfurosas. Durante o verão, os hotéis promovem reuniões dançantes, das 20 horas à meia noite, e o pai a acompanha, pois os "moços insistiam para que ele a levasse".

Além do pai, os irmãos homens também exercem um certo controle sobre as irmãs. **Fátima** (p.10) quando jovem, é *faceira* e gosta do seu corpo, tentando valorizá-

lo. Lembra de gostar de se arrumar, colocar brincos e ir para a janela. Certa vez, seu irmão se enfurece e entra em casa dizendo para sua mãe que "ela era muito assanhada e se parecia com as mulheres da rua Monteiro" (local do meretrício em Rio Grande, naquela época).

#### • A dança e o sonho das mulheres

A ampliação do círculo social aumenta as possibilidades de escolha do par amoroso, e a oportunidade de conhecer o futuro marido não se restringe apenas aos frequentadores da casa. Estas mulheres, normalmente reclusas ao ambiente doméstico, têm pouco contato com outras pessoas, em especial com rapazes, potenciais namorados.

O relacionamento amoroso parte de um breve namoro, iniciado em acontecimento social. Esta atividade pode ser tanto um baile (Idalina p.6 e Otília p.1), um piquenique (Aneres p.14), uma festa religiosa (Mathilde p.4), um encontro na fazenda onde trabalha (Rebecca p.11), ou um acontecimento social, em outra cidade, na casa de um parente (Fátima p.9). Em meios aos diferentes acontecimentos sociais, a dança é uma maneira aceita de aproximação física e social. Além dos bailes oficiais, a dança é incluída em qualquer programação social. Exemplo disso são os relatos de **Aneres** (p.14) quando vai a um piquenique, e **Mathilde** (p.4) à festa de Nossa Senhora do Rosário. Em ambos os casos, a aproximação para o diálogo com os rapazes, ocorre em função da dança.

A mulher tem uma participação mais passiva neste início de namoro. Parte do homem, em geral, a iniciativa da escolha de sua "amada" para o namoro, até porque na dança sempre é o homem quem toma a iniciativa do convite.

"Meu pai não queria deixar eu sair, porque eu era muito criança, mas as vizinhas me levavam para o baile lá fora, eu tinha 13 anos, nem nunca namorei ninguém, nem nada. Aí, eu fui lá pra fora e um cavalheiro que era o Bruno Atílio gostou de mim... Eu nem sei se gostava dele, porque eu era muito novinha, né. Ele foi me pedir em casamento para o meu pai. Ele praticamente me roubou do pai, eu não tinha idade pra casar. Aí resolveram aumentar a minha idade para poder casar" (Otília, p.1).

Uma vez iniciado o namoro, a aprovação paterna é condição indispensável para a sua continuidade. É um **relacionamento muito breve e sem muitas intimidades**.



"Eu dancei com ele num baile e ele gostou de mim mas em seguida eu fui embora para Iraí. Praticamente não namorei ele, não tinha intimidade nenhuma com ele. Nós só nos conhecíamos do baile. Não foi namoro, tivemos 1 ano de correspondência. Aí ele mandou um telegrama que vinha a Iraí para me visitar, para falar com os meus pais... Quando veio já trouxe as alianças. Ficamos noivos em setembro e casamos no ano seguinte em janeiro" (Idalina, p.4).

"Naquela época se namorava pouco tempo. Ficamos namorando um ano e casamos quando eu tinha 16 anos" (Rebecca, p.11).

Em caso de oposição do pai, a opinião paterna é respeitada e acatada mesmo contrariando o desejo dos namorados. Apesar de **Mathilde** já estar namorando há dois anos, quando seu pai presencia a discussão entre ela e o namorado por motivo de ciúmes, (ela acompanha o hóspede, indicando-lhe o quarto no hotel da família), o pai expulsa imediatamente o namorado dizendo "não admitir que suas filhas namorem ciumentos que querem mandar antes do tempo".

"Meu pai disse: O quê? Ele vem mandar antes do tempo aqui? Chispa daqui, é a última vez que entras e quero ver se tu ainda vais falar com ele. Te dou uma surra se te metes com ele. Com o meu pai não ia me intrometer, porque ele me dava uma surra mesmo. Aí disse para ele: - Pra falar contigo não quero mais saber. Vai atrás do teu destino, deixa a casa, lá. Vai embora, porque não quero mais te ver. E, ali encerrou" (Mathilde, p.4).

Pela conduta do pai de Mathilde, percebe-se que a autoridade do "homem da casa" sobre as mulheres (esposa ou filhas), é um valor aceito naquela época. Mandar depois do casamento, segundo este depoimento, "era aceito e esperado".

Pelo relato de **Rebecca** (p.24) a mulher criada por família adotiva, não se submete à autoridade paterna ou materna. Rebelar-se e enfrenta os pais de criação, pois o casamento é sua única chance de sair da condição de "empregada por toda a vida".

"Os pais de criação não queriam que a gente casasse. Eles não queriam casamento. Daí, um dia eu disse pra minha mãe de criação: A Sra não quer por bem, vai por mal. Ela disse que eu fui muito mal criada, quando eu respondi pra ela. Nunca tinha respondido antes. Eu era tratada diferente das outras filhas. Era empregada, fui criada pra empregada e ali ficava. A **vida inteira** ali como escrava" (Rebecca, p.24).

- **Chá-de-pêra**

Outra questão apontada é o controle do namoro. Existe, inclusive, uma denominação social, jocosa, para designar esse controlador: **chá-de-pêra**. Diferentes membros da família, geralmente do sexo feminino, mãe, irmãs ou primas, fazem companhia durante o período de namoro e noivado. Segundo **Aneres** (p.16), "tanto é que nos bailes nunca ia sozinha, enquanto não era casada, pois a mãe ou a tia iam sempre junto". Quanto à **Mathilde** (p.6), seus pais, principalmente a mãe, "cuidavam e advertiam para que não deixasse o namorado pegar sua mão ou beijá-la".

A presença destas pessoas durante o namoro é uma imposição dos pais, impedindo que os namorados ou noivos tenham uma maior intimidade, com o objetivo de preservar a "integridade física", **unicamente da mulher**. **Rebecca** (p.23) comenta que no seu tempo de namoro, os namorados não saem **nunca** sozinhos. E quando conseguem ficar alguns minutos a sós, as próprias mulheres têm medo de ceder às investidas dos rapazes.

"A tia Rosa era muito severa, ela nunca explicou nada pra gente. Era sempre tudo muito escondido. Não dava liberdade. As vezes, se dava uma fugidinha, uma escapada. Se dava uma desculpa, uma coisa e outra, se dava um jeito. Mas nessas fugidinhas, eles as vezes *atentavam*. Mas a gente não deixava. Por que a gente tinha medo. Tinha medo de ficar atirada pelo mundo. Não, sabia o que poderia acontecer" (Rebecca, p.23).

De acordo com Giddens (1993:34) "*a censura afetava tangivelmente mais as mulheres que os homens*" pois muitas delas casam-se sem qualquer conhecimento sobre sexo, exceto aquele que está relacionado aos impulsos masculinos e "que deveriam ser contidos para seu próprio bem".

"Quando noivos, muitas vezes, meu marido tentou, eu também estava louca para ceder, mas aí eu dizia: - se eu ceder o que tu vais dizer depois de mim" (Fátima, p.9).

"Naquele tempo nenhum rapaz procurava pra "fazer". O meu, que namorei, tanto um como o outro, eram ciumentos. Ciúme, de medo, mas nunca me disse alguma coisa, ou pegou na mão, ou fez alguma coisa, nada" (Mathilde, p.5).

"Meu pai que nos levava nos bailes e ficava ali de plantão... Ele era paciente mas muito enérgico. Tinha uma bengala, ele parava na porta, se escorava em cima da bengala. Quando não era namorado que a gente dançava mais de três vezes com o moço, ele fazia um sinal e a gente tinha que pedir licença para o moço" (Idalina, p.10).



O relacionamento mais íntimo, ou sexual, só ocorre, via de regra, após a oficialização do casamento. **Rebecca** (p.11) comenta o quanto tudo é feito às escondidas. Carícias com namorado ou noivo "Deus nos livre se alguém descobrisse".

"Eu não queria que meus pais, que ninguém soubesse que ele tinha me beijado. Não sei, bobagem minha. Ainda agora, faz pouco tempo, ficava com vergonha. O ano passado eu fui para o Rio e falei com essa minha prima que assistiu o primeiro beijo. Ela se lembrou deste caso e eu disse: - **não conta pra ninguém...**" (Aneres, p.16).

Medo ou vergonha estão presentes na vida das mulheres. **Aneres**, na ocasião da entrevista, com 86 anos, diz ficar constrangida até hoje "quando sua prima, presente ao primeiro beijo dado por seu namorado, fez comentários sobre o fato".

A virgindade feminina é uma virtude a ser preservada de qualquer maneira. A fala de **Mathilde** (p.5), referindo-se à experiência de sua filha nos anos 40, faz parecer que este valor vivenciado pelas mulheres de sua época, também é preservado e transmitido às próprias filhas ou às filhas de criação.

"Namoro, naquele tempo, não tinha coisa de muito se agarrar. Não, não tinha como tem agora, minha cara. Posso jurar. Garanto que todas as minhas casaram virgem mesmo" (Mathilde, p.5).

E tentando preservar a manutenção da virgindade pré-marital, as mulheres "contavam histórias" constrangedoras para suas filhas.

Estas histórias são exemplos de tragédias que ocorrem **sempre com mulheres** que não resistem às tentativas do rapaz. Apesar de raros casos de gravidez antes do casamento, elas comentam a este respeito. Um exemplo é o comentário da filha de Aneres (p.13), - "Aquilo era uma coisa muito chocante" - diz ao recordar da foto mostrada por sua mãe "de uma moça grávida que casou vestida de noiva e morreu três meses depois de casada".

"Ela casou grávida. Era uma amiga, não muito chegada... mas a gente se dava. E ela trabalhava em chapéus, chapelaria... Ela ficou grávida, grávida de oito meses. Mas ela já tinha casado, ela casou grávida. Ela sentiu, de repente, uma falta de ar tão forte... O marido correu pra chamar o médico... Enquanto o marido saiu ela faleceu nos braços da mãe dela. Ela tava morta e a criança ainda tava se mexendo, com oito meses" (Aneres, p.13).

**Aneres** (p.13) recorda uma tragédia. Sua vizinha engravida e, apesar de ter casado, procura fazer um aborto para que o nascimento da criança não comprove, publicamente, seu erro.

"Ela não queria que ninguém soubesse. Aí ela foi procurar uma pessoa pra tirar. Tiraram e quinze dias depois de ter casado, ela faleceu de infecção. Nós que éramos os padrinhos, até. Eles moravam em frente da nossa casa. Ela pedia pra ninguém contar, mas TODO mundo ficou sabendo..." (Aneres, p.13).

**Idalina** (p.11) comenta a incidência desses casos, relatando a vergonha sentida por uma amiga, de Serra Azul. Ao constatar a gravidez "tomou veneno e ficou com o rosto todo torto". Fez isto por ser solteira com 16 ou 17 anos, provavelmente "ela abortou" pois nunca "ouviram falar sobre a criança". **Mathilde** (p.6) diz que na época, em sua cidade, "não se comentava muito estes casos", mas lembra da sua madrinha de casamento ter engravidado ainda solteira. Apesar de ter casado depois, "já pensou a vergonha da cidade inteira"?

Entre os inúmeros relatos sobre o comportamento feminino, a questão da autonomia concedida à mulher no lar, merece atenção especial. A vida cotidiana das jovens casadoiras dentro da família, oscila entre os limites de submissão e da obediência, principalmente à figura masculina.

A circulação no espaço público (passeios, teatros e bailes) aberto aos homens, só é permitida às mulheres em ocasiões especiais e, mesmo assim, sempre acompanhadas por membros da família. Sem eles, o mundo da rua lhes é vedado.

É clara a obediência da mulher à figura paterna, mesmo contrariando seu desejo. Entretanto, o exemplo de Rebecca (p.39) reveste-se de total independência em relação à autoridade familiar, representada pela mãe de criação. A decisão de casar com o namorado viabiliza-se por sua própria vontade. Em tal condição, sem família, pode exercer sua independência, por não estar controlada pela autoridade familiar.

#### • **Casamento: a carreira da mulher**

As formas de relacionamento entre homens e mulheres visam o casamento. Os interesses pessoais da interação, como simpatia, paixão, educação e atrativos físicos, submetem-se a este ideal.

A valorização atribuída ao amor para o sucesso do casamento já está consagrada. Entretanto, por ser muito breve o período de convivência prévia,



predomina muito mais um sentimento de romantismo, e de valorização por ter sido escolhida, uma vez que o não casar é visto como um insucesso feminino. O casamento é a solução de vida ideal (Rosa Maria Araújo, 1993).

Nos diferentes depoimentos, o casamento, de modo geral, é considerado uma experiência positiva.

No tocante aos maridos, suas atividades são vinculadas ao mundo fora do ambiente doméstico. Mesmo nos casos de (Otilia, Rebecca e Mathilde) onde a atividade do homem é dividida com a mulher, o trabalho é considerado responsabilidade do marido.

"Nós tinha rocinha também. Nós criava porco, tinha criação de galinha. Nós plantava, nós tinha abelha pra mel, nós tinha tudo quando nós morava na casa da fazenda. Não era minha, mas davam um pedaço de terra pra gente, plantar e o meu marido cuidava do serviço dele" (Rebecca, p.10).

"Meu marido era alfaiate. Trabalhou de alfaiate, barbeiro e depois batemos num hotel. No hotel eu fazia de tudo, trabalhava dia e noite. As vezes cansava, mas tomava uma tigela de café com leite, ia na cama dormir e me acordava nova" (Mathilde, p.1,12).

As mulheres apontam como aspectos positivos do relacionamento conjugal, a relação paternal do companheiro e as suas características intelectuais. **Rebecca** casa-se aos 16 anos e "viveu um casamento muito feliz". Salaria os aspectos positivos do marido, como pai; lembra-se, até hoje, do seu modo carinhoso no trato com a família e o fato de suas filhas o considerarem "o melhor pai do mundo". **Idalina** (p.5), depois de casada, "veio morar em Porto Alegre, na companhia do marido e da sogra, que era viúva. E, apesar de o companheiro ter morrido cedo, a experiência valeu à pena. Ele era um homem instruído, falava cinco idiomas, tocava piano e gostava de levá-la aos bailes mesmo depois de casados". **Mathilde**, casando-se no mesmo ano que inicia o namoro, afirma que marido igual ao dela, nunca mais. Elogia-lhe a condição de excelente pai, "*uma pessoa que faz tudo para os filhos e é bom para a família inteira*".

**Fátima** lembra do companheirismo do marido nas boates, nas viagens e de estimulá-la para que se tornasse uma mulher independente, fazendo questão que aprendesse a dirigir automóvel, fato raro para as mulheres da década de 1930. **Aneres** (p.12) comenta que o marido "tinha seu próprio negócio, levaram uma vida muito tranqüila" tendo tempo até para sentar na calçada, à tardinha, ao retornar do trabalho.



**Ottília**, (p.4) entretanto, considera o casamento uma experiência muito negativa, só compensada pela alegria de ter seus filhos hoje. Casa-se por medo, pois o futuro marido "a ameaçou de morte caso não o aceitasse". Com apenas treze anos, sua idade é *arrumada* para poder casar. Casamento, naquela época, só depois dos quinze anos. A experiência é considerada negativa não só devido a sua pouca idade, mas também por não conseguir revelar as ameaças de morte sofridas pelo pretendente, à época, e por ter sido ele, "uma pessoa muito má", espancando-a com frequência. Por esta razão, após ter as meninas que sempre quis e conseguir uma atividade remunerada, abandona-o.

No passado, o casamento, apesar de ser uma forma de garantia econômica futura ou de ascensão social, para a mulher não lhe possibilita independência financeira. Há, apenas, uma mudança de perspectiva, pois ela passa da dependência econômica dos pais para a do marido.

Na vivência de esposa, o aspecto que emerge dos relatos é do **desconhecimento sobre os assuntos da vida conjugal**.

Segundo **Rebecca** (p.10), antigamente a mulher "não era instruída e quando casava não lhe falava absolutamente nada". Por isso quando ela própria casou "não sabia qual deveria ser sua conduta frente ao marido".

"Não sabia de nada, não. O que poderia ser a relação de um homem com uma mulher. Tudo era muito diferente de hoje. Tudo era escondido. Não podia. Eu tinha vergonha de tirar a minha roupa. Eu nunca fiquei "pelada" na frente do meu marido. Nunca! Tinha vergonha, era o respeito que a gente tinha do marido" (Rebecca, p.26).

"A gente nunca via homem pelado naquele tempo. E eu me assustei dele e desmaiei" (Ottília, p.4).

**Para Rebecca** (p.1) este desconhecimento e vergonha são coisas próprias das mulheres. O marido não se importa em tirar a roupa na sua frente. "Era a mulher que tinha que se importar, não o homem".

Atribuem as dificuldades da vida conjugal a sua pouca experiência, pois casam muito jovens. Além disso, as mulheres não têm o hábito de conversar sobre este assunto entre elas. Tanto para **Rebecca** (p.1), **Idalina** (p.5), como para **Mathilde** (p.3) o fato de o marido ser mais velho, "ajudou pois como eles tinham mais experiência, podiam explicar muita coisa".



"Os pais não ensinavam e eu fui criada sem pai e sem mãe, com estranhos, e eu era uma estranha para eles também. Eles não me explicavam nada. O que eu fiz foi tudo pela minha cabeça e pela cabeça do meu marido" (Rebecca, p.1).

"Eles (maridos) tinham paciência e experiência naquele tempo, já as mulheres, não sabiam nada. Eles eram ... homens e tinham experiência de vida. Ele não era mocinho, sabia TUDO! Foi me ensinando" (Idalina, p.5).

Ao se casar aos 24 anos, **Loretta** "era professora primária, vivia e lecionava na colônia", e apesar de, à época, ter experiência de vida em alguns aspectos, desconhece os relacionados à experiência de ser mulher.

"Bem, eu quando casei, minha mãe não me falou nada sobre o casamento. Tanto é que eu fui assim, a gente não tinha...não se falava, nem com as amigas" (Loretta, p.1).

Pelo que pode-se observar, parece que a idade não é o indicador do desconhecimento sobre a vida conjugal mas, sim, as diferentes experiências familiares vivenciadas e o tipo de relacionamento com o marido.

Elas vivem, como assinala Maria Lúcia Rocha-Coutinho (1994:30) "*o mito da infância e feminilidade (...), na qual tanto a criança como a mulher foram consideradas frágeis, delicadas, e assexuadas*" e, portanto, seres necessitados da proteção dos homens. Sob o disfarce do "respeito", na presença destas criaturas (os homens) não se deve discutir assuntos sérios ou relacionados ao sexo ou usar determinados termos. Vivem, praticamente, em relação à reprodução e à sexualidade, o que Mary Belenky et al (1986) descrevem como um mundo de silêncio ou ouvindo a voz dos outros.

Para essas autoras as mulheres mudas (mundo do silêncio) são aquelas que experimentam a si próprias sem voz e estão sujeitas ao capricho da autoridade externa. Acreditam que a verdade vem dos outros, e calam suas próprias vozes para ouvir as dos outros, acreditando que a autoridade é capaz de construir o conhecimento. Não sabem o caminho para determinar a *verdade* sem a ajuda de uma autoridade (mãe, médico, marido).

**Mathilde** (p.3) relata a sua ignorância quanto às questões relativas ao casamento. Somente após a primeira relação sexual, e ter sangrado (era virgem), se preocupa em perguntar à mãe sobre o assunto. Com sua filha, porém, "agiu diferente", ensinando-a antecipadamente.

**Idalina** (p.4) revela desconhecimento total sobre sexo. Ao mesmo tempo que fala com romantismo sobre o fato, "achei muito mais bonito no nosso tempo, que tudo era... a gente era inocente, não se falava nestas coisas...", lamenta seu desconhecimento. Confessa não poder ajudar a irmã mais velha quando ela lhe solicita "conselhos sobre o assunto", e além disso, cria a filha do mesmo modo. "Minha filha casou boba como eu".

"A mamãe não falou nada para nós. Minha irmã mais moça e que casou antes de mim, perguntou: - O que eu faço... (sussurrou), para trocar de roupa de noite. Mandei ela dizer que estava com sede pedir para ele buscar qualquer coisa, uma bebida. - Ai tu bota um camisão e umas meias brancas para ele não ver as tuas pernas, não mostra as pernas para ele" (Idalina, p.4).

**Ottília** (p.5), ao lembrar seu casamento, se emociona e se constrange ao falar sobre experiências tão negativas. Entretanto, acha importante fazê-lo agora como oportunidade de poder expor seus sentimentos em relação à sua experiência conjugal.

"A primeira vez, ele me levou até... é uma vergonha, ele me levou pra debaixo de uma figueira pra judiar de mim. Pra fazer mal, em mim. Foi ruim, muito ruim, cruz ... (choro). E pior que a gente ganhar um filho. Deus me defenda!" (Ottília, p.5)

Pelo relato acima percebe-se que elas fazem um julgamento acerca do passado, reconhecendo agir da mesma forma e perpetuar sua conduta.

A perspectiva apresentada quando narram suas vivências do casamento, remete à questão colocada por Ecléia Bosi (1983:17) em seu livro sobre memória e sociedade: "*na maior parte das vezes, lembrar não é reviver, mas refazer, reconstruir, repensar, com imagens de hoje, as experiências do passado*".

Para a autora, a lembrança é uma imagem construída pela visão de mundo que se tem agora, no conjunto de representações da consciência atual. Por esta via, a memória da pessoa está amarrada à memória do grupo, e esta, à esfera maior da tradição, que é a memória coletiva de cada sociedade.

Para as mulheres entrevistadas, a lembrança da experiência do casamento move-se, agora, em uma direção crítica e cultural que, evidentemente, não pode entrar nos quadros mentais da época da vivência, no qual é tradição calarem, pois não aprendem a usar sua fala.



## 6 - TABUS E MITOS DA MATERNIDADE

Existem teorias que tentam explicar a posição de domínio do homem sobre a mulher. As relações de poder podem ser expressas de várias maneiras, sendo uma delas, a ideológica, em forma de racionalização que freqüentemente a sociedade humana tende a produzir: sistemas mitológicos e magias. Estas construções nada mais são do que formas de controle da realidade histórica produzidas e interpretadas por meio de mensagens e discursos de caráter conservador.

Dentre as formas de cultura tradicional - que manifestam o consenso de valores e atitudes a respeito do comportamento sexual e reprodutivo - destacam-se os tabus e a temática dos mitos.

De acordo com Maria de Jesus Buxó (1988:86), o conceito de **tabu** na literatura antropológica se refere a "*indivíduos, coisas ou palavras cuja qualidade são objeto de temor ou suscetíveis a proibição*".

Nas atividades sociais, as situações ou coisas consideradas tabu, implicam uma condição perigosa e, portanto, trazem consigo um *status* de ansiedade.

Para algumas mulheres é tabu lavar a cabeça durante o puerpério, durante a eliminação de lóquios (sangramento pós-parto). A perda sangüínea é considerada muito perigosa, e o ato de lavar a cabeça, implica estancar o sangramento vaginal e, assim, revertê-lo para a cabeça. Na concepção dessa época, caso isso ocorra, a mulher ficará louca.

Para Sheila Kitzinger (1978:71), durante a gravidez e puerpério, as proibições e instruções têm, muitas vezes, a "*força de tabu*", termo derivado de uma palavra polinésia que significa **proibir**. Segundo a autora, há diversas formas de manifestação desse conceito nas várias culturas existentes e, em todas, negligenciar um tabu resulta em punição "*automática*" por parte das forças espirituais ou dos deuses.

Em termos do comportamento lingüístico, (Maria de Jesus Buxó, 1988) há o tabu relativo à crença de que certas palavras geram conflitos pessoais ou interpessoais. Por esta razão, estas palavras adquirem um poder mágico, e são capazes de provocar ansiedade nos interlocutores, como exemplificam os depoimentos de história de vida destas mulheres. Elas não usam palavras referentes ao relacionamento sexual. Este assunto é tabu, e fazer comentários a respeito gera ansiedade.



Os **mitos**, por sua vez, fazem parte das interpretações que cada sociedade tem sobre sua realidade. Maria Jesus Buxó (1988:89) denomina esta construção de "*elaboração mítica*", que tem por objetivo justificar, racionalizar e legitimar realidades sócio-culturais. No caso da maternidade, a elaboração mítica prende-se às diferenças do papel social entre os dois sexos. E um de seus aspectos é que ele representa um **modelo de ação** por meio do qual o grupo dominante proporciona os conteúdos simbólicos e de dominação para melhor garantir a defesa de seus interesses.

Nas racionalizações míticas da sociedade, a mulher e sua natureza costumam ser símbolos negativos, ou menores em relação ao homem. Esta simbologia negativa existe desde o início da era Cristã, ligada ao mito bíblico da criação na qual a mulher desafia a ordem universal existente e, como consequência, merece o castigo de "parir sob efeito da dor".

Na modernidade, entretanto, a Eva pecadora cede seu lugar à santificada Maria e, assim, como assinala Maria Lúcia Rocha-Coutinho (1994), ela não é mais identificada com a serpente sábia, astuta e diabólica, mas transforma-se em um ser doce e sensato, de quem se espera modéstia e ponderação.

#### • **Construindo a família**

De modo geral as mulheres "**engravavam no primeiro ano de casamento**", tornando-se mães logo a seguir (Mathilde, p.1; Idalina, p.6; Rebecca, p.1; Otília, p.1; Loretta, p.10). A gravidez logo após o casamento é algo esperado. Somente **Fátima** (p.1) nomeia sua gravidez como um *descuido*, inesperada, constatando-a durante uma viagem à Europa; a gravidez, no caso dela, é acidental uma vez que possui muito conhecimento sobre fecundação, e reconhece "que não era comum" entre as mulheres da época. **Aneres** (p.5) apesar de casar-se aos 17 anos, só se torna mãe seis anos depois, aos 23 anos de idade, e não se preocupa em saber a razão da demora.

Outra característica importante é a de terem muitos filhos. São, via de regra, **grandes múltiparas** (Rebecca 5 filhos e um aborto; Loretta 7; Otília 11, e Mathilde 12) e, segundo Mathilde, é prática comum, à época, gerar muitos filhos.

"Tudo tinha um monte de filho. Olha, tinha uma lá no moinho que tinha 21. As vezes se dizia: - Maria, antes de fazer uma polenta, faz um filho. Porque antes era assim..., se ganhava e trabalhava. Porque era fácil de ganhar. Já eu não, era meio custoso" (Mathilde, p.8).



Três mulheres têm apenas um casal de filhos cada uma e justificam o fato: **Fátima** (p.8) não se arrisca mais e tem só dois, pois no segundo parto "quase morreu" em decorrência de infecção; **Aneres** (p.1) não mais engravida depois do nascimento do segundo filho e **Idalina** (p.3) decide não ter mais filhos porque seus partos são muito doloridos.

- **Vivendo o sagrado e o profano da gravidez**

A suspeita de gravidez surge quando há falta ou atraso das "regras". Entretanto, as dúvidas sempre estão presentes, pois não se fala sobre o assunto nem com as amigas nem com a família de origem.

"Não sabia muita coisa. Aí eu perguntei pra outra senhora assim... estava me faltando isso (menstruação). Ela me disse: - não te preocupa... tu tem marido... então tu tá grávida! Tu tá grávida, sim. Aí eu fiquei feliz, a mil" (Rebecca, p.1).

"Eu não sabia nada... eu era muito novinha, né. Aí depois eu fiquei pesada do primeiro filhinho. Me dava desmaio, as mulheres me levavam no doutor. Ele disse que eu estava pesada, tava grávida" (Ottília, p.2).

**Aneres** (p.5) desconfia da gravidez logo no início, pois "pela falta das regras é que se notava logo que alguma coisa não estava certa", embora reconheça passar muito bem durante a gestação.

As mulheres aprendem com suas mães e pessoas de suas relações que a "**gravidez não era para ser comentada**". Na casa de **Mathilde** (p.11), quando ainda solteira, são sete irmãs e três irmãos, e nunca se fala sobre gestação.

A gravidez é vista com um misto de sagrado e profano, e uma vez constatada, a mulher é envolvida por uma aura de mistério.

O sagrado, conforme Eliade (1992:14), "*manifesta-se sempre como uma realidade inteiramente diferente das realidades naturais*". Em outras palavras, o sagrado exprime o "*tremendum, majestas ou mysterium fascinans*".

O reconhecimento do sagrado numa sociedade como é a da época, orientada por rígidos valores morais e religiosos, ocorre porque este sagrado "se manifesta", se mostra, como algo absolutamente diferente, torna-se *outra coisa* e, contudo, continua a ser ele mesmo, porque continua a participar do meio cósmico. O sagrado equivale ao poder e, em última análise, à *realidade*. Assim a mulher grávida, de certa maneira, evoca o esforço para recriar o mundo, remodelá-lo (reviver).

Quando o sagrado se manifesta, ou seja, se revela no espaço sagrado (corpo da mulher), "*tem valor existencial porque nada pode começar, nada pode se fazer sem uma orientação prévia - e toda orientação implica a aquisição de um ponto fixo*" (Eliade, 1992:22).

A mulher grávida relaciona-se misticamente com o universo; e a possibilidade de dar à luz é uma variante, na escala humana, da fertilidade da Terra.

Por outro lado, a gravidez está vinculada à experiência profana do mundo, a um ato fisiológico que remete ao relacionamento sexual na época considerado tabu, uma impureza mundana. Quanto à questão do tabu cabe a observação feita por Smith (1889:142) citado por Mary Douglas (1966:23) quando diz que "*a pessoa sob tabu não é considerada como santa, é afastada do santuário*".

Portanto, encobrir a gravidez, e não falar sobre o assunto, leva a pensar que possa ter o significado de ocultá-la das pessoas por ser considerada uma falta cometida.

"Naquele tempo eu tinha um "mantô", eu fechava ele. Porque não era hábito de... mostrar a gravidez, de ... contar. Olha, quando eu estava para ganhar o primeiro filho e o pessoal, os íntimos, pensavam que eu estava com 6 meses. Os outros nem sabiam. Nem no colégio não ia. Hoje não, se faz questão de mostrar. A gente, se encolhia" (Loretta, p.9).

**Rebecca** (p.7) acredita que a razão do mistério em relação à gravidez seja a vergonha. Para ela a atitude de "esconder a gravidez era por respeito ao povo". A gravidez não é comentada publicamente, nem no ambiente doméstico, e nem com as crianças se fala a respeito do futuro irmão que está a caminho. Até as roupas são feitas às escondidas. As crianças vêem quando a barriga começa a aparecer, mas não se dão conta nem perguntam. "Todo mundo sabia, mas nada diziam".

As crianças acreditam no mito da cegonha que traz o nenê envolto em uma fralda presa ao seu bico e para que ela o traga, "colocavam açúcar na janela".

**Mathilde** (p.11) comenta que ninguém diz: - "*vem cá que eu te ensino*". Na última gestação de **Loretta**, quando suas filhas mais velhas estão com 12 e 10 anos de idade, respectivamente, e comenta com elas sobre a gravidez, fica surpresa com a atitude delas.

"Eu estava sentada num sofá de vime numa noite fazendo croché num cueiro. Mas nunca tinham me perguntado nada. Aí eu pensei assim... será que elas não notaram que eu estou mais gorda que pode ter alguma coisa aí. Aí eu perguntei: Vocês sabem que vão ter uma irmãzinha ou irmãozinho? A Vanessa me olhou



ASSIM (fez neste momento gestos de olhos arregalados). Elas não sabiam de nada" (Loretta, p.9).

Loretta (p.9) compara as diferenças de atitude das mulheres a respeito da gravidez no passado com as de hoje. "Mal a mulher sabe que está grávida, imediatamente conta para os filhos que acariciam e escutam o bebê. Antigamente, nem o próprio marido colocava as mãos sobre o abdome da mulher".

Percebe-se que não só Loretta mas também suas filhas estão impregnadas deste contexto de silêncio sobre a gravidez. Há uma reprodução subliminar desta conduta, transmitida de geração a geração.

Assim, pode-se entender porque não se infringe o tabu do silêncio: coisas sagradas devem ser protegidas da profanação. Dentro desta noção, elementos díspares são relacionados e, através deles, padrões simbólicos são manifestos.

#### • Acompanhamento de saúde na gestação

No passado, de acordo com Sheila Kitzinger (1978) a gravidez é considerada um ritual especial, que liga a mulher e seu feto à terra e aos deuses e raramente é encarada como uma doença. Elas continuam com suas atividades habituais (tarefas domésticas) e mantêm-se ativas até o parto. Por esta razão, a prática de acompanhamento médico, só ocorre na suspeita ou presença de uma doença.

**Mathilde** (p.2); **Aneres** e **Rebecca** não freqüentam consultório médico durante a gestação.

"Ah, médico, médico mesmo... só fui quando fiquei doente aí fui operada né. Mas quando tava grávida não, não ia ao médico para ver o nenê. Não, não ia a médico durante a gravidez" (Aneres, p.1).

"Isto de ir ao médico, nada... Nunca fui ao médico por causa de filho, gravidez, ...nunca. Foi sempre assim, só. Levava a vida normal, trabalhando sempre, nunca deixei de fazer as coisas" (Rebecca, p.2).

A gestação é vivida como algo saudável, sem problemas maiores de saúde (enjôo, tonturas e desmaios) considerando-se desnecessário o acompanhamento de saúde. Quando grávida, **Mathilde** (p.1) diz "ter se sentido bem, enjoando um pouco no início, mas depois trabalhou normalmente".

O transcurso da gestação, de acordo com as memórias de **Aneres** (p.2), é vivido pela mulher como qualquer outro período da vida, ou seja, fazendo os serviços e

cuidando da casa. Por "sentir-se tão bem, freqüentou a sociedade e dançou até os últimos dias".

De outro lado, por não ser considerada doença, a gestação não recebe maiores atenções por parte da área da saúde durante as primeiras décadas deste século.

De acordo com os princípios da ideologia positivista, da ordem pela higienização das doenças sociais (doenças venéreas, alcoolismo e tuberculose), organiza-se a saúde pública no Rio Grande do Sul, voltada para a principal causa de morbimortalidade do Estado: a tuberculose pulmonar.

Somente em agosto de 1930, data da inauguração da maternidade da Santa Casa, se constata, pelas palavras do doutor Mario Totta o início da preocupação com a instrução às mães quanto aos aspectos da higiene da gravidez e de puericultura, bem como o atendimento individual e sistemático ao pré-natal.

*"... Cullminando a finalidade do nosso papel social neste districto da profissão, e já que o cenário dá margem ao desempenho, organizei um programma de trabalho para cuja execução conto com a vossa collaboração preciosa. O programma que já tornei publico, póde ser expresso em poucas palavras:*

*I - Creação de um curso de hygiene da gravidez e de puericultura, sobretudo puericultura anti-natal. Para isso, realizar em dias determinados conferencias publicas, destinadas à instrução das mães e criação dos filhos; hygiene da creança; combater os velhos prejuizos; despertar a consciencia materna na santificação de sua dupla missão de productora e educadora; em uma palavra: instituir a escola das mães.*

*II - Guerra acesa contra o aborto criminoso, demonstrando a sua immoralidade, a sua irreligiosidade e, à luz das estatisticas, as suas funestíssimas consequencias.*

*III - Creação de uma hora diaria de consultas onde as gestantes que assim o quiserem serão periodicamente examinadas e receberão as necessarias instrucções sobre a hygiene da prenhez. Nessas consultas serão pesquisadas principalmente a syphilis e a tuberculose, para a necessaria prophylaxia do aborto e tratamento ulterior do recém-nascido.*



*IV - Ampliação do curso de preparação de parteiras e enfermeiras que eu, há cinco anos instituí aqui na Santa Casa e onde duas vezes por semana lecciono gratuitamente, já tendo preparado um numero relativamente alto de profissionais que estão exercendo com dignidade o seu officio não só nesta capital como em várias localidades do Estado".*

O doutor Mario Totta finaliza o seu discurso com uma solicitação ao corpo médico da maternidade:

*"Derramae em derredor desses leitos a maior ternura que a vossa alma possa conceder. Tende sempre na memória que as creaturas que ahi estão são duplamente merecedoras do nosso carinho e do nosso desvello, porque alliam ao padecimento natural do seu estado á pobreza que as exilou do seu lar. Si alguma vez, por qualquer circumstancia, a paciência vos quizer faltar, refrae a aspereza, lembrae-vos do quanto devia ter soffrido nessa transe aquella que vos deu á luz e, em homenagem ás vossas mães, sêde bons e piedosos para com todas as mães na sua dolorosa hora de santificação" (Mário Totta, 1930:7).*

Este discurso reúne o pensamento relativo à saúde reprodutiva da mulher daquela época. A primeira questão refere-se à necessidade da *instrução* pré-natal. Nota-se, novamente, que os aspectos enfatizados são muito mais de cunho moral, repressivo - "*despertar a consciência materna na **santificação** de sua dupla missão de productora e educadora*" do que de educação para a saúde da mulher.

O combate ao aborto criminoso é considerado um problema social e de saúde reprodutiva de grande repercussão na época. O que leva uma mulher a cometer um aborto num período de tanta ênfase religiosa e moralista de valorização da função materna da mulher?

Outra questão destacada é a conduta inovadora de atendimento às gestantes, o acompanhamento médico periódico e a orientação quanto aos aspectos da higiene da gravidez.



Por fim, em decorrência do destaque à gestação na época, valoriza-se outro profissional da área da saúde: a parteira. Ela é preparada em cursos específicos, já instituídos no Curso de Parteiras da Santa Casa, o qual já vem sendo orientado pela cátedra da Clínica Obstétrica desde 1925. A valorização da formação de parteiras objetiva o atendimento quase que exclusivamente domiciliar.

Apesar de, na época, ainda persistir no Rio Grande do Sul a valorização e a necessidade da parteira, um artigo publicado nos *Annaes Brasilienses de Medicina* (1871), por Maria Josephina Mathilde Durocher, parteira pela Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro (mais conhecida pelo nome de Madame Durocher pela sua procedência francesa), aponta a polêmica sobre a necessidade ou não da formação de parteiras.

Madame Durocher (1871:257) comenta que enquanto a medicina ou a arte de curar se resumia apenas a fórmulas empíricas, a tradições vulgares, "*só as mulheres eram encarregadas do trabalho de ajudar as suas semelhantes na parturição*". Salienta, ainda, que desde os tempos antigos as parteiras existem não só como tal, mas como únicas pessoas capazes e habilitadas para atendimento aos partos. Só mais tarde, após o desenvolvimento dos conhecimentos de fisiologia e anatomia, os médicos entram na arte obstétrica.

De acordo com Costa (1992), perde-se no tempo a história da formação das parteiras do Rio Grande do Sul. A criação da Faculdade de Enfermagem, em 1950, anexa à Faculdade de Medicina, faz com que se extinga o curso de parteiras, passando a ser ensinada a obstetrícia às enfermeiras. E, assim, aos poucos, as parteiras desaparecem. Em 1967 o antigo Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), estende os serviços obstétricos a quase todos os hospitais de Porto Alegre, e os partos passam a ser atendidos pelos médicos obstetras. Surge, nesta época, a oficialização da residência médica, e o espaço para a formação de enfermeiras obstétricas vai sendo cedido aos médicos residentes nas maternidades.

A idéia da intervenção médica nos aspectos de saúde durante a gestação, em relação à profilaxia de complicações e tratamento precoce, ainda hoje causa certa estranheza para algumas mulheres.

**Rebecca** (p.15) se surpreende com a atual necessidade da mulher grávida ir ao médico para fazer tratamento, "ficam correndo toda hora para ver como está a criança", diferente do seu tempo em que a mulher considera tão comum a gravidez.

Nos casos de **complicações na gestação** há procura do atendimento. **Fátima** (p.1) justifica a procura do médico, quando descobre a gravidez, por sentir tonturas e



zumbido nos ouvidos, estando em viagem na Alemanha. Como naquele tempo a "viagem de navio levava três semanas", por segurança decide consultar um médico, preocupada com um possível aborto. Descobre, então, o problema de *útero virado* (retroversão uterina). Para prevenir o risco de aborto, o médico coloca um anel de baquelite no colo uterino.

**Loretta** (p.1) no início de sua primeira gravidez, enjoa e tem sérios problemas renais, com dores intensas. Decide, então, ir ao médico. Apesar de submeter-se ao tratamento, algum tempo depois repete-se novamente o quadro, quando é diagnosticada a ameaça de aborto. Comenta que embora não tinha sido informada da doença, pois "os médicos não falavam para as mulheres o que elas tinham", suspeita de *albumina*, pois lhe é retirado todo o sal da alimentação. Reconhece não ter sido bom para ela este tratamento pois "interferiu no parto, dificultando o nascimento do filho". Por este motivo, nas gestações subseqüentes, não vai mais ao médico, a não ser no 9º mês para tirar a licença de gestação.

Apesar de ser originária de uma família onde "tudo sempre era falado abertamente", **Fátima** (p.2) justifica as razões para não informar de imediato sua gravidez. Evita contar até que sua condição gravídica seja evidente, por questões de autonomia nos seus hábitos alimentares, de exercício e lazer. Acredita assim, livrar-se dos conselhos do tipo: "*não faz isto, não bebe aquilo...*" e de ser extremamente protegida, principalmente pela mãe.

#### • Finalmente se tornando mãe

Apesar de a primeira maternidade, para todas as entrevistadas, já ter ocorrido há mais de 50 anos, as recordações são vividas de maneira muito intensa. No processo de tornar-se mãe o parto é descrito como momento único e significativo em suas vidas. Ao serem mães pela primeira vez, são muito jovens. Dentre elas há as que foram mães com mais idade. **Aneres** (p.5) casando-se aos 17 anos, só tem o primeiro filho aos 23 para 24 anos, e **Loretta** (p.10) torna-se mãe no mesmo ano do casamento, aos 24 anos.

**Rebecca** (p.12) ganha seu primeiro filho na adolescência, e segundo ela isso não é problema, pois se sente adulta, uma mulher feita. "*Tinha casa, marido...*". Percebe-se que o significado de "mulher" se dá pelas coisas do mundo externo.



**Ottília** (p.2), mãe pela primeira vez aos 14 anos, recorda de ter se saído bem por ser uma *mulher muito forte*. Enfraquece só depois por ter muitos filhos, com intervalo pequeno entre cada um.

Os sentimentos relacionados ao parto, variam. Algumas delas o percebem de forma negativa, principalmente quando é difícil ou complicado. Para **Loretta** (p.3) a experiência do nascimento do primeiro filho é negativa: "**para mim o parto é a pior coisa**".

Outras mulheres, entretanto, expressam de forma positiva suas vivências e sentimentos em relação ao parto. Para **Aneres** (p.7) o parto rápido e sem complicações, tanto para ela como para o filho, proporciona-lhe muita felicidade. **Rebecca** (p.1) apesar de "gemer um pouquinho", passa muito bem nos seus partos. Para **Idalina** (p.2) o segundo parto é muito doloroso, porque "*foi seco, a bolsa rompeu antes*". Mesmo assim considera muito boa a experiência de ter os filhos em casa.

Estas mulheres são auxiliadas durante o parto por outras mulheres, geralmente mais velhas, e não é comum uma mulher ir para o hospital para ter o filho (Aneres, p.9; Mathilde, p.2; Rebecca, p.3; Loretta, p.1; Idalina, p.2; Ottília, p.2). Portanto, o atendimento ao **parto domiciliar** é realizado por parteiras, profissionais formadas, ou práticas licenciadas, que trabalham em parceria com os médicos, nas eventuais complicações.

**Idalina** (p.1) recebe atendimento da tia, parteira conhecida na época, "que viveu até os 99 anos, e realizou 5845 partos". Incluídas aí, pessoas "importantes" como os filhos do Dr. Odone, Flores da Cunha... e gente que acaba, inclusive, morrendo antes dela. **Fátima** (p.4) é atendida pela "*schuester Frida*", vinda da Alemanha; **Loretta** (p.1) pela Dona Palmira, considerada a melhor parteira naquela época.

Os aspectos que emergem dos relatos relacionam-se aos **preparativos prévios do parto, presença de familiares e apoio recebido, atendimento da parteira no trabalho de parto, parto e as complicações**.

Quanto aos **preparativos prévios ao nascimento**, há aqueles realizados no transcurso da gravidez, transmitindo a idéia de que a gestação não é apenas um período de espera mas de preparação. Estes preparativos dizem respeito ao bebê, mais especificamente à confecção de roupas que são feitas pelas próprias gestantes (Loretta e Rebecca).

"Pensei... tenho que fazer as roupinhas. Mas eu não sabia fazer. Roupinha de boneca, isso eu sabia fazer. Pensei... mas eu vou ter que fazer porque vou ser



mãe. Eu comprei umas fazendinhas. E uma cunhada, me explicou como se cortava, e se fazia o tamanhinho. Fui fazendo... eu mesmo e fiz tudo. Baeta, coeiro, estas coisas de pelúcia" (Rebecca, p.2).

Outros preparativos referem-se ao ambiente domiciliar, mais precisamente à limpeza da casa. **Loretta** (p.9) lembra que ao começar a sentir as *dores* (contrações), lava toda sua casa, "deixando tudo limpo antes do nascimento".

A noção de limpeza não se restringe à moradia. A higiene corporal, incluindo o banho e a lavagem de cabeça, é realizada após concluir a limpeza da casa.

"Eu tomava banho e lavava a cabeça porque naquele tempo não se tomava banho, muito menos lavar a cabeça, 45 dias depois do parto. Tomava banho, lavava a cabeça e, só depois então que mandava chamar a parteira" (Loretta, p.9).

"Era noite de carnaval. Era uma noite de luar, uma noite bonita, era 9 horas da noite. Eu não me senti bem, começou com dor uma em cima da outra. Fui me preparar, tomei um banho, aí chamei meu marido. Ele foi buscar a minha tia que era parteira, e quando ela chegou dentro de meia hora ela tinha nascido" (Aneres, p.7).

Pelos depoimentos de Loretta e Aneres, percebe-se a preocupação da mulher em chamar a parteira, quando tudo já está limpo e arrumado para o nascimento. Alguns preparativos finais ainda são realizados: roupa de cama limpa, pois o parto ocorre na cama da gestante; caso seja hospitalar, há a necessidade do preparo das roupas (da parturiente e da criança) e do material de higiene pessoal.

**Fátima** (p.4) diz "ter tido as primeiras *dores* durante a noite", mas não acorda logo o marido pois espera que as contrações fiquem mais frequentes. Arruma calmamente suas coisas e só depois vai para o *Hospital Alemão* (hoje Moinhos de Vento) para ser atendida pela parteira.

Mesmo sendo realizado no hospital, o parto é atendido pela parteira e a presença do médico é solicitada apenas em casos em que ocorram complicações, nos partos prolongados ou se houver necessidade de algum procedimento especial, como parto de fórceps ou pélvico.

A parteira geralmente é chamada pelo marido (Idalina, p.2; Aneres, p.7; Rebecca, p.3). Durante o trabalho de parto, as mulheres são acompanhadas pela mãe, sogra, ou alguma mulher mais velha, de preferência com vivência de parto.

A **participação do marido** limita-se a ficar do lado de fora do quarto, no auxílio indireto: aquecimento da água para o banho do recém-nascido, atendimento às



necessidades da parturiente logo após o parto, ou no atendimento às solicitações da parteira (chamar o médico nos casos de complicação).

No ritual de atendimento à parturiente, a parteira ao chegar examina a parturiente "*para saber se estava tudo direitinho*" (Rebecca, p.3) e realiza o toque vaginal (Aneres, p.7; Loretta p.4)) para avaliar a evolução do parto. Fica esperando, sentada ao lado da parturiente, até o momento em que venham as contrações mais fortes e então incita a gestante a fazer força (Loretta, p.4).

"Ficava-se em casa tanto durante as contrações como para se ter o filho. Meus partos foram acompanhados por minha tia, que era parteira. Além dela, minha mãe e o marido ficaram juntos em casa" (Idalina, p.2).

O parto é considerado um processo natural, fisiológico, apesar de ser difícil, dolorido e sem recursos para facilitá-lo. O **enfrentamento da dor** é vivido de maneira distinta pelas mulheres. **Loretta** (p.4) passa o tempo caminhando, pois devido a dor não consegue ficar na cama. Mas não faz "*estardalhaço*" para ganhar os filhos. Tanto assim, que uma hóspede da casa, "nem se apercebeu do nascimento da criança". **Mathilde** (p.8) relata que seus "partos foram *à muque*". Os filhos, "muito grandes e gordos, dificultaram o nascimento".

**Idalina** (p.2,3) diz que "*não havia remédio para a dor*". No início, apesar de estar sentindo dor, quando a parteira constata que o parto ainda demoraria, ela levanta-se da cama e prepara uma panelada de pinhão. Porém, a dor é tamanha que, além de não comer os pinhões, grita tanto que fica afônica.

"Eu ainda levantei e coloquei no fogo o pinhão. Ainda queria comer pinhão ao meio dia. A **dor era tanta**, que eu nem cheguei a provar os pinhão. Gritava, gritava... A parteira disse que não adiantava gritar que ela não podia fazer nada. Ela sentou e leu o Correio do Povo bem descansada. Assim foi, até as 6 da tarde quando a guria foi nascer" (Idalina, p.2).

"Sabe que não tinha remédio, era azeite puro. Esfregava até que lá embaixo abria tudo e nascia. Depois esperava um pouco até que vinha a segunda (placenta). Depois então ela ia lavar o filho e colocar a faixinha no umbigo do nenê" (Mathilde, p.2).

Pelo relato de **Idalina** e **Mathilde** (p.2) percebe-se que a vivência da dor é considerada "natural ao parto".

O atendimento da parteira caracteriza-se mais pelo acompanhamento do processo de parturição do que pela intervenção, desempenhando o importante papel



de conduzir a mãe e o bebê através do parto e dos primeiros dias subseqüentes. **Loretta** (p.4,5) comenta que após atender o bebê, a parteira tem o cuidado de lavar a mãe com água e sabão, e retorna diariamente, para dar banho no recém-nascido, até cair o umbigo. A parteira não se preocupa apenas com o útero, mas com a futura mãe, tratando-a como se fosse pessoa da família, não agindo como um técnico do parto, mas como alguém com aptidões necessárias para oferecer apoio emocional ao longo da experiência.

Um aspecto a ser destacado é o temor da mulher em ir para o hospital caso haja necessidade, ou de parir com auxílio de *fórceps*. **Loretta** (p.2), por exemplo, nega-se a ir para o hospital quando o médico faz a indicação. Se esforça ao máximo e a criança nasce. **Idalina** (p.2) ao ouvir a parteira dizer que chamaria o médico para "tirar o bebê a ferros" (*fórceps*), lembra "ter ficado desesperada, e fez uma força intensa, e o bebê nasceu".

O aprendizado em relação ao parto é apontado pelas entrevistadas. **Loretta** (p.9) revela que à medida que ocorrem os partos, ficam cada vez mais fáceis e no terceiro "aprendeu a fazer a força" correta. Nos dois primeiros faz *força falsa*, porque tem medo e se segura para não evacuar. O bebê pressiona o ânus, então ela se segura. Acredita ser este o motivo de ter seus primeiros partos demorados.

Segundo Sheila Kitzinger (1978), o parto está rodeado e constituído de rituais e mitos, proibições e tabus. Como exemplo disso salienta que a forma de se posicionar para o parto e a evacuação são rigidamente reguladas pela sociedade. Existem normas prescritas de como comemos e esvaziamos os intestinos. Assim, também, existem regras e convenções relativas à atitudes e comportamentos, socialmente controláveis, para o parto.

Para **Aneres** (p.2), apesar de nada saber, a parteira tem papel importante para o sucesso do parto. À medida da evolução do parto, "a parteira foi ensinando o que fazer".

**Fátima**, (p.5) por ser espírita, recebe ajuda espiritual na hora do parto. Quando a parteira comunica-lhe que teria um parto difícil, por má posição da cabeça da criança, pede ajuda aos amigos e auxiliares (espíritos) que estão por perto. A resposta é imediata o que deixa até a parteira impressionada. O parto é tão rápido, que a sensação é de que está "*saindo um sabonete*".

As **complicações do parto** a que se referem, são a retenção total ou parcial da placenta, as infecções puerperais e os partos prolongados. E por ser muito freqüente a mortalidade materna, principalmente por infecção pós-parto, esta complicação é

temida (Aneres, Fátima, Loretta). **Fátima** (p.9) vai ao hospital para ter o bebê e mesmo assim contrai uma infecção em decorrência da retenção de restos placentários. O fato causa desespero tanto nela quanto no marido, pois relembram o óbito recente de uma prima em igual situação.

"Estava faltando um pedaço na placenta. A parteira disse que não tinha problema, que sairia com o sangramento. No quarto, quinto dia começou a febre. Meu marido ficou desesperado, ele tinha perdido uma prima a menos de 1 mês de infecção pós parto. Ela deixou o marido com 3 crianças pequenas para cuidar. Tive que fazer cauterização. Aí decidi que nunca mais teria filhos" (Fátima, p.8).

Apesar de reter parte da placenta em praticamente todos os partos, **Loretta** (p.2,3) relata não contrair infecção em nenhum deles; entretanto, em decorrência da **demora do parto**, seu filho nasce muito deprimido, e é *desenganado* pelo médico. Sobrevive, mas apresenta problemas de aprendizado e de relacionamento social a vida inteira.

"Eles deram banho quente, banho frio, ele não chorou. Eu não sabia da gravidade, não sabia que a criança quando tomasse estes banhos tinha que chorar. A parteira veio na 4ª feira para dar o banho e disse: - Ah, esta criança não está bem. Vamos levar para batizar. Aí, batizaram. O doutor disse que não havia mais solução para ele. Que nós colocássemos panos frios na cabeça para que a vizinhança não dissesse que não havíamos feito nada. Ele reagiu, e foi aos poucos reanimando. Era uma criança bonita e, naturalmente nós muito felizes por ter sido um guri. Mas ele teve problema a vida inteira. Ele ficou assim..." (Loretta, p.2,3).

Há, também, o mito ligado à dificuldade do parto quando nasce um filho homem. Este argumento é o da parteira para justificar a demora de três dias no último (quinto) parto em que Rebecca (p.13) tem seu filho homem. O mito é, assim, reforçado por ela, considerando o parto das meninas muito rápido.

O tempo é um fator importante na resolução do parto. Quanto maior a demora do parto, mais difíceis e maiores são os sentimentos negativos da vivência.

Observa-se, então, que o parto hospitalar, à época, ocorre apenas em casos de risco materno ou fetal. Mais tarde, aos poucos, há a institucionalização do parto iniciando-se um processo de "*desnormalização do parto*". Ele deixa de ser considerado algo normal, um processo fisiológico que acontece no ambiente social doméstico. Passa a ser valorizado, e torna-se responsabilidade dos profissionais da área da saúde, os quais passam a intervir no seu desenrolar, tanto no aspecto fisiológico como no de participação social, desfazendo a imagem doméstica do nascimento.



## • Resguardo e quarentena

Uma vez passado o silêncio e a vergonha da gestação, o parto é um processo social que afeta a relação do casal e de todo o grupo em que ambos estão inseridos. Também redefine a identidade da mulher: a de mãe. Assim, ela entra em outro período de sua vida, com novas tarefas, uma delas, provar sua competência como mãe.

O período de resguardo refere-se às ações de guardar, cuidar com proteção. E esta proteção é feita através dos **cuidados com o recém-nascido** e **cuidados com a mulher**: repouso, higiene, alimentação, pausa sexual e **rede de apoio no cuidado**.

A mulher permanece em repouso absoluto por um período, variando entre três ou quinze dias, aproximadamente. O período de duração do **cuidado** com o "resguardo" depende das condições em que transcorre o parto. Quanto mais difícil, maior é a **necessidade** do repouso. Assim, fazendo, "**acreditava prevenir complicações ginecológicas posteriores**".

"Logo depois de ter os nenês ficava de resguardo. É a minha tia, quando eu tive a guria, fez eu ficar 15 dias na cama. Ela disse que não era bom levantar logo, que prejudicava o útero. Que podia cair o útero. Me fez ficar 15 dias na cama. E do guri, como um parto mais fácil, fez eu ficar 8 dias" (Idalina, p.7).

Durante o período em que a mulher permanece no leito, é acompanhada e auxiliada por outras mulheres, geralmente familiares que se responsabilizam pelas tarefas da casa e pelos outros filhos. Aquelas que não têm familiares com quem possam contar, recorrem a vizinhas ou contratam alguém como auxiliar do lar para realizar esta função. À recém mãe cabe a própria recuperação e a amamentação. O marido de **Idalina** (p.7), por exemplo, contrata uma "enfermeira" para que ela possa ficar em repouso e amamentar o filho. Para as mães jovens e inexperientes, a presença constante desta rede de apoio é uma oportunidade de aprendizagem e reforço na nova tarefa do cuidado com o filho.

"Enquanto tava de cama... As empregadas se viravam entre elas. Empregada era difícil, mas tinha uma vizinha que ia ajudar na cozinha uns 4 a 5 dias" (Mathilde, p.2).

"Era uma vida normal como sempre, minha mãe tava em casa, ela cuidava dos afazeres, eu cuidava do nenê. Ela cuidava do que tinha de cuidar..., era bem calmo tudo" (Aneres, p.3).

---

\* Denominação genérica dada ao profissional da saúde que cuida dos enfermos.

Apesar do apoio destas pessoas, a parteira continua sua assistência por mais alguns dias. Vem diariamente dar o banho no bebê, fazer o curativo umbilical com uma substância secante (*pó-de-tina*) e verificar as condições gerais tanto da mãe como do seu filho. Este acompanhamento é feito até que a mulher já esteja em condições de, aos poucos, reassumir suas atividades.

**Mathilde** (p.2), depois do resguardo de três a quatro dias na cama, "costumava levantar-se para ir ao banheiro e começou a trabalhar normalmente, no seu hotel". Entretanto, os cuidados não são abandonados e ao fim deste período inicial, a mulher fica, ainda, sob cuidados especiais durante a **quarentena**. Um deles é o de que "não se podia lavar a cabeça" (Mathilde, p.12; Rebecca, p.5; Aneres, p.8; Loretta, p.9).

"Depois do parto, não se podia lavar a cabeça, porque eles não deixavam lavar. Fazia mal, né. Recaía, como eles diziam. Dava uma febre, suspendia tudo que tinha, se ficava sangrando. Suspendia tudo e ia pra cabeça. Tinha gente até que dizia que ficava meio louca" (Rebecca, p.5).

"Para a recuperação do parto, havia muito mais cuidado naquela época. Quando era filha mulher, se cuidava 40 dias, filha mulher a gente tinha mais cuidado. Eu achava que fazia mal, lavar a cabeça. Por isso, não lavava, mas um banho tomava" (Aneres, p.8).

Percebe-se, pelos relatos, que o sexo do recém-nascido influi na intensidade do auto-cuidado: a mulher, ao dar a luz a uma menina, "deve ter mais cuidados" com a sua saúde.

Além dessas recomendações, há a proibição de não molhar os pés durante a quarentena. Mathilde (p.12) diz nunca ter lavado roupa no rio neste período e ter seguido sempre os conselhos da mãe: - "*Se tu quiseres ser uma mulher forte, de quarentena não vai com os pés na água*".

A alimentação materna, pós-parto, restringe-se à "*sopinha de galinha*". Durante a gravidez, há a preocupação de fazer uma reserva de frangos, preparando-os para o consumo depois do parto. Enquanto está amamentando, a mulher evita comer alimentos fortes como feijão, repolho, caldo de laranja e verduras, que provocam dor de barriga no bebê, e o chimarrão deve ser bem fraco.

O atendimento à criança é vivido sem maiores problemas. Todas expressam o sentimento positivo de felicidade pelo fato de cuidarem de seus filhos. O período de lactância faz parte integral do seu cotidiano.



"Sabe que na hora de mamar, dava mamá, lavava e mudava. Fazia tudo. Botava no bercinho, na cozinha, ou aonde que ia. Quando começava a sentar, eu botava lá fora, no pátio, numa árvore. Começava a criar galinha logo e lá, ele olhava as galinhas. Eu lavava a roupa e fazia tudo, e ele junto" (Mathilde, p.9).

A alimentação das crianças nos primeiros meses é, predominantemente, a amamentação. O período de amamentação varia de um mês a dois anos. Normalmente, depois dos cinco meses, o leite materno é complementado com o leite de vaca, engrossado com "maizena". **Rebecca** (p.5) diz não ter amamentado dois de seu filhos por não quererem pegar o seio. São, então, alimentados com chá de folha de bergamoteira misturado ao leite de vaca.

#### • Planejamento da família

A união conjugal objetiva a constituição da família, sendo socialmente esperada a vinda do primeiro filho já no primeiro ano de casados. Após o nascimento, e passado o período de quarentena, o qual inclui também a abstinência sexual, a preocupação com a anticoncepção está presente.

A amamentação é utilizada como primeiro recurso contraceptivo, principalmente por aquelas que não menstruam neste período e, por isto, prolongam a amamentação (até 15 meses). **Mathilde** (p.8), **Rebecca** (p.5) e **Otília** (p.3), relatam nunca terem usado um método anticoncepcional. Em consequência, têm muitos filhos, com reduzido espaço entre eles (máximo de dois anos e mínimo de 11 meses). A razão do não uso de anticoncepcional é o desconhecimento sobre o assunto.

**"Nunca me cuidei** para não engravidar, eu não sabia. Se a gente não quisesse filho ele judiava. Mulher naquele tempo não podia dizer que não. O que a gente podia fazer"? (Otília, p.3,4)

**"Nunca usei nenhum cuidado** para não engravidar sem ser o peito. Depois do último, eu tive um aborto, e depois daquele aborto, nunca mais e não tinha cuidado, não tinha nada" (Rebecca, p.6).

**"Nunca usei nada** pra não engravidar. Meu último nenê eu tive com 47 anos. Depois ali começou a falhar, ali deu a menopausa. Deixava de dar mamá, quando ficava grande, 14 a 15 meses, aí vinha a regra. No outro mês, já estava grávida" Mathilde, p.8).

Além de ignorar métodos anticoncepcionais, não falar sobre o assunto e não ter o hábito de acompanhamento de saúde, os valores religiosos também influenciam -

"minha tia era muito religiosa, não queria que se evitasse filhos" (Idalina, p.7). Vivem numa época, onde ter muitos filhos é valorizado - "quando vinha outro, meu marido, que adorava as crianças, fazia festa" (Rebecca, p.8).

A reação frente à maternidade, ou uma nova gravidez, depende de inúmeros fatores e circunstâncias que dizem respeito a cada mulher, naquele momento e lugar. Além dos sentimentos positivos apresentados em relação à maternidade, também são expressos sentimentos negativos de **sofrimento e dor** pela falta de autonomia quanto ao planejamento do número de filhos. Esta preocupação é muito mais das mulheres do que dos homens, como se constata no depoimento anterior de **Otília**, e os de **Mathilde e Loretta**, a seguir.

"Bom, menstruação só parava quando ficava grávida. Quando me passava um dia, **ai que dor**, de novo. Dizia: - Deus, tu me dá outro, mas me ajuda a criar. Recomendava a Deus. Nossa Senhora que ainda o tenha. Nossa Senhora do parto" (Mathilde, p.11).

"Eu recebi, não sei de quem, o livro sobre a tabela. Fazia minhas tabelas. A preocupação maior era das mulheres. Os homens nem se conformavam em esperar" (Loretta, p.8).

Apesar das entrevistadas serem da mesma época, há, entre elas, mulheres que fazem uso, temporário ou permanente, de alguma forma de anticoncepção (Fátima, Idalina, Loretta).

**Fátima** (p.7) relata ter usado, temporariamente, a *camisinha*. Entretanto, após a experiência negativa do segundo parto, "quando quase morreu" por infecção puerperal, decide nunca mais ter filhos. "Logo que cheguei em casa minha mãe me deu um pessário". O artefato de borracha é acompanhado de uma receita de um pó preparado na farmácia, cuja fórmula inclui goma arábica. Relata ter se adaptado bem com o pessário, pela possibilidade de poder se preparar com antecedência, pois "*sempre depois de uma festa, tinha outra festa. A gente já sabia*".

**Loretta** (p.7), apesar de ter dito não utilizar nenhum método, cuida-se pela tabela de *Ogino-Knous*. Comenta a dificuldade em utilizá-la pois nem sempre "podia contar" com a colaboração do marido.

**Idalina** (p.6,7), inicialmente, cuida-se para não engravidar, da maneira que lhe aconselham, visto não existir, à época, os contraceptivos orais. Portanto, logo após a relação faz *lavagem* vaginal; porém, não obtém sucesso com este procedimento, e engravida. Como método mais seguro usa, então, o "*aparelho*" (fio de ovelha), colocado dentro do útero por uma parteira estrangeira.



Ao concluir este primeiro bloco da pesquisa histórica relativa à *fonte privada* - histórias de vida - percebe-se um quadro complexo das relações pessoais no âmbito familiar. A mulher é educada para se tornar a digna companheira, complemento e mãe do homem, numa completa construção social de gênero, na qual lhe é ensinado somente o adequado para a condição feminina.

Fica explícita, em última análise, a reorganização da sociedade rio-grandense, quando são retomados valores de ordem social, já presentes no discurso dos moralistas e educadores do século XVIII. Exige-se, assim, uma ordem que passe, primeiramente, pelo nível privado, na disciplina do corpo e com uma forte valorização da preservação da honra da mulher, numa perspectiva de mantê-la reclusa à instituição familiar. E o casamento é a forma de permanência e consolidação desta ordem social.

## 7 - MULHERES MARGINALIZADAS

Pelas histórias de vida das mulheres que viveram o relacionamento amoroso (namoro, noivado e vida conjugal) e a maternidade, no passado, constata-se uma certa padronização relativa ao comportamento feminino no âmbito da família e da sociedade: a mulher vive numa atmosfera autoritária, quer dentro da família de origem ou na relação com o marido, limitando-se às funções de procriar e de realizar os trabalhos domésticos, em detrimento de sua sexualidade, entre outras.

Ao se falar da sexualidade e maternidade na adolescência, e da adaptação social a este fenômeno, retorna-se novamente à questão da família. Desta vez, entretanto, há a percepção da família através de uma série de cenas díspares das apresentadas anteriormente.

A heterogeneidade das visões do comportamento sexual dentro das normas da segurança da família, mesmo na dificuldade de articulá-las, por respeito às suas singularidades, pôde-se obter uma melhor compreensão da sexualidade efervescente, no subterrâneo da sociedade.

Evoca-se aqui, três destas visões: 1) a **do Tribunal de Processos Penais**, que através da documentação oficial e relatos de mulheres da época, possibilita desvelar o cunho repressivo e as contradições do cotidiano das mulheres porto-alegrenses na primeira metade do século; 2) a de imagens **do preconceito social e abandono**, através de comunicação de relatos vividos por mulheres, num cenário de luta pela sobrevivência; 3) a análise **do Livro de Registro dos Enfermos da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre**, do qual se pôde colher dados relativos à saúde reprodutiva das mulheres adolescentes.

### • **Mulheres (in)desejáveis: moral e punição no cotidiano da justiça**

O título aqui empregado, certamente não trata do adjetivo que qualifica ou do grau de importância do corpo social do contingente de mulheres do passado. Refere-se a mulheres que, uma vez desejadas e, ao cederem a estes desejos, quer por promessas de casamento, quer por se sentirem indefesas ou traídas pelo próprio instinto natural, são marginalizadas, excluídas, punidas e indesejadas.



Apesar de haver uma certa permanência dos valores e costumes sexuais instituídos, num suposto equilíbrio das funções sociais das mulheres, a transgressão do feminino desmente esta ordem aparente (Rosiska Oliveira, 1989).

Muitas mulheres são excluídas desse modelo tradicional e idealizado da mulher virgem e pura, especialmente aquelas que seduzidas e abandonadas, perdem a virgindade e a possibilidade de tornarem-se mães virtuosas.

No universo dos valores, há um confronto com a realidade não muito comentado no domínio público, que se caracteriza por uma relação de exclusão: situadas na fronteira entre o mundo do trabalho e o universo da desordem, marcadas pelo estigma da pobreza, essas mulheres são marginalizadas.

Um mergulho na realidade dos registros dos processos criminais de ocorrência de defloração, estupro e atentado ao pudor (Código Penal do Brasil, 1890), ocorridos no Rio Grande do Sul entre os anos de 1920 e 1940, possibilita apontar a quebra da ordem instituída pelas transgressões femininas, balançando os firmes alicerces da sociedade.

Com o Estado Moderno voltado para o desenvolvimento industrial e comercial, Porto Alegre necessita de um controle demográfico e de um controle político. Estes controles, normalmente, são feitos pela repressão que, de acordo com Costa (1989), busca principalmente negar, desqualificar e obstruir a via de acesso do desejável/indesejável.

Assim, este foco volta-se, principalmente, para mulheres que se tornam indesejáveis por não terem um comportamento (valores morais, o que inclui o comportamento sexual) de acordo com os modelos estabelecidos, na época, para a mulher de família.

Esta outra visão da realidade amplia a compreensão do fenômeno em estudo. Pelas memórias das mulheres entende-se a construção social relativa aos valores "femininos". As preparadas para o casamento e a maternidade cumprem as normas, o que delas é esperado.

Ao incidir o olhar em outro ponto, apesar dos fragmentos do tempo serem os mesmos, parece que outra realidade se descortina.

Opta-se por este recorte operacional da realidade dos processos criminais, pois, conforme Celeste Zenha (1986), ele possibilita flagrar os movimentos dos valores, das atitudes e a moral da sociedade, representadas pelo poder judiciário.

Pela análise dos processos crimes, toma-se conhecimento da rede de relações em que se inserem aqueles que participam da construção dos discursos nos autos dos

processos, no exercício da justiça e nas demais práticas de poder que coexistem na sociedade porto-alegrense. Eles expressam aspectos da mentalidade de uma época.

Procura-se reconstruir fragmentos da vida privada de pessoas comuns, especialmente de mulheres que têm momentos de grande conflito em suas vidas, documentados nos processos judiciais. Por não terem solucionado os conflitos no âmbito privado, os transformam em processos criminais, contando com a interferência das autoridades constituídas, bem como de pessoas de suas relações sociais e familiares.

Portanto, o processo criminal é utilizado como testemunho de incursões solitárias, momentos de revolta e de desvio, que trazem em si um referencial discursivo, tentando-se, através desses processos, relacionar peculiaridades da dinâmica de vida pessoal com o pano de fundo histórico-social relativo à honra das mulheres e das famílias.

Utiliza-se como fonte de estudo os processos crimes. Durante as leituras e releituras do conjunto dos processos, analisam-se, mais especificamente, os aspectos de identificação dos envolvidos, forma de apresentação e estrutura da queixa-crime, exames de delito realizados, artigos do Código nos quais é indiciado o acusado, características dos personagens retratados, etc.

A princípio tem-se a idéia de trabalhar a pesquisa a partir dos vereditos dos processos. No entanto, essa idéia mostra-se infrutífera pois não se encontra lógica que os explique. Numa segunda etapa, após novas releituras, percebe-se algumas categorias comuns nos processos. Desta análise emergem quatro categorias: **estratégias de controle social; elementos característicos do delito e valor das provas; importância da idade e a gravidez.**

#### **. Estratégias de controle social: a questão de gênero**

Os aspectos relacionados aos papéis sociais, como tem-se assinalado, mostram que a sociedade tem idéias pré-estabelecidas do que é próprio do homem e próprio da mulher. Em grande parte, como resultado desta sinalização de papéis e atividades, desvelam-se diferentes acessos aos recursos socialmente valorizados, como bens de consumo, o status social, o trabalho de prestígio ligado ao sistema produtivo, a educação e a liderança.

As mulheres, no passado, se utilizam de várias estratégias para alcançar o casamento, entre as quais: a sedução (ocorrendo quase que exclusivamente através da moda elegante) segundo Maria Thereza Bernardes (1989); no encanto da proibição



(em que se destaca o contraste do relacionamento masculino/feminino) e, em última instância, recorrer à Justiça

Recorrer à Justiça a obriga o paradoxo: ou forçar o casamento por terem sofrido defloramento, ou para provar sua virgindade - o que as torna competentes e "honradas" - visando, igualmente, o casamento.

A quase totalidade das jovens mulheres que fazem parte dos processos, exercem atividades domésticas (empregadas, damas de companhia, serviçais) tanto em casa de terceiros como na própria. Raramente exercem atividades fora do ambiente doméstico, na função de operárias, modistas, comerciárias ou estudantes.

Têm, em comum, no entanto, o fato de serem solteiras e pobres, mais precisamente miseráveis, conforme consta em alguns destes processos (ex. nº 1169, 1615, 2609) julgados nulos por ilegitimidade, uma vez que é refutada a "miserabilidade" da ofendida. A palavra miserável, em direito, significa a falta de recursos necessários para fazer valer um direito perante os tribunais (Viveros de Castro, 1916).

Pelos autos dos processos, principalmente nos discursos dos advogados de defesa, é freqüentemente mencionado como aspecto positivo de caráter, o fato do acusado ser um **trabalhador honesto**.

O trabalho público do homem é usado, neste caso, como uma das estratégias de influência e controle. Isto porque, de acordo com Maria Lúcia Rocha-Coutinho (1994:127), "*controle, influência e poder são partes das expectativas que a sociedade desenvolveu sobre os diferentes papéis*" associados ao gênero.

Estas expectativas sociais regulam o comportamento, e afetam tanto o comportamento como as estratégias de controle. Nos processos criminais percebe-se que, se no passado o poder social está ligado ao gênero masculino, as mulheres, por sua vez, desenvolvem estratégias de controle (reação) próprias do gênero feminino.

Recorrem à justiça porque, além da condição de pobreza, muitas são órfãs, não podendo arcar sozinhas com as conseqÜências da honra perdida e ou da gravidez. Por este motivo, são pressionadas pela família, patrões, ou tutores, a processar judicialmente aqueles que as **desonraram**.

Os acusados, apesar de muitos deles também serem pobres, a quase totalidade exerce atividades no espaço público, que de certa forma garante seu próprio sustento. Há uma variedade de atividades e profissões: carroceiro, operário, motorista, motoneiro, ferroviário, marítimo, calafate, pedreiro, soldado, estivador, caldeireiro, cozinheiro, comerciário, caixeiro viajante, pescador, padeiro, marceneiro, serralheiro,

pintor, jockey, jornalista, foguista, chacareiro, mecânico, frentista, garçon, barbeiro, tipógrafo, vendedor, cobrador, colegial, funcionários públicos, inspetor, comerciante, construtor, agricultor, proprietário de bens, engenheiro, advogado.

Pelas atividades exercidas, tanto pelas vítimas como pelos acusados, verifica-se uma relação distinta entre homens e mulheres: as mulheres, além de terem menos opções de atividades remuneradas, limitam-se aos serviços considerados domésticos.

Desta forma, o papel social da mulher é sempre contraditório: de um lado, reforça e valoriza sua permanência no lar a fim de garantir o bom resultado do desenvolvimento da família. Por outro, limita-a ao trabalho doméstico, pouco prestigiado, isolando-a do mundo exterior o que contribui para diminuir seu poder social.

No período temporal em análise, são revisados 2953 processos e analisam-se 502 (17%) os quais têm como vítimas mulheres adolescentes. Nestes processos, de modo geral, a queixa-crime regida pelo Código Penal (1890) é:

**Art. 266 - atentado ao pudor** "*Attentar contra o pudor de pessoa de um ou de outro sexo, por meio de violência ou ameaça, com fim de saciar paixões lascivas ou por depravação moral*". Elementos do delito: "*attentado e violencia*" (processo nº 1077, ano 1920);

**Art. 267 - defloramento**. "*Deflorar mulher de menor idade empregando sedução, engano ou fraude*". Elementos do delito: "*a cópula; a virgindade da mulher; que seja de menor idade; que tenha consentido, enganada pela seducção ou pela fraude*" (Viveros de Castro, processo nº 2673, ano 1933);

**Art. 268 - Estupro**. "*Estuprar mulher virgem ou não, mas honesta*". Toda conjugação (carnal) sexual "*ilícita pela força e contra a vontade da mulher*" (Chauveau et Hélie, processo nº 2673, de 1933). Elementos do delito: "*a cópula ilícita, completa ou incompleta; a violência*".

**Art. 269 - Estupro**. "*Chama-se estupro o acto pelo qual o homem abusa com violência de uma mulher, seja ela virgem ou não. Por violencia entende-se não só o emprego da força physica, como os meios que privarem a mulher de suas faculdades psychicas, e assim da possibilidade de resistir e defender-se, como sejam o hypnotismo, chloroformio, ether e, em geral, os anesthesicos e narcóticos*".

**Art. 270 - Rapto**. "*Tirar do lar domestico, para fins libidinosos, qualquer mulher honesta, de maior ou menor idade, solteira, casada ou viúva, attrahindo-a por seducção ou emboscada ou obrigando-a por violência, não se verificando a satisfação dos gosos genesicos*". Elementos do delito: "*o facto material do rapto; que a mulher*



*seja honesta; que se tenha empregado violência ou sedução, ou atraído a vítima a alguma emboscada".*

Analisando os autos dos processos, verifica-se que o real motivo daquelas mulheres é garantir a oficialização do casamento: *"o casamento era o cerne da experiência da vida de uma mulher"* (Giddens, 1993:64).

Esta realidade pode ser constatada tanto pelas histórias de vida apresentadas no início deste capítulo, como pelos relatos de vida de outras mulheres constantes na literatura.

Permanecer solteira, além de pouco atraente e financeiramente inviável, na maioria das vezes, denota um certo desprestígio para a mulher. No livro de Ecléia Bosi (1983:293), sobre lembrança de velhos, dona **Brites**, nascida no início deste século, faz comentários sobre a situação de mulheres solteiras como ela.

*"A mulher solteira não tem projeção social... na escala social existe em primeiro lugar a mulher casada, em segundo lugar a viúva, em terceiro lugar a desquitada, em quarto lugar a prostituta, e em último lugar... a solteirona"* (Brites).

Conforme Giddens (1993), no passado, o casamento equivale a entrar na idade adulta, proporcionando para as mulheres um *status* enquanto esposas e mães. Portanto, o casamento, principalmente, para a mulher pobre e órfã, é visto como *"único vínculo de prestígio na escala social da mulher"* (Maria Thereza Bernardes, 1989:6), sendo a única chance de ascensão social que lhe resta. Até mesmo para as mulheres "desonradas", e ainda solteiras, o restabelecimento da honra perdida ocorre através do casamento, quando o culpado deve reparar o mal.

Como exemplo, a mãe de **Maria do Rosário** (13 anos, doméstica)<sup>1</sup>, apresenta queixa de defloramento e rapto, contra Avelino Pedro (23 anos, praça da Brigada), noivo da vítima. Chamado a depor, Avelino revela não atender o pedido de Maria do Rosário - propensa a sair de casa por sofrer constantes agressões verbais da mãe -, mas leva-a a sua residência onde a deflora, comprometendo-se a casar com ela. Os envolvidos casam-se e o veredito emitido assim se expressa: *"mando que se faça perpétuo silêncio sobre o feito, visto haver o ofensor casado com a ofendida"*.

<sup>1</sup> Maria do Rosário, processo nº 2528, ano 1930.



O controle social, relativo ao relacionamento amoroso, tem por objetivo estabelecer e difundir a norma sexual e a honra feminina, sob três aspectos: "*diminuir os nascimentos ilegítimos*" (o homem assume sua responsabilidade); "*proteção de famílias que tivessem educado suas filhas dentro dos padrões estabelecidos*" e para afastar a possibilidade de uma mulher "*não higienizada*" constituir família caso não conseguisse provar sua "honestidade" (Martha Esteves, 1989:31).

Por representar uma forma de permanência e consolidação da ordem social, no passado, o ideal do casamento e da virgindade pré-matrimonial são mantidos e reforçados na sociedade, sendo preciso lutar contra tudo o que possa fragilizar a segurança da família. Não só no controle interno das famílias percebe-se esta preocupação. O poder público também tenta disciplinar os padrões de comportamento sexual, punindo os crimes "contra a honra e a honestidade destas famílias".

Observa-se essa tendência nos casos de defloramento, em que o homem alega motivos para não assumir a responsabilidade do ato: estar desempregado - sem condições econômicas de assumir família; ser casado ou, na maioria dos casos, a moça não ser mais virgem na ocasião do ato sexual. Apesar de a queixa básica dos crimes sexuais ser o defloramento da moça - colocando em risco sua honra -, pela análise dos processos destacam-se três formas ou razões de defloramento: *defloramento sob promessa de casamento; uso da violência física e por oposição da família ou responsável ao casamento.*

#### **. Defloramento sob promessas de casamento**

A mulher, menor de 21 anos, procura a justiça para reparar a perda da "honra" e da moral (virgindade). O elemento moral que se encontra expresso no artigo do Código Penal de 1890, trata de três formas de consentimento: através da sedução, engano ou fraude. A forma mais comum de sedução, no sentido jurídico, é a promessa de casamento. Portanto, sob estas condições, mesmo não sendo mais virgem, a mulher pode permanecer honesta.

A sedução por promessa de casamento e bens materiais é alegada na denúncia de defloramento apresentada pelo pai da ofendida de nome **Olminda** (18 anos)<sup>1</sup> contra Otto. Olminda mora em Piedade, no 1º distrito de Porto Alegre, e trabalha como doméstica na Santa Casa. Está a caminho do trabalho, quando seu namorado embarca no ônibus. Ao chegarem ao fim da linha, o acusado pede para acompanhá-la

<sup>1</sup> Olminda, processo nº 1961, ano 1926.



ao serviço e leva-a a um hotel, onde *"iludiu-a com doces, bebidas e promessa de casamento"*, deflorando-a.

Em outro processo, a queixa de defloramento é dada pela mãe de **Lucila** (18 anos, doméstica)<sup>1</sup>, contra Ângelo (trabalhador do comércio, 21 anos), namorado de sua filha há dois anos. O fato ocorre sob "promessa de casamento" no Campo da Redenção, no desvio do trajeto do passeio em visita à casa de uma amiga de Lucila. A ofendida revela, durante o depoimento, que após o defloramento o acusado ameaça matá-la caso conte o ocorrido a sua mãe. Compromete-se em caso de gravidez, tomar as providências com uma parteira.

Apesar da sedução estar presente nos casos apresentados acima, geralmente o advogado de defesa do acusado, ou o juiz, alega que a sedução, elemento essencial do crime de defloramento, não se configura com nitidez. Valem-se, ambos, de outras provas para julgar a procedência ou não da acusação.

Na maioria dos casos é julgada improcedente a denúncia de sedução. No processo de Lucila percebe-se as formas de se esquivar da alegação de sedução exemplificada na citação de um criminalista: *"A promessa de casamento, deve ser formal e séria, anterior ao concúbito (...) nenhum valor tem, se for feita no ato deste para fim de obtê-lo"*.

### **. Uso de violência física - Estupro**

A violência é presumida quando a mulher é menor de 16 anos. Nos demais casos deve ser demonstrada. Na maioria dos processos de estupro analisados<sup>2</sup>, a punição atinge a própria denunciante, quando é forçada a casar, pela família ou pela justiça, independente da sua vontade.

No processo contra José, guarda civil, acusado de deflorar sua noiva **Cecília** (17 anos)<sup>3</sup>, tem-se um exemplo de como o casamento é importante para a família, mesmo nos casos em que o ato sexual acontece sob violência.

Cecília declara que seu noivo José, aproveitando-se da ausência de sua mãe, fecha a porta da frente da casa e empunhando um revólver, obriga-a a se entregar a ele. Posteriormente, ao ouvi-la fazer comentários sobre o ocorrido com uma tia do

<sup>1</sup> Lucila, processo n° 1985, ano 1927.

<sup>2</sup> Processos n°: 3588 (1933); 3611 (1933); 3703 (1937); 3706 (1937).

<sup>3</sup> Cecília, processo n° 3737, ano 1938.

noivo, José "enfurece" e desfere vários socos na ofendida. Cecília, ao relatar o fato ao futuro sogro, é tranquilizada, por ele, garantindo que o filho repararia o mal feito casando-se com ela, o que de fato ocorre.

Noutro processo, João Albino é acusado de defloração sob ameaça física. **Eva** (16 anos, doméstica)<sup>1</sup>, declara que João vai ao seu emprego, dizendo que dali iriam juntos ao cinema onde se encontrariam com Jocina, irmã de Eva e noiva de João. Entretanto, ao entrarem no taxi, ele a leva a uma casa onde, sob ameaça de uma navalha e na impossibilidade de defender-se, ela se entrega. João é condenado, pois, além de usar a força, a ofendida é menor e honesta. Posteriormente é absolvido pois "*reparou o mal*" casando-se com Eva, apesar de ser noivo da irmã dela.

Esses dois exemplos mostram a importância do casamento como forma de "*proteger aquelas que não têm meios de subsistência própria*", principalmente quando é constatada a "*desonra*" (perda da virgindade)<sup>2</sup>.

Nestes casos fica latente a dúvida: quem realmente recebe a punição? Homens como José ou João, obrigados a casar, provendo o sustento destas mulheres para livrarem-se da condenação, ou a punição recai sobre Cecília e Eva, que para reparar a honra perdida e a agressão sofrida, são condenadas a viver o resto de suas vidas sob a dita **proteção moral e econômica** de seus agressores?

#### **. Oposição da família (ou responsável) ao casamento**

Apesar de as mulheres constantes dos processos serem pobres, há, em alguns casos, oposição da família ao namoro e ao casamento. As razões apresentadas ou sugeridas são as mais variadas: econômicas, morais, de saúde, raciais, religiosas.

**Miguelina** (17 anos)<sup>3</sup>, órfã de pai e mãe, foge da casa da sua irmã, onde mora, para a casa de seu namorado, Cesário. A justificativa da fuga é o não consentimento do cunhado com o noivado do casal. Resolvem, então, assumir o relacionamento sexual e, assim, "*forçar o casamento*".

<sup>1</sup> Eva, processo n° 3032, ano 1936.

<sup>2</sup> Otília, processo n° 2252, ano 1928. O acusado Olindo, casou com a ofendida "*reparando o mal pelo casamento*".

<sup>3</sup> Miguelina, processo n° 3987, ano 1935.



Oposição ao casamento da filha é verificada na queixa crime de rapto prestada por Ramon, pai de **Manoela** (16 anos)<sup>1</sup>, contra Luiz, engenheiro (33 anos). O pai da ofendida declara opor-se ao casamento da filha com o acusado porque este é "*invertido sexual e sífilítico*". O fato ocorre quando Manoela sai de casa para ir ao dentista, mas na realidade foge com o namorado (idéia já planejada), deixando uma carta para o pai. O casal é encontrado num hotel em São Leopoldo, constatando-se, através do exame médico-legal, o defloramento recente em Manoela. Manoela nega ter sido seduzida pelo namorado. Ele no entanto, confessa o crime e diz querer reparar o mal através do casamento. O processo é arquivado sendo extinta a ação porque os envolvidos se casam.

Oscarina apresenta queixa contra Mariano (18 anos), por deflorar sua filha **Shirley** (14 anos)<sup>2</sup>. O casal de namorados, ambos estudantes, pressionados a se separarem, pois o namoro prejudica os estudos de Mariano, decidem então, manter relações sexuais como forma de não se separarem mais e forçar o casamento.

Os pais não consentem com o namoro com Artimino (21 anos, jornalista), e **Natair** (13 anos, doméstica)<sup>3</sup>. Sofrendo constantes maus tratos do pai, ela propõe ao namorado manterem relações sexuais.

Constata-se, pelo acima descrito, que os processos criminais contra a honra das famílias é o caminho utilizado pela justiça para reforçar os valores da nova ordem, da moral e dos bons costumes. Esta ordem é mantida pela civilização dos hábitos das moças consideradas "*desordeiras*". Como descreve Martha Esteves (1989:83), os juízes têm que decidir entre "*civilizar moças defloradas*", garantindo proteção da justiça para o casamento e sustento, ou "*marginalizá-las*" pelo fato de não terem comportamento e valores de acordo com os padrões jurídicos de honestidade.

Em suma, é preciso ressaltar que tanto uma como outra decisão são complementares. São duas faces de uma mesma medalha, direcionadas ao controle da sexualidade feminina.

### . Elementos característicos do delito e o valor das provas

---

<sup>1</sup> Manoela, processo n° 2435, ano 1929.

<sup>2</sup> Shirley, processo n° 4042, ano 1937.

<sup>3</sup> Natair, processo n° 3726, ano 1938.

Na manutenção dos valores morais da honra da família na sociedade, emergem os valores sociais que merecem ser defendidos: virgindade e honestidade. Portanto, ao término de um relacionamento sexual, após promessa de casamento, os responsáveis (família) ou a própria moça, não hesitam em procurar justiça para denunciar o homem que não cumpre a palavra.

Recuperar a honra perdida pelo processo judiciário, apesar de seu custo emocional, significa a última chance da mulher para incriminar o acusado e assim restabelecer-se moralmente. Para isso segue os trâmites necessários de **denúncia de defloramento**, e a moça enfrenta vários obstáculos no decorrer do processo: contar aos pais o ocorrido; formalizar a denúncia em delegacia de polícia; submeter-se ao exame médico-legal; expor-se aos depoimentos do acusado e suas testemunhas, e esperar pelo veredito.

O que realmente acontece entre o denunciado e a vítima, muitas vezes perde-se no tempo. O que importa, neste momento, é detectar o significado de tais acontecimentos na sociedade, e apontar os valores que estão por trás do julgamento dos envolvidos.

Um exemplo disso, constata-se através da leitura de um processo, onde há crime de defloramento. Após a queixa, são analisadas as evidências materiais que devem ser provadas para caracterizar o delito. Estas provas incluem a confirmação da cópula completa, ou incompleta, com o rompimento da membrana do hímen (determinação da perda da virgindade) e o estabelecimento da menoridade da ofendida.

No processo de defloramento de **Georgina**<sup>1</sup> contra Waldemar, o juiz julga improcedente a denúncia ao acusado com a seguinte declaração:

*"A Medicina Legal ensina que o período cicatricial das lesões da **membrana do hymen** oscila entre 8 e 10 dias. A virgindade é um dos elementos essenciais do crime de defloramento e a falta de qualquer prova desse requisito, não pode existir esse crime"* (1933).

Entretanto, não bastam os elementos acima citados para caracterizar juridicamente o crime de defloramento. Além dos exames médico-legais - referências

---

<sup>1</sup> Georgina, processo n° 3943, ano 1933.



para julgar procedente o processo - é indispensável o relato das testemunhas ou do próprio acusado, na avaliação do *aspecto moral da moça*.

Esta avaliação liga-se diretamente ao conceito de honestidade e, de acordo com Martha Esteves (1989), por ser um valor não codificável, as confirmações de crime ficam sujeitas às questões subjetivas de avaliação.

Como exemplo, apresentam-se dois casos de defloramento, nos quais se observa que o judiciário está muito mais preocupado com a conduta moral prévia da moça do que com os aspectos médico-legais do processo.

No primeiro, encontra-se a queixa apresentada pela mãe da ofendida **Antonieta Francisca**<sup>1</sup>, 18 anos, doméstica, vítima de defloramento em 1927. Antonieta relata que seu namorado a convida para um passeio, levando-a a um prédio desocupado, onde, sob promessa de casamento, mantém relações sexuais, deflorando-a. Apesar do exame médico-legal revelar "*defloramento recente com retalhos em vias de cicatrização*" o réu não é pronunciado culpado pois, de acordo com o juiz, baseado nas testemunhas, a ofendida tem "*péssimo conceito e era muito desfrutável*".

No segundo caso, a mãe da vítima apresenta queixa de rapto e defloramento de **Olga Joaquina**, 15 anos<sup>2</sup>, contra Ariovaldo, namorado de sua filha. Olga declara que Ariovaldo a convida, sob promessa de casamento, a se encontrarem às 9 horas da noite. Olga vai ao encontro dele e o acompanha até uns matos nas proximidades do cemitério, onde mantém relações sexuais durante uma hora.

O exame de corpo de delito constata o defloramento recente, mas o réu é absolvido por falta de provas. A acusação baseia-se no fato de a vítima já ter sido submetida, três meses antes, ao "*exame vexatório de integridade do hymen*" por suspeitas da mãe, (o acusado é outro homem), tendo sido constatada a virgindade. Entretanto, o advogado do réu, diz que Olga está sujeita a "*aventuras fáceis*" e levanta a possibilidade de a moça ter deixado "*desfolhar por outrem a sua murchíssima flor de laranjeira*", além de usar expressões para nominá-la, como: "*costumes fáceis; anda na perdição; vivia atirada; conduta péssima; moça de poucos critérios, pessimamente comportada, despudor e desventura*".

Pela análise dos processos nota-se a importância do exame de delito como prova inicial, e percebe-se que o elemento moral é o mais valorizado e indispensável.

---

<sup>1</sup> Antonieta Francisca, processo n° 2056, ano 1927.

<sup>2</sup> Olga, processo n° 1663, ano 1925.



A grande questão dos advogados, como destaca Martha Esteves (1989), é demonstrar que as ofendidas não possuem valores que mereçam o apoio e a proteção da justiça, sendo, via de regra, apontadas como desonestas e imorais.

Os valores morais relacionados à mulher estão intimamente ligados aos aspectos da integridade física do hímen - a virgindade. Esta realidade pode ser constatada, tanto pela fala dos réus como pela dos membros do judiciário (advogados, juizes).

Jacinto, em 1928, (24 anos, esposo da prima da ofendida), responde processo pelo crime de deflorar **Margarita**<sup>1</sup>, 14 anos, órfã desde os dez anos, morando sob o mesmo teto do acusado. Encontrando-se sozinha em casa, e não tendo a quem pedir socorro, a ofendida é forçada a manter relações com Jacinto. Em seu depoimento, Jacinto diz ter testado primeiro com o dedo anelar para verificar se a ofendida "*não era honesta*", e só após esta confirmação, mantém relação sexual com ela.

Outro aspecto, considerado sinônimo de honestidade, é a exigência obrigatória de sangramento e a presença de dor na primeira relação. Caso isto não ocorra, como é comum nos hímens complacentes, é um ponto importante sempre aproveitado pelos advogados de defesa.

**Antoninha**<sup>2</sup>, 18 anos, órfã, namora Arthur. Pressionado pelo irmão de Antoninha para marcar a data do casamento devido ao prolongado namoro, ele propõe entre juras de amor, fugir com a namorada. Devido a insistência, Antoninha cede ao convite, e ele a leva a um campo onde a deflora. Pelos autos do processo, Arthur é inocentado pelo fato de a moça não ser honesta. Os elementos que justificam a inocência do réu, são: no ato sexual "*não sangrou*"; no exame médico constata-se que "*os seios não tinham mais a firmeza característica*" e, pelos testemunhos, já tivera vários namorados.

Os termos relativos à honra também estão presentes nos autos, nas falas das mulheres. **Eva**<sup>3</sup>, 16 anos, conhece Jacy, 27 anos, em um baile e daí por diante ele a visita e conversam no portão. Em determinado dia vão ao cinema e, como ainda é cedo para a sessão, ele a convida para ir até a casa dele. Lá chegando é introduzida no quarto onde ele lhe faz propostas indecorosas e, caso ela aceite, promete casar-se com ela. Nessas condições, Eva aceita. Segundo seu relato, só vai saber que o acusado é casado, após ser "*desonrada*".

<sup>1</sup> Margarita, processo n° 2180, ano 1928.

<sup>2</sup> Antoninha, processo n° 3717, ano 1938.

<sup>3</sup> Eva, processo n° 3805, ano 1940.



Há, também, entre os valores imputados à mulher, a exigência do homem pela "prova de honra". Esta prova é, muitas vezes, condição imposta pelo homem, para o casamento.

A mãe de **Cecy**<sup>1</sup>, 14 anos, doméstica, registra queixa contra Antônio, 32 anos, por deflorar sua filha. A ofendida diz que desde o princípio do namoro ele insiste para que ela se entregue, caso contrário não casaria, pois quer "*saber que tipo de mulher iria levar para casa*". Apesar disso, Cecy afirma resistir, mas quando ele duvida de sua virgindade, comentando o fato com terceiros, quer dar-lhe prova contra essa calúnia. Assim, sob a promessa de casamento do noivo, entrega-se. Antônio, entretanto, alega encontrar a noiva já deflorada, pois "*teve facilidade em copular e não observou hemorragia*".

No caso de Cecy, apesar da menoridade da moça, da promessa de casamento e, da diferença de idade (18 anos entre os envolvidos), Antônio é absolvido, pois o exame médico-legal constata defloramento antigo.

Este caso, mais uma vez, reforça a importância dada ao hímen como elemento que assegura a **honra feminina**.

A carta que **Maria Alzira**, 14 anos, labores domésticos<sup>2</sup>, envia ao pai, exemplifica este conceito. Esta carta faz parte dos autos do processo de queixa de rapto e defloramento apresentada pelo pai contra Oscar, 22 anos, com quem a filha resolve fugir devido aos maus tratos sofridos em casa.

*"Meu Pae. Escrevo-lhe estas linhas somente para dizer-lhe que todo o trabalho que o senhor tem tido será inútil, porque eu estou resolvida a não mais voltar para a casa. Dizia que eu era a **vergonha da família**? Mas não pode dizer semelhante coisa porque devia primeiro olhar para sua família, (..) o senhor deve olhar para si para depois dizer que eu sou a vergonha da família porque o senhor não passa de um jogador. E depois que ninguém tem nada commigo porque eu quando sahi de casa **já não tinha aquilo que é tão precioso numa moça**, e isto tudo eu devo aos cuidados da mamãe, creio que o senhor não ignora do que se passou. Pois se ignora ou não vou-lhe relatar tudo: - Quando o senhor veio do Rio para Pelotas, e que mamãe alugou aquelle quarto da frente para o Alcides e a Cecilia foi quando ella em vez de ter um grande cuidado comigo, foi que não teve nenhum, um*

<sup>1</sup> Cecy, processo n° 3989, ano 1935. Outros casos de solicitação de prova de virgindade exigida pelo homem antes do casamento, processos n° : 1710 (1925); 4055 (1938); 4070 (1938); 4098 (1939); 4108 (1939); 4370 (1937).

<sup>2</sup> Maria Alzira, processo n° 2089, ano 1927.



*dia elle me agarrou e praticou o que elle quiz, e dantes que ella devia ter cuidado commigo (porque eu era uma creança e não comprehendia as cousas, agora é que ella quiz por tantos cuidados? mas já era tarde demais..." (Maria Alzira, 1927)*

Maria Alzira é uma das tantas mulheres que transgridem os valores morais impostos; entretanto, esta transgressão não deve ser vista como um ato de coragem, de enfrentamento da autoridade paterna mas, pela razão de não terem, segundo seu próprio julgamento, nada mais a perder, por considerarem-se **desonradas**.

### **. Importância da idade no processo de defloramento**

A aceitação dos depoimentos da ofendida está intimamente ligada à idade. Sobre esta questão, o Código Penal de 1890 traz a evidência de que os processos abertos em defesa da honra e das famílias aponta a idade máxima de 21 anos para se configurar um crime de defloramento, e a presunção de violência (estupro) em qualquer crime sexual em que a ofendida tenha menos de 16 anos.

Para as moças pobres serem ouvidas na justiça, é necessário provar a idade da ofendida através de alguma formalidade. Este aspecto, em alguns casos, é de difícil comprovação, talvez pela falta de certidão de registro civil. Assim sendo, a partir de 1928, passa a ser incluído nos processos de defloramento, o atestado do médico legista e da delegacia de polícia com o resultado da verificação da idade.

A idade da ofendida é questionada, como ocorre no caso de **Maria Alzira**<sup>1</sup>, anteriormente citado. O advogado de acusação apresenta o laudo de saúde, com descrição do esquema dentário e desenvolvimento antropométrico, provando que ela tem 15 anos.

O pai de **Ondina**, 18 anos<sup>2</sup>, apresenta queixa por sua filha ser deflorada pelo namorado Álvaro, 19 anos. Ondina vai ao baile carnavalesco na Sociedade Gondoleiros em companhia da mãe e do namorado. Em determinada hora ele a convida a descer ao pátio da casa, sendo levada até a latrina onde acontece o defloramento. Surpreendidos no local, o fato se espalha por entre os convidados. Ao exame de delito, o médico legista, Dr. João Pitta Pinheiro, constata defloramento recente. Entretanto, é invocado o artigo 267 do Código Penal de 1890, que reza: "*se mulher maior de 16 anos cometeu livremente o ato e se entregou ao homem sem sedução, não há criminalidade*". Assim, o processo é arquivado.

<sup>1</sup> Maria Alzira, processo n° 2089, ano 1927.

<sup>2</sup> Ondina, processo n° 1077, ano 1920.



**Norma**, 15 anos<sup>1</sup>, ao sair de uma festa em companhia de suas vizinhas, num certo trecho separa-se delas e segue sozinha. Aparece Manoel, 18 anos, que se propõe a acompanhá-la. Norma aceita por conhecê-lo de vista e por dançar com ele na festa. Inesperadamente, ele a agarra à força e a arrasta até um mato, onde a estupra. A vítima grita por socorro, sendo socorrida por dois conhecidos. Em seguida, conduzem o acusado e a vítima à delegacia. Apesar da constatação do defloramento recente, Manoel é absolvido com o seguinte pronunciamento do juiz: "*não há base segura para determinar a idade da ofendida e, sem esse elemento, não é possível considerar integrada a figura do estupro*".

Pelos três processos acima, constata-se que a questão da idade é um elemento de prova que pode ser usado tanto a favor como contra a ofendida.

No caso de Ondina, mesmo sendo menor, a idade é utilizada para provar que, segundo a lei, já é capaz de decidir conscientemente sobre o ato. No caso de Maria Alzira, a menoridade lhe é favorável, portanto comprova-se o uso da força. E por fim, no caso de Norma, usa-se a ausência de prova de idade para obstruir o processo de estupro, no qual estão presentes outros elementos que comprovam o delito: uso da força, pedido de socorro e testemunhas na comprovação do ato sexual, além das provas legais de defloramento recente.

A idade também é utilizada nas questões relativas ao casamento, pois o Código Civil prevê idade mínima de 16 anos para o homem e de 14 anos para a mulher.

João apresenta queixa de defloramento de sua filha **Vitória**, 15 anos<sup>2</sup>, contra Albino, 18 anos, pedindo "*reparo do mal pelo casamento*". O casamento dos menores se realiza com a autorização dos pais, e a comprovação é anexada ao processo (certidão de casamento). O processo é arquivado.

**Zaira**, 15 anos<sup>3</sup>, em seu depoimento diz que seu namorado Ovídio, "*não iria se meter com ela porque era moça e não queria se comprometer*". Para mostrar que é "*mulher*" faz o convite a Jovino, 31 anos, para copularem. Depois de consumir o ato, ainda mantém relações sexuais com seu deflorador e com o namorado. A ofendida é considerada pelo juiz, "*mulher leviana de vida irregular*".

---

<sup>1</sup> Norma, processo n° 3071, ano 1933.

<sup>2</sup> Vitória, processo n° 1994, ano 1927.

<sup>3</sup> Zaira, processo n° 4112, ano 1939.



Configura-se, neste exemplo, o significado dos vocábulos **ser moça** ou **ser mulher**, concluindo-se que o termo **mulher** é assumido mediante o defloramento, independente da idade. E este, quer seja de comum acordo entre o casal, ou não, remete a mulher uma nova etapa de vida.

Em nenhum dos processos menciona-se a idade como fator de uma etapa de desenvolvimento cognitivo em que se encontra a ofendida. Mesmo nos casos em que é invocada a sedução, fraude ou engano, esta alusão restringe-se à sua conduta moral, e não à idade. Empregam-se os termos **moça**, quando virgem, e **mulher** quando desvirginada, considerada, portanto adulta. Conforme Araújo (1993), no passado, a concepção das "*idades de vida*", não consagram à adolescência o mesmo tipo de atenção dado hoje, uma vez que não é socialmente marcado como categoria.

#### **. Gravidez pré-matrimonial: comprovação pública da desonra**

Do total de 502 processos analisados, envolvendo menores ofendidas, em 52 casos (10%) comprova-se a gravidez no exame de corpo de delito.

Os processos em análise evidenciam a preocupação do poder judiciário com a proteção da "honra e da honestidade" das famílias, consideradas condição importante na ordem social. A sociedade não tem condições de sobreviver sem os nascimentos e a socialização de novas gerações. Portanto, é necessária a preocupação não apenas com a repressão de um ato criminoso em si, mas com a sociedade que se quer formar. Neste aspecto, a influência da escola jurídica positivista, e o julgamento dos processos, levam em conta a questão social, uma vez que o crime atinge toda a sociedade. Os juristas e os médicos, estão imbuídos da missão de "*formar cientificamente o cidadão ideal para a pátria: trabalhador, membro da família e indivíduo higienizado*" (Martha Esteves, 1989:41).

De acordo com Raquel Soihet (1986) para a constituição deste tipo de homem é necessário disciplinar a desordem social através de correção normalizadora. Essa mudança de perspectiva passa a fazer parte do discurso da Academia de Medicina, que anuncia uma nova forma de higiene: a social.

Neste contexto, a responsabilidade da **criação e formação** dos cidadãos é atribuída à mulher. Sem condições de harmonizar o exercício da maternidade com atividades que lhe garantam a subsistência, as mulheres grávidas e solteiras deparam-se com dificuldades adicionais. Além das dificuldades materiais, decorrentes da impossibilidade de arcar com o ônus de criar uma criança, ainda sofrem intensa



pressão social por incorrerem numa das mais graves faltas da sociedade da época - a *maternidade ilegítima* (Raquel Soihet, 1986:192).

Nos casos de apresentar queixa em decorrência da gravidez, a mulher se confronta com dois problemas. O primeiro, com a confirmação da gravidez pelo exame médico-legal e, a óbvia passagem do tempo, torna inviável a comprovação do defloramento<sup>1</sup>. E, em muitos casos, considera-se improcedente a queixa. O segundo problema é o fato de que a gravidez não lhe permite ocultar, publicamente, a desonra.

Cita-se, como exemplo, o processo de **Doralina**, 19 anos<sup>2</sup>, que declara a defloração, sob promessa de casamento de seu namorado Juvenal, 23 anos, em seu quarto de dormir, na casa onde trabalha. Mantém várias "*cópulas carnavais*" e ele sempre adiando o casamento, até o seu estado de gravidez não permitir mais ocultar sua **desonra**.

Abre-se, aqui, o espaço para a contradição do sistema vigente à época. Se por um lado, a sociedade designa o lugar específico da mulher no papel de mãe, ligado à família e à maternidade, por outro às mulheres dos processos crimes não é designado o mesmo lugar. A noção de mulher honesta está associada, exclusivamente, à noção de mãe ideal (higiênica). E o fato destas jovens mulheres engravidarem fora dos parâmetros aceitáveis, tem a conotação contraditória e distinta à da gravidez na mulher casada, pura e sagrada.

Pelo discurso jurídico, evidencia-se a constatação de que "*as mães solteiras, as libertinas que se entregavam sem escrúpulos médicos aos prazeres do mundo, à vaidade do corpo e ao gozo do sexo, deveriam ser exemplarmente punidas*" (Raquel Soihet, 1986:197).

Confirma-se esta realidade pelo número de processos de gravidez em que são condenados os acusados. Dos 52 casos de gravidez, em sete (13%) há a condenação do homem, (três deles são absolvidos após casarem-se) e outros treze (25%) processos resultam em casamento. Nos demais processos (62%) as denúncias são consideradas improcedentes.

---

<sup>1</sup> Exemplos deste tipo de caso, nos processos n°: 1919 (1926); 2753 (1938); 1235 (1921); 1845 (1925); 2034 (1927); 1194 (1920); 2202 (1928); 2178 (1928); 3418 (1936); 2522 (1930); 2278 (1928); 2013 (1927); 3434 (1936); 3396 (1934); 3384 (1933); 3356 (1932); 3142 (1932); 3330 (1931); 3255 (1931); 2244 (1928).

<sup>2</sup> Doralina, processo n° 1919, ano 1926.



Portanto, a maioria destas mulheres, além de perder a possibilidade de formar família (pela desonra sofrida) estão grávidas, desamparadas e em breve serão mães. Elas são as maiores vítimas, expostas publicamente, tanto pela honra perdida e a exposição da gravidez, como pelos trâmites do processo, mesmo para aquelas em que alcançam seu intento de casar e garantir seu sustento futuro.

Assinala-se, como exemplo, o processo de queixa de defloramento contra Arnaldo, 21 anos, garçon, namorado há quatro meses da ofendida **Ida**, 13 anos, doméstica<sup>1</sup>. O fato ocorre sob promessa de casamento, na casa da ofendida, quando o acusado lá reside. O exame médico-legal detecta defloramento antigo com gravidez de quatro a cinco meses (fundo do útero a 22 cm acima da sínfise púbica, batimento cardíaco fetal, modificação na coloração dos seios, órgãos genitais externos violáceos, seios com líquido opalescente e colo do útero amolecido). Após julgamento, o réu é recolhido à casa de correção, sendo solto após o casamento com a ofendida.

Ida, de apenas 13 anos, submete-se ao exame de corpo de delito completo, expondo-se provavelmente a humilhações tanto no momento de colher as provas como ao casar-se com o acusado, então preso em consequência do processo por ela acionado.

A humilhação sofrida pela mulher com a gravidez pré-matrimonial, no passado, é tanta, que **Joana**, 17 anos<sup>2</sup>, se desespera ao participar a gravidez ao noivo, e ele lhe responde que não casará porque não é o "autor". Diante desta atitude, Joana resolve acabar com a própria vida e a do filho, tomando uma dose de "*cianureto de potássio*". Não morre porque lhe são, de imediato, administradas drogas antagônicas. Condenado, o acusado casa-se com ela e a pena é extinta.

Igual sorte não tem o filho de **Antonina**, 17 anos<sup>3</sup>. Em desespero, ao dar à luz a uma criança, ela a mata para ocultar a prova da desonra.

Para ocultar sua situação, jovens como Antonina realizam o parto sozinhas, arriscando a vida. Esta conduta revela quão penosa é a situação, que se dispõem a qualquer sacrifício para se desfazer de um filho que, sabidamente, não têm condições de criar.

---

<sup>1</sup> Ida, processo n° 2522, ano 1930.

<sup>2</sup> Joana, processo n° 4511, ano 1939.

<sup>3</sup> Antonina, processo n° 1423, ano 1922.



Por estas duas situações, percebe-se que a maternidade em tais circunstâncias não é mais uma função sagrada. Para estas mulheres, torna-se insuportável o veredito da sociedade (Raquel Soihet, 1986).

Em última análise, ao final dessa seção de pesquisa, traz-se à luz duas realidades diferenciadas das vivências de mulheres quanto à sexualidade e maternidade, à época. Vivem dentro dos padrões de vida estabelecidos e quando os transgridem, supõe-se que o façam por serem educadas dentro da visão dominante da sociedade, ou por constituírem-se em um outro tipo de mulheres, com outra cultura, para os quais estes valores não se integralizam. E, dentro das normas de comportamento impostas, muitas delas - por ignorá-las, talvez - as infringem, gerando, assim, a própria marginalização e sujeitando-se às punições exigidas pela sociedade.

#### • **Preconceito e abandono social**

A responsabilidade moral que pesa sobre as mulheres, no passado, tem dupla consequência. Ao mesmo tempo em que a sociedade concorda em santificar a mulher "honesta", está pronta para apontar a transgressora.

Através do casamento, concebido como instituição higiênica e único espaço reconhecido para a sexualidade sadia, a mulher honesta deveria garantir a reprodução da espécie sem ameaça à integridade do corpo. Por outro lado, aquela que faz uso da sua sexualidade antes do casamento, é considerada imoral, indigna e está sujeita às desgraças físicas e morais como forma de castigo (sexualidade doente). *"Da responsabilidade à culpa havia apenas um passo que levava diretamente à condenação"* (Elizabeth Badinter (1985:272). Esta condenação não ocorre apenas pela justiça penal, mas pelo julgamento da sociedade em todos os seus segmentos.

O personagem **Nilza**, do romance-reportagem de Silva (1993:38,39), mostra a internalização dos valores morais vigentes na sociedade porto-alegrense quando torna-se uma mulher desquitada aos 17 anos, em 1940 e, a partir daí, sofre a experiência do preconceito social.

*"Enfrentei infelizmente, as malhas do preconceito social. Sofri por mim e pelo meu filho, que na escola, chocou-se com a segregação. Filho de desquitada era menosprezado.(..) As crianças pagam pela estupidez dos adultos. Naquele tempo, a consciência de tais problemas era mínima e, em consequência, a exposição infantil muito maior. O dilema de uma mãe era insustentável. (..) O principal é não se deixar intimidar. As mais*



*frágeis contaminavam-se com o desprezo, assimilavam os valores que as destruíam e, em consonância com a sociedade podre, digeriam os rótulos e posturas acabrunhantes. A sociedade sabe como matar lentamente os indivíduos que não respeitam os seus dogmas. De tanto serem agredidas e chamadas de prostitutas, certas mulheres passavam a ver-se como prostitutas, mesmo que repudiassem os homens. A família não servia de apoio. Amigas era impossível conseguir" (Nilza).*

O depoimento é significativo, pois além dos problemas individuais, uma jovem que rompe o seu relacionamento conjugal ainda tem que enfrentar toda a desaprovação social. O estigma da marginalização, experienciado, tanto por ela quanto por seu filho, ocorre em diversas relações e instituições sociais (familiares, entre amigos, na escola, nos clubes, etc...).

Outros exemplos dramáticos são vistos nos processos crimes de atentado contra a honra das famílias. Imersas num universo de abandono e pobreza, em que o trabalho físico para a sobrevivência torna-se inevitável, estas mulheres lutam contra a corrente da indigência e da marginalização.

As mulheres pobres da década de 1920 a 1940, têm suas vidas marcadas pelas árduas tarefas da dupla jornada de trabalho - doméstico e fora do lar - somada à ausência de maridos ou companheiros (Mary Del Priore (1989).

Os concubinatos tornam-se quase uma herança nas classes subalternas, e o legado mais comum dos relacionamentos ilícitos (fora do casamento) mantidos pelas mulheres são os filhos tidos "*por fragilidade da carne humana*" (Mary Del Priore 1989:36). Portanto, o problema da desinstitucionalização da família, nas classes pobres, é bastante antiga no país.

No antigo regime (século XVIII), o fato de as mulheres e as crianças não pertencerem a uma família com a presença de um responsável sócio-político (o chefe de família) é um problema de ordem pública. "*É o nível das pessoas sem fé, sem eira nem beira, mendigos e vagabundos que por não estarem ligados ao aparelho social, desempenham o papel de perturbadores*" (Donzelot, 1986:50).

Assim, é preciso resolver, ao mesmo tempo, o problema da pobreza e da indigência e reorganizar disciplinarmente as classes trabalhadoras que não estão atreladas à ordem social.

O meio encontrado para amenizar o problema - e, diga-se de passagem, não resolve -, é o apontado por Donzelot (1986), através da filantropia organizada no distanciamento proposital entre as funções do Estado liberal e a difusão de técnicas de



bem-estar e de gestão da população. Esta filantropia tem lugar nas chamadas casas de misericórdia.

• **Saúde Reprodutiva: Livro de Registro dos Enfermos da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre**

A assistência aos desvalidos, em geral, cabe à Santa Casa de Misericórdia. Instituição não governamental, de cunho religioso, é construída para nela "*serem assistidos e curados os enfermos e especialmente os pobres forasteiros navegantes*", sendo sustentada pela caridade pública (Jurema Gertze, 1990:66).

Segundo Denise Pires (1989), estas casas representam as primeiras instituições prestadoras de assistência de saúde no Brasil.

Como diz Donzelot (1986:30) estes lugares "*de reunião dos infortúnios, das misérias e dos fracassos, facilitam a mobilização das energias filantrópicas*", servem de laboratório de observação de condutas populares, e possuem estratégias próprias para controlar os seus efeitos socialmente negativos.

E, de acordo com Jurema Gertze (1990:58), a preocupação com a situação dos enjeitados e marginalizados, tem duas fases: a primeira compreende o período de meados do século XVIII até 1837, de natureza caritativa; a segunda, o período de 1838 perdurando até 1940, também com preocupações de natureza filantrópica.

A filantropia distingue-se da caridade pelos seus objetivos. A fim de tornar a ajuda útil àqueles que dela necessitam, os filantropos acreditam que é necessário mudar-lhes a natureza, "*dar mais conselhos do que bens, pois este não custa nada*" (Donzelot, 1986:65). É preciso não só recolher as pessoas, mas dar-lhes conselhos que promovam o reerguimento da família e, conseqüentemente, da sociedade.

Na assistência aos enjeitados e marginalizados, há a preocupação com o destino destes indivíduos, em torná-los úteis à sociedade. Assim, a caridade cede lugar à filantropia.

Na questão do abandono de mulheres e crianças em perigo, a Misericórdia tem, no decorrer do período em questão, papel importante na sociedade rio-grandense. Especialmente na criação de dois importantes focos de atenção: da **Roda dos Expostos** e do **Hospital de Caridade da Santa Casa**.



### . Expostos de Porto Alegre

Este item do trabalho trata da **Roda dos Expostos** mantida pela Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre, em funcionamento de 1838 a 1940, período durante o qual são atendidas 2544 crianças.

No Rio Grande do Sul, até 1838, as crianças abandonadas nas portas das casas, são entregues ao Procurador da Província, que se encarrega de arranjar-lhes amas, vestuário e educação. Em decorrência da falência da gestão municipal, e para poupar esta despesa ao cofre da Câmara, a Assembléia Administrativa (lei provincial de 22.11.1837) impõe à Misericórdia o encargo da *criação dos expostos*.

Assim, é criada a **Roda dos Expostos** com a missão de "*prover criação e amparo dos infelizes que são abandonados ao nascer pela ingratidão de quem lhes deu existência*" (Hilda Flores, 1989:117).

Estes enjeitados são crianças recém-nascidas, abandonadas por suas mães, geralmente jovens e solteiras que, preservando seu anonimato e na tentativa de evitar a própria marginalização e a de seus filhos, recorrem à **Roda**.

A criança é depositada, pela mãe ou outra pessoa, numa pequena abertura do cilindro giratório existente na parede da frente da Casa. Com engrenagem semelhante a uma roleta, dando meia volta ao cilindro, a criança é introduzida na parte interna da instituição. A pessoa toca a sineta e se retira. No interior da Casa, a porteira acolhe o pequeno alí abandonado e o coloca em berço quente para depois admiti-lo.

Hilda Flores (1986), em pesquisa realizada sobre os sinais de identificação que acompanham os menores **expostos** (*enxoval e comunicação escrita*), comenta que eles refletem os usos e valores da sociedade, à época. Esse fato, pode ser constatado no bilhete que acompanha a menina **Lina** (Flores, 1986:100), com data de registro no ano de 1895:

*"(..) É uma mãe infeliz que vem trazer-vos o fruto de suas entranhas. Fui iludida, a sociedade em que vivemos não aceita estas ocorrências da vida e eu não posso criar minha filhinha. Eu a lanço junto ao vosso bom coração e fico certa que não repelireis de vossa proteção a inocentinha que não tem culpa da falta de sua desgraçada mãe. (..) Sou uma infeliz mãe, pois tenho que esconder o fruto de meu amor, a minha vergonha, aceitai pois para vós este inocentinho que rogará sempre a Deus por vós uma mãe reconhecida"* (mãe de uma exposta).

---

\* Depoimento extraído do texto: *A Casa dos Expostos: Sinais de identificação*, de Hilda Agnes Hübner Flores. Porto Alegre, **Estudos Ibero-Americanos**, n.XII, v.1, jul. 1986. p 94-105.



Esta carta transmite o desespero de uma mulher que apesar de demonstrar sua preocupação, reconhece a impossibilidade de ficar com a filha. O preconceito moral vigente na sociedade não reconhece como legítimo o fruto de relacionamentos ilícitos, portanto a mulher envolvida não tem opção.

As crianças abandonadas na **Roda**, são identificadas e registradas nos livros de registro com anotações da data de entrada, o número de ordem de admissão, o sexo, a cor, a idade aproximada, as condições de saúde e a descrição da vestimenta e objetos que as acompanham (Jurema Gertze, 1990).

Cada criança fica sob os cuidados de uma ama de leite, geralmente contratada entre mulheres saudáveis, e são remuneradas pelo leite até que a criança atinja um ano e meio de idade. Deste período, até os sete ou oito anos, o pagamento é aumentado para a aquisição de roupa (Totta, 1940).

A responsabilidade da Misericórdia com o **exposto**, termina quando a criança atinge a idade de sete anos, se menino e, oito anos se menina. Os meninos são, então, encaminhados para o Arsenal de Guerra da Província para o aprendizado profissional e as meninas retornam para à casa da **Roda** para a alfabetização (Hilda Flores, 1989). Algumas permanecem na instituição trabalhando como responsáveis pelos **expostos** ou no cuidado com os doentes do hospital.

De acordo com Jurema Gertze (1990), além destas modalidades, existem outras possibilidades: - a **colocação familiar temporária**. As crianças podem ser empregadas em serviços domésticos em casas de famílias, e ao atingirem os dezesseis anos, passam a ser de responsabilidade do juiz de órfãos; - a **colocação familiar em caráter definitivo**, por meio de adoção ou pelo resgate dos verdadeiros pais, o que representa um percentual mínimo, ou no caso das meninas, pelo **casamento**. Neste caso elas não ingressam numa família, mas constituem uma para sí.

As mães solteiras, tão condenadas quanto as adúlteras, recorrem à Santa Casa que assume a criação de seus filhos. Apesar da **Roda** ter sido criada com o objetivo de diminuir o infanticídio, nela são depositadas, em maior número, crianças sem condições de sobreviver, ou mortas, do que crianças vivas, em bom estado de saúde.

A mortalidade dos **expostos** é "*altíssima, entre 45 e 50%*" (Hilda Flores, 1989:119). Entre 1838 e 1880 morrem mil e oito crianças (53,2%) de um total de mil oitocentas e noventa e quatro recolhidas (Jurema Gertze, 1990:189).

Nas primeiras décadas deste século, há uma progressiva diminuição do número de **expostos**, pois "*as fábricas de aborto, funcionando ás escancaras e sem peias, começaram a desmoralizar a **roda**, acabando por vence-la na concorrência*". Além de mais acessíveis, não deixam que se exteriorizem os sinais da culpa "*o fructo é destruído ainda muito verde*" (Totta, 1940:9).

Por estas razões, ao assumir o encargo de mordomo dos **expostos**, Mario Totta (1940) preocupa-se em extinguir a **Roda dos Expostos**. Quer substituí-la, por uma instituição mais humana. Em suas palavras percebe-se a indignação com as circunstâncias em que são abandonadas estas crianças.

*"Os fructos do amor ilícito. A **roda** era o manto da misericórdia que acolhia os desgraçados espúrios e, no mesmo passo, era a mão de ferro destinada a tapar a bocca da maledicência e a evitar o zumzum do escandalo. Foi o cofre que guardou para sempre, em sigilo inviolável, o epílogo de grandes dramas. Os recém engeitadinhos eram, na sua maioria trazidos altas horas da noite, enrolados num trapo que as vezes, ainda vinha salpicado de sangue gottejado do cordão umbelical atado às pressas na ansia de dar sumiço ao intruso"* (Mario Totta, 1940).

Somente em 1940, dez anos depois de inaugurada a nova maternidade que levou o nome de Mario Totta, foi extinta a roda graças a organização de um abrigo no berçário daquela maternidade onde:

*"(..) sob o tecto da Maternidade, recolhemos os engeitados que nos são entregues. Ficam sob a guarda vigilante do nosso serviço de puericultura, a cargo de pediatras conhecidos. (...) Os engeitados ficam por pouco tempo aí. Há em toda a Maternidade um contínuo movimento de oferta e de procura: de uma parte, mães que por este ou aquele motivo, de ordem moral ou material, almejam libertar-se dos filhos; de outra parte, casaes sem descendentes o creaturas altruístas que anseiam por adotar um recém-nascido"* (Mário Totta, 1940).



Assim, com a extinção da **Roda**, as crianças enjeitadas são acolhidas no próprio hospital da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre para posterior adoção, prática realizada até hoje pelos diversos hospitais da cidade, revelando que a história da marginalização de mulheres e de seus filhos, frutos de relacionamentos ilícitos, continua a ocorrer. Muitos dos problemas existentes há 150 anos atrás, originando a "**Roda dos expostos**", são problemas atuais.

#### . **Santa Casa de Misericórdia: a face da doença**

No passado, não só as crianças enjeitadas da "**Roda dos Expostos**", causam preocupação na sociedade. Há outros tipos de enjeitados: os pobres enfermos. Assim, para se entender como ocorre a assistência aos enfermos é necessário retroceder um pouco no tempo. Acompanhando a instalação da primeira instituição hospitalar de Porto Alegre, pode-se entender como tem sido a assistência saúde/doença no nosso Estado.

A necessidade da criação de um hospital de caridade é detectada pelo Irmão Joaquim Francisco do Livramento ao chegar à Vila de Porto Alegre, na segunda metade do século XVII.

Como consta numa publicação da Santa Casa (1984), ele percorre as capitanias do Brasil Colônia pregando a caridade e fundando instituições. Em 1776, com tristeza, constata que a "*vila habitada por 1500 almas libertas*" não possui uma casa onde os doentes e pobres possam sarar suas enfermidades.

Com o passar dos anos, esta vila passa a chamar-se Província de São Pedro. A população cresce rapidamente, tanto em conseqüência do próprio desenvolvimento, quanto pela política de incentivo a vinda de imigrantes. A sociedade mais complexa necessita, então, de mecanismos para preservar sua integridade e assisti-la em suas enfermidades.

As preocupações do Irmão Joaquim com esta realidade não cessam. E no dia 19 de outubro de 1803 funda o Hospital de Caridade, posteriormente chamado de Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre. As duas primeiras enfermarias demoram mais de 20 anos para serem concluídas, sendo "*finalmente inaugurada no dia 1º de janeiro de 1826*" (Santa Casa, 1984:9).

A mesa administrativa da instituição, como aponta Luiza Kliemann (1988:7) é, à época, mantida pela Irmandade da Santa Casa de Misericórdia, formada por **irmãos leigos**, pessoas de elevado nível econômico e cultural com projeção social, e **religiosos** que têm papel importante no atendimento espiritual aos doentes.

No primeiro ano de funcionamento, são contratados três funcionários: "o enfermeiro Joaquim José Cardoso e os auxiliares Bernardo José de Abreu e Maria Joaquina Vaz Concellos", atuando como médicos, o cirurgião mor Ignácio Joaquim de Paiva e o Visconde de São Leopoldo" (Santa Casa, 1984:20).

As Santas Casas de Misericórdia surgem, inicialmente, com uma função muito mais assistencial do que terapêutica. De acordo com Luiza Kliemann (1988:5), elas "tiveram por finalidade dar atendimento aos pobres na doença, no abandono e na morte". De acordo com a autora, abrigavam-se além dos enfermos, os abandonados e marginalizados (crianças e velhos), os excluídos do convívio social como os criminosos doentes e os doentes mentais, os negros libertos e os imigrantes vindos no final do século, abandonados à sua própria sorte pelo Estado.

O aumento da demanda produz mudanças estruturais na concepção das finalidades da Santa Casa de Misericórdia, e a instituição assistencial vai dando lugar à terapêutica, ainda que vivendo da caridade e voltada para o doente pobre (Luiza Kliemann, 1988).

De acordo com Foucault (1979:99), na Europa a consciência de que o hospital pode e deve ser instrumento destinado a curar "*data do final do século XVIII e é assinalada por uma nova prática: a visita e a observação sistemática e comparada dos hospitais*". Segundo este autor, a novidade nos hospitais do século XVIII, comparados aos da Idade Média, é que não são um meio de cura. A mudança só ocorre quando se constitui uma medicina hospitalar, e o hospital torna-se médico-terapêutico.

A reorganização do hospital inicia-se à partir da introdução dos mecanismos disciplinares em seu espaço confuso, o que possibilita sua medicalização (Foucault, 1979:107).

Entretanto, só à partir da metade do século XIX a preocupação com a cura passa a receber maior valorização por parte dos dirigentes da Irmandade da Santa Casa de Porto Alegre, quando, então, é valorizada a melhoria das condições hospitalares e o desenvolvimento científico do trabalho médico.

Essa reestruturação gera novas mudanças: entregar a administração interna do hospital a quem lá permanecesse em tempo integral. Assim, as irmãs da ordem de São Francisco, da Alemanha, assumem a direção do hospital, passando a desempenhar funções administrativas, de enfermagem, cozinha, costura e lavanderia.

A disciplina do hospital evidencia-se não só no acompanhamento sistemático dos enfermos mas, também, na organização de um sistema de registro permanente de



ocorrências dentro da instituição: são anotados os dados de entrada e saída dos enfermos.

As enfermarias entram em funcionamento em 1826, mas as obras do Hospital de Caridade da Santa Casa de Porto Alegre são concluídas em 1844. À partir desta época, as anotações nos *Livros de Registros Gerais dos Enfermos* começam a ser sistemáticas, iniciando-se o livro de número um, em novembro de 1843.

Usando como fonte de informação os registros relativos aos enfermos que passam nesta instituição, toma-se conhecimento das doenças ligadas à saúde reprodutiva das mulheres adolescentes.

No período de 1843 a 1929 (86 anos) analisam-se 29 livros, contendo 3255 enfermas adolescentes registradas, com os seguintes dados: idade, moléstia, naturalidade, estado civil, condições de alta e observações relativas à situação sócio-econômica. A partir de 1930, com a abertura da maternidade, os registros passam a ser feitos em livros específicos de acordo com a especialidade de atendimento. Entretanto, no período de 1930 a 1935 não há livro de registro na maternidade, e nos registros do berçário não consta a idade da mãe da criança o que impossibilita a coleta de dados deste período.

A análise deste material é feita, primeiramente, no seu conjunto, através de sucessivas leituras de todos os itens registrados em cada caso. Posteriormente, é feita a análise anual dos casos, procurando-se evidências relativas à saúde/doença da história sexual e reprodutiva destas mulheres.

Desta análise emergem três períodos cronológicos distintos, associados a momentos históricos, nos quais são evidentes os diferentes tipos de enfermidades apresentados pelas mulheres, e a assistência à elas prestada. O primeiro período é de 1843 a 1889; o segundo de 1890 a 1919 e, o terceiro, de 1920 a 1929.

#### **. Período do naturalismo: 1843 a 1889**

A segunda metade do século XIX é caracterizada pelo naturalismo. Neste período ocorre uma série de transformações econômicas, científicas e ideológicas. Comte cria o positivismo; Darwin elabora a teoria da evolução das espécies; Lamarck estabelece bases reais para a biologia; Pasteur penetra nos segredos dos microorganismos, provando que estes são organismos vivos, e a medicina torna-se experimental.

De acordo com Foucault (1979), nesta época o sistema epistemológico da medicina é baseado no entendimento da doença pelo modelo da botânica. Isto é, a doença não é só vista como algo sobrenatural, havendo exigência de ser

compreendida como fenômeno natural. É composta de diferentes espécies, com características observáveis, período de desenvolvimento, e sofre, também as interferências do meio, como toda a planta. Uma das teses centrais desta época, é a de que o homem é produto do seu meio e a doença surge em consequência do meio e da hereditariedade.

E é sob a égide dessa nova concepção de medicina, que vivem as mulheres - alicerces da presente pesquisa - inicialmente encontradas nos Livros de Registros, como enfermas.

Apesar de todas as enfermas estudadas serem mulheres adolescentes, a idade predominante é de 15 a 19 anos. A maioria é natural da Província, embora haja aquelas oriundas de outros estados e dos mais variados países tais como: Alemanha, Dinamarca, Holanda, França, Rússia, Paraguai, Itália, Bélgica e Polônia. Neste período são freqüentes os registros das naturais da "Costa", ou seja, da costa da África, escravas, portanto. Em quatro de abril de 1866 é admitida **Maria**<sup>1</sup> (16 anos), que vem a falecer por congestão cerebral, sendo a última adolescente escrava registrada na Santa Casa.

A diversidade de procedência destas adolescentes confirma os fluxos imigratórios existentes no Rio Grande do Sul, e a ação das diferentes culturas na sua formação étnica. Dentre estes grupos, a representação maior é a de africanas, alemãs e italianas.

Quanto ao estado civil, a quase totalidade é solteira, sendo raro, neste período, encontrar registros de enfermas casadas ou viúvas. Apesar de solteiras, a enfermidade responsável pela admissão no hospital denuncia sua atividade sexual.

Das 541 adolescentes anotadas nos livros, neste período, 474 casos têm registro da moléstia motivadora da internação. As de maior freqüência são: afecções pulmonares, com 63 casos (13,2%); doenças sexualmente transmissíveis, 50 casos (10,5%); as *boubas*<sup>\*</sup>, com 45 casos (9,5%), e a varíola com 11 casos (2,3%).

Dentre as doenças sexualmente transmissíveis se destaca a sífilis, embora a blenorragia ou gonorréia, as úlceras venéreas, o cancro venéreo, condilomas e cancro

---

<sup>1</sup> Registro obtido no *Livro de Registro Geral de Enfermos da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre*, nº 1, 1866.

<sup>\*</sup> *Boubas* - Moléstia tropical infecciosa, causada pelo *Triponema Pertinue*, com lesões cutâneas primárias seguida de erupção granulomatosa. Tardiamente, causa lesões destrutivas da pele e dos ossos



mole, sejam também freqüentes. Por apresentarem doenças sexualmente transmitidas, sendo solteiras, é evidente a questão da atividade sexual, pelo menos entre as mulheres pobres, fugindo ao padrão dominante, na época, de relacionamento sexual somente dentro da instituição familiar do casamento.

Além das enfermidades citadas, estas mulheres padecem de problemas gastro-intestinais, reumatismo, ferimentos, problemas mentais e infecções. O óbito ocorre em 17% (79) dos casos, tendo como enfermidades responsáveis principais, **a tuberculose pulmonar e a varíola**. A tuberculose, no entanto, é a causa do óbito de pelo menos 52% (41 casos) das adolescentes da Santa Casa.

Mas não só pela doença são marginalizadas estas mulheres. A pobreza também é registrada entre as observações dos livros. A quase totalidade das admitidas é pobre. Os atendimentos particulares referem-se a escravas que recebem o tratamento com despesas pagas por seus proprietários. São identificadas como originárias da "Costa", registradas pelo nome, sem sobrenome, e em alguns casos, com a descrição: "escrava de Joaquim Caetano"<sup>1</sup>. Outras adolescentes são identificadas como "africana livre"<sup>2</sup> e, apesar de terem conquistado a liberdade, carregam consigo o estigma da falta de identidade familiar.

A assistência à reprodução humana é, habitualmente, realizada a nível domiciliar, pois neste período só há registro de dois casos de atendimento na Santa Casa. No primeiro, **Roberta**<sup>3</sup> (solteira, 19 anos, particular, natural da Costa), é admitida em 1849, por aborto, apesar de não ser esclarecido se espontâneo ou provocado. Roberta recebe alta 15 dias após a admissão. No segundo, em 1889, **Maria**<sup>4</sup> (solteira, 18 anos, pobre, natural da Província) é admitida por "*parto laborioso*" tendo morrido, em decorrência, um mês após.

É interessante observar que algumas das mulheres adolescentes registradas são oriundas da **Roda dos Expostos**. Aquelas que conseguem sobreviver ao alto índice de mortalidade neonatal e infantil, tornam-se enfermas da própria instituição,

---

<sup>1</sup> Ignez, inscrita no *Livro Geral de Registro de Enfermos*, nº 1, em 19 de dezembro de 1851.

<sup>2</sup> Ivanna, registrada *Livro Geral de Registro de Enfermos*, nº 1, em 24 de julho de 1852.

<sup>3</sup> Roberta, registrada no *Livro Geral de Registro de Enfermos*, nº 1, em 1º de maio de 1853.

<sup>4</sup> Maria, registrada no *Livro de Registro de Enfermos*, nº 6, em 4 de maio de 1889.

responsável por sua criação. Exemplos podem ser verificados pelos registros sucessivos de admissão de Theodora (15 anos), Maria Isabel (11 anos), Maria Joaquina (17 anos), Felisbina (16 anos), Duvergina (17 anos)<sup>1</sup>.

### **. Período da assistência especializada aos enfermos: 1890 a 1919**

Na última década do século XIX, e nas duas primeiras décadas do século XX, no Brasil, com a abolição da escravatura e o golpe republicano se alteram as estruturas básicas do Estado.

A economia do Rio Grande do Sul assenta-se na dependência externa e no domínio interno pelo aumento da produção industrial na capital. A indústria, de acordo com Núncia Constantino (1991:49), "*em boa parte, é consequência da ampliação do mercado consumidor para produtos manufaturados no próprio Estado e do crescimento de mão-de-obra disponível*".

Com a migração e o crescimento industrial, surge a necessidade de urbanização, o que modifica a fisionomia da sociedade rio-grandense.

O desenvolvimento da cidade é considerado notável pelos viajantes que por ela passam. Em 1890 a população recenseada é "*de 52.421 almas*", e o censo de 1920 demonstra que Porto Alegre já possui "*205.000 habitantes*" (Núncia Constantino, 1991:48). Portanto, num período de 30 anos, a cidade triplica e o processo de urbanização se acelera.

A assistência aos enjeitados também sofre considerável demanda. A preocupação administrativo-financeira da Misericórdia passa a ser prioridade para manter a instituição. A Santa Casa busca de todas as formas, junto ao "*governo municipal e estadual obter subsídios e isenção de impostos*" para poder continuar suas atividades (Luiza Kliemann, 1988:16).

Neste momento, ressaltam-se dois pontos importantes na trajetória da Santa Casa relativos à assistência aos enjeitados e aos enfermos: a) o desenvolvimento científico com a criação de novos serviços e especialidades médicas e; b) a vinda das Irmãs de Penitência e Caridade da Ordem de São Francisco de "*Heythuizen*", da Alemanha, para assumir a administração do hospital e atender os enfermos.

---

<sup>1</sup> Adolescentes registradas no *Livro de Registro de Enfermos*, nº 2, ano de 1864.



A ampliação da área física para a constituição de novos pavilhões é uma nítida tendência à especialização no final do século XIX que passa a ser uma realidade no século XX (Luiza Kliemann, 1988).

Também observam-se indícios de progresso e modernidade da cidade, "*caracterizada pela especialização, no caso da medicina*", pelo início do funcionamento do Hospital São Pedro, que passa a receber doentes mentais antes tratados na Santa Casa de Misericórdia (Núncia Constantino, 1991:46).

Conforme dados contidos no Relatório de 1890, nas oito enfermarias da Santa Casa (1984:28), "*duas de cirurgia de homens, uma de medicina de homens, uma de medicina de mulheres, uma de ginecologia e partos, uma para inválidos, uma de ophthalmologia e outra de atendimento corriqueiro*", são atendidos, naquele ano, 1763 doentes, dos quais 1364 são homens e 399 são mulheres. Pelo levantamento do Livro Geral de Registro dos Enfermos, neste ano, entre as mulheres atendidas, 42 (10,5%) são adolescentes.

Com a criação dos novos serviços, abre-se espaço para novos "profissionais da saúde". Assim, a Misericórdia passa a contar com os médicos ligadas à Faculdade de Medicina e Farmácia. E, além dos médicos, no dia 2 de abril de 1893, são empossadas, em Sessão Solene, as 16 primeiras irmãs, para cuidar das enfermarias do hospital, tendo como superiora a **Madre Anna Moeller** (Santa Casa, 1984). Posteriormente, o nome desta madre é dado à Escola de Enfermagem da Ordem de São Francisco, localizada no prédio da Santa Casa, que funciona ali até meados da década de 1970, quando é incorporada a Universidade do Vale dos Sinos (UNISINOS/RS).

Com a vinda das irmãs, o então provedor da Santa Casa, Francisco José Velloso (Santa Casa, 1984:31), profere discurso emocionado:

*"A pobreza enferma tem hoje a seu lado, tomando parte de seu sofrimento, pensando-a com habilidade e dedicação inexcedíveis, esses anjos da abnegação, que fizeram da caridade sua única profissão, caminho, sem dúvida, cheio de urzes, porém mais curto e nobilíssimo para alcançar o caminho que Deus reservou aos escolhidos"* (Velloso, 1872).

A atuação institucional destas religiosas é uma das primeiras atividades de trabalho de enfermagem organizado em grupo, de que se tem registro em Porto

Alegre. Entretanto, este trabalho é ainda filantrópico pois a característica profissional, adquirida através do processo de instrução formal, submetida às regras normatizadoras da prática profissional com remuneração, só ocorre no século XIX (Denise Pires, 1989). É a partir da institucionalização da assistência de enfermagem, que se evidencia a necessidade social da profissão e, conseqüentemente, a necessidade de profissionalização.

Durante o período de 1890 a 1920, são registradas 1890 adolescentes enfermas na Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre, sendo a maioria natural do Rio Grande do Sul (antiga Província). São anotados os primeiros registros relativos à profissão: cozinheiras, criadas, costureiras, engomadeiras, lavadeiras, domésticas.

Quanto ao estado civil, a maioria é solteira. Apenas a quarta parte destas adolescentes é casada embora muitos dos casos de internação sejam relacionados à sexualidade e à reprodução. Praticamente todas elas são registradas como pobres. Raros são os casos em que alguma delas é pensionista. Estes fatos evidenciam, mais uma vez, que entre as mulheres pobres a virgindade pré matrimonial não é preservada.

Na última década do século XIX, 680 enfermas adolescentes são atendidas nas enfermarias da Santa Casa. Os óbitos ocorrem em 85 casos, o que perfaz 12,5%. Este percentual é menor quando comparado com o período anterior analisado, mas a tuberculose continua sendo a principal causa de mortalidade. Esta enfermidade é responsável por 47,6% (40 mulheres) dos óbitos. A febre tifóide causa a morte em 21 adolescentes (24%), sendo a segunda causa de mortalidade.

Nesta época, é criada a "Ala de partos", possibilitando, nos casos de problemas de parturição, que a mulher seja atendida no hospital. Além disso, nas duas primeiras décadas do século XX, as enfermarias, divididas pelas especialidades médicas de ginecologia e obstetrícia, favorecem a admissão de mulheres com moléstias ligadas à reprodução: patologias da gestação, parto e puerpério. Por este motivo, deste período em diante, a análise dos registros obtidos nos Livros dos Enfermos, passa a ser mais específica em relação à maternidade das mulheres adolescentes.

Os registros do início deste período apontam os primeiros casos de hospitalização por "*prenhez*", nos diferentes meses de gestação, parto à termo, metrites ou infecções "*hunteriana*" (uterina), estreitamento de bacia, eclâmpsia, retenção de placenta, aborto, feto morto.



**Rita** (17 anos, solteira)<sup>1</sup> é admitida em 24/9/1890 com prenhez de 3º mes; **Maria** (19 anos, solteira, criada, da Alemanha)<sup>2</sup> tem seu parto à termo em 20 de julho de 1891 e recebe alta da Santa Casa, somente quatro meses depois. Ela é a primeira adolescente de parto realizado na Santa Casa de Porto Alegre, que sobrevive. Apesar de não constarem no registro anormalidades relativas às condições do parto, evidencia-se a presença de complicação, pelo fato de ter ido para o hospital e lá permanecer por tanto tempo. Mesmo nos casos de parto natural, a permanência no hospital é de algumas semanas. Como exemplo, **Sofia** (18 anos, solteira, da França)<sup>3</sup>, tem parto natural em 17 de novembro, e recebe alta em seis de dezembro.

As infecções uterinas são encontradas com maior freqüência nos registros. Estas enfermidades são responsáveis por longos períodos de hospitalização das mulheres. **Maria Francelina** (16 anos, criada, solteira, do RS)<sup>4</sup> é admitida em 24 de abril de 1892 com infecção uterina, ficando hospitalizada por um mês e meio. Outra adolescente, **Maria Augusta** (17 anos, solteira, da Alemanha)<sup>5</sup> é admitida na Santa Casa por igual motivo, em sete de julho do mesmo ano, sendo liberada somente no final de novembro. **Luiza** (14 anos, solteira, da Áustria)<sup>6</sup> é hospitalizada em agosto por infecção uterina, e recebe alta em abril do ano seguinte. Muitos outros casos, como o de Maria ou Luiza, são registrados, confirmando que a recuperação das infecções uterinas é demorada.

Surgem os casos de óbito obstétrico. Por apresentar morte fetal há dois dias, o parto de **Josefa Maria** (15 anos, criada, solteira, do RS)<sup>7</sup>, é realizado "*com aplicação de Forceps*". Apesar da perda fetal, Josefa sobrevive e tem alta em dez dias. Igual

---

<sup>1</sup> Rita, Livro de Registro Geral de Enfermos, nº 6, 1890.

<sup>2</sup> Maria, Livro de Registro Geral de Enfermos, nº 6, 1891.

<sup>3</sup> Sofia, Livro de Registro Geral de Enfermos, nº 6, 1891.

<sup>4</sup> Maria Francelina, Livro de Registro Geral de Enfermos, nº 6, 1892.

<sup>5</sup> Maria Augusta, Livro de Registro Geral de Enfermos, nº 6, 1892.

<sup>6</sup> Luiza, Livro de Registro Geral de Enfermos, nº 7, 1894.

<sup>7</sup> Josefa Maria, Livro de Registro Geral de Enfermos, nº 7, 1895.

sorte não é reservada à Adelina e Amélia. **Adelina** (18 anos, casada, do RS)<sup>1</sup>, admitida em sete de agosto de 1896, tem parto que "*entrou em artigo de morte*", vindo a falecer, logo após. **Amélia** (18 anos, solteira, do RS)<sup>2</sup>, é admitida para o parto por apresentar eclâmpsia. Ela e o bebê morrem.

Neste período, a única opção para o parto, é a via vaginal. Exemplo disso, é o caso de **Cecília** (17 anos, criada, solteira, do RS)<sup>3</sup>, por apresentar bacia estreitada que impossibilita um parto normal, morrem mãe e filho. Apesar de, em 1840, os americanos Long e Morton terem descoberto o éter que pode ser usado sem risco para induzir o paciente ao sono durante a cirurgia, a técnica de cesariana não é, ainda, utilizada. Anestésicos e antibióticos ainda estão por vir e as mulheres ainda padecerão, por muitos anos, as dores do parto que apresenta complicações.

Em 1917, é inaugurada a Clínica Cirúrgica de Mulheres e, logo a seguir, aparece o primeiro registro de cesariana, em mulher adolescente na Santa Casa de Porto Alegre. Em 1918, **Luiza** (16 anos, criada, solteira, do RS)<sup>4</sup>, com gravidez à termo, é admitida em 28 de agosto, e operada por "*cesariana abdominal*", falecendo cinco dias após.

Na virada do século XX, as infecções uterinas e os partos são os principais motivos de admissão de mulheres adolescentes. De 1900 a 1910, a infecção uterina é a enfermidade de maior ocorrência. Aumenta a incidência entre as mulheres da enfermaria de ginecologia e obstetrícia, representando um percentual de 22,2% dos casos de internação em 1900, e chega à 65,85% em 1903. A partir daí, a infecção uterina se estabiliza entre 37% e 42% até 1906, quando inicia seu declínio progressivo até o final de 1919, atingindo um percentual de 8,43% sobre as adolescentes internadas.

As infecções uterinas, ao longo deste período, diminuem em percentuais mas não em gravidade, uma vez que continuam associadas a longos períodos de internações e, em alguns casos, há óbitos.

---

<sup>1</sup> Adelina Olímpia, Livro de Registro Geral de Enfermos, n° 7, 1896.

<sup>2</sup> Amélia, Livro de Registro Geral de Enfermos, n° 8, 1897.

<sup>3</sup> Cecília, Livro de Registro Geral de Enfermos, n° 9, 1900.

<sup>4</sup> Luiza, Livro de Registro Geral de Enfermos, n° 20, 1918.



Outras razões levam as mulheres a serem internadas na Santa Casa mas a gestação, nas suas mais diversas etapas, torna-se razão cada vez mais freqüente. Das 27 gestantes adolescentes internadas em 1900<sup>1</sup>, sete delas (25,92%), internam-se por gravidez e parto à termo. Em 1910<sup>2</sup> este percentual é de 42,85%, (33 mulheres) e no final deste período analisado, em 1919<sup>3</sup>, do total de 83 mulheres, 43 delas, (51,8%), perfazem mais da metade dos casos de internação. Ainda em 1919, outras 16 (19,2%) gestantes são admitidas para cuidados no transcurso da gravidez, e seis (7,2%) resultantes de aborto.

Em relação aos partos a termo, uma característica importante é o prolongado período de permanência destas mulheres no hospital. **Flordelina** (16 anos, criada, casada, do RS)<sup>4</sup>, é admitida com gravidez a termo em sete de outubro de 1918, e recebe alta somente em 16 de junho do ano seguinte, ou seja, oito meses após.

Os casos de internação para o parto que tem alta com menor tempo de hospitalização, variam entre seis a doze dias. **Maria Graciolina** (18 anos, doméstica, casada) **Flora** (19 anos, casada) e **Silvana** (16 anos, solteira)<sup>5</sup>, admitidas em 1919, com gravidez a termo, têm "*alta curadas*", com oito, seis e 12 dias de internação, respectivamente.

Num primeiro olhar, parece que a longa permanência hospitalar das mulheres é uma prática decorrente da situação de serem solteiras e pobres, portanto, sem muitos recursos de atendimento em suas próprias casas. Entretanto, numa análise mais detalhada, observa-se que esta é uma prática rotineira. Muitas destas enfermas, não se sujeitam a este período de hospitalização, sendo comum a alta "a pedido". **Maria Francisca** (18 anos, doméstica, solteira)<sup>6</sup> é admitida com dois meses de gestação, com ameaça de aborto, no dia 30 de outubro e, no mesmo ano, **Maria Miguelina** (19

---

<sup>1</sup> Livro de Registro Geral de Enfermos, n° 9, 1900.

<sup>2</sup> Livro de Registro Geral de Enfermos, n° 14, 1910.

<sup>3</sup> Livro de Registro Geral de Enfermos, n° 20, 1919.

<sup>4</sup> Flordelina, Livro de Registro Geral de Enfermos, n° 20, 1918.

<sup>5</sup> Maria Graciolina, Flora e Silvana, Livro de Registro Geral de Enfermos, n° 20, janeiro e fevereiro de 1919.

<sup>6</sup> Maria Francisca, Livro de Registro Geral de Enfermos, n° 20, 1919.

anos, doméstica, solteira)<sup>1</sup> é internada, em dois de dezembro, com sete meses de gestação. Ambas têm "*alta a pedido*" em 13/11 e 22/12, respectivamente.

Parece que resolvida a preocupação com a enfermidade responsável pela internação, estas mulheres demonstram seus desejos de retornarem ao lar o quanto antes. **Alaydes** (17 anos) e **Maria de Lourdes** (14 anos)<sup>2</sup>, ambas dos afazeres domésticos, solteiras, admitidas por gravidez de 8º mes, solicitam "*alta a pedido antes do parto*".

O mesmo ocorre com as mulheres de gravidez a termo com parto normal. **Bernardina** (17 anos)<sup>3</sup> solicita "*alta a pedido*", cinco dias após o parto, contrariando o estabelecido pela equipe médica.

### **. Período da Modernidade: 1920 a 1929**

O século XX começa com a maior parte do mundo sob o mando das nações européias. No período de pós-guerra, (1914-1918), com o sacrifício de milhões de vítimas, além da ruína econômica, há o colapso do universo Europeu e o desmoronamento de valores que, até então, sustentam a realidade. São anos de grandes mudanças, e a maior parte dos conceitos da época anterior, são destituídos.

Neste contexto turbulento, a ciência faz grandes avanços e as pessoas se acostumam às grandes conquistas das ciências médicas. Surgem as técnicas de cirurgia asséptica, que consiste em manter a ferida isenta de micróbios, ao invés de tentar matá-los após a invasão nas feridas. Os cirurgiões começam a lavar cuidadosamente as mãos e antebraços antes da cirurgia, e usam, durante o ato cirúrgico, roupas, luvas e máscaras apropriadas.

Os progressos da ciência, principalmente na área da medicina, são de grande utilidade para a saúde. Descobre-se o RX, o que permite aos médicos visualizar o interior do corpo humano para diagnosticar doenças e ferimentos; desenvolvem-se pesquisas de substâncias químicas que destroem os micróbios de determinadas doenças. Um destes medicamentos é a arsfenamina - "*Salvarsan*", que mata a bactéria causadora da sífilis (Delta Universal, 1986), que na segunda metade do século XIX, é

---

<sup>1</sup> Maria Miguelina, Livro de Registro Geral de Enfermos, nº 20, 1919.

<sup>2</sup> Alayde, Livro de Registro Geral de Enfermos, nº 20, 1919.

<sup>3</sup> Bernardina, admitida em 15 de abril, Livro de Registro Geral de Enfermos, nº 20, 1919.



uma das principais causas de enfermidade das mulheres adolescentes admitidas na Santa Casa de Porto Alegre.

Apesar destes progressos, só nas décadas de 1930 e 1940, com a descoberta da sulfa e dos antibióticos, a medicina conta com o auxílio de medicamentos até então desconhecidos para o tratamento de enfermidades infecciosas.

No período de 1920 a 1929, são admitidas 902 enfermas adolescentes nas enfermarias da "*ala de partos*" da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre. Na análise dos Livros de Registros dos Enfermos, observa-se que a maioria destas mulheres adolescentes são pobres, de profissão doméstica, maiores de 16 anos e naturais do Brasil. Neste período há uma nítida mudança nas enfermas admitidas, quanto ao estado civil. O número de casadas aumenta progressivamente nesta década. Em 1920 as casadas somam 26,8%, e em 1929, 47,53%. Esta tendência pode ser explicada pelo tipo de assistência prestada à estas mulheres, dividida por especialidade e ligada, diretamente, à gestação, parto e ao puerpério.

Como exemplo constata-se no Livro de Registros que as enfermidades responsáveis pelas admissões ao longo deste período, são: **gravidez à termo** seguida de **complicações da gravidez** (infecções, aborto, parto prematuro, eclâmpsia) e, as **complicações do parto e do puerpério** (retenção de placenta e lacerações de períneo) e as **infecções puerperais**.

**Gravidez à termo** - A gravidez à termo é responsável, por mais de 50% dos atendimentos. As mulheres adolescentes admitidas com "*gravidez a termo*", permanecem hospitalizadas por um período mínimo de uma semana quando não há registro de complicações pós-parto. **Julieta** (16 anos, afazeres domésticos, casada)<sup>1</sup>, permanece hospitalizada por 11 dias; **Alice** (14 anos, solteira)<sup>2</sup>, por dez dias e **Maria** (15 anos, afazeres domésticos, casada)<sup>3</sup>, deixa o hospital em uma semana porque tem alta "a pedido".

**Complicações na gravidez** - Nos casos de gestação a termo em que há complicações, o período de permanência hospitalar pós parto, pode tornar-se mais

---

<sup>1</sup> Julieta, admitida em 01 de agosto, Livro Geral de Enfermos, n° 21, 1920.

<sup>2</sup> Alice, admitida em 20 de setembro, Livro Geral de Enfermos, n° 22, 1922.

<sup>3</sup> Maria, admitida em 02 de julho, Livro Geral de Enfermos, n° 21, 1920.

longo. **Leontina** (16 anos, afazeres doméstico, casada)<sup>1</sup>, é admitida por "*gravidez dupla à termo*" permanecendo 15 dias hospitalizada; **Lacy** (17 anos, solteira)<sup>2</sup> continua hospitalizada por 28 dias, em decorrência de uma hérnia umbilical; **Roberta** (16 anos, solteira)<sup>3</sup>, com gravidez a termo e "*Condylomas vulvo anaes*", fica no hospital durante 2 meses.

Em outros casos de gestação pré-termo, as hospitalizações são devidas à presença de enfermidades associadas a gravidez, ameaça de partos prematuros e, principalmente, os abortos. Por estes motivos são internadas na Santa Casa, **Francisca**, 17 anos, criada, solteira<sup>4</sup>, grávida de 8 meses e com "*Lues*" (sífilis); **Miguelina**, 18 anos, solteira<sup>5</sup>, com gravidez de 5 meses e papilomas "*vaginales*"; **Arcinia**, 18 anos, casada<sup>6</sup>, com gravidez de 7 meses e eclâmpsia. A eclâmpsia é também, responsável por dois óbitos, neste período de análise: **Maria Rosa**, 18 anos, solteira<sup>7</sup> e **Palmira**, 19 anos, solteira<sup>8</sup>.

Os partos prematuros e os abortos são complicações registradas em, aproximadamente, 30% das enfermas adolescentes, e é a segunda maior causa de hospitalização na obstetrícia. A prematuridade é responsável por um grande número de óbitos fetais e o aborto.

**Complicações no parto e puerpério** - Por não haver, ainda, tratamento específico para as infecções puerperais, esta complicação incide em maior tempo de hospitalização. Em decorrência da retenção de placenta, e conseqüente infecção

---

<sup>1</sup> Leontina, admitida em 18 de agosto, Livro Geral de Enfermos, n° 21, 1920.

<sup>2</sup> Lacy, admitida em 12 de maio, Livro Geral de Enfermos, n° 21, 1921.

<sup>3</sup> Roberta, admitida em 09 de setembro, Livro Geral de Enfermos, n° 22, 1922.

<sup>4</sup> Francisca, admitida em 12 de abril, Livro Geral de Enfermos, n° 21, 1920.

<sup>5</sup> Miguelina, admitida em 13 de outubro, Livro Geral de Enfermos, n° 22, 1922.

<sup>6</sup> Arcinia, admitida em 07 de junho, Livro Geral de Enfermos, n° 24, 1924.

<sup>7</sup> Maria Rosa, admitida em 1° de julho, Livro Geral de Enfermos, n° 24, 1924.

<sup>8</sup> Palmira, admitida em 15 de maio, Livro Geral de Enfermos, n° 26, 1926.



puerperal, **Carolina** (19 anos, doméstica, solteira)<sup>1</sup>, é liberada do hospital "curada" somente três meses e três semanas depois do parto. **Almerinda** (16 anos, doméstica, solteira)<sup>2</sup>, admitida com gestação a termo em agosto, apresenta infecção puerperal e só tem alta "a pedido", em dezembro. Portanto, quatro meses após.

Nos casos de infecção puerperal, apesar de serem mulheres jovens, a luta contra as bactérias pode ser difícil e longa, e a batalha nem sempre é vencida pelas puérperas. Em muitos casos, esta patologia está associada aos óbitos. Só para se ter uma idéia, na década de 1920, do total de adolescentes hospitalizadas na "ala de partos", em 26 casos (2,88%) ocorre o óbito e destes 11 (42,30%) são devidos a infecção puerperal. Exemplos: **Eva** aos 16 anos, solteira<sup>3</sup>, morre uma semana após o parto; **Reardina** aos 18 anos, casada<sup>4</sup>, 50 dias após o parto; **Angelina** aos 18 anos, casada<sup>5</sup>, cinco dias após hospitalização; **Dorcelina** aos 19 anos, casada<sup>6</sup>, duas semanas de hospitalização e **Julieta**, 18 anos, casada<sup>7</sup>, no 7º dia de puerpério.

A espera resignada e fatalista do parto vaginal é prática vigente neste período. Da análise dos registros das enfermas sobressai a preocupação principal: a sobrevivência da mulher. Com o atendimento obstétrico, prestado à algumas mulheres em enfermarias de parto, surgem novas questões relativas à parturição. Tenta-se esmiuçar os inúmeros problemas, alguns longe sequer de serem colocados em foco.

Nos Livros de Registros constata-se as estatísticas de mortalidade materna, mostrando o alto número que paga com a vida o cumprimento da função reprodutora. Contribuem para este fato, a ausência de tratamento eficaz da infecção puerperal e a operação cesariana, que neste período, de acordo com Rezende (1974:20), é "evento

---

<sup>1</sup> Carolina, admitida em 05 de julho, Livro Geral de Enfermos, n° 23, 1923.

<sup>2</sup> Almerinda, admitida em 25 de agosto, Livro Geral de Enfermos, n° 24, 1924.

<sup>3</sup> Eva, admitida em 30 de julho, Livro Geral de Enfermos, n° 21, 1921.

<sup>4</sup> Reardina, admitida em 06 de outubro, Livro Geral de Enfermos, n° 21, 1921.

<sup>5</sup> Angelina, admitida em 07 de novembro, Livro Geral de Enfermos, n° 21, 1921.

<sup>6</sup> Dorcelina, admitida em 27 de fevereiro, Livro Geral de Enfermos, n° 22, 1922.

<sup>7</sup> Julieta, admitida em 30 de abril, Livro Geral de Enfermos, n° 27, 1927.

*bissexto e mortífero*". Como exemplo, neste período, submetem-se à cesariana duas adolescentes. **Manuela**<sup>1</sup> com 16 anos, solteira, em 1927, é submetida a "*cesarias partuns*", por apresentar estreitamento de bacia, falecendo, três dias após. Em 1929, **Dejanira**<sup>2</sup> com 18 anos, solteira, é submetida à cesariana e, apesar da cirurgia ter resultado na morte fetal e da necessidade de hospitalização por 45 dias, ela sai curada.

Os registros até então, restringem-se às condições de admissão e alta das mulheres. A partir do final do ano de 1925, iniciam-se as anotações no Livro de Enfermos, sobre as condições do feto; se vivo ou morto.

Com a complementação de informações sobre a **mortalidade fetal**, e os registros das condições do feto, constata-se a fragilidade da parturição no passado. De 1926 a 1929, a mortalidade fetal aproxima-se de 10% nos partos de gestação a termo e, nos casos de parto prematuro, este percentual pode atingir, como no ano de 1928, a cifra de 100%.

Apesar de se constatar nas histórias de vida, anteriormente apresentadas, na seção 6 deste capítulo, que o parto nas décadas de 1920 a 1940, ocorre normalmente na residência da parturiente, observa-se nos registros da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre, outra realidade. As mulheres pobres e muitas delas solteiras, precisam contar com outra estrutura no momento do parto, procuram a instituição hospitalar.

A segunda razão, é que a procura do hospital decorre das complicações. Há registros de admissão de puerperas com retenção de placenta, infecção e hemorragia, em casos de partos atendidos fora do hospital.

As mudanças na assistência à mulher, refletem nesta época, que a saúde reprodutiva é tratada de forma diferenciada daquela existente no século XIX. A hospitalização, principalmente nos casos de complicações, progressiva e lentamente obtém resultados satisfatórios, além dos cuidados caseiros prestados pelos membros da família.

A hospitalização e medicalização da mulher no atendimento à maternidade apresenta as primeiras chances de sobrevivência naqueles casos em que a gravidez e

---

<sup>1</sup> Manuela, admitida em 03 de agosto, Livro Geral de Enfermos, n° 27, 1927.

<sup>2</sup> Dejanira, admitida em 14 de julho, Livro Geral de Enfermos, n° 29, 1929.



o parto não evoluem de forma natural. Entretanto, a sobrevivência destas jovens ainda está vinculada a longos períodos de permanência na instituição hospitalar, longe do convívio familiar.

Apesar dos avanços das ciências médicas, o sucesso da reprodução humana, depende muito mais dos recursos da própria natureza e de cuidados gerais de saúde, do que da tecnologia. E, normalmente, as complicações que as mulheres adolescentes enfrentam no cumprimento da função reprodutora, ocorrem muito mais em consequência da situação de pobreza, abandono social, e por serem solteiras, do que por condições biológicas.

Concluindo este segundo bloco da pesquisa relativa as *fontes judiciárias e de saúde* - percebe-se um quadro categórico de preconceito e abandono social, envolvendo a mulher. Para recuperar a honra perdida, a justiça representa a última chance de a mulher restabelecer-se moralmente. Entretanto, mesmo nos casos em que obtém este objetivo, os resultados são questionáveis. A mulher passa por inúmeros obstáculos no decorrer do processo e o máximo que pode alcançar é casar com quem, no relacionamento direto, nega-se a casar, só o fazendo por obrigação, para escapar da prisão.

Nos casos de gravidez pré-matrimonial, além de terem perdido a honra, as mulheres perdem, com ela, a possibilidade de formar família, casar e assim garantir o sustento futuro. Pobres, com poucas possibilidades de sustento próprio e abandonadas, muitas recorrem à Misericórdia. Entretanto, nem a **Roda dos Expostos**, que recebe crianças, fruto de relacionamentos ilícitos, nem a Santa Casa de Misericórdia, que atende aos pobres e enfermos, constituem-se em agentes transformadores desta realidade social. Servem, unicamente, para amenizar a situação de abandono social sofrido pelas mulheres, ao longo deste período.

**PARTE III**  
**MULHERES DE HOJE: (RE)CONSTRUINDO A HISTÓRIA**



## 8 - VIRANDO A PÁGINA: FRAGMENTOS DO PRESENTE

No ancoradouro do presente vislumbra-se um passado que parece distante, mas ao mesmo tempo reporta-se à cotidianidade atual. A história de mulheres vivida no contexto social do Rio Grande do Sul, no passado, pode ser interpretada como a ilustração e a problematização das vicissitudes do desenvolvimento da identidade social feminina ligada, então, aos papéis de esposa e mãe.

Ao expor e descrever as histórias - reportando-as a situações limite - daquelas que vivem no mundo da "luz", isto é, da mulher honrada, preservada, conceito que a sociedade valoriza e considera como o real, e, das mulheres marginalizadas que vivem à "sombra" desta mesma sociedade, por representarem o que não é para ser vivido ou mostrado, portanto mulheres desonradas, fáceis, imorais, pobres e sem família - fica evidente a contradição entre a aparência e a essência deste viver.

As aparências nem sempre refletem a realidade. As partes iluminadas, visíveis, servem apenas de ponto de partida. Para se ter uma visão global é necessário ir além de, na busca do significado para compreender o fenômeno. Ao se analisar a maternidade na adolescência, no momento presente, coloca-se em dúvida a aparência e enfatiza-se o mundo das sombras deste fenômeno, na procura de sua essência.

### • Atualidade

O Brasil, assim como o mundo, se transforma rapidamente nestas últimas décadas. Na década de 1950-1960 o censo revela 70 milhões de brasileiros chefiados por Juscelino Kubitschek, com seu lema "cinquenta anos em cinco".

Hoje, constata-se que a história destas últimas quase quatro décadas é inversa. Há períodos de desenvolvimento e outros de retrocesso. O processo de transformação do país passa do sistema republicano à ditadura militar, retornando ao sistema Republicano.

Apesar de ser a oitava economia mundial, o Brasil é "*laboratório de misturas, espaço histórico de convivência entre arcaico e moderno, autoritário e democrático, miséria e luxúria, inferno e céu*" (Diegues, 1993:50,51).

A globalização da informação, através da televisão brasileira, é transmitida em rede para todo o país, via satélite, desde a década de 1970. A televisão, protagonista

do drama cultural atual, "*teatralidade*", serve de anestésico, e constrói em aparência um país sem diferenças regionais. Esta montagem social colabora para que os indivíduos percam, pouco a pouco, a noção do que é real ou potencial.

Hoje, o Brasil é outro. São 150 milhões de pessoas construindo uma nova história. As diferenças regionais continuam existindo. E elas são essencialmente marcantes no acesso à saúde, assim como em outros aspectos da vida social. Na história das mulheres, estas diferenças ditam as normas pelas quais elas nascem, vivem, têm filhos, adoecem, envelhecem e morrem.

#### • **Revolução Sexual e maternidade na adolescência**

Foram poucos, ao longo da história da humanidade, os movimentos sociais que provocaram mudanças radicais. De acordo com Branca Moreira Alves (Apud Veja, 1994), o Movimento das Mulheres no mundo é, sem dúvida, o movimento humano mais forte depois da Revolução Industrial. A partir dele, surgem as questões das "*Relações de Gênero e Poder*", que trazem imbutido todo um conceito de sociedade no qual a palavra sexo fica restrita à sua definição biológica.

Às vezes não se sabe bem, quando uma revolução social inicia. Entretanto, no caso da revolução sexual, muitos associam seu impulso à introdução da pílula anticoncepcional, na década de 1960. A partir daí, o relacionamento sexual muda radicalmente: pode-se separar sexo da reprodução. Antes do advento dos anticoncepcionais orais, o relacionamento sexual prévio ao casamento poderia significar gravidez indesejada.

De acordo com a Parte II - **Mulheres de Ontem: mitos e mentalidades** - a necessidade de evitar esta circunstância cria um ritual relativo ao comportamento social das mulheres. As **moças direitas, honradas**, deveriam chegar virgens ao casamento e com a promessa (recompensa) de bons maridos, alguém para sustentá-las, uma família saudável, preservadas da maledicência e marginalização. De outro lado, as **mulheres fáceis** adquirem má reputação, da qual é difícil livrarem-se.

As orientações transmitidas pelas mães contém uma regra simples: sexo só depois do casamento. Para manter esta regra a família exerce estrito controle sobre o casal de namorados ou noivos. De certa forma, esta atitude restritiva contribui para

---

\* Branca Moreira Alves citada em reportagem da revista Veja, 1994.



que os casamentos ocorram cedo, entre os 18 e 21 anos, e logo o casal constitui sua própria família.

Mas a **pílula** muda tudo, muito rapidamente. Um pequeno comprimido por dia evita discussão, confusão e preocupação. Embora importantes transformações políticas, econômicas e sociais ocorram nas últimas décadas, principalmente no pós-guerra, a chegada da pílula coincide com um turbilhão social. Ela traz um novo sentido à sexualidade. E, este fato passa a dar um novo significado à sexualidade da mulher.

As escolas, antes divididas em masculinas e femininas, passam a ser mistas. Rapazes e moças saem juntos, informalmente, como amigos, ou como namorados. Passam a viver e a relacionar-se de forma livre, ignorando as regras rígidas e fora de moda do namoro "à antiga". Não há mais a necessidade do "chá de pêra", e cai por terra o controle familiar, especialmente o paterno, sobre o namoro.

O relacionamento sexual da mulher, antes do casamento, torna-se aceitável. E este novo modo de ser afeta a vida dos adolescentes. A idade média da primeira relação sexual, baixa de forma drástica. Nos últimos anos o "sexo" aumenta entre os adolescentes tornando-se uma experiência normal a ser vivida.

Pela primeira vez na história, fica evidente para as mulheres que o "sexo" é um direito. A conquista da liberdade sexual permite às mulheres separar o sexo da reprodução, possibilitando a homens e mulheres repensarem seus papéis tradicionais. E, assim, é inevitável que a "instituição" casamento seja adversamente afetada na sua estabilidade: menor número de casamentos e maior número de separações.

Exemplificando, em 1990, no Rio Grande do Sul, dos 159.733 indivíduos registrados, 19.562 (12,25%) são filhos de mulheres solteiras (IBGE, 1990:14). Neste mesmo ano ocorrem 48.100 casamentos e 6.731 (14,00%) separações judiciais (IBGE, 1990:38), significando que para cada sete casamentos realizados no Rio Grande do Sul, um se desfaz. O número de separações no Estado é o segundo mais alto do país.

O relacionamento sexual, hoje, é mais visível do que no passado. A sociedade vive esta realidade de forma mais frouxa. Os rótulos ainda existem, mas as mulheres não se sentem mais tão constrangidas. Assim, como a sociedade forma valores, também atua na sua dissolução, e padrões rígidos de moral sexual caem, progressivamente.

---

\* FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA.

Nessa revolução sexual há uma avalanche de propagandas que abusam do sexo para vender produtos. O sexo explícito passa a aparecer nos filmes, está nas bancas de revistas, livrarias, e invade os lares diariamente via televisiva, principalmente nas telenovelas e nos anúncios publicitários.

A gravidez fora do casamento é, em algumas situações, uma opção consciente da mulher, mas em outras, como na adolescência, pode significar a realização de um desejo inconsciente: "quero um filho" podendo traduzir-se em: "quero um relacionamento profundo".

No Rio Grande do Sul, o total de registros de nascimentos civis é de 174.982 em 1980 (IBGE, 1981) e em 1990 (IBGE, 1993) é de 159.733. Constata-se uma redução de 9% na natalidade nestes 10 anos. E na análise dos registros da idade da mãe na ocasião do parto, observa-se que há a redução de 10,32% somente no grupo de idade de mulheres com mais de 20 anos. Os nascimentos no grupo de mães adolescentes (menores de 20 anos), os percentuais passam de 13,70% (23.956 casos) em 1980, para 15,06% (24.064 casos) em 1990.

Estas taxas revelam que no Rio Grande do Sul, apesar da aparente estabilidade do crescimento populacional, eqüivalente à países desenvolvidos, há um aumento no percentual de nascimentos entre mães com menos de 20 anos.

Portanto, o crescimento populacional deve-se, basicamente, à reprodução em mulheres adolescentes. Cabe ressaltar que esta tendência, no Rio Grande do Sul, é semelhante ao que ocorre no Brasil e na América como um todo. O futuro, para estas adolescentes, chega com precocidade. No âmbito regional, nacional e internacional as adolescentes, com maior frequência, tornam-se mães. A vida cotidiana destas jovens mães é relatada na próxima seção.



## 9 - ENTRANDO EM CAMPO: A VIDA COTIDIANA DAS GESTANTES ADOLESCENTES

Diferente do passado, quando o parto se realiza no convívio familiar, hoje a vivência da maternidade, apesar de continuar a ter o significado de acontecimento único na vida da mulher, muitas vezes torna-se uma experiência crítica.

Este quadro pode assumir uma tonalidade mais sombria quando a parturiente é adolescente e, portanto, soma duas experiências geradoras de crise: enquanto busca sua identidade pessoal (muitas vezes solteira, desinformada, inexperiente, desassistida e com perspectivas de um devir desalentador) tem de assumir novos papéis sociais, como o de mãe.

Hoje, as jovens entram em conflito com sua própria feminilidade, pois as questões transmitidas como importantes e valorizadas no seu cotidiano, entre as quais a maternidade, são acrescidas de outros valores sociais mais amplos, como estudar e trabalhar.

De acordo com Maria Lúcia Rocha-Coutinho (1994), na vida real os dois modelos são fundidos, e as mulheres passam a se desdobrar em múltiplas responsabilidades.

Profissionalmente, o maior desafio da enfermeira e autora da presente tese tem sido o estabelecimento de uma modalidade de cuidados à gestante e à parturiente e, em especial, às adolescentes. Esta incitação torna-se mais forte e complexa à medida que, a cada passo, se acrescentam novas interrogações e incertezas quanto à assistência para o grupo de mulheres adolescentes e a melhor forma de prestar-lhes o cuidado de enfermagem.

Na prática da enfermagem obstétrica, os fenômenos que envolvem os processos de saúde reprodutiva estão, cada vez mais, inseridos na leitura do contexto familiar, seja para a interpretação da repercussão destes fenômenos na família, seja na compreensão da família como local primário de cuidados.

Nesta concepção, à margem das instituições hospitalares de saúde, a pesquisa de campo apresentada a seguir, possibilita o envolvimento direto com o grupo de adolescentes nas suas vivências cotidianas da maternidade nas relações sociais.

A análise da pesquisa de campo refere-se aos registros obtidos no período de agosto de 1993 a janeiro de 1995, relativos a um grupo composto por sete

adolescentes de classe popular, moradoras da 3ª microrregião, zona norte de Porto Alegre.

Esta etapa de pesquisa tem início a partir do contato com líderes comunitárias, que, posteriormente, indicam as jovens gestantes. Enilda apresenta Eliza, que fala para Cinara, que é colega de escola de Silvana. Numa tarde, enquanto aguardo, ao lado do carro, uma das gestantes, a menina Beatriz (9 anos), vem falar comigo sobre o que eu fazia na Vila. Após expor meu trabalho, diz que a filha de sua vizinha é "bem guria e está esperando nenê". Me leva lá, e me apresenta à Dona Francisca que chama a filha Geni para falar comigo.

Assim, torno-me conhecida na comunidade, e outras gestantes chegam para participar do grupo: Mary, Adriana, Lucimara, Débora, Elizabeth, Márcia e outras, formando um grupo de 11 adolescentes. Deste total, para fins desta análise, foram selecionadas **sete gestantes** por apresentarem situações mais específicas, mais tempo de convivência no grupo, por participarem de um maior número de encontros individuais, e por serem as mais jovens.

Iniciam-se os encontros semanais, no primeiro momento individuais, realizados na residência das adolescentes. À medida que o conhecimento mútuo entre pesquisador e adolescentes ocorre, propõe-se as atividades de grupo, que passam a acontecer no Centro Comunitário ou na residência de uma das adolescentes. No primeiro encontro coletivo Enilda traz Fernanda para participar.

As adolescentes participantes da pesquisa, bem como seus companheiros<sup>\*\*</sup>, têm por ocasião da primeira entrevista, a seguinte idade: **Geni**, 14 anos (Darley, 27 anos); **Adriana**, 14 anos (Everton, 16 anos); **Eliza**, 15 anos (Marcus, 17 anos); **Fernanda** 16 anos (Wilson, 18 anos); **Mary**, 16 anos (Juremir, 19 anos); **Cinara**, 16 anos (Leandro, 20 anos) e **Silvana**, 16 anos (Mário, 17 anos). Observa-se que a maioria dos parceiros também é adolescente.

À exceção de **Mary**, mãe aos 14 anos, as demais adolescentes vivenciam sua primeira gestação.

---

\* Os nomes verdadeiros das adolescentes são mantidos por própria solicitação das mesmas. Para a preservação de sua privacidade, seus sobrenomes mantêm-se em sigilo.

\*\* Os nomes dos companheiros são fictícios. Eles não fazem parte direta da pesquisa, a não ser pelo seu relato eventual, pelo relato das próprias adolescentes ou pela observação da interação deles com a adolescentes ou com seu filho.



Quanto à escolaridade, **Adriana** é a única com primeiro grau completo (8ª série). **Fernanda** (5ª série) e **Geni** (4ª série) deixam a escola antes da gravidez. As adolescentes que ainda estudam, **Cinara** (7ª série), **Eliza** (5ª série) e **Silvana** (7ª série), abandonam seus estudos em decorrência da gravidez, e apesar da tentativa de regresso após o parto, não obtêm êxito.

Quatro adolescentes solteiras, **Eliza**, **Fernanda**, **Mary** e **Silvana** passam a viver maritalmente com o pai do bebê, adolescentes como elas e que assumem legalmente a paternidade. Destas adolescentes, **Fernanda** e **Mary**, separam-se dos companheiros nos primeiros meses após o nascimento da criança. **Fernanda** e a filha passam a morar na construção acoplada à casa da mãe e **Mary** volta a morar com a família de origem.

A análise do material estudado, nesta parte da tese, é resultante de dois tipos de atividades realizadas com as adolescentes: **convivência coletiva** e **individual**. Analisa-se, inicialmente, os materiais do trabalho de grupo e, posteriormente, faz-se a análise dos materiais individuais com as categorias emergentes, concomitante com dois casos que exemplificam a trajetória da maternidade para duas adolescentes, sob a forma de estudo de caso. Esta modalidade de apresentação, oferece possibilidade de mostrar as múltiplas concepções que emergem na pesquisa, de forma a poder dimensionar uma compreensão social, grupal e individual do fenômeno.

## 10 - CONVIVÊNCIA COLETIVA: GRUPO DE GESTANTES E MÃES ADOLESCENTES

A convivência em grupo é fundamental pela troca de experiências entre as adolescentes que partilham a mesma situação e experiência.

Durante o período de estudo, são realizados 30 encontros coletivos, e algumas atividades sociais como: chá de panela, chá de fralda, passeio no dia das crianças, festa de Natal e comemoração de aniversário dos bebês.

Em um caso, a autora acompanha a adolescente durante o trabalho de parto e, em três casos, faz visitas no pós-parto, no hospital.

A delimitação dos **objetivos dos encontros** de grupo e as **formas de funcionamento** partem do debate grupal, das emoções e idéias por elas exteriorizadas. Desta forma, estes encontros coletivos com as gestantes adolescentes, têm a finalidade de: ajudá-las a encarar a gestação, parto e puerpério<sup>\*\*</sup> como processos fisiológicos; promover condições para que a maternidade na adolescência seja uma experiência positiva e gratificante; incentivar a mãe adolescente a decidir sobre o futuro dela e de seu filho; e propiciar condições para uma paternidade/maternidade responsável.

Para o desenvolvimento dos encontros empregam-se diferentes atividades didáticas: oficina de trabalho; dramatização; tarefa de casa; orientação dialogada e relato de experiências. À medida que as gestantes se tornam mães, outras gestantes são trazidas pelos membros do grupo para participar, e as características do grupo de adolescentes, de acordo com suas especificidades, são apresentadas e assinaladas ao longo deste capítulo.

As gestantes adolescentes têm necessidade de contar sua própria história, fazer perguntas, trocar idéias, e discutir seus medos e fantasias. As reuniões de grupo

---

\* Daqui em diante, sempre que se fizer referência "à autora ou Anna", a ação refere-se à autora da presente tese na função de enfermeira.

\*\* Puerpério ou pós-parto, é definida por Ziegel e Cranley, como o "período que tem início após o parto e termina quando a fisiologia materna volta ao estado anterior, ou seja seis semanas depois." ZIEGEL, Erna; CRANLEY, Mecca. Enfermagem Obstétrica. 2.ed. Rio de Janeiro: Interamericana, 1985, p.428.



transformam-se, pouco a pouco, num espaço para elaborar situações conflituosas da maternidade, pois todas as adolescentes estão imersas na mesma situação vital. Os problemas de uma, servem de parâmetro para as demais, antecipando situações futuras, como o caso de **Adriana**. Com medo do parto, ao ouvir o relato da experiência das mães adolescentes, se encoraja.

Inicialmente, os grupos funcionam uma vez por mês, com duração de uma hora, em final de tarde, para proporcionar a presença das que trabalham. Com a proximidade do parto, por solicitação do grupo, as reuniões são realizadas de 15 em 15 dias.

Participam do grupo as adolescentes gestantes e, à medida que dão à luz, as mães adolescentes e seus bebês. Muitas vezes vêm acompanhadas de amigas adolescentes, que as auxiliam no transporte e atendimento da criança, durante a reunião. Nos primeiros meses conta-se também com a participação de liderança comunitária.

A quase totalidade dos encontros é gravada com transcrição imediata, e os assuntos trabalhados servem para a programação do próximo encontro individual ou de grupo, garantindo a continuidade dos temas apontados.

O grupo é um fator importante de desenvolvimento e apoio mútuo. As adolescentes que ultrapassam uma etapa, ajudam as outras. Empréstam as roupas que não servem mais em seus bebês, ou transmitem os cuidados ou tratamentos ao recém-nascido com êxito, como da "dermatite amoniaca": "saiu uns vergão, umas bolinhas e eu usei a pomada *Minâncura* e curou tudo" (Cinara, p.73).

A participação das adolescentes no grupo é variada e, depende, principalmente, das características pessoais de cada uma. As mais tímidas, inicialmente restringem suas intervenções; com o passar dos encontros adquirem mais segurança para expressar e unir suas vozes ao conjunto. As mais antigas, após tornarem-se mães, ou as mais desinibidas, são as mais falantes no grupo. Exemplificando, **Silvana**, inicialmente, consegue somente expressar-se por uma ou duas palavras isoladas, seguidas de risos. No final, apesar de continuar com os risos, consegue expor de forma completa seu pensamento. **Eliza**, por ser a primeira a passar pela experiência da maternidade, é a voz mais presente.

O clima dominante nos grupos é descontraído, apesar de haver alguns momentos conflitantes. Certa ocasião em que **Eliza** e **Silvana** reclamam do constante desejo das suas sogras de segurar seus bebês, surpreendem-se pelo choro intenso de **Cinara** (p.72): "E eu que não tenho nem com quem contar...". Em outro encontro, **Geni**, na

tentativa de calar o filho que "choraminga", bate com o brinquedo em sua cabeça, o que provoca reação de revolta por parte do grupo, e sua saída da reunião.

Embora quebrando o tradicional clima alegre do grupo, estes momentos são aproveitados para reflexão.

Apresenta-se, a seguir, a transcrição de uma realidade fatural de um grupo, construída a partir de uma montagem de aspectos significativos que aparecem em diversos encontros coletivos.

#### • Realidade fatural de um grupo

Às 16:30 horas inicia a reunião do grupo. O gravador é ligado e colocado no chão, em local próximo às participantes. Estão presentes as adolescentes gestantes: Silvana, Adriana e Mary, e as mães Cinara, Fernanda, Eliza, Gení.

**Anna:** Fernanda, tu conhecias a Gení?

**Fernanda:** Ah! Conhecia quando ela era pequena. Quantos anos tu tens?

**Gení:** Eu tenho 14.

**Cinara:** Oh! Fernanda, vai ficar perguntando tudo agora.

**Gení:** Não, é porque a gente se conhecia quando era bem pequeninha. Eu era mais pequena que tu, né?

**Fernanda:** É eu já tenho 15 anos. Bah! Nesta tu me ganha. O que te falam de tu tá grávida tão novinha?

**Gení:** Na minha rua ali tem uma guria tri faladeira. Com a mãe dela, eu me incomodei. Uma vez ela disse: "*É Gení, tu vai botar minha filha no mau caminho, tu tá grávida*". Aí eu disse o dia que eu me perdi, eu me perdi sozinha. Não tinha ninguém junto.

**Eliza** - Quando eu estava no colégio inventaram esta. Tinha umas 4 ou 5 gurias na minha sala que não podiam falar comigo. Aí eu perguntava por que elas não falavam. Aí um dia a mãe duma delas chegou lá no colégio e a professora perguntou: "*Por acaso a Eliza tem alguma doença que pode pegar*"? Ela falou: Ah! Mas ela tá grávida. Aí eu disse: Eu nunca ví, só porque a gente tá conversando sua filha vai ficar grávida. Elas acham que vai colocá no mau caminho.



**Cinara** - Comigo aconteceu também. Essa guria eu já sabia que a avó dela não queria que ela andasse comigo. Mas eu e ela não dava bola. Aí eu fui na casa dela e o tio dela me pôs a corre. Aí ele me deixou do lado de fora do portão e ela do lado de dentro. Ele disse: - *"Tu sabe que não é para tu ficá falando com esta guria"*. Na hora me deu vontade de sei lá. Eu discutí com ele.

**Gení:** Mary, como tu engravidou a segunda vez?

**Mary:** Eu tava tomando pílula de amamentação. Aí me disseram que ela era fraca. Se a criança mamava menos ou começava a comer, tinha que mudar de pílula. Aí eu parei. Só que eu não tinha comprado a outra mais forte. Eu não sabia qual era. Então me disseram que quando o homem faz fora não tem perigo. Que nada. Engravidada igual. Engravidei por querer fazer economia.

**Eliza:** E teu pai não ficou brabo com a gravidez, Mary?

**Mary:** Na primeira, sim. Ele ficou super magoado, até chorou quando ficou sabendo. Eu fiquei com pena dele. Até nem queria mais ficar com o Jurandir por causa disso. Mas no segundo não, ele nem ligou. Eu já tava morando mesmo com ele.

**Eliza:** Meu pai também. Ele chorou. Ele disse: Não é possível, eu fiz tudo por estas gurias... Agora esta grávida. Eu disse: Foi a camisinha que estourou... Foi a camisinha que estourou...

**Adriana:** (gestante): Eu contei pra minha mãe porque não dava mais pra esconde, ela ficou chocada, mas depois... me apoiô. Meu problema agora, é que to com medo de ter a criança, do parto.

**Anna:** Quem quer falar como é ter filho?

**Eliza:** Filho nem sempre é fácil! (Risos) Nós fizemos uma brincadeira com a Anna sobre filho. Uma experiência de cuidar do ovo.

**Anna:** Fizemos um trato. Há um tempo atrás, quando todas estavam grávidas e com medo de ser mãe, dei para elas um ovo de galinha com um desenho. Elas teriam que cuidar do ovo por uma semana. O ovo nunca poderia ficar sozinho. Se elas saíssem de casa tinham que levar junto ou pedir para alguém cuidar.

**Silvana:** Quando eu saí daqui, eu disse pro Mário: A Anna arrumou um filho pra nós. Quando eu ia para o colégio eu deixava o ovo lá na cozinha. Tinha um monte de gente. Quando eu chegava eu levava para o quarto. Só duas vez eu deixei sozinho. Quando eu ia lá pra mãe, eu deixava com a mãe do Mário. Não trazia na mãe porque tem um monte de gente, iam quebrar o ovo.

**Cinara:** Fiquei com ele sábado no meu quarto, até terça feira de manhã. Daí eu fui para o hospital, fazer a cirurgia de retirar as verruga (condiloma) pedi para a tia cuidar. Ela colocou dentro dum pote e tapou.

**Silvana:** Daí o filho ia ficar sem respirar. (Risos)

**Cinara:** Daí ela colocou ele em cima da geladeira onde tinha mais movimento. No hospital eu sonhei que ela tinha comido meu ovo. Quando eu cheguei em casa, a primeira coisa que eu perguntei foi pelo meu ovo. Daí ela disse: Taquí, são e salvo. Vai dar para comer.

**Eliza:** O meu ovo foi um fracasso. Eu cheguei em casa, botei em cima da televisão, chegou a pestinha do Cris, pegou o ovo e deixou cair no chão. A mãe berrou: SOLTA! Ele soltou e caiu no chão. Daí quebrou o coitado do meu filho. A mãe disse vai lá fazer um cafezinho para a tua sogra, vai lá. Eu fui, quando eu voltei tava o ovo espatifado no chão.

**Anna:** Esta experiência é parecida com a do bebê que pode ser tão frágil como um ovo. Que pode cair. Às vezes, se o deixamos sozinho na cama, ele pode cair. Recém-nascido precisa ter alguém responsável por ele. Eles não sabem se cuidar sozinhos. Assim como pediram ajuda para cuidar do ovo, muitas vezes, vocês vão ter que pedir ajuda para o bebê.

**Anna:** Fernanda, conta como foi a tua experiência com o ovo?

**Fernanda:** Olha! Eu sinceramente esquecia no banheiro, esquecia ... quando eu ia trabalhar deixava lá na ... Bom, daí, eu ia para o serviço e deixava com a irmã da Enilda que fica do lado da minha casa. Quando eu voltava eu esquecia. Eu ia fazer comida, eu ia descansar. Daí depois eu me lembrava. Ah! Meu ovo.

**Adriana:** Só que pra ganhar, não é como um ovo! Sê fosse assim eu não ia ter medo!

**Silvana:** Não precisa ter medo que não deve ser este horror. O Mário falou que se fosse tão ruim assim, as mulheres não iam querer mais filho. Eu quero ganhar logo!

**Adriana:** As pessoas fazem um bicho de sete cabeças do parto. Elas dizem: agora tu vai ver o que tu feiz. Agora tu vai ver, tudo de errado que tu fez.

**Eliza:** É... fazem a gente ficar preocupada... Dizem: É agora tu vai ver. Na hora tu vai xingar: Fulano, tu é um infeliz.

**Anna:** A gente não pode admitir que falem algumas coisas. A gente não fez o filho sozinha.

**Mary:** É uma coisa que passa, e tu vai saber passar por isso.



**Cinara:** Eu já não achei tão fácil assim. O meu foi difícil.

**Anna:** Conta pra nós, então, como foi pra ti ganhar!

**Cinara:** Eu fui para o hospital porque minhas contrações estavam de 15 em 15 minutos e estavam muito fortes. Eu não queria ir porque eu sabia que ia demorar muito ainda. Daí a minha tia resolveu me levar. Eles me examinaram. Fizeram toque.

**Silvana:** A primeira vez que o doutor foi fazer o toque em mim eu não deixei. Ele mal colocou o dedo eu comecei a me encolher toda e saí da cama. Ah! Vem metendo os dedos... (Risos) Já este outro exame do câncer que eu pensei que ia ser um horror, mas não é tanto.

**Anna:** O de toque é com o dedo que é fofo e quente que é feito com a luva. O de Câncer eles colocam o espécuro, uma coisa dura, fria e de metal, que te abre para colher o material. O toque ainda é mais simples.

**Silvana:** (Risos). Eu hein!...

**Anna:** Para que tu achas que eles examinam, fazem toque?

**Cinara:** Para ver se a gente está com delatção. Disseram que tava com um dedo de delatção e que eu ia ficar. Que iam me preparar e que eu ia ficar caminhando. Disseram que como meu nenê estava passando do tempo, não dava para deixar assim.

**Fernanda:** Quanto tempo tu caminhou?

**Cinara:** Daí passou 1 hora, 2 horas... Daí a Anna chegou e logo doutor mandou colocar o soro. A enfermeira disse que era para caminhar um monte. Ela não queria colocar o soro em mim. Daí o médico disse que era para colocar. Aí colocaram o soro. Daí começaram a ficar seguidas as contrações. Era 4 vezes mais aquela dor.

**Anna:** O que tu fazia quando sentia dor?

**Cinara:** Eu respirava. Segurava tua mão. Ficava respirando...

**Anna:** Como era esta dor? Era suportável?

**Cinara:** Algumas dava para agüentar, outras não. As primeiras dava para agüentar. As últimas, não. Enquanto tu não tá deitada tu não sente tanta dor, mas depois que tu deita, começa a doer as costas. Aquele soro alí no braço. Aí eles foram aumentando o soro. Aí aumentava as contrações. Eles disseram que o nenê estava muito em cima, que ele tinha que baixar. Aí toda hora eles me examinavam.

**Silvana:** Na hora eu não sei se vou saber fazer. (Risos)

**Cinara:** Na hora tu faz.

**Silvana:** Aquela vez quando eu fui lá no hospital e eles mandaram eu caminhar, tinha uma mulher que chorava de dor. Ela me disse tu não tá com dor? Eu não tava com nada (se referindo as contrações). Ela disse ah! Quem mi dera se eu não tivesse dor, ainda bem que tu não tá com dor, que tu pode caminhar. Ela tava quase chorando. Bah! Aí mandaram nós embora, senão eu ia ficar no meio daquelas loucas ali berrando. Eu ia ficar mais apavorada ainda. (Risos). Ela não tinha delatção.

**Gení:** Anna, o que é delatção?

**Anna:** Dilatção é o mesmo que abrir. O colo do utero vai abrindo para o nenê ir saindo (mostra-se a figura da dilatção). No caso Silvana, ela já tá com 4 cm, quando começarem as contrações vai ser bem rápido. Diferente do colo da Cinara que estava assim, grosso e fechado.

**Mary:** Então é por isso que no parto eles toda a hora estavam examinando? Eu não sabia porquê.

**Cinara:** Quando eu cheguei não tinha ninguém, ninguém. Aí chegou esta mulher que berrava. Aí a gente falou para ela: Respira, respira que a contração vai passar. Quando a gente está assustada, parece que não vai passar nunca. Mas todas as contrações passam. A contração vem e passa. Daí, depois ela acalmô.

**Gení:** A primeira coisa que vocês tem que lembrar de fazer é puxar o ar assim. (faz respiração abdominal).

**Anna:** Que bonitinha a Gení ensinando as outras. (Risos coletivos).

**Gení:** É verdade! A respiração é mais necessário de fazer. É muito bom.

**Anna:** O importante é que elas passam, e quando ela passa tu te acalma.

**Gení:** Tinha uma mulher, quando eu fui ganhar o meu, que berrava assim: Por favor não me cortem, não me cortem. Não era eu que dizia, né. Era a mulé que estava do meu lado ganhando o nenê.

**Fernanda:** Quantas horas tu ficou com contração Cinara?

**Cinara:** 22 horas.

**Silvana:** Que horror!

**Anna:** Mas na hora não é bem assim. Por exemplo, se tu Silvana pensar, que o teu nenê pode nascer só daqui a um mês, tu entra em desespero.

**Silvana:** Ah! Eu vou lá e corto ele. (Risos).



**Geni:** A minha mãe disse que deu uma hora bem certinho para ganhar o nenê e eu não... pra mim era uns minuto.

**Adriana:** Bah! Que diferença, 22 e uma hora.

**Anna:** O parto é como uma caixa de surpresa. A gente nunca sabe bem como vai ser. Pode tanto ser rápido, quanto pode demorar. A gente não se dá conta do tempo. Mesmo sendo 22 horas, a Cinara foi super bem. Pelo menos enquanto eu estava lá. Enquanto eu fiquei com ela, ela foi nota dez.

**Silvana:** Quanto tempo tu ficou com ela?

**Anna:** Toda a noite. Aí me entreguei, me deu sono e fui para casa.

**Geni:** Qual o hospital?

**Anna:** Ela ganhou no Fêmina. Ela me chamou e eu fui lá só para vê-la. Aí como só tinha ela e a outra do lado, eu fui ficando, ficando...Quando eu vi estava amanhecendo o dia. É incrível como passa o tempo.

**Adriana:** Endurece, assim (palpando o útero)?

**Anna:** Pois então isto é contração.

**Fernanda:** Eu tive uma cólica de ir no banheiro. Só que quando eu fui fazer as fezes, conforme eu fui me espremendo, parecia que tinha uma pressão uma cólica aqui em baixo. Aí eu fiquei com medo de fazer a força. Eu pensei, será que eu vou ganhar aqui?

**Silvana:** Minha mãe foi assim, também. Ela era nova, não sabia como era, ela pensava que era dor de barriga de ir ao banheiro.

**Anna:** A diferença entre esta que tu tiveste e as de ganhar o bebê é que as de ganhar o bebê, ficam regulares, ou seja, vem de 10 em 10 minutos e mais fortes. Aí tu espera em casa no mínimo por 2 horas, se elas não passarem, neste tempo, é trabalho de parto. Se for antes disso para o hospital, pode ter que voltar.

**Silvana:** Como eu né. Voltei. (Risos).

**Fernanda:** Meu medo era por causa de injeção, agulha e aquelas coisas né. Eu tenho uma coisa assim, se eu ver uma injeção, deu né.

**Anna:** Vocês acham que todas as mulheres tomam injeção?

**Cinara:** Não.

**Fernanda:** Eu acho que sim.

**Anna:** Se tudo estiver normal, não precisa levar injeção nenhuma.

**Silvana:** E na hora de cortar?

**Anna:** Ah! Para isto sim precisa de injeção. Mas é anestesia, para não sentir dor. Tu estás tão voltada para o nascimento do nenê, que tu nem sente.

**Silvana:** Eles cortam antes do nenê está saindo né.

**Anna:** Sim. A pressão da saída do nenê é muito grande, e quando eles fazem anestesia tu não sente. Pode sentir uma picadinha da injeção e eles cortam quando já está anestesiado.

**Silvana:** Eu tenho tanto medo de injeção que...(Risos).

**Anna:** Não é como uma injeção que tu vai tomar, e está alí esperando.

**Cinara:** Mas a picada tu sente.

**Gení:** Aquela vez que eu fui lá no Conceição, que eu tava com febre que eles queriam me baixar para fazer cesariana, eu não tava com dor nenhuma de ganhar. Aí vinha um monte de mulher fazer exame de toque em mim. Enfiavam os dedos. Daí eu peguei e fugi do hospital.

**Silvana:** Quando eu fui lá na emergência do hospital a médica me examinou, disse que o nenê tava encaxado, ela me mediu com aquela fita né.. Aí ela saiu. Aí veio outra, ela também colocou os dedos. Aí foi que ela disse que eu já estava com delatção mas que não ia ficar porque eu não tava com contração, não tava com nada.

**Anna:** Tem gente que nem sente.

**Silvana:** Esta última vez que eu fui no médico eu tomei aquela injeção, a sei lá pra...Eu saí tremendo de dentro da sala.

**Anna:** A antitetânica? Mas aí tu tomou no braço, ficou olhando, aí a gente sabe que vai tomar naquela hora. Na hora do parto ele anestesia e tu está mais preocupada com o nascimento do que com a injeção. Bom! Continua, Cinara.

**Cinara:** A Anna ficava todas as contrações segurando a minha mão, e fazendo massagem nas minhas costas. Aí eu não vi quando ela foi embora. Acho que foi quando eu dormi. Daí quando acordei e comecei a sentir de novo as contrações, a primeira pessoa que eu chamei foi ela. Daí a enfermeira perguntou: Mas quem é a Anna? Daí eu falei para ela. Daí do meu lado ainda estava a outra que passou a noite do outro lado e tava sem contrações. Daí ela disse: Ela já foi embora. Daí eu fiquei né. Dava a contração eu puxava os meus cabelos, me mordida... Daí a enfermeira perguntou: o que é isto?

**Silvana:** Eu penso! Será que o nenê vai nascer perfeitoinho?



**Fernanda:** Isto daí. **Será que o nenê vai nascer perfeito!** Será que não vai ter nenhum problema? Se bem que a gente fez o pré-natal. A gente sabe que está, né. Ah. E é obrigado a meter o dedo?

**Silvana:** Pior que não é UM, é toda hora.

**Anna:** Mas é de 2 em duas horas que eles examinam.

**Fernanda:** Isto se for um médico experiente.

**Adriana:** E se na hora tu tá sozinha?

**Anna:** Chama alguém pra te auxiliar. Tu podes pedir para a enfermeira te fazer companhia.

**Silvana:** (Risos). **Enfermeira, chama a minha mãe!**

**Anna:** Isto daí. Podem falar para ela. Enfermeira eu gostaria de ver a minha mãe, seria bom ver ela um pouco. Vocês têm que falar.

**Adriana:** E elas vão deixar a Mãe entrar?

**Anna:** Conforme o hospital e o movimento, deixam.

**Cinara:** Se não deixassem, eu fazia escândalo.

**Silvana:** Eu quebro tudo, pela minha mãe. (Risos).

**Anna:** Depende do movimento. Às vezes não deixam por alguns fatores como pré-partos coletivos, ou seja, tu estas ali e do teu lado tem outra mulher que está quase ganhando.

**Cinara:** Quando chegou a hora da visita (12-13 horas). Daí a mãe ficou comigo. Controlando as contrações. Aí ela disse que estavam de 5 em 5, outras de 3 em 3, elas tavam irregulares. Eu morria de medo dele não nascer sadio.

**Anna:** Tem tudo para dar certo: vocês fizeram o pré-natal, não tiveram problemas, não usaram drogas...não tem problema de mal formação na família.

**Cinara:** Quando eu tava lá no hospital, quando eu tirei as berruga, os médicos perguntaram se a gente já fez um aborto ou se pretendia fazer aborto. Aí eu disse: eu tomei um monte de coisa. Daí ele disse que a maioria das mulheres tem 100% de combate a estas coisas no corpo mas nem todas elas as crianças nascem perfeitas. Daí eu saí de lá, pensando: Ah, MEU DEUS!...

**Anna:** Eu não sei porque eles dizem isto. Se as coisas que tu fizeste, tivessem atingido o nenê, ele teria sido eliminado.

**Cinara:** Ele disse que até os 4 meses ele pode ser eliminado.

**Adriana:** A gente não fica fazendo força em todas as dores?

**Anna:** Não, só se faz força na hora do nenê nascer, quando já está tudo dilatado.

**Adriana:** E a gente sabe quando vai ser a hora?

**Anna:** Sabe, sim. Como tu sabes a hora de ir ao banheiro para fazer cocô. Tu sentes vontade, não é? O mesmo acontece com o nenê. Dá vontade de fazer força para ele vir, tu sentes que ele já está ali.

**Cinara:** Aí tinha uma enfermeira, eu tive uma contração e eu pedi para ela me dar a mão. Ela me deu. Nisso, o médico chamou para levar uma outra para sala de parto, aí ela me soltou, e eu botei as unhas nela. Daí ela brigou comigo, né. Eu queria ficar do lado contrário do soro, mas daquele lado tinha uma que gritava, gritava. Aí eu me virava. Aí quando chegou as 15 para as 2 horas eu comecei a gritar. Aí veio a enfermeira e perguntou: o que tu qué? Eu disse que eu queria fazer cocô. Ela disse que não era para eu me preocupar que o parto era só pras 4 horas. Daí as contrações tavam mais fortes. Aí eu passei a mão lá embaixo e senti como se fosse o meu joelho. Aí eu comecei a gritar.

**Anna:** Era a cabecinha do nenê que tu estavas sentindo.

**Cinara:** Aí ela veio e disse: mas o que tu tá gritando? Eu disse que tava ganhando e ela disse: Não tá nada. Do meu lado tinha uma gurria de 15 anos, segundo filho. Ela não gemia, não fazia nada. Aí a enfermeira disse: Olha aquela ali com 15 anos, tá bem quietinha e tu gritando, porque tu não fica quieta? Aí eu disse: claro, a dela não tá nascendo. Eu disse para ela então: **chama o doutor!** Ela disse: Ah! Ele tá lá na frente e o meu lugar é aqui.

**Fernanda:** Eles não dão a mínima pra gente. Quando eu tava lá em baixo caminhando no hospital, eu senti que tinha estourado alguma coisa. Ela olhou e disse (a enfermeira): Hi! Ainda vai demorar muito ainda. Aí eu pensei...Tudo bem. Eu tava tirando os esmaltes das unhas. Eu disse: Quer fazer o favor de apurar estes papéis!... Ela disse: **Tu não manda, tu pede!**

**Adriana:** E aí o que aconteceu?

**Fernanda:** Aí, quando eu cheguei lá em cima, eu cheguei lá em cima eu dei um berro. Todo o mundo se parou assim e disse: Aí, **tão novinha**. Aí eles me passaram para a cama e ela disse: Mãezinha, tu agora vai esperar mais um pouco aqui, tá. Daí quando eu abri as pernas ela gritou: EMERGÊNCIA, EMERGÊNCIA! Não dáva para esperar mais. Daí eles me botaram na sala do parto: "*Mãezinha fecha a perna e não abre*". Eu já nem lembrava mais das dores. Daí elas me abriram a perna, aí foi fatal...Eu tinha que fazer a força de qualquer jeito. Elas disseram: Mãezinha não faz força ainda! Aí eu TÁÁÁÁ...(fazendo força). (Risos coletivos).



**Fernanda:** Ele disse: espera só mais um pouquinho, mais um pouquinho... Aí quando eu ví já tava nascendo.

**Anna:** E a injeção que tu tomastes para fazer o corte, que tu tinhas tanto medo?

**Fernanda:** Bah! Eu nem vi a injeção.

**Cinara:** Olha, tu nem vê nada. Aí eu disse para ela que o nenê estava nascendo. Nisso o doutor veio e disse abre a perna para ver. Eu não conseguia porque eu tinha a impressão que ele ia nascer se eu abrisse a perna. Ele viu, o nenê já tava ali. Aí eu fui botar a perna na maca, a outra tava na cama e saiu a cabeça. Nasceu ali. Daí eu disse pra enfermeira: EU DISSE QUE TAVA NA HORA DE GANHAR O NENÊ!

**Mary:** E o que ela falou?

**Cinara:** Nada... Eu disse para o doutor: parece que eu botei um chiclete fora. Sabe quando tu põe um chicle fora? Daí ele não deixava eu ver o nenê porque ele nasceu roxinho, roxinho e não chorava. Pegaram ele cortaram o cordão e botaram uns tubos no nariz. Aí quando a placenta começou a vir eu disse: doutor tá saindo outro? Ele disse não, é a placenta. Aí começaram a examinar, examinar e o guri não chorava. Aí enrolaram me mostraram bem ligeirinho e levaram embora.

**Anna:** Às vezes os nenês não choram logo, porque não estão muito acordados, o parto é difícil para eles.

**Cinara:** Aí me doparam de novo. Aí me levaram para o quarto. Eu tinha a impressão que ele estava ali do meu lado. Eu tava bem pateta. Aí eu levantei e desmaiei.

**Anna:** Isto é muito importante. A primeira vez que se levanta, depois do nenê nascer, tem que ser sempre junto com alguém, devagar.

**Cinara:** Aí eles me pegaram e ficaram me agarrando.

**Anna:** Levantem devagar, sentem na cama, primeiro para ver se se sentem bem. Se se sentiu bem...

**Cinara:** Daí me levantaram do chão e me perguntaram o que eu tava sentindo. Aí eu disse que era dor no corte. Aí a doutora olhou e disse que aquilo não era corte. Que era uns pontos só. Aí ela me perguntou se deu tempo de eu ir para a sala de parto. Eu disse que não.

**Adriana:** Aí depois que o nenê nasce, a gente mesmo que cuida? Deixam a gente sozinha lá,... para levantar sozinha?

**Cinara:** Depois que a gente ganha nenê, fica ali na sala que eles chamam de recuperação, por umas 2 horas numa maca. Depois eles levam para o quarto. Fica um monte de gente no quarto. E tem médico, enfermeira...E se tu precisa, também tem a campainha. Agora eu queria agradecer para Anna. Se não fosse ela eu não ia agüentar. No início o nenê não queria mamar. Quando ele começou a mamar me doía o seio e eu sentia dor nos pontos, eu tirava, não dava de mamar. Eu ficava naquilo lá. Se não fosse a Anna, não tivesse lá me ajudado, eu não ia conseguir amamentar.

**Silvana:** Como foi tua emoção de ser mãe?

**Cinara:** Eu não tive emoção, não me emocionei de ser mãe. Tava em depressão.

**Anna:** Isto de depressão é conforme tu estas passando pelas dificuldades, o que tu estás enfrentando na hora. Se os pontos incomodam... independente do apoio. Quem saiu desta e enfrentou foi tu mesmo. É querer vencer as dificuldades. Todas vocês podem vencer. Todas passam por altos e baixos, é querer enfrentar. Isso é normal, às vezes a gente se sente mais frágil, principalmente quando ficam dando mais bola pro nenê do que para a gente.

**Eliza:** Eu também senti isso, quando nasceu olhei e pensei: este não é o meu filho. No meu caso, eu esperava uma menina.

**Gení:** Não é nada difícil de ganhar nenê. Sabe que tem mulheres que ganharam nenê, mais velha do que eu que diziam: Ah! Gení, tu vai sofrer tanto pra ganhar teu nenê, tu fica entre a vida e a morte...

**Anna:** Ah! Estas mulheres.

#### . Avaliando o encontro:

**Anna:** Fala Gení, porque tu estas tão pensativa?

**Gení:** Estou pensando em todas nós grávidas. E agora quase tudo já ganhemo.

**Cinara:** Eu acho assim, ó. Cada um de nós ganhou nenê. Cada um sentiu a emoção junto com a outra que ganhou o nenê. Eu sentí a emoção da Eliza ganhar o nenê, e ela sentiu a emoção de eu ganhar o nenê. Sentimos da Fernanda, ainda estamos esperando a Silvana, ... sabe de todo o mundo.

**Gení:** Eu já sentia ciúmes. (Risos).

**Cinara:** Eu também sentia ciúmes do nenê. Eu também não queria que todo o mundo pegasse.



**Gení:** Quando Eliza teve o nenê dela, eu senti um ciúmes. Eu não falei, né mas eu senti. Eu pensava: Ai meu Deus, quando será que eu vou ter o meu. Quando será que eu vou ganhar o meu nenê, pra pegar ele no colo.

**Silvana:** E eu, que sou das últimas. Imagina como eu me sinto. Eu também fico louca que o meu nasça também.

**Cinara:** Eu acho que a gente deveria continuar sempre como grupo. Até hoje a gente está aqui se reunindo. A Eliza pode chegar aqui e falar: "Eu tô contente que o meu nenê falou"...e eu dizer: Bah! Quando o meu vai falar hein? A gente deve conviver, trocando experiência da gente com o grupo, sabe. Cada um deve trazer um pouquinho de cada um. Se alguém tiver um problema, contar para os outros, não ficar só para ela. Por exemplo: O meu nenê tá doente e eu não sei o que eu vou fazer, ele está com cólica, chora a noite inteira, e eu não sei o que fazer.

**Eliza:** Sabe Anna, tu é a única pessoa que vem conversar com a gente.

**Silvana:** Eu acho super importante a gente poder conversar. Tem hora assim que a gente tá doida pra conversar.

**Cinara:** Sabe o que é Anna, antes tinha as minhas amigas que vinham aqui mas depois que eu ganhei o Junior, eu fico todo o dia aqui sozinha, sem falar com ninguém o dia inteiro. Quando tu vem é super importante porque a gente se reúne. A gente fica esperando toda a quarta, para poder conversar um pouco. Antes eu tinha o grupo jovem, agora nem isto dá.

**Anna:** Mas vocês também não procuram as amigas. Vão visitá-las e dizer que vocês gostariam de receber visita. Vocês estão dizendo: "**queremos alguém para conversar, sobre nós e nossos filhos**" e para isto, "**nós mulheres temos que aprender a dividir nossa vivência da maternidade**".

### **. Questionando a realidade**

O encontro fatural do grupo apresentado, apesar de ser uma montagem, transmite vivamente o clima habitual nas reuniões, a variedade da temática trabalhada e a importância da vivência grupal para as adolescentes.

Na avaliação, elas constatam que o grupo é uma oportunidade de troca e convívio social, pois não convivem mais com as antigas colegas e amigas em função da gravidez e maternidade. Além disso, elas têm no grupo os limites - espaço temporal e local - que as auxiliam na sua organização. Relatam dificuldade de se organizar, sem

este limite. Apontam como justificativa as tarefas do papel de mãe. "Eu cheguei meio tarde, porque agora eu tenho quem me governa" (Gení, p.47) referindo-se ao filho.

Os temas emergem tanto nos encontros de grupo, quanto nos encontros individuais, e seguem a seqüência do processo reprodutivo, à medida em que a gestação, o parto e o puerpério são vivenciados pelas adolescentes. Estes temas são apresentados na análise global dos dados de todas as adolescentes: gestantes e mães.

Dois temas gerais emergem em quase todos os encontros de grupo e estão intimamente relacionados entre si: **as relações humanas - poder, e sentimentos sobre o processo de vivência da maternidade.**

A estreita relação entre os temas é explicada na medida em que se entende que é nas relações familiares e sociais e no atendimento de saúde que a maternidade é ensinada e aprendida, de acordo com padrões de comportamento estabelecidos, através do exercício de poder (Vitória Pamplona, 1990).

#### • **Relações humanas no contexto social**

Frente à aparência, existe um segundo tempo, oculto, sombreado, em torno do qual se organiza a manutenção da "socialidade".\*

Estas relações ocorrem no mundo que Maffesoli (1985:47) chama de "centralidade subterrânea", o lado das sombras, o escurecido da sociedade, que é o conservatório do viver popular, e se mostra somente em algumas situações paradoxísticas.

Este "sub-solo" é como uma amálgama, onde acontecem as relações humanas e onde circula o saber viver de um grupo social, composto pela partilha de valores que unifica ou separa o ser humano do seu grupo, a "tribo". A separação entre estes dois níveis, certamente não é nítida. O lado da sombra funciona de maneira "quase intencional", como um saber incorporado, um mecanismo de defesa e sobrevivência.

---

\* A terminologia "socialidade" é empregada por Maffesoli como expressão cotidiana e tangível da solidariedade de base, vale dizer, do societal em ato. "Societal" é empregada por Maffesoli para sublinhar a característica essencial do "ser-junto-com", - característica que supera a simples associação racional -, é uma outra forma de dizer o holismo. A cerca destas terminologias, leia-se MAFFESOLI, Michel. A sombra de Dionísio: contribuição a uma sociologia. Rio de Janeiro: Graal, 1985, p.17.



A teatralidade é um destes recursos utilizados pelo ser humano, individualmente ou na vida coletiva, para facilitar o existir, isto é, uma forma de poder ser sem se expor completamente para o outro.

No dia-a-dia destas adolescentes, aparecem as situações da vida social, que a nível institucional, normalmente, são imperceptíveis e constituem a trama comunitária. Nos encontros de grupo, emergem as modalidades de relações: **familiares; extra-familiares e na equipe de saúde.**

#### . **Relações cotidianas familiares**

A organização social constitui-se de diversos elementos do dado social, compondo um conjunto. Permite, ao mesmo tempo, expressar a segregação e a tolerância, obrigando um repensar na rede de relações em que se vive, quando se coloca em jogo a misteriosa relação que une o "*lugar e o nós*" (Maffesoli, 1987b:208). Porquanto, é a família o primeiro lugar de pertencimento, de valor territorial, espaço histórico e geográfico privilegiados. O afeto que estabelece a ligação ao território é uma maneira de viver o presente.

Embora homens e mulheres participem tanto da família como do mundo não familiar, segundo Nancy Chodorow (1990), a primeira associação que se faz das mulheres, é com a família.

Os papéis femininos e suas funções familiares, acentuam especialmente o relacionamento e os aspectos afetivos da vida familiar. Ser mãe e esposa (ou companheira), centra-se, de acordo com Nancy Chodorow (1990:233,234), "*cada vez mais em funções emocionais e psicológicas - o trabalho das mulheres é trabalho emocional*". Talvez, por este motivo, a gestação fora das normas sociais estabelecidas provoque tanta emoção na mulher.

As adolescentes, ao descobrirem sua gravidez, vivenciam um período de emoções intensas: medo, tristeza, alegria, confusão, ansiedade, sensação de abandono. São emoções esperadas para quem deve enfrentar decisões críticas de envolvimento social.

Dentre as relações familiares, duas são particularmente apresentadas nos grupos: a relação pais/filha e a homem/mulher.

Ao suspeitar da gravidez, as adolescentes comentam este fato com o companheiro, tentando dividir a surpresa e envolvê-lo na situação. Confirmada a gravidez, a participação do companheiro proporciona apoio emocional e auxilia no

enfrentamento da comunicação aos pais, para que não se sinta só e possa dividir as responsabilidades e dúvidas relativas à maternidade.

**Relação pais/filhos** - O medo e a censura social e da família fazem com que a adolescente esconda a gravidez até que seu corpo a denuncie. Tenta contar, mas nunca acha o momento oportuno. Teme, principalmente a reação da figura masculina - o pai.

"Quando eu e o Marcus descobrimos que eu tava grávida, eu fiquei feliz e apavorada ao mesmo tempo. Nós várias vezes, ameaçamos contar para o pai e a mãe, mas não tinha coragem. Daí pensei em não contar para eles, pensei que podia esconder. Eu só usava roupa solta mas a mãe desconfiou e, quando ela perguntou, eu e o Marcus confirmamos. No início foi uma dificuldade, principalmente por parte do pai. Por um lado tava feliz pela gravidez mas por outro, sabia o que teria de enfrentar a família, deixar os estudos, o medo de como seria a criança e o que ia mudar na minha vida" (Eliza, p.1).

"O Mário quem disse para o pai que eu estava grávida. Não teve problema, ele assumiu a gravidez desde o início" (Silvana, p.6).

Pelos relatos de **Eliza** e **Silvana**, constata-se que a imagem feminina na família, situa a mulher numa posição de desigualdade - das responsabilidades - com o homem (Maria Lúcia Rocha-Coutinho, 1994). A figura paterna representa a relação de autoridade no âmbito familiar e como tal, assume maior responsabilidade quanto à honra da família. É ao homem que deve ser oficialmente contado sobre "a tragédia ocorrida", e é ele quem demonstra ser o mais atingido pela situação de transgressão. Sua demonstração de sofrimento ("inclusive chorou"), retrata a expressão do sentimento masculino, não esperado socialmente, provocando sentimentos de culpa nas adolescentes.

"Na primeira gravidez ele ficou super magoado, até chorou quando ficou sabendo. Eu fiquei com pena dele. Mas na segunda não, nem ligo. Eu já tava morando com ele (companheiro)" (Mary, p.86).

"Meu pai também chorou. Ele disse: Não é possível, eu fiz tudo por estas gurias... Agora está grávida" (Eliza, p.86).

Nestes dois casos, a cobrança e a chantagem emocional são utilizadas pelo pai de família, como estratégia de controle associada à "suposta" devoção incondicional



do homem aos familiares. O sentimento de culpa gera maior instabilidade nas relações familiares.

A mulher/mãe desempenha, neste caso, o papel complementar, aceitando com menos dramaticidade a situação. As mães, via de regra, não são mencionadas como elementos que dificultam, mas como deflagradoras deste processo. Elas percebem e questionam sobre as mudanças físicas, próprias da gravidez, em suas filhas.

"No início foi uma surpresa, eu fiquei meio assim. Eu não contei nada para a mãe. Daí eu comecei a engordar e ela desconfiou. Aí um dia ela perguntou se eu estava grávida. Eu contei porque não dava mais. Foi uma surpresa pra ela, ela ficou chocada, mas depois... Disse: o que se pode fazer numa hora dessas, é apoiar" (Adriana, p.2).

"Minha mãe no início ficou meio assim, mas depois ficou feliz. O meu namorado ficou muito feliz com a gravidez e eu também" (Fernanda, p.1).

Nos relatos de **Adriana** e **Fernanda**, nos quais não está presente a autoridade paterna, não são relatados problemas de conflito nas relações familiares decorrentes da gravidez.

A justificativa desta constatação, de acordo com Heleieth Saffioti e Suely Almeida (1995), é que os homens consideram-se literalmente centrais nas relações sociais, enquanto as mulheres assumem o ponto de vista social. Estas autoras apontam, ainda, que apesar de a transição da adolescência para a vida adulta o dilema integridade *versus* cuidado ser idêntico para homens e para mulheres, as distintas óticas geram duas ideologias morais diferentes: "*a da separação, fundada numa ética dos direitos - "não é possível, eu fiz tudo por estas gurias" -*, e *a da conexão, ancorada numa ética do cuidado*" - "o que se pode fazer numa hora dessas, é apoiar" - (Saffioti e Almeida, 1995:14). Enquanto a primeira baseia-se no princípio da igualdade, a segunda apóia-se no de equidade, no respeito às diferenças.

As relações familiares do rapaz também se modificam. Para Albertina Takiuti (1990:80), o filho normalmente torna-se "*vítima aos olhos da família que deseja protegê-lo contra a sedutora*".

"Eu fico pensando...porque ela protege tanto o filho dela. Outro dia eu me arrumei e fui lá levar o Junior. Ela simplesmente disse que não se metia com as namoradas do filho dela. Eu disse: Eu não tô pedindo favor nenhum para mim. Eu estou pedindo que ele registre o filho dele. Eu aí enchi a mulher de disaforo. Eu contei para o pai e ele foi lá e também encheu a mulher de disaforo" (Cinara, p.74).

A família tem papel importante na tomada de decisão do rapaz. Frente à notícia da gravidez, via de regra, o apoio é dado para o filho e não para a namorada. Se a família é contrária ao namoro, o adolescente é, então, incentivado a não assumir a gravidez. **Cinara** refere que seu namoro não recebe aprovação por parte dos pais do namorado, e é isolada tanto pela mãe do namorado, quanto pelo pai dele. Apesar disso, considera esta situação mais fácil para a mulher porque o homem tem que fazer a escolha de assumir ou não a criança. Justifica que no caso de ele não assumir, a família da moça "vem toda em cima"; se assume sente-se "preso a uma criança, mesmo não estando com a mulher".

Nos casos em que há a aprovação do namoro pela família do rapaz, mas a gravidez ocorre fora da união conjugal, a aceitação por parte da família do rapaz é dificultada.

"No início, quando a gente namorava, a mãe dele até queria que eu fosse morar lá. Eu é que não quis. Agora que eu fiquei grávida, ela não aceita. Eu nem falo mais com ele. Ele disse que por ele, ficava comigo, mas ela que não deixa" (Adriana, p.2).

Pelo relato de **Adriana**, constata-se que nos casos em que não há uma oficialização na união conjugal (casamento), é necessária a aceitação social e familiar também para a união que implica apenas o morar junto. Quando a gravidez ocorre fora desta aceitação social, a mulher adolescente está sujeita às críticas e dúvidas da legitimidade paterna do companheiro.

De acordo com Carol Gilligan (1991:82), é nesta situação que a mulher se vê frente a um dilema - "*conflito entre compaixão e autonomia, entre virtude e poder - que a voz feminina luta por solucionar o problema moral sem que ninguém fique prejudicado*".

**O que decidir sobre a gravidez?** Esta é uma decisão complexa. Quando uma mulher reflete sobre continuar ou não com a gravidez, considera que a decisão afetará tanto a si mesma como aos outros, portanto enfrenta a questão moral, de causar mal.

As adolescentes grávidas equacionam e solucionam as decisões sobre este dilema, baseadas na opção que, em última instância, é dos outros (namorado ou família) e não delas mesmas.

A primeira opção, a da manutenção da gravidez, é tomada quando o companheiro assume a paternidade, sugerindo que a gravidez na adolescência não é



o problema para elas. Sobre esta opção descreve-se com mais detalhes, no item "relação homem/mulher" desta seção da tese.

A segunda opção é a mais problemática. Ocorre quando a adolescente é solteira e a paternidade não é assumida. Encontrando-se só, para enfrentar a gravidez, a idéia do aborto surge como alternativa viável para resolver o problema.

"Me sinto só. É muito difícil a minha situação. Em casa não consigo falar com a mãe e o pai... Minha situação é difícil. Saber que terei que ir para o hospital sozinha, criar o filho, não ter com quem dividir. Já não sei se gosto do meu namorado, a dor de ter sido abandonada é muito grande. Ele diz pra mim fazer um aborto" (Cinara, p.5).

"O meu namorado não aceitou a gravidez e quando ficou sabendo, foi embora para Minas Gerais e eu nunca mais vi ele. Tomei remédio para abortar mas não surgiu efeito" (Geni, p.1).

A possibilidade de aborto pensada ou sugerida, é assustadora para elas. Verbalizam o medo de morrer durante o processo abortivo, ou no caso de insucesso no intento, o medo de ter filhos com seqüelas. A decisão de praticar o aborto é perturbadora. Talvez, por esta razão utilizam métodos ineficazes de interrupção da gravidez: esforço físico, chás ou drogas não adequadas. A decisão de recorrer a um profissional para realizar o aborto, não ocorre com as adolescentes estudadas. Para elas, além do problema econômico, há o relacionado ao sofrimento e ao risco de complicações, principalmente o de morrer.

"No início eu ia daqui até lá na PUC, correndo no sol de rachar... e não acontecia nada. Mandavam tomar coca-cola. Eu tomava 3 a 4 por dia. Quando eu tava decidida que ia fazer o aborto. Daí o pai disse: Tá, tu vai fazer então, a gente vai contigo. Mas, quando chegou o dia, a mãe não deixou. A mãe já teve 3 abortos... Ela disse: Não faz! Eles vão te colocar uma sonda, te mandam assim para casa...Aí tu não sabe se tu vai conseguir tirar. Daí eu comecei a pensar... Vou ter que ir para o hospital com aquela sonda, fazer como fizeram com a mãe. Fizeram aquela ...(curetagem) sem nada, sem anestesia. Diz que a mãe gritava em cima da mesa" (Cinara, p.39).

Decidida pelo aborto, **Cinara** é desestimulada pela mãe, em função dos riscos físicos e sofrimento. A experiência negativa da mãe, mulher de classe popular, reforça a idéia de que para estas mulheres a alternativa do aborto, acompanhada de "castigo", é um fato comum para elas.

O medo da dor, somada ao castigo de ter que se submeter a uma curetagem sem anestesia, colabora para a alternativa do aborto ser definitivamente abandonada.

A gravidez para a adolescente, também pode representar uma oportunidade de atender o que a sociedade, e muitas vezes a família, esperam de uma mulher: casar ou constituir nova família.

Entre as adolescentes estudadas, o casamento oficial é dificultado por: questões legais (não podem casar com menos de 16 anos); fatores econômicos; tempo para a documentação necessária; e por ser desnecessário uma vez que não há patrimônio a garantir. Casar então para que? No seu imaginário, a união é de corpos, e é o que vale, pois é a única propriedade que possuem.

A expectativa que têm em relação ao acontecimento social do casamento é a de um sonho que está presente, que construíram desde pequenas, e que é reforçado nas histórias de amor que estão acostumadas a ver. Nada mais é do que o **rito**, modo de aparecer, de teatralização do ser social e individual, passagem obrigatória.

"Se a gente for morar juntos, vou casar só no religioso para poder batizar a criança. No civil não vai dá pra casar porque a mãe dele quer que ele sirva no quartel e casado não pode...Quando eu casar, vou ficar na boca de todo mundo porque vou casar de véu e grinalda" (Cinara, p.7,95).

"Um dia, eu vou casar. Quando eu casar eu vou estar com quantos anos... O Igor vai estar com 15 anos. Eu também vou entrar de véu e grinalda, só que de verde bebê" (Eliza, p.95).

Na fala destas adolescentes, o casamento é sempre condicional: "Se eu casar, quando eu casar...", como se o casamento para elas não fosse importante. Mas..., o que tem valor e vale, para elas, é justamente o casamento religioso. É nele que a noiva realmente aparece, é nele que a **teatralidade** é evidente. Casar de "véu e grinalda" tem, por função, tornar aparente, reconstruir a soberania social ferida pela gravidez fora do casamento.

**Relações homem/mulher** - definidas, aqui, como as relações entre a adolescente e seu namorado ou companheiro, muitas vezes tão jovem quanto ela. Estas relações são, na maioria das vezes, embasadas em frágeis vínculos afetivos. A vida conjugal não ocorre a partir da escolha dos cônjuges, mas é induzida pela gravidez. Neste tipo de relação - não planejada - são freqüentes os problemas de adaptação e, conseqüentemente, requer mais esforço e capacidade para enfrentar os conflitos diários.



"Nos primeiros dias que eu me mudei para a casa da minha sogra, eu chorei muito. Eu estranhei morar lá. Aí eu passo as tardes na casa da mãe... As vezes dá aquela coisa assim, que eu tenho que sair. Tem hora que se eu não sair eu acho que expludo" (Silvana, p.6,72).

"Apesar de ter mais trabalho aqui na casa nova, é bom porque é minha. Não tem água, mas eu tomo banho e lavo a louça na casa da minha sogra, aí do lado... O Marcus tá de novo sem emprego. Aí nós começamos a brigar, falta as coisas, fica mais difícil" (Eliza, p.41,111).

Se a paternidade não é assumida, a dificuldade no enfrentamento da maternidade é maior. A adolescente permanece morando com os pais. A gravidez produz normalmente significativas mudanças na relação familiar e por este motivo, sofrerá cobranças da família. Esta situação se agrava com o nascimento do bebê.

De acordo com Erna Ziegel e Mecca Cranley (1985:215) "*o acréscimo de um novo membro aumenta geometricamente o número de relações intrafamiliares.*"

"Ninguém avalia o que eu estou passando. Ficam fazendo as pressão sobre mim, principalmente o pai. Eu gostaria de ir embora, mas não tem como fazer isso. Falei com o Leandro mas não tocamos no assunto da gravidez. Não quero forçar a barra com ele. Se vier uma menina, a família dele vai enloquecer porque só tem homens... O nojo que eu senti dele no início foi porque eu culpei ele por estar grávida. Eu sei que fomos nós dois que fizemos o filho..." (Cinara, p.7).

"Nós só namorava, até que um dia aconteceu. Aí a mãe ficou sabendo e eles (pais) nos obrigaram a morar junto. Se eu tivesse ainda morando com a mãe não tinha engravidado, nem do primeiro e nem do segundo" (Mary, p.14).

Quando se comprova o início do relacionamento sexual dos namorados, a pressão familiar induz o viver a dois, (como no passado, vide Parte II, Capítulo 7 - **Mulheres Marginalizadas**), ou a adolescente grávida permanece morando com a família de origem. As duas situações são estressantes para a adolescente.

Pelo relato de **Cinara**, percebe-se o desejo de que o namorado assuma a gravidez, pois assim, livra-se da pressão familiar. Prefere não pressionar o namorado, e ao mesmo tempo tem esperança de que a criança seja uma menina para facilitar a aceitação por parte da família dele.

O conformismo de **Cinara**, na realidade, é dinâmico, pois usa de astúcia contra a necessidade e a adversidade (Maffesoli, 1984). Em vez do ataque direto à situação da paternidade não assumida, e do abandono, prefere a estratégia de circunspeção. Ele, por sua vez, aproveita-se da situação e usa do **cinismo** como subterfúgio, escudo

eficaz contra o mundo da imposição e, igualmente, não toca no assunto. Ambos têm bem presente a gravidez.

### **. Relações cotidianas, extra-familiares**

A construção social de personalidades femininas orientada para as questões relacionais, faz com que a mulher sinta muito mais a repressão da gravidez fora da união conjugal, principalmente se ela ocorre na adolescência, quando ainda depende dos pais.

Além da rejeição, da vergonha e da necessidade de resoluções a serem tomadas, observa-se, também, que a gestação em adolescentes solteiras põe em risco o papel dos atores sociais.

É a duplicidade do simulacro, ou seja, exibição de um modelo que não é socialmente esperado, pelo menos para aquele momento, e assim gera conflito entre os valores daquilo que se acredita e do que realmente é vivido. Pelos relatos de **Gení**, **Eliza** e **Cinara**, apresentados no contexto da Parte III, Capítulo 10, item **Realidade fatural de um grupo**, constata-se a discriminação dos adultos em relação à adolescente grávida e solteira.

**Gení** é recriminada por uma vizinha, por estar grávida e andar em companhia de sua filha, colocando em risco a reputação da menina. Para **Eliza** a discriminação ocorre na escola, quando as mães de algumas colegas proíbem suas filhas de falarem com ela, pelo fato "de estar grávida". O sofrimento vivido é lembrado por **Cinara**: ao acompanhar a amiga até sua residência, é desacatada pelo tio da amiga, e impedida de entrar na casa.

Pelas colocações destas adolescentes não se pode negar o caráter específico da violência que se estabelece no confronto de valores, e a ação da diferença não pode ser simplesmente negada pois ela é a luta e fundamento para as relações sociais.

Maffesoli (1987a:15) propõe o uso do termo violência para tudo o que se refere "*à luta, ao conflito, ao combate, ou seja, à parte sombria que atormenta o corpo individual ou social*". Esta luta, entretanto, pode modular-se de maneiras pacíficas, como a diplomacia, a negociação, a regulação, etc... mas sempre remete à oposição de indivíduos ou grupos entre si.

Quando há identificação com o grupo, ou seja, é parte de um mesmo grupo, esta discriminação não ocorre. As colegas e amigas adolescentes burlam as ordens familiares que restringem esta convivência, portanto aceitam o fato da amiga estar grávida. Neste caso, há um clima de comprometimento com a gestante. Pelo fato de



estarem grávidas, é freqüente serem protegidas pelas colegas, e as professoras facilitam as atividades didáticas.

Este fato pode ser constatado no relato de **Adriana** (p.14), ao comentar que no jogo de vôlei, parte da atividade de educação física do colégio, "eu não pulo e as minhas colegas, cuidam para não cortar em mim, e não me pegar". Comenta, também, a gravidez é uma espécie de status na escola onde estuda.

"Tem outras quatro grávidas da nossa aula. As gurias que não estão grávidas dizem que morrem de inveja das que estão grávidas. Elas acham a coisa mais linda tá grávida" (Adriana, p.4).

As considerações de Schutz (1979:31,32) sobre os aspectos cognitivos e ativos da vida cotidiana em suas experiências individuais mostram que as orientações e a conduta de indivíduos no "*mundo da vida recebem influência de formas lingüística e sistemas de orientação cultural preexistente e da existência dos outros seres humanos*". Portanto, o viver no mundo, em geral, é viver em envolvimento interativo com muitas pessoas, em complexas redes de relacionamento. E observa-se que as reações familiares, ou a das pessoas externas ao ambiente familiar, exercem influência decisiva na construção da auto-imagem das adolescentes.

"Tinha vergonha. Vergonha porque era uma menina, que me dava super bem com os professores, boa aluna... Aí apareço grávida. Um dia um colega falou em aula para o professor que eu tava grávida. O professor disse que isto era assunto para depois da aula e que iria falar comigo. Fui embora e só voltei para mostrar meu filho quando ele já tinha 4 meses. O professor disse que queria falar comigo exatamente para evitar que eu saísse do colégio, para eu continuar. Eu já tinha saído" (Mary, p.1).

Mary, nesta ocasião, vive maritalmente com o companheiro, portanto já tem a permissão social para a gravidez, mas na sua subjetividade ou projetando um valor da autoridade no professor, demonstra o conflito de que a gravidez não é compatível com o conceito de "menina que se dá bem com professores e é boa aluna".

Por mais que a adolescente lute contra esta forma de discriminação, o significado subjetivo de pertencer a uma comunidade consiste de um sistema de conhecimento adquirido, a que Schutz (1979:80) denomina de "*auto-interpretação da comunidade cultural*". A pessoa nascida ou criada dentro do grupo aceita o "*esquema do padrão cultural que é transmitido pelos antecessores e autoridades, como guia*

*inquestionável*", dado ao indivíduo como herança social, para as situações que normalmente ocorrem dentro do mundo social.

Assim como **Mary** antecipa a conduta do professor, por conhecer o esquema cultural da comunidade, esquece que o professor é provavelmente "de fora", e **Cinara** também não se sente à vontade para circular no espaço público na sua condição evidente de grávida solteira.

"O pai disse que eu tenho que caminhar. Mas eu não quero sair deste jeito com esta barriga. Não me sinto bem de sair assim. Então fico em casa todo o dia" (Cinara, p.33).

A reclusão de Cinara é indício de que ela tende a evitar, a qualquer preço, a comunicação livre, o mostrar-se por inteiro, que é fundamentalmente perigoso para ela, pois representa toda a desordem e toda a efervescência da comunidade. Em outros momentos, Cinara reforça seu desejo de esconder sua gravidez.

"Eu fui numa formatura. Daí eu experimentei três tipo de roupa. O vestidinho azul, o conjunto vermelho e uma outra saia. Eu me olhava no espelho e dizia eu não vou na formatura. Aquela barriga bem grande e não tinha jeito de esconder a barriga. Eu não acho bonito a barriga. (..) Outro dia eu fui ao cinema e eu tava furiosa de sair de grávida. Daí eu disse para a mãe: Sinceramente eu prefiria ter feito o aborto do que tá assim de barriga e não poder botar nada" (Cinara, p.17, 23).

A importância da aparência é ressaltada por Maffesoli (1987b:108), de como "*na vida cotidiana, a profundidade pode ocultar-se na superfície das coisas*". Para ele a estética é um meio de experimentar, de sentir em comum e é um meio de reconhecer-se. O culto ao corpo, os jogos da aparência, só valem porque se inscrevem numa cena ampla em que cada um é, ao mesmo tempo, ator e espectador.

A construção da auto-imagem, pelas mulheres adolescentes em particular, revela a existência de uma distinta conduta moral e social frente à gestação. Nas transcrições de **Fernanda** (16 anos) e **Eliza** (15 anos), ambas com o companheiro ao seu lado na gestação, evidencia-se que o aceite social determinado pela presença do companheiro, é mais valorizado do que a idade, e influencia a própria aceitação da gravidez (auto-imagem).

"Eu acho a minha barriga tri bonita, mas às vezes eu quero colocar uma roupa, não é aquela que eu quero colocar, aí eu fico olhando. Eu fiquei admirada outro dia eu fiquei olhando a minha bermuda que eu gostava. Ou a míni saia. De vez



enquanto eu esqueço, o Wilson chega eu digo hoje tá muito calor vou colocar a minha minissaia. Aí eu boto a minissaia, fica tudo aqui ó (em cima). Daí eu tiro, boto a bermuda, aí não fica bem eu tiro. Quando eu termino eles já terminaram quase de jantar. Aí é que eu vou almoçar" (Fernanda, p.17).

"Ah! Eu me achava **super chamosa**.(..) Eu me achava a coisa mais linda grávida. Tem hora que eu queria estar com a barriga ainda" (Eliza, p.17, 85).

De acordo com Carol Guiligan (1991:87), a gravidez põe em foco a conexão com os outros, "*não apenas por representar uma conexão literal, imediata, mas também por afirmar, do modo mais concreto e físico, a capacidade de assumir funções femininas adultas*". A diferença entre a vivência social da gravidez de Eliza e Fernanda, em relação à de Cinara, é que no primeiro caso, a gravidez é uma passagem no sentido da participação social, que repousa em normas e expectativas compartilhadas e, neste ponto, a mulher valida sua reivindicação de ser membro do grupo mediante a adoção dos valores sociais. No segundo caso, em que a adolescente permanece só, sofre a questão moral de sanções impostas pela sociedade pois obstrui os passos da independência da família de origem.

#### • **Relações com a equipe de saúde**

A violência contra a mulher se manifesta quando a jovem grávida procura o serviço de saúde na gestação, parto e puerpério. A relação dos profissionais de saúde com a cliente de classe popular, ocorre sempre a nível de instituições de saúde, sejam hospitais da rede pública, hospitais escolas ou clínicas conveniadas com o Sistema Único de Saúde (SUS).

De acordo com Maria Tereza Maldonado (1990:14) o contexto do atendimento estabelece a "*matriz específica de regras, convenções a normas que regem os acontecimentos do vínculo*" por meio do estabelecimento de rotinas e práticas assistenciais de saúde. Este contexto, portanto, determina os limites e possibilidades da atuação da equipe de saúde que, de certa forma, repercute sobre as vivências e condutas das clientes e seus familiares.

Como exemplo, as parturientes atendidas nas maternidades públicas são assistidas pelo médico de plantão, na maioria das vezes, um desconhecido para elas. São admitidas, em geral, em salas coletivas de pré-partos e, portanto, ficam desacompanhadas. Na unidade de internação obstétrica ficam em enfermarias e as visitas obedecem horário pré-determinado. Na maternidade privada a realidade é

inversa. São atendidas pelo profissional de escolha, cercadas pelos familiares, sem restrição de horário de visita. São duas realidades de atendimento, dois mundos opostos para o mesmo evento social: nascimento de um novo ser.

É freqüente a iatrogenia causada por formas típicas de comunicação usadas pela equipe de saúde e é de difícil mudança: os médicos, enfermeiras, as clientes e a instituição sofrem intensa pressão ideológica (Canela, 1989). O tempo de contato com a cliente é exíguo, há pressa no atendimento, responsabilidades são diluídas e há desestímulo ao vínculo pessoal pois o atendimento é feito por diferentes médicos a cada consulta. A preocupação maior é com a doença e não com a cliente como indivíduo, e estes profissionais informam-se sobre a paciente, através de anotações de prontuário ou fichas das gestantes.

A própria identidade profissional se modifica de acordo com o contexto de atendimento e reflete-se em diferentes condutas frente ao paciente (Maria Tereza Maldonado, 1990).

Na vivência do grupo de adolescentes que experiencia a maternidade, evidencia-se a relação de poder da equipe de saúde em relação à cliente. Os conflitos decorrentes da situação de poder/submissão, conforme Vitória Pamplona (1990:38), *"são resolvidos com prepotência e autoritarismo: ou a cliente se submete ou deixa de ser atendida"*.

"A doutora disse que ia me atender depois do grupo, porque fazia quase um mês que eu não consultava. Aí eu fiquei esperando. Quando ela atendeu a última era quase 10 horas da noite. Aí ela me olhou e disse que era muito tarde e não ia me atender. Quer dizer eu esperei até as 10 horas e não fui atendida. Hoje nem vou lá" (Mary, p.13).

"Eu cheguei tarde à consulta e eles não me atenderam. Agora vou ter que madrugar de novo para ir consultar. Eu fui outro dia lá mas cheguei tarde e não pude consultar, agora só na semana que vem.(..) A ecografia foi marcada para o dia 11/10. Eu cheguei lá e o aparelho estava estragado. Além de ter perdido aulas, não pude fazer a eco. Eu fui com a bexiga bem cheia pra fazer o exame e não deu. Vou ter que ir dia 11/10 só para marcar e depois outro dia para consultar" (Adriana, p.5,6,11).

Nos relatos de **Adriana** e **Mary** a detentora do poder e das regras é, no caso, a instituição hospitalar que pune o atraso da cliente, sem tentar saber as razões: não refaz seu erro de "promessas não cumpridas" e do "atraso de realização da ecografia". Entretanto, a cliente lamenta mas submete-se àquelas regras, e volta outro dia para nova marcação. Ao lado da interdependência de toda a vida social, cada um sabe que,



em algum momento, terá necessidade do outro (Maffesoli 1987a:162)". É, sem dúvida, um tipo de cumplicidade na qual "*existe reversibilidade: eu não vou contestar poderei ser beneficiado em outra ocasião ou de outra forma*".

A gestante adolescente tem conhecimento de que necessita garantir um local para ganhar o filho, por isto submete-se às regras. A complementaridade se estabelece, na medida que os estatutos sociais não são contestados, e a instituição não é punida pois a clientela não a contesta.

Outra maneira apresentada por estas adolescentes é utilizar subterfúgios para resolver seu intento. Simplesmente mudam de local de atendimento.

"Fui consultar e porque era meio de feriado o médico não foi aí decidi mudar de pré-natal. Estou gostando deste mais que do outro. Iniciei o pré-natal com outro médico e apesar de ter mostrado os exames foram pedidos outros exames que ficam prontos dia 25/11" (Silvana, p.6,8).

Os profissionais da área da saúde caracterizam fator de risco o fato de adolescentes serem mães e assumir a responsabilidade da criança. As adolescentes, então, recebem destes profissionais, mensagens e cobranças que reforçam sua incapacidade. **Geni**, diante da "discriminação" sofrida pela assistente social e psicóloga, referindo-se aos maus cuidados com o filho, questiona a razão destas pessoas desacreditarem de sua capacidade de mãe só pelo fato dela ser jovem.

Situação semelhante é vivenciada por **Eliza**, ao levar o filho para consulta no hospital depois de várias tentativas de solucionar o problema dermatológico, com o médico do posto.

"Eu fui consultar no hospital. Daí eu falei o que tinha acontecido. O médico disse assim: Mãe, com quem tu mora, com a mãe ou com a sogra? Eu disse com a mãe. Ele disse: O problema de vocês adolescentes, é que todo mundo fica palpitando. Deixa a tua mãe cuidar que vai ser melhor. Olha o jeito que tu deixou teu filho! Eu comecei a me encolher na cadeira e me senti, assim pequenininha. Me senti super mal" (Eliza, p.28).

Os profissionais que trabalham na área da saúde, ao invés de considerarem o que é melhor para a criança e para a mãe adolescente, de acordo com Bowlby (1995:113), "*se deixam influenciar, com muita freqüência, por atitudes punitivas ou sentimentais em relação à mãe que errou.*" É extremamente importante afastar atitudes irracionais e prestar atendimento sem preconceitos às mães adolescentes. Albertina Takiuti (1990) comenta que os serviços de saúde não estão preparados para receber a



gestante adolescente. Observações feitas por estes profissionais às adolescentes grávidas são freqüentemente carregadas de valores e preconceitos.

Muitas vezes, na esperança de estimular e motivar a mudança de atitude da adolescente, são enviadas mensagens de crítica. Mas, de acordo com Canela (1989:564), esta atitude leva a efeitos adversos, pois acabam por expressar os próprios sentimentos de não aceitação da equipe de saúde, e produzir na adolescente sentimentos de *"inadequação, inferioridade e desvalorização, que influem na auto-imagem e levam ao ressentimento"*.

Por vezes, a crítica gera a contra-crítica, e estas mensagens provocam revolta por estimular sentimentos de humilhação, culpa e inferioridade. A adolescente é um ser contestador por natureza e, às vezes, pode se rebelar contra o autoritarismo, de forma aberta, direta, sem teatralidade.

"Na hora do parto que eu tava com medo o médico disse: não precisa ter medo agora, tu não teve medo na hora de fazer. Eu respondi: O senhor não tava comigo pra saber" (Eliza, p.13).

"Quando eles estavam me costurando, eu disse que tava doendo. Eles não ligaram, aí eu reclamei. O Dr. H., médico do plantão disse que na hora de eu fazer decerto não reclamei. Eu disse que ele não sabia se eu tinha reclamado ou não porque ele não tava lá para saber. Aí eu fiquei com tanta raiva que eu MANDEI ele sair da sala. E ele disse: mas eu sou o médico que fez o teu pré-natal! Disse para ele sair que eu não queria ele ali. Ele então saiu" (Cinara, p. 45).

A fala é também usada como elemento de violência social (Maffesoli, 1987a). A partir deste relato, pode-se compreendê-la como instrumento da violência, pelo expediente da revolta. Reiterando o desejo de ser respeitada, de não aceitar a complementaridade, Cinara usa a palavra para o confronto, e "manda" o médico de plantão se retirar da sala de parto.

Deste modo, como forma de sobrevivência, as mulheres adolescentes nesta situação visível de desigualdade tanto na questão social de gênero, quanto na de idade e nível social, utilizam várias formas de adaptação, "acomodação ou transgressão", que de algum modo explicam *"este mistério e que permite compreender esta vitalidade apesar de tudo"* (Maffesoli, 1988:162). É claro que esta adaptação não é voluntária, nem mesmo consciente, num primeiro momento; entretanto, ela se faz presente mesmo nas situações mais duras que enfrentam.



## • Medos e expectativas do parto

A partir da análise dos encontros coletivos de gestantes e mães adolescentes, constata-se que uma outra categoria importante emerge da convivência grupal: **medos e as expectativas do parto**.

Como é visto ao longo desta tese, o direito à maternidade é regulado pela sociedade e, de certa forma, é ela que estabelece as mulheres que podem ser mães. Apesar da aparente permissão da expressão sexual entre adolescentes, o direito de ter filhos é controlado e a transgressão das regras pode ter como resultado o castigo da marginalização.

Com a medicalização do parto, e conforme Sheila Kitzinger (1978), com o uso indiscriminado de solicitações de exames, cálculos e intervenções obstétricas, as futuras mães perdem a confiança na sua capacidade de dar à luz um bebê saudável sem a ajuda de um médico. Para a autora, elas já não confiam nos seus corpos.

As adolescentes, convictas de que a dor é algo inerente ao parto e à maternidade, *"temem a dor, a morte, própria ou de feto, principalmente as gestantes de classe popular, que não podem contar com a anestesia"* em parto normal porque a Previdência não paga (Vitória Pamplona, 1990:35,36).

Os medos do parto relatados pelas adolescentes são relacionados a situações concretas vividas ou comentadas (toque vaginal, injeção, condições do feto, gritos de outras parturientes, ficar só); desconhecimento sobre o processo do parto, e por ameaças e castigo por serem jovens e grávidas.

Durante a gestação, via de regra, as adolescentes são atendidas pelo mesmo médico que, aos poucos, se torna uma figura conhecida. Entretanto, isto não ocorre em relação ao parto, quando são atendidas pela equipe de plantão, gerando temor em relação a este desconhecido que as atenderá, somado ao desconhecimento do processo do parto em si.

A questão do medo do parto é, trabalhada no grupo, empregando-se um exercício de sensibilização. Elas escrevem três palavras que lhes veem à mente, relacionadas ao parto. A primeira palavra que surge é **dor**, seguida de **medo** e **angústia** de não saber o que fazer. Para Arlene Burroughs (1995) o comportamento da mulher em relação à dor varia, podendo ser muito óbvio em algumas mulheres e não em outras.

Os sentimentos negativos, presentes nos relatos das adolescentes, são relativos ao desconhecimento de saber quando ir para o hospital.

"Eu não sei como eu vou saber se já é para ganhar o nenê" (Cinara, p.30).

"É pra ir pro hospital quando estoura a bolsa. Quando sair água. Quando tiver dor de 5 em 5 minutos. Isto é o que mais ou menos me falaram" (Fernanda, p.30).

Esta situação de dúvida, expressa nas falas das gestantes **Cinara** e **Fernanda** a respeito da identificação do início do trabalho de parto, é um questionamento vivenciado por toda primigesta. O parto é uma experiência nova e a gestante adolescente passa, durante a gestação, por todas as ansiedades próprias da adaptação da gravidez, e quando está com o feto incorporado como parte de seu esquema corporal, deve então passar por um novo processo de adaptação. Para Raquel Soifer (1980) a noção "*desses dois fatos irrefutáveis, perda de um estado e passagem a outro, reativa profunda ansiedade na parturiente*".

O parto constitui-se como momento crítico, porque tem como característica básica "*a irreversibilidade - situação que precisa ser enfrentada*" (Maria Tereza Maldonado, 1986:48). Esta realidade está presente nas falas das adolescentes. **Eliza**, (p.107) em tom de brincadeira, faz o comentário: "Adriana, tu não precisa te preocupar que o nenê vai nascer de qualquer jeito".

As razões subjetivas relacionadas ao medo do parto são: ansiedade relacionada à dor e ao medo do sofrimento, que durante a vida a mulher ouve e introjeta: "a dor do parto é a pior dor que existe"; e durante a gestação, como no caso de **Adriana**, **Cinara**, **Eliza** e **Gení** (Parte III, Capítulo 10, item - **Realidade fatural de um grupo**), são assustadas e ameaçadas tanto por pessoas leigas, quanto por profissionais da área da saúde, com comentários sobre a dificuldade que enfrentarão no parto, por serem jovens e terem engravidado quando "não deviam". De acordo com Maria Tereza Maldonado (1986), os temas verbalizados pelas gestantes têm um caráter de autopunição, diretamente relacionado com o sentimento de culpa da grávida.

Assim, temor e desconhecimento permeiam a vivência que antecede o processo do parto. Este conflito emerge nas formas mais elementares do viver cotidiano. **Gení** (p.46) recebe informações de mulheres mais velhas quanto aos riscos do parto: "tu vai sofrer tanto pra ganhar teu nenê, tu fica entre a vida e a morte". **Adriana**, ao ser questionada pelas colegas do grupo sobre qual a dificuldade específica que sente em relação ao parto, após pausa reflexiva, responde:

"Por enquanto não é difícil. Eu tenho medo de todo o processo do parto. O principal é a dor que a gente sente antes. Eu não sei... não sei nada" (Adriana, p.79,80).



Como a dor não pode ser vista, podendo-se apenas ver as reações de dor, é difícil avaliar se uma pessoa está realmente sentindo dor ou se reage como se estivesse com dor em decorrência do estado de temor em que se encontra. Presenciar as reações de gritos ou choro de outras mulheres, antes do seu próprio trabalho de parto, é um fator de aumento da angústia em relação à possibilidade de conseguirem enfrentar o estresse e a dor do trabalho de parto. **Cinara** não quer ouvir os gritos de outras mulheres em trabalho de parto e, pelo mesmo motivo, **Silvana** em início de trabalho de parto, apesar de querer ganhar logo seu bebê, não se importa de voltar para casa.

"Quando eu fui lá ver a tia Fátima, tinha uma no canto do quarto dela, que fazia três dias que se queixava de dor para fazer cesariana. Eu tinha vontade de mandar ela calar a boca. Eu não quero ficar ouvindo aquilo lá. Eu quero ir lá, fazer a cesárea e ir embora. Agora sim eu tô com medo de ganhar. (...) Agora que não vai mais ser cesariana" (Cinara, p.41,46).

"Eles não deixaram eu ficar, me mandaram embora porque senão eu ia ficar no meio daquelas loucas ali berrando. Eu ia ficar mais apavorada ainda (Risos)" (Silvana, p.53).

As situações apontadas pelas adolescentes, que podem intensificar a realidade de punição/castigo são: submeter-se a procedimentos de **toque vaginal** e **injeção** e o **nascimento de uma criança mal formada**.

O toque vaginal torna-se um fator de ansiedade porque através dele, se verifica o grau de dilatação e conseqüente evolução do parto. De acordo com Raquel Soifer (1980:54,55) o toque é sentido como se "*seu resultado fosse um prêmio ou um castigo: o prêmio é o internamento; o castigo, ser mandada embora*". Este castigo também pode ser vivido pela demora na dilatação, e conseqüente maior número de horas de trabalho de parto e sofrimento.

Ao comentar no grupo sua experiência do parto, **Cinara** fala do toque vaginal como um exame de rotina, realizado para ser admitida. À respeito deste procedimento, **Silvana** se expressa:

"Ai que horror. (Risos). Isto que eu não fiz ainda. A primeira vez que o doutor foi fazer o toque em mim eu não deixei. Ele mal colocou o dedo eu comecei a me encolher toda e saí da cama" (Silvana, p.35).

**Gení** (p.56) ao procurar a emergência obstétrica por apresentar temperatura elevada, relata que devido ao excessivo número de toques realizado no hospital, foge

do local e não mais retorna. Mesmo sendo informadas sobre a razão da realização do toque (forma de acompanhamento do trabalho de parto e a periodicidade deste procedimento), a dúvida sobre sua necessidade permanece entre as adolescentes. **Fernanda** (p.36) pergunta se é "obrigado meter o dedo", no que **Silvana** (p.36) reforça sua indignação: "pior que não é um só, é toda a hora".

Outro medo ligado ao imaginário das adolescentes é o medo de injeção. Este medo é exemplificado nos relatos de Silvana e Fernanda no item 10.1 - Realidade fatural de um grupo. **Fernanda**, (p.30) durante os encontros do grupo, verbaliza seu medo, com frequência, principalmente com a visualização da agulha. "Eu tenho uma coisa assim, se eu ver uma injeção deu né".

O nascimento de uma criança mal formada é outro fator ansiogênico, principalmente para as adolescentes que tentam, concretamente ou em desejo, interromper a gravidez. A culpa "*mal elaborada por mecanismos de dissociação ou negação ressurgem quase sempre no temor ao castigo*" de ter um filho com problemas (Maria Tereza Maldonado, 1986:43,44). Suas fantasias e medos em relação ao recém-nascido são verbalizados quando se questiona a razão da angústia do parto.

"Ontem o pai tava passando a mão na minha barriga. Daí eu tava dizendo pra ele, estas crianças que nascem com deficiência, eu não sei se eu ia trazer ele do hospital, eu não ia querer.(..) É disto que eu tenho medo, de ele não nascer sadio" (Cinara, p.18,38).

"Sei lá, a gente pensa será que o parto vai ser difícil? Será que o nenê vai nascer perfeito. Será que não vai ter nenhum problema? Se bem que a gente fez o pré-natal. A gente sabe que está bem, né" (Fernanda, p.32).

Klaus e Kennel (1993:35) comentam que "*gerar um filho normal é o principal objetivo da maioria das mulheres*". Na realidade, a maioria das mulheres grávidas tem este receio. Mas, observando-se as adolescentes, a situação é particularizada pelo fato de terem enfrentado a pressão social decorrente da gravidez, e pelos desejos inconscientes de se livrarem da criança. Aparece, então, um grande temor de serem "punidas" com a mal formação.

No caso de **Cinara**, a preocupação com a possibilidade de defeito físico no seu filho comenta: "não sei se eu ia trazer ele do hospital, eu não ia querer", pode representar: "está sendo demais para mim, com algum problema seria insuportável". Seria o motivo que falta para justificar o não continuar com esta sobrecarga por que vêm passando: ser adolescente e manter a gestação com toda a pressão social e sem o apoio do companheiro.



Com a proximidade do parto, há um aumento na efervescência da maternidade, pois o ato do nascimento do "filho(a)", na teatralização da vida, representa a passagem do feto do mundo da escuridão (do útero) ao mundo definitivo da "luz". É, portanto, no parto, que a transgressão da gravidez na adolescência se evidencia: o feto torna-se um recém-nascido iluminado.

As adolescentes parturientes temem o parto porque, quase intencionalmente, sabem que além das regras de moral e dos diversos "dever-ser" da perversidade cotidiana, o escuro abriga o "monstro" nas mais recônditas dobras do ser. Ao mesmo tempo, a pulsão vital é irreprimível e, nela, a mulher se assemelha ao divino.

Há, no erótico-sagrado, alguma coisa que se liga ao culto nomeado por Maffesoli (1985:53), de "*Grande Mãe*", e este laço é inegável nas diversas representações que se distribuem no tempo e no espaço desta vivência. O nascimento de um ser é o símbolo de uma eficaz "*união cósmica em que desponta o grande arquétipo da criação-destruição do amor e do medo*" (Maffesoli, 1985:53).

O confronto do dilema é desencadeado com a proximidade do parto, pela vivência da gestação na adolescência, base de todas as questões. O confronto é incorporado à relação da construção social que condiciona a mulher à maternidade e à legitimidade desta experiência - submetida às regras sociais que definem quando e em que circunstâncias a maternidade pode ocorrer.

A maternidade na adolescência gera angústia e agitação nas adolescentes à medida em que reconhecem que o código social de interpretação, que até então mostra-se eficiente, torna-se elemento de transgressão. E as adolescentes ao transgredir "devem" uma justificativa, daí o comportamento marcante de agitação - da angústia e do medo - em relação à mudança, ao parto e temor do tempo destruidor. A situação na qual estão inseridas evidencia a irreversibilidade da experiência. Estão numa situação fora de seus controles, num caos. Com o nascimento renasce a necessidade de enfrentamento social, e a de provar a capacidade materna, mesmo sem a aceitação social.

## 11 - CONVIVÊNCIA INDIVIDUAL: GESTANTES E MÃES ADOLESCENTES

Após a análise dos temas gerais que emergem da convivência no grupo de adolescentes na vivência do processo da maternidade, apresenta-se a análise da convivência individual domiciliar.

Relatar uma experiência nem sempre é tarefa fácil, tendo em vista as dificuldades encontradas para traduzi-las na riqueza dos detalhes, dos sentimentos, das emoções em sua totalidade. Na seleção de algumas vivências, há o risco de supervalorizar umas em detrimento de outras e, até mesmo, esquecer de algumas de relevante importância. A vivência com sete adolescentes na comunidade, é revivida neste momento de reorganização, relato e análise dos casos. Embora a convivência com todas elas tenha sido uma experiência única, enriquecedora e irrepetível, selecionam-se dois casos concretos, opostos, que ilustram o desenrolar do fenômeno da maternidade na adolescência, na vida cotidiana.

O primeiro caso, tem uma situação privilegiada e apresenta aspectos da maternidade na adolescência, em que o casal assume os novos papéis sociais relativos à vida conjugal e à **maternidade legitimada**. O segundo, retrata as dificuldades vividas por uma jovem, em que a paternidade não é assumida ao mesmo tempo que é discriminada socialmente por ser mãe adolescente solteira - **maternidade rejeitada**. A apresentação destas duas adolescentes em suas vivências da maternidade oferece a oportunidade de ir além da visão social. Permite entender o viver cotidiano individual de cada uma delas, considerando que o social não existe sem seres singulares. A análise destes casos é entrelaçada com os depoimentos das outras adolescentes que apresentam situações semelhantes às delas.

### • **Maternidade legitimada: caso 1 - Eliza, 15 anos**

Eliza é uma adolescente de média estatura, fisionomia delicada, com aparência de menina. A pele bronzeada contrasta com os dentes brancos em perfeito estado de conservação, numa dentição esteticamente posta, e visível pelo constante e arteiro sorriso. Os cabelos presos, de comprimento à altura dos ombros, são naturalmente ondulados, de cor castanho claro, e harmonizam com olhos da mesma cor. Sua



situação gravídica é aparente, estando o volume abdominal salientado pela blusa que lhe cai solta em cima do *short*. Em algumas ocasiões é reservada na comunicação, e evita o diálogo. Outras vezes é decidida, age com muita vivacidade e mostra-se comunicativa. Se auto define como "uma pessoa esquentada por natureza".

Aos 15 anos de idade, estudante da 5ª série, descobre que está grávida o que a deixa feliz e apavorada ao mesmo tempo. Informa que "tomou todos os chás que poderiam ser abortivos". No final do primeiro mês, nota um pequeno sangramento. Vai ao médico que atribui o sangramento aos chás. Com medo de prejudicar o bebê, pára com os chás e assume a condição de futura mãe.

Durante o período de gestação mora com a família de origem, composta por cinco pessoas. Ela é a filha do meio. O pai, segurança de uma empresa; a mãe vendedora de loja; um irmão menor de 12 anos, uma irmã com 16 anos, também gestante. A família mora em casa de alvenaria, com cinco peças e possui instalação hidráulica, elétrica e esgoto.

- **Sexualidade, relacionamento com o namorado e família de origem**

Eliza diz que quando pequena "acreditava em cegonha". Depois aprende com a tia que o homem "coloca uma sementinha dentro da mulher".

"Ouvia minha irmã e a amiga dela falarem sobre os namoros. Como era bom, e como o namorado era bonito de corpo nu". Nesta ocasião já namora com Marcus (17 anos). Eliza lembra que o primeiro relacionamento sexual ocorre seis meses após o início do namoro e após este episódio, mantém relacionamento sexual regular com o Marcus, seu único parceiro.

Sobre a anticoncepção, reforça a idéia de que a "gravidez não foi planejada", admitindo nunca ter tomado pílula anticoncepcional.

A menarca ocorre aos 11 anos, e desde o início refere irregularidade no ciclo menstrual. "A minha menstruação sempre foi irregular, ficava um mês sem vir e outra vez vinha 15 dias depois".

Justifica ser este o motivo da dificuldade no seu diagnóstico de certeza da gravidez. Começa a desconfiar quando a menstruação demora mais do que as outras vezes, e sente transformações no seu corpo. Suspeitando da gravidez, ela procura atendimento médico para a confirmação.

Eliza comenta a dificuldade, dela e do namorado, para contar aos pais sobre a gravidez. "Inúmeras vezes, eu e o Marcus quisemos falar, mas não tivemos coragem.

Pensei em não contar. Achava que podia esconder a gravidez". A mãe suspeita da gravidez porque Eliza passa a usar somente roupas soltas, inclusive para sair. Recorda que quando sua mãe pergunta sobre a gravidez, resolve assumir perante a família que espera um bebê.

Quando, finalmente, contam ao pai - "foi um momento de grande emoção. O pai e o Marcus choraram juntos, quando ele contou a notícia. Foi um período difícil. De um lado estava feliz pela gravidez, mas por outro sabia que teria de enfrentar a família e deixar os estudos. Além disso, tinha o medo de como seria a criança e, das mudanças que aconteceriam na minha vida."

A gravidez gera desconforto na família, principalmente para seu pai. "Logo depois, a gestação foi bem aceita. Meu pai conseguiu, inclusive, o primeiro emprego para o Marcus que, desde o início, ficou muito feliz com a notícia da gravidez". Refere não ter planejado a gravidez, apesar de não usar métodos anticoncepcionais.

A mãe de Eliza se diz feliz, mesmo com as duas filhas adolescentes grávidas. Justifica que um dia seria avó, só é antecipada a data. "A responsabilidade de criar as crianças será delas mesmas, a minha vida não vai mudar; a delas sim". Em conversas com familiares, Eliza descobre que sua vó materna também "ficou grávida antes do casamento".

Na família, relaciona-se melhor com o pai do que com a mãe. "O pai é mais calmo para conversar, se preocupa mais em saber como estou. A mãe já é mais difícil, tenho conflitos com ela".

Eliza discute com frequência com a irmã grávida. "Ela é muito mandona, tá sempre pedindo uma coisa". Ao mesmo tempo reconhece que a gravidez da irmã é complicada, porque foi abandonada pelo namorado. Hoje, ela tá em pior situação que eu. Não sei amanhã, talvez fique melhor ... mas hoje... ela está sozinha, por isso, eu agüento, faço as coisas e não brigo com ela, mas é difícil. Aqui não dá para ficar" (neste momento, chora silenciosamente).

Em função da dificuldade de relacionamento com os familiares, comenta: "Aqui em casa eu não quero ficar. Brigam comigo porque eu acordo às nove horas e que não faço nada. Aqui em casa não vai dar para ficar".

No período de gestação, diz que tem mantido relação sexual com o namorado. "Nos entendemos bem, só que sou muito ciumenta, o que atrapalha a relação". Salaria que Marcus se sente "normal como futuro pai. Para ele, não houve diferenças. Entretanto, comenta que "para a mulher adolescente é diferente, pois é ela que carrega o bebê".



Com o passar do tempo, a gestante relata crises no relacionamento com o namorado. "Parece que tudo está dando para trás. Marcus está só trabalhando. Chega às 2 horas da manhã em casa. A gente quase não se vê por causa do emprego dele".

### **. A vivência da gestação**

Eliza relata que sua vida sofre mudanças em função da gravidez. Depois das férias, abandona os estudos. "Fica difícil cursar à escola, não que seja proibido, mas existe crítica por parte dos professores que fazem ironia em relação à situação".

Justifica que sua decisão é em função das mudanças cognitivas que ocorrem na mulher durante a gestação, dificuldades, pelo desgaste emocional e financeiro. "Não estava acompanhando a matéria. Não entendia nada, apesar de o professor repetir para mim". Acredita que a razão da dificuldade é devida à gravidez. "A gente fica diferente, mais desatenta, com mais dificuldade para aprender as coisas. Estou indo muito mal, e iria rodar no fim do ano. Então para evitar ainda mais o desgaste físico e emocional, isso sem falar nas despesas de ônibus para ir a escola, resolvi desistir".

Entretanto, admite que é difícil ficar sem o colégio, "pois pelo menos tinha o que fazer, um lugar diferente para ir e encontrar outras pessoas. Ano que vem, tanto eu quanto o Marcus vamos voltar a estudar".

Quanto aos hábitos diários, sua rotina é basicamente vinculada aos afazeres domésticos: levanta cedo, toma café, leva o irmão ao colégio e arruma a casa; dorme à tarde com Marcus (ele está trabalhando à noite); dá comida para o irmão que chega do colégio; deita para dormir de novo e ao acordar, toma banho. Marcus vai para casa dele tomar café, pois mora com os pais dele; janta e esquenta a comida para os pais e conversa com eles. Às vezes, cuida de uma criança no turno da manhã.

Durante a gestação, em acompanhamento domiciliar de enfermagem, Eliza se diz emocionada ao escutar o batimento do coração do filho pela primeira vez. Quanto à interação mãe-filho, diz conversar bastante com o nenê e acariciá-lo. Se o bebê for do sexo masculino o nome escolhido, pelo namorado, é IGOR. Se for menina, a escolha será sua. Lava as roupas que ganha para o bebê, deixando-as prontas para quando ele chegar.

Quanto aos aspectos de saúde na gestação, realiza acompanhamento médico e de enfermagem regularmente. A gravidez transcorre dentro da normalidade, tanto para a gestante como para o feto. Entretanto, apresenta como intercorrência herpes labial e infecção urinária que tratados, evoluem para a normalidade.

### **. Construindo a casa e a vida conjugal**

Os namorados planejam morar juntos e começam a comprar o mobiliário. Aos poucos, vão adquirindo, também, o material para a construção da casa. Um dia, muito alegre comenta: "O Marcus vai receber hoje. Ele vai comprar a porta e a janela".

Eliza comenta seu desejo de se mudar durante a gestação, e fala sobre o local, as acomodações e o mobiliário da futura moradia. Refere não ter medo de ficar sozinha na casa, pois tanto a mãe do namorado, quanto os tios e os avós residem no mesmo terreno da sua casa. Apesar de ainda faltar as telhas e o assoalho para sua conclusão, já possui o fogão e a mesa, comprados por Marcus, e a cama dada pela mãe. "A gente se vira e agora falta pouco, só o armário, e o nenê cabe em qualquer lugar. Qualquer hora já me mudo".

### **. Ser mãe: o nascimento de Igor**

De acordo com o previsto, o parto ocorre em 10 de janeiro de 1994. "Quando as contrações ficaram de 5 em 5 minutos e não passavam, senti uma coisa lá em baixo, era a bolsa que arrebentou". Em seguida, Eliza vai para o hospital com o Marcus, o pai e a mãe. "Eu não queria que o Marcus fosse junto, mas ele disse que o filho era dele também. Estava nervosa e senti medo. Pedi para que a mãe me acompanhasse, mas ela também estava assustada e sugeriu que o Marcus ficasse comigo. Eu disse: não quero o Marcus, quero a senhora".

Eliza relata sua coragem no desempenho no parto tendo inclusive sido elogiada pelo médico "ele me elogiou por ter sido a única que não estava gritando". Devido a demora na evolução, o parto, é induzido e, para agüentar as contrações, "eu fazia respiração abdominal que tu (Anna) nos ensinou". Quando referiu não suportar mais as contrações pois sentiu que o nenê ia nascer, foi examinada e mandada para a sala de parto, o que gerou nela, bastante medo. Diz ter sido tranquilizada pelo médico, que não sentiria dor alguma. "Lembro do médico ter comentado: *não precisa ter medo agora, tu não teve medo na hora de fazer*. Eu respondi: O senhor não tava lá prá saber".

Feita a anestesia local e "o corte, eu fiz força e a cabecinha saiu e ele já chorou em seguida. Pensei: deve ser uma menina linda de cabelos crespos! Ficava pensando com quem se pareceria".

Neste momento o médico a informa: é um menino. Relembra ter se sentido decepcionada com o fato de ser um menino e comenta: "não quero um menino, queria



uma menina. Aí o médico falou: *coitada da mãezinha, tá tão cansada que chega a delirar*".

Entretanto, quando lhe mostram o filho emociona-se e chora. "Como posso ter pensado: não quero um menino, afinal, não fiz obrigada. Fiz por quis então não tem porque não querer agora". Muda de opinião e fica muito feliz com o seu filho.

Depois do parto, descansada, levam a criança para ficar em sua companhia. Comenta que tudo no hospital, tanto com ela quanto com a criança, "ocorreu dentro da normalidade. A experiência não foi tão ruim como tinham me dito. **Ser mãe é maravilhoso**".

O único problema são os pontos que incomodam. "Eu acho que infeccionou, por isso abriu tudo", e Marcus preocupa-se com a possibilidade dos pontos ficarem abertos.

### **. Sendo mãe: a adaptação da família com o filho Igor**

Nos primeiros dias, após o parto, Eliza resolve continuar na casa da mãe. Pela adaptação a nova situação de mãe e por questões de recuperação (deiscência de sutura (abertura da ferida - corte feito no períneo para auxiliar o nascimento) da episiorrafia (costura do corte), que cicatriza por segunda intenção (cicatriza lentamente) ), avalia que na casa dos pais tem o apoio que necessita. "Aqui é melhor, o pai está me ajudando. Ele me alcança o Igor para eu dar de mamá de noite".

A presença da criança na casa é festejada pela família. Todos vêm ver Igor, são tiradas fotos com os avós, bisavós, irmãos e primos. Eliza relata o comentário da sua avó em relação à criança: "é pena que não é mais uma menina, assim eu ainda podia ser tataravó. Mulher ganha filho mais cedo".

Eliza comenta a relação afetiva da família com o filho. "Quando o pai fala ele fica todo assanhado. Com a mãe é diferente. Outro dia a mãe foi falar com o Igor, ele fez beicinho para chorar".

Por outro lado, os avós paternos reclamam a sua presença. "Os parentes do Marcus falam que eu quase não levo o Igor lá". E justifica as razões: a dúvida da paternidade de Marcus, verbalizada durante a gestação e após o nascimento de Igor. "A vó do Marcus disse: - Este guri não parece ser filho do Marcus, tem olhos azuis". E durante a gravidez ela "disse que eu tava esperando nenê e o Marcus ia assumir sem saber se era ou não dele".

Os primeiros dias de vida da criança transcorrem dentro da normalidade: em uma semana o umbigo cai e cicatriza; mama de três em três horas, ganha peso e é



registrado. Nas palavras da mãe, "Igor já é um cidadão brasileiro". Entretanto, assinala as dificuldades para obter a certidão de nascimento do filho. "Nós fomos registrar o Igor e não conseguimos por sermos menores. Tive que levar meus pais, e ele a mãe".

Quanto aos cuidados com o bebê, no início não quer dar banho, mas depois arma-se de coragem e dá o primeiro banho. Após o nascimento, Marcus fica de licença em casa por mais de uma semana, o que Eliza julga ser um apoio importante. Com o tempo, Eliza mostra-se preocupada com a necessidade das constantes idas ao médico para tratar o filho.

"Eu já não sei mais o que fazer. O guri desde que nasceu tá indo quase toda a semana no médico ver alergia. Primeiro foi do corpo, o médico disse que no Igor era sarna. Nós passamos o remédio da sarna e ele gritava. Acho que ardia. Agora é essa assadura aí no bumbum. Passo pasta d'água como a médica mandou e não adianta nada. Já não to mais afim de passar porque acho que não resolve. Ela mandou fazer banho de luz, mas eu não fiz ainda. Ele chora quando eu passo a pomada" (Eliza, p.38).

Por não conseguir solucionar o problema, leva o filho a um hospital. "Eu levei ele no hospital para ver as feridas e eles fizeram RX do pulmão. Ele tá tomando antibiótico de 6 em 6 horas. Tá com infecção do pulmão. Eles disseram que no corpo ele tá com alergia do calor e com um pouco de sarna como eu". Apesar da medicação tópica prescrita, ela não está usando e justifica: "não tinha no hospital pra dar, aí eu não usei".

Além do problema de saúde do filho, também relata sua recuperação. A cicatrização da episiorrafia no puerpério é progressiva e se faz por segunda intenção. Ao término de 45 dias está totalmente cicatrizada. "Fiz como tu disse, Anna. Eu cuidei, lavei seguido e ficou bom."

De acordo com Eliza, o relacionamento sexual não ocorre, pois segue orientação médica: "só depois de 40 dias, quando eu já tiver ido consultar". Faz várias tentativas de conseguir consulta médica para a revisão puerperal, com insucesso. "Não consegui. Cada vez que vou no posto chega minha vez, já terminaram as fichas e no hospital tem que madrugar e com o Igor ainda não dá". Garante nem pensar em sexo, e Marcus concorda enquanto ela não tomar anticoncepcional. O medo da dor na relação sexual é verbalizada, e justifica seu temor:

"O médico do posto me disse que esta cicatriz vai doer depois na relação. Aí eu to com medo. Outro dia, na cama, ele se chegou e me beijou no pescoço. Aí eu disse: já estás te chegando? Ele disse não, claro que não! Aí eu disse: quando



tu podia, não queria, agora que não pode tu quer. Ele também tem medo. O Marcus disse para eu ir logo resolver o problema do anticoncepcional. Amanhã vou levar o Igor no Posto aí eu vou aproveitar e pedir para o doutor a pílula. Mas eu ainda não to com a mínima vontade" (Eliza, p.22,23).

Neste período, Marcus e Eliza têm a primeira crise conjugal: discutem e brigam com frequência. Pelos comentários, os motivos são variados: ambos continuam morando com a respectiva família de origem; a casa demora a ser concluída e há o medo da relação sexual. Esta situação repercute não só no relacionamento do casal, mas com o filho, e é evidente a disputa por sua posse, gerando ciúmes.

"O Marcus vai direto ver o Igor, quando chega. Aí, eu reclamei, e ele perguntou se eu estava com ciúmes: respondi que sim. Outro dia foi com ele. Ele pediu a roupa e eu disse para ele mesmo pegar, aí ele disse que para o nenê eu arrumo a roupa e a dele não. Eu não sei o que ele e a minha mãe andaram discutindo, só sei que ele perguntou se vou com ele para a nossa casa e levar o Igor. Eu disse que claro que eu ia junto. Então ele chorou e disse que tem medo de me perder, de ficar sem mim" (Eliza, p.18).

Nos primeiros meses, o ciúme de Eliza por Igor é muito grande, "eu morro de ciúmes, não deixo ele pegar", sintetiza a jovem mãe e, quando deixa é por alguns minutos e logo toma-o de volta. Em uma consulta médica de Igor, Marcus vai junto e a rivalidade pelo filho evidencia-se.

"Ele queria segurar o guri e eu disse: não, o guri tu não segura, ele é meu filho. Aí ele falou: Quem sabe tu fez ele com cuspe, sozinha. Ele queria entrar na consulta junto. Eu não deixei e nós ficamos discutindo por causa disso. Quando a médica chamou para entrar eu entrei e logo fechei a porta. Ele ficou com uma cara de coitado. Aí abri, e ele entrou mas ficou emburrado. Eu não disse uma palavra na consulta. A médica perguntou se eu não falava. Eu disse que não tava a fim de falar. Quando viemos embora, ele não deu uma palavra. Só disse que não gostou que eu fechei a porta na cara dele. Eu disse que a médica que fechou a porta" (Eliza, p.31).

Sem conseguir consulta médica para a revisão puerperal, Eliza é orientada pela autora da presente tese, no acompanhamento individual de enfermagem para a anticoncepção e retomada do relacionamento sexual.

A primeira tentativa de relacionamento sexual não tem sucesso. "Ele usou camisinha e tudo. Aí começou a doer e eu disse: pára, pode parar. Não, por enquanto nem pensar". O uso de anticoncepcional oral, de acordo com Eliza, inicia quando o filho completa dois meses de idade, e com ele, sente-se segura nas relações sexuais: "desta vez deu para fazer e não doeu nada".

### **. A nova família: buscando a (in)dependência**

Eliza fala sobre os planos do casal que são desfeitos e refeitos. No início do ano letivo, o casal tenta retornar ao colégio mas não consegue matrícula. Resolvem mudar de escola e Eliza esbarra na burocracia da escola pública. "Eu queria ir buscar o histórico, mas tem que ser o pai ou a mãe pedir porque eu sou menor. Ai no dia que eu e o pai íamos, o Marcus disse que não adiantava. Com quem eu ia deixar o Igor? Ele estranha a minha sogra".

Relata a dificuldade de concluir a casa nova e diz-se decepcionada com a situação financeira do casal. "Neste mês o Marcus recebeu só Cr\$ 20.000,00 dos Cr\$ 90.000,00 que deveria receber. Tirou em vale para a mãe comprar remédio, e para pagar uma prestação. Eles não entendem que agora ele tem uma família para cuidar e tem que acabar a casa".

No início de maio, os planos de se mudarem quase são desfeitos em função de uma briga de Marcus com o padrasto. "Ele já queria juntar dinheiro para nós fazer nossa casa em outro lugar".

Neste período, Marcus pede demissão do emprego por motivo de desentendimentos no serviço. "Logo agora que ele ia fazer um ano de serviço e tirar férias. Ele chegou aqui com os olhos vermelhos de tanto chorar. Já, já tem um outro emprego fixo".

Em junho, mudam-se para a casa nova. É uma construção em madeira com duas peças (quarto e sala). As precárias instalações e mobiliário (sem banheiro, esgoto, poucos móveis), dificultam as tarefas domésticas de Eliza: tomar banho, lavar a louça e ir ao banheiro, é feito na casa da sogra, ao lado. Apesar disso, é limpa e organizada, e Eliza demonstra felicidade com a situação da nova moradia. "É bom porque é minha".

Eliza comenta o processo de adaptação na vida conjugal. "Agora que nos mudamos, ele tem que ajudar. Nós dividimos as tarefas da casa".

Marcus permanece sem emprego. "Anna, estou desempregado, só biscate. Amanhã vou ver um emprego. A resposta do quartel é em julho, e acho que vou conseguir". Eliza não quer que Marcus faça o serviço militar. Justifica esta intransigência, porque não quer ficar muito tempo em casa sozinha. "Ele quer servir porque acha uma boa e talvez consiga ficar por lá. Como tem filho, o exército é uma coisa segura".



Por ser uma casa frágil, poucos meses depois, uma chuva com fortes ventos causa sérios estragos na nova moradia. "Ah! Nós temos que fazer uma casa nova, esta está caindo. Vamos construir uma de material".

Juntos, Marcus e Eliza, pouco a pouco, superam as dificuldades que surgem: questões de moradia; saúde; emprego, e o ciúme da criança.

No Natal, ela ganha um refrigerador o que a deixa muito feliz. "Agora toda hora tão vindo aqui usar ele", comenta a jovem mãe. Pela fala de Eliza percebe-se a satisfação que sente por sua situação domiciliar. Mostra-se também orgulhosa em relação à demonstração de apego do filho. "Quando ele teve com bronquite, só queria ficar comigo. Com a minha sogra ele chora".

Eliza descreve o temperamento e hábitos de seu filho:

"Tem dias que ele acorda de mau humor, aí não adianta. Só quer colo. Ele tá danado, agora deu para querer dormir na nossa cama. Eu faço dormir no colo e quando eu penso que ele tá dormindo, coloco na cama e ele abre a boca. De noite, quando ele acorda eu dou de mamã, troco e coloco ele de novo a dormir. Lá pelas sete horas ele acorda e eu me faço de morta, aí ele fica um pouco brincando na cama, mas depois abre o berro, aí não adianta mais. Tem que acordar" (Eliza, p.45).

A anticoncepção e o aleitamento materno preocupam Eliza. "Agora que o Igor tá maior, o médico receitou uma pílula mais forte mas resolvi continuar com a anterior. Eu pensei bem, e esta pode secar o leite, acho melhor continuar com a antiga, pelo menos um pouco mais. Estou usando esta pílula que tu (Anna) me deu e que eu ainda tenho uma cartela".

Mesmo segura da escolha anticoncepcional, ao primeiro sinal de anormalidade demonstra sua preocupação. "Levei o maior susto outro dia. Tu sabe que eu não estou menstruando aí eu levantei com tontura e náuseas, até vomitei. A mãe do Marcus disse que eu devia estar grávida. Foi o maior susto, eu não quero outro agora de jeito nenhum. Mas eu disse não pode ser, tomei as pílulas direitinho".

Superada a fase inicial de adaptação do casal, Marcus tenta manter a independência em relação à família de origem, o que provoca desentendimentos entre o casal. "Anna, vem aqui conversar com mais calma comigo, quando ele não estiver em casa. Às vezes tem sido difícil para mim. Sabe o que é, nós temos brigado muito. Ele não quer que eu vá todos os dias lá na casa da mãe porque ele quer que eu me acostume aqui. Eu até entendo ele. Mas eu não quero que o Igor desacostume deles. Ele falou para mim que se eu vou um dia, eu não vá no outro".



Eliza não entende as razões do companheiro não querer que ela fique na casa da mãe. "Quando eu ainda estava morando lá na mãe, ele cada vez tava indo menos me ver. Um dia ele passava depois do serviço, outro dizia que me encontrava no portão ou já aqui na mãe dele". Comenta inclusive, um episódio de desentendimento do casal, em função da ida dela à casa da mãe. "Eu fui na mãe e nós brigamos. Ele pegou o travesseiro e foi dormir na mãe dele. Eu fiquei aqui sozinha com o Igor. Eu chorava como doida e o Igor fazia carinho em mim e ficava me olhando".

Após constatada a briga do casal, a avó de Marcus intercede pelo bisneto, levando-o para sua casa.

"A vó do Marcus bateu na porta e eu pensei: Ela vai querer se meter. Aí eu levantei da cama e abri a porta. Ela disse: - Só não sei porque vocês ficam aí chorando um em cada canto. Só não quero que vocês briguem na frente do Igor. Me dá o guri aqui. - Ela levou ele para a casa dela. Dali um pouco veio o Marcus de lá. Aí nós discutimos e ele disse que não queria eu lá (na casa da mãe) todo o tempo, que a minha casa agora era aqui" (Eliza, p.44).

Apesar do desejo expresso de Marcus para que ela não vá na casa da mãe, Eliza diz ter encontrado formas de contornar a situação. Combina com familiares para que avisem quando ele está retornando para casa. "Outro dia eu fui na casa da mãe, e quando ele vinha vindo, me avisaram e eu corri pra casa. Ele chegou e disse: - Ah! Assim que eu gosto, casa arrumada e tu em casa. Se tu quiser ir um pouco na tua mãe pode ir. Aí eu disse: Não, vou ficar contigo".

Embora reconheça a atenção que o companheiro lhe dedica quando está doente, queixa-se da situação: "Sabe Anna, outro dia eu tava com uma baita dor de ouvido, aí ele me fez um chá e ficou todo bonzinho comigo. Eu disse para ele que parece que ele só me trata bem quando eu estou doente".

Referindo-se à questão do trabalho do companheiro, diz que o problema se repete. "Ele já foi nuns 10 empregos. Quando diz a idade eles logo perguntam se ele já fez o exame de saúde do exército. Quando ele diz que não, eles dizem que se não está liberado do quartel não pode, não adianta. Ele tem feito biscate. Mas isto é assim, um dia tem serviço e outro pode não ter". E deseja ajudar na elevação da renda familiar: "Eu to pensando em começar a trabalhar".

Para Eliza, a oportunidade de trabalho aparece em seguida. Contudo, não fica muito tempo no emprego porque avalia que trabalhar fora não compensa. "Eu comecei a trabalhar e durou só dois dias. Não sabe o que é. Não valia à pena. Primeiro ela



combinou que ia pagar um salário mínimo, depois me disse que era só meio. Eu falei que era pouco mas ela disse que mais não podia pagar porque era o marido quem pagava. Ela era até legal, pagava o transporte. Meio salário é 35 reais. Eu pagava 10 para a guria cuidar o Igor. O que sobrava não dá pra nada e além de tudo o Igor longe. Ela disse que eu trabalhava só meio turno. Eu entrava às oito horas e saía às duas horas. E ainda, alguém ia ter que lavar a roupa para mim. Porque eu chegava em casa às três horas, tinha que deixar a comida pronta, dar banho no Igor, e outras coisa da casa. Não dava tempo".

Em julho, a esperança de Marcus entrar para o quartel é desfeita. "Marcus recebeu resposta negativa. Ele ficou triste, chateado porque queria servir, tava contando com aquilo. Disse se desse certo, já entrava na carreira. Era emprego garantido. Eu fiquei super contente, assim não fico sozinha".

Em agosto, Marcus consegue emprego. "Ele está trabalhando, não no que gosta, mas está trabalhando em obra".

O problema econômico tem amplas repercussões na vida do casal. "Terminou a pílula aí eu não tinha dinheiro pra comprar outra, aí não comprei. O Marcus tá tão assustado que ele acordou durante a noite e perguntou: - Tu não tá grávida, né? Ele sonhou que eu tava grávida. Ah! Deus nos livre. Eu não quero outro agora. Nós não fizemos nada, nos cuidamos".

Com o passar do tempo, Marcus consegue serviço. "Ele tá agora trabalhando numa lavadora de carros, e gosta do serviço". E, sobre a vida do casal, Eliza comenta:

"Vai bem. Agora eu não brigo mais. Eu saio e dou uma volta. Outro dia eu tava limpando a casa de *short* curto, ele não gosta, e quando eu cheguei na porta, tinha uns homens olhando lá de cima. Ele ficou furioso. Eu não disse nada. Terminei o serviço e saí, fui lá em cima e daí eu voltei. Quando eu cheguei ele perguntou: Tu não vai brigar? Eu disse não. Eu aprendi com a Anna que a melhor coisa é deixar a cabeça esfriar. Aí ele já tava bonzinho de novo" (Eliza, p.52).

A instabilidade econômica é uma constante no dia-a-dia do casal, e de acordo com Eliza, repercute no relacionamento da família "a gente começa a brigar" e, na própria saúde "quando falta dinheiro o Marcus fica doente e aí é pior". Há ocasiões em que o casal não tem dinheiro nem para alimentação e sente-se constrangido em solicitar auxílio à família de origem. "Eu não gosto de pedir ajuda pra mãe, mas eu fui lá pra comer. O Marcus não quis ir. Ele ficou em casa deitado, chorando. Acho que ele tem vergonha ou medo que vão falar alguma coisa".

Os períodos de dificuldade econômica são passageiros e Eliza comenta com entusiasmo sempre que o companheiro está trabalhando. "Agora ele já está trabalhando num serviço de revestimento de prédio. Ele tá gostando do serviço. Mas como ele ficou uns dias sem trabalho, o dinheiro tá meio curto".

Destaca, também, a diferença de amadurecimento que o filho traz para o casal. Comenta que a maternidade é fator de aceleração no amadurecimento da mulher, mas parece que o mesmo não ocorre com o homem. "O Marcus é muito criança, ele parece que por ser pai não amadureceu. Ele não sabe ficar com dinheiro. Se ele tem dinheiro por exemplo, vai no "Flipper" e passa o dia lá. Quando tá em casa só pensa em ir brincar com os amigos. No feriado de ontem, ele saiu cedo depois do almoço e só veio tarde da noite. Eu agarrei e fui lá pra mãe. Passei a tarde lá. Eu lá na mãe não me sinto sozinha, sempre tem gente. Aqui em casa eu faço uma coisa, outra e o tempo não passa. Se eu estou em casa, o Igor só quer ficar no meu colo ou ao meu redor, quer que eu brinque. Outro dia ele foi com o meu sobrinho lá no "Flipper" e o Igor ele não levou, tá muito pesado, então ele não leva".

E comenta sobre o lazer do companheiro. "O Marcus deu agora pra ir todo o fim de semana em pagode. Ele vem de madrugada pra casa e no dia seguinte tá morto de sono para ir trabalhar. Minha sogra disse: - Deixa, ele vai se cansar, é a juventude que ele não aproveitou e agora quer aproveitar. O Marcus é um gurizão. Ele é tri criança ainda. Parece que apesar de ser pai, não amadureceu como eu".

#### **. Comentando o caso e a história de vida das adolescentes**

A partir do caso síntese de Eliza, que serve de ilustração para entendimento dos demais relatos das mulheres adolescentes, constata-se a variedade de temas abordados na sua vivência feminina nos diversos papéis sociais que desempenha. Estes aspectos são importantes, pois desvendam o viver das adolescentes que merecem múltiplos desenvolvimentos, mas acredita-se que alguns são mais significativos: **sexualidade e relacionamento com o namorado; o cotidiano e o acompanhamento de saúde; torna-se mãe adolescente e; sendo mãe adolescente: adaptação à nova situação.**

Dentre os muitos exemplos que se tem à disposição, cita-se um número bastante reduzido, mas suficiente para mostrar a variedade da experiência da maternidade.



- **Ser mulher**

A mulher hoje, não difere das de outros momentos históricos e extratos sociais. Desde cedo é educada dentro dos valores sociais esperados para desempenhar os papéis femininos, em especial o da maternidade.

A forma partilhada de experiência pessoal, na convivência da autora com as adolescentes, permite refletir, sobre a aprendizagem que fazem e os conceitos que desenvolvem à medida que observam suas próprias transformações.

Na Parte II, desta tese - **Mulheres de Ontem: Mitos e Mentalidades** - disserta-se a respeito das transformações biológicas como fator inicial do processo de adolecer. A primeira menstruação para as adolescentes estudadas, no presente, também é um dos fatores decisivos para tornarem-se **mulher**.

Pela análise dos relatos das adolescentes, de modo geral, elas indicam que a menarca ocorre por volta de 11, 12 anos. Para **Adriana** (p.13), **Cinara** (p.68) e **Silvana** (p.6) o fato de terem menstruado com 11 anos é considerado normal. **Mary** (p.20) e **Gení** (p.69) passam por esta experiência aos 12 anos, e **Fernanda** (p.4) e **Eliza** (p.8) um pouco mais tarde, com 13 e 14 anos respectivamente, embora este fato não lhes tenha gerado apreensão.

A primeira menstruação é vivida, sem maiores preocupações e é considerada um acontecimento particular da mulher. Elas, de modo geral, já sabem sobre a menstruação, por conversas com as amigas ou com a mãe. Os aspectos que emergem é o tabu de falar sobre este assunto com adultos do sexo masculino, a reação de surpresa e as condutas restritivas a serem tomadas a partir daí.

"Eu tava no colégio, aí eu fui no banheiro e vi. O diretor do colégio era homem e eu não podia falar com ele sobre isto. Eu fui lá e disse: Me dá um papel pra mim sair agora. Ele perguntou: Pra que tu quer sair agora? Eu disse que sobre isto eu não podia contá. Porque não dá pra contá. Ele disse: Não te preocupa, o que te aconteceu, acontece com tudo que é mulher" (Gení, p.69).

A menarca, de acordo com Marie Langer (1981:73), representa para a menina um acontecimento muito importante, significando adquirir sua maturidade biológica: "*é mulher e capacitada fisicamente para o amor e para a maternidade*". Por este motivo deve ser festejada como uma data a ser recordada pelo resto de sua vida. Apesar disso, na primeira menstruação de Gení e Mary, ocorre o contrário. Pela fala da mãe de **Mary** percebe-se que a menarca é uma passagem importante na vida da

mulher. Entretanto, em vez de ser festejada é motivo de preocupação por parte da família.

"Aconteceu, foi quando eu tinha 12 anos. No primeiro dia que eu menstruei, eu fiquei assustada. Fiquei toda melecada. Eu pensei que eu tinha feito xixi nas calças. Daí eu falei pra mãe e ela disse: acho que tu menstrou. Tem mais uma moça em casa, temos que abrir os olhos. Ela disse também o que eu não podia fazer" (Mary, p.20).

A partir desta etapa, a mulher precisa ser mais cuidada "temos que abrir os olhos". As informações sobre a menstruação, às vezes, são dadas quando a primeira mulher da casa menstrua. Segundo **Mary**, como sua irmã menstrua antes dela, a mãe aproveita a oportunidade para falar a ambas sobre o assunto. Apesar disso, Mary não reconhece a primeira menstruação, não segue as orientações recebidas.

"Uma irmã minha menstrou primeiro e a mãe já aproveitou e explicou para as duas. Disse que eu não podia baixar as calcinhas pra ninguém mais, não lavar a cabeça, não molhar o pé e a barriga, por isso era pra andar de chinelo. Entrava num ouvido, saía no outro. Eu sempre lavei a cabeça. Coisa de antigo" (Mary, p.20).

De acordo com as adolescentes, este período é vivido como qualquer outro em suas vidas. Por menstruarem muito jovens, se consideram ainda meninas, e a mudança para uma nova etapa não ocorre de vez, mas aos poucos.

Para elas, as mudanças no processo de identidade pessoal estão vinculadas aos ritos de passagem ligados a acontecimentos relacionais. **Cinara** (p.24) comenta as diferentes vivências que a fazem sentir-se mulher.

"Teve dois dias que eu me senti diferente. Um foi quando eu **fiz 15 anos**. Eu tinha que ir para a aula daí eu me senti uma guria diferente. Eu me senti como uma guria de 18 anos. A irmã da Silvana tinha me dado uma bermuda preta que eu botei. Eu fui toda arrumada de cabelo comprido, bem preto. Daí eu me senti diferente. Parece que eu tava caminhando toda empinadinha. Tudo que era carro que passava ficava olhando. Daí eu me senti ... ahhh! A outra vez, foi quando eu **mantive relação**. Eu me senti mais mulher ainda do que quando eu fiz 15 anos. Quando eu fiz 15 anos, eu tava assim... mas eu não queria que ninguém chegasse perto de mim. Quando eu mantive relação, não! Eu queria que as pessoas chegassem bem pertinho. Parece que eu já tinha tirado o selo sabe. (Risos) Foi diferente" (Cinara, p.24).

Pelo relato de Cinara, constata-se que chega o dia em que a adolescente começa a perceber que é diferente. Começa a ser olhada de forma diferente, recebe



olhares na rua, na escola e em casa já não é tratada da mesma forma. "*Toma consciência de que causa admiração e interesse*" (Albertina Takiuti, 1990:43).

A vivência na comunidade se faz de forma diferenciada. É o tempo das esperas: na saída da escola, no portão, na esquina onde o objeto de admiração passa. A participação em festas e locais de reunião amplia o círculo social e possibilita o maior relacionamento entre rapazes e moças.

"Eu conheci ele no colégio. Eu e a Eliza ficava no portão porque a gente sabia que ele ia passar aquela hora por ali. Aí a gente ficava falando no portão" (Cinara, p.21).

São olhares, cumprimentos e, com o passar do tempo, inicia-se o diálogo. "*O prazer do encontro, olho no olho, do frio na barriga, da vivência da relação, do sentir o outro*", do prazer de ser "paquerada", de flutuar ao ritmo da música (Albertina Takiuti, 1990:52). Iniciam-se as brincadeiras e os jogos sexuais.

"No início a gente foi numa festa. Eu disse para a mãe que eu ia com ele e a gente foi numa boa. Ele ia lá em casa a gente conversava. Começou a paquera" (Cinara, p.21).

"Aquele tempo a gente saía muito. Quando a gente estava namorando era diferente. Se um dia a gente ficava sem se ver, parece que ficava louca" (Silvana, p.20).

"Ouvia minha irmã e a amiga dela falarem sobre os namoros. Como era bom, e como o namorado era bonito de corpo nu. Ficava só ouvindo, eu e o Marcus já namorava" (Eliza, p.8).

De modo geral, observa-se a existência de envolvimento inicial entre os parceiros, e as intimidades não são do conhecimento dos pais, mas partilhadas com as amigas. Para a mulher, o primeiro namoro é aquele de sonho, de fantasias. Pelos relatos das adolescentes, todas mantêm a primeira relação sexual com o primeiro namorado. **Cinara** (p.25) comenta: "pode ter mágoa ou não ter... mas o primeiro, sempre vai ser o primeiro".

De acordo com as adolescentes, das primeiras carícias íntimas à primeira relação sexual, tudo ocorre sem muita programação.

"Quando eu namorava o Juremir ele vinha aqui e nós falava pela porta. Todo mundo ficava de olho e falavam pra mãe que eu ficava namorando, até que um dia aconteceu" (Mary, p.14).

"Aí um dia aconteceu. Eu saí com ele para ir a uma festa, e eu decidi em vez de ir para a festa ir para outros lugares diferentes. Daí eu cheguei em casa bem

assustada. A mãe perguntou: o que é que houve, a festa não tava boa? Mas eu nunca comentei isto com a mãe" (Cinara, p.20).

Por não terem condições de falar aos pais sobre seu relacionamento sexual - uma vez que os adultos não estão preparados para ouvi-las - também não os procuram para falar de anticoncepção. Este problema é difícil de ser enfrentado. Via de regra, iniciam o relacionamento sexual para depois pensarem na anticoncepção.

Após o início do relacionamento sexual, e passado o primeiro período menstrual, surge a preocupação com a anticoncepção, principalmente a oral. **Cinara** relata que no mês seguinte ao início do relacionamento sexual, procura uma ginecologista.

"Eu comecei a transar com o Leandro em novembro e no começo de dezembro eu já comecei a tomar pílula. Aí neste tempo eu já tava decidida. Eu mesmo fui na ginecologista. Tem gente que chega e pergunta para a mãe. Eu não contei nada para a mãe eu, simplesmente fui na ginecologista e deu. Eu fui comentar com ela um ano depois quando ela foi arrumar meu guarda-roupa e descobriu os comprimidos, que eu já tomava" (Cinara, p.20).

Não basta às adolescentes conhecerem os métodos anticoncepcionais para garantir seu uso. Frequentemente falham no controle da natalidade porque negam ou não acreditam na sua capacidade de gerar filhos. Algumas delas engravidam por não tomar os "comprimidos", ou pelo uso incorreto de preservativo. Socialmente não estão autorizadas para a atividade sexual, portanto ela ocorre de forma imprevista e, como tal, a anticoncepção também não é programada.

**Cinara** (p.22), apesar de ter "tomado comprimidos" durante um ano, deixa de fazê-lo por indicação médica. "Estava tomando um remédio e o médico disse que eu tinha que parar com as pílulas e tomar só os antibióticos". Como a gravidez não "aconteceu, achei engraçado e não tomei mais". **Geni** (p.1) engravida em consequência do uso incorreto das "pílulas", e justifica seu esquecimento de tomá-las. **Silvana** (p.15) e **Fernanda** (p.1) não acreditam na chance de uma gravidez e, sem proteção, engravidam na primeira relação sexual.

"Eu engravidei usando a camisinha que rebentou. Nós usamos uma e rebentou, usamos outra e também rebentou. Aí eu fui no médico e tava grávida. Eu contei para ele que nós usamos a camisinha e duas rebentaram. Aí o médico começou a me ensinar como se usava a camisinha, eu morta de vergonha. Ele disse que deve ter ficado ar dentro por isso que estourou" (Eliza, p.86).

"Eu não menstruava aí eu fui ao médico e ele me pediu exame. Fui buscar o resultado bem feliz da vida, aí deu negativo. Eu fiquei bem pensativa aquele dia.



Eu pensava... no nenezinho, olhava as roupinhas de nenê. Aí eu pensei se eu tivesse grávida eu ia comprar as roupinhas de nenê, mas eu não tava... Mas aí, eu logo engravidei" (Mary, p.123).

"Não sei como engravidei. Eu me cuidava pelo método da tabela mas como minha menstruação é irregular, quando eu vi tava grávida. Nunca usei método anticoncepcional. Tem um período uns 10 dias depois da menstruação que é perigoso. As vezes eu tinha medo de engravidar, mas a gente acha que isto só acontece com os outros, nunca com a gente" (Adriana, p.4,7).

Com exceção de **Gení**, que já morava com o companheiro há seis meses, e de **Mary**, forçada pelos pais a morar com o namorado quando descobrem que ela mantém relacionamento sexual com ele, as demais moram com a família de origem ao constatarem a gravidez.

Schutz (1979:137), chama a atenção para o fato de que as experiências presentes não se referem apenas às experiências passadas, -"menina tem filho mais cedo" - através de lembranças, mas qualquer experiência refere-se também ao futuro - "se fosse menina eu poderia ser tataravó". Traz consigo *protensões* de ocorrência que se espera que aconteçam imediatamente e *antecipações de eventos* mais distantes no tempo, com os quais espera-se que a experiência presente se relacione com "seria avó um dia, só aconteceu mais cedo"; "eu achei engraçado não ter engravidado, aí não tomei mais os comprimidos".

Todas as antecipações no pensamento da vida diária são feitas do modo potencial. Em termos de chance, possuem horizontes em aberto que podem ou não ser preenchidos. Assim, a sexualidade, menarca, ser mulher, relacionamento amoroso, e erótico são vividos pelas adolescentes como "potencialidade" até que o evento ocorra.

Como forma efervescente, no relacionamento amoroso, o contato íntimo dos corpos é uma das modalidades de relação que permite viver a alteridade, e garante a perenidade do mundo. O relacionamento sexual das adolescentes remete ao que Maffesoli (1985) chama de atitude existencial que faz do sexo não um problema, mas um mito assimilando o vivido ao dia-a-dia sem culpabilidade, nem falso pudor. "*Tudo está aí. Ir até o limite de suas possibilidades, é um contra-senso, é entrar na imortalidade da adição e da repetição de si*" (Baudrillard, 1993:47). As tardes de ternura vividas em lugares íntimos e aconchegantes evocam e, ao mesmo tempo, aliviam o desamparo, o abandono da vida.

## • O cotidiano e acompanhamento de saúde na gestação

À semelhança do relato de **Eliza**, a gravidez provoca mudanças importantes na vida das adolescentes. **Fernanda** e **Silvana** passam a morar com o namorado; **Geni** retorna, temporariamente, para a família de origem; **Cinara** e **Adriana** terminam o relacionamento com o namorado; **Cinara**, **Eliza** e **Silvana**, abandonam a escola, e com ela muitas das amigas, e **Mary** pára de trabalhar.

São mudanças bruscas e radicais para a vida de uma adolescente em fase de estruturação de sua identidade pessoal. A gravidez significa uma rápida passagem da situação de filha para a de mãe. Na transição do papel de "ser mulher em formação" para o papel de "mulher mãe", vivenciam uma crise penosa, na maioria das vezes.

A vida cotidiana destas adolescentes restringe-se aos afazeres domésticos, pouco lazer (conversar com amigas, escutar música, ver TV, ir a um cinema); como exercício, só as caminhadas. Pouco a pouco, o contato com o mundo extra-familiar vai diminuindo. Surgem outras relações, até então inexistentes: mãe-filho e com os profissionais da área obstétrica.

Durante a gestação, o acompanhamento semanal de enfermagem individual e em grupo, realizado pela autora da tese, é um momento importante de convivência para elas. Nestes contatos, são realizadas inúmeras ações: - avaliação do acompanhamento pré-natal; assuntos relacionados aos aspectos específicos do período gestacional; - explicação sobre os exames solicitados, suas finalidades, resultados, técnicas de coleta; - realização de exame físico e obstétrico; ausculta dos batimentos cardíacos fetais com sonar, ensino e demonstração da palpação para auto-identificação das partes fetais, e - discussão das dúvidas, dificuldades, conquistas, alegrias, novidades, sonhos, fantasias, família, etc...

Não só **Eliza** se emociona ao ouvir, pela primeira vez, o coração de seu bebê, mas todas as demais adolescentes do grupo. Escutar o bebê significa a confirmação da gravidez. Não é incomum fazerem questão de que a família participe, desta emoção. **Cinara** (p.9) fica feliz ao ouvir o coração do seu bebê, na 14ª semana de gestação. A família divide este momento de emoção com ela. Os batimentos cardíacos são escutados pelo irmão, irmã e a mãe. Avisadas, no encontro seguinte, vêm as tias e a avó com o mesmo objetivo. **Silvana** é uma das últimas do grupo a escutar pela primeira vez (na 18ª semana de gestação), os batimentos cardíacos fetais, e espera com ansiedade, a quarta-feira de encontro individual (com Anna) em que haverá possibilidade de ausculta.



"Anna, antes de nós conversar, tu escuta o nenê? A mãe não vai sair só pra escutar ele. Sabe o que é, eu não consegui escutar ainda, parece que eu não to grávida... (quando ouve pela 1ª vez) Ah! (Risos) É bem depressa! Vó vem ouvir o meu nenê! Anna, tu vai na casa da minha sogra, pra ela e o Mário também poderem escutar" (Silvana, p.6,8).

A ausculta cardíaca fetal, também é meio importante para a interação mãe-filho na gestação. A partir dela, a adolescente estabelece a comunicação com o filho. Conversa, acaricia o filho que agora já é real. Fala das preferências "secretas", principalmente, quanto ao sexo e às características físicas.

Com exceção de **Gení**, todas as adolescentes têm acompanhamento médico no pré-natal, com mais de seis consultas ao longo da gestação. A gravidez transcorre dentro da normalidade para as adolescentes, têm partos normais (via vaginal), à termo, sem complicações materno-fetais.

Entretanto, no decurso da gravidez apresentam intercorrências comuns a quase todas: anemia, infecção urinária, doença sexualmente transmissível (leucorréia, herpes simples, condiloma), problema dermatológico (escabiose - "sarna"). Mas com o acompanhamento médico e de enfermagem, evoluem para cura e/ou normalidade.

No acompanhamento individual domiciliar, é possível acompanhar de perto o dia-a-dia da evolução da gravidez. Algumas condutas simples podem resolver ou evitar maiores complicações na gravidez. **Cinara** (p.7) com dúvidas sobre como "adquiriu *estafilococos aureus*" na urina, toma a metade da dose e diminui a periodicidade do antibiótico prescrito pelo médico. E **Mary** (p.10) não faz o tratamento para a anemia, e deixa de tomar as drágeas de sulfato ferroso porque recebe orientação médica de "mastigá-las", o que lhe provoca náuseas. Ao ser solicitada a receita da prescrição, constata-se que está escrito: "mastigável ou ingerida inteira". Em ambos os casos, o assunto é discutido no encontro individual (autora/adolescente) resolvidas as dúvidas, e orientado o tratamento correto, tanto a infecção urinária, quanto a anemia evoluem para a cura.

Em outras ocasiões, a falta de recursos é a causa do não tratamento. **Gení** (p.20), com infecção urinária, recebe a prescrição médica do tratamento (por 10 dias), com medicação (ampicilina) no valor equivalente a um salário mínimo. O pai de Gení, na ocasião, recebe dois salários mínimos mensais para o sustento da família, composta de sete pessoas. Com esta justificativa, e diga-se de passagem, com toda a razão, ela não toma a medicação. Constatado o fato, a autora providencia o tratamento

de forma gratuita para Gení. E entende que não basta aos profissionais de saúde prescreverem o tratamento de doenças ou alterações de saúde. É necessário certificar-se, igualmente, das condições econômicas da clientela, e da forma utilizada de tratamento. Do contrário, de nada adianta fazer a "urucultura" e não ser tratada a infecção detectada.

No diálogo com as adolescentes há o empenho em desmistificar a assistência á saúde. Para Freire (1987:72) a educação comprometida com a libertação, "*se funda na criatividade e estimula a reflexão e a ação verdadeira dos indivíduos sobre a realidade*". O cuidado é prestado num atendimento que vai além da simples instrução, ou transmitir conhecimento de forma passiva, mas é justamente o contrário: envolve o processo de participação destas mulheres adolescentes na transformação da sua realidade, através de uma educação à saúde participante. Em um encontro do grupo, discute-se a freqüência às consultas pré-natais. No final da gestação quando estas expectativas não são atendidas, **Cinara** retoma o tema questionando seus direitos de cliente.

"Me diz uma coisa, Anna. As consultas com meu médico não tinham que ficar assim, uma mais próxima da outra? Eles botaram uma vez por mês. Agora só em março e depois só em abril. Eu vou falar para o doutor para ser de 15 em 15 dias" (Cinara, p. 25).

Do mesmo modo que é destacado o poder social, que situa-se nas relações da equipe de saúde, aponta-se, aqui, a existência de uma astúcia estrutural, um jogo duplo, que conforme Mafessoli (1993:53), o corpo social parece valer-se: a conformidade que esconde, na verdade, a irresponsabilidade crescente - "*barriga mole do social*".

Para a adolescente, a aceitação de inúmeros valores impostos pela equipe médica - que assume formas múltiplas e imperativas -, e sem condições de contestá-las ou atendê-las, silencia. Tanto Gení, quanto Mary, perante a equipe médica, continuam o acompanhamento de saúde na gestação, deixando a verdade oculta (de não adesão ao tratamento), ajustando-se, organicamente, constituindo uma trama social.

Estas adolescentes, na vida cotidiana, sabem usar de astúcia contra imposições normativas, contra a violência natural ou social. O que pode parecer repreensível aos olhos dos profissionais da saúde, é bem pouco para elas. Se não há possibilidade de se obter a medicação, simplesmente não se faz o tratamento.



Desta forma, a duplicidade funciona como elemento estruturante da vida social permite que a vida cotidiana seja vivida sem grande dispêndio de energia no combate aos poderes constituídos. É no "*jogo duplo*", como diz Maffesoli (1984:122), que se pode responder ao artificialismo do dado social, ao mesmo tempo contraditório e ordenado, em que os indivíduos comportam-se de acordo com o que é deles esperado, mas criam também, suas próprias regras para a situação.

Com a proximidade do término da gestação, a família já espera com alegria e ansiedade a criança que está por vir. Ao chegar nesta fase, a jovem gestante confiante em sua capacidade de gestar, precisa esquecer, ou "anestesiá" os medos do parto. Nada melhor do que festejar a etapa vencida. Esquecem-se os ressentimentos, os choros, os comentários, e une-se o útil ao agradável no "chá de fraldas". A gestante diverte-se, recebe apoio das amigas, e roupas para o bebê.

"Anna, tô te convidando para dia quatro de dezembro, meu chá de fraldas... (E no dia do chá): Estou ajudando a mãe a preparar as coisas para o chá de fralda. Vão vir minhas amigas e os parentes. Eu quero que tu faça a reunião aqui em casa, mesmo com o chá, porque me interessa pelo assunto" (Eliza, p.9,11).

"Nós vamos fazer o chá de fralda da Adriana. Já que ela não se atinou em fazer... Vamos ver qual é o dia mais prático, né. Eu tava vendo as coisas. A Adriana não tem roupa pra nenê novinho. Só pra grandinho como os nossos" (Cinara, p. 96).

É um momento de solidariedade. Objetivando ajudar a futura mãe, mesmo sem muitas condições financeiras, as amigas fazem os convites, ajudam a organizar a festa e a lista dos presentes, de acordo com a necessidade da criança. Neste chá, serve-se pizza alta de forno, regada com rico molho de cebola e tomates, preparado de forma caseira, sanduíche aberto, bolo de chocolate e, para beber, chá de canela gelado. Apesar da simplicidade, elas arrumam maneiras de festejar a vinda do seu filho. Essa comunhão de emoções ou sensações, cristalizada nos "doces momentos", é o que sustenta a vida social, é uma das formas de garantir a aceitação social da criança pela comunidade.

---

\* Festa, reunião social, realizada, em geral, um mês antes do parto, para a qual são convidadas pessoas das relações da gestante para festejar a vinda do bebê. Os convidados trazem fraldas, roupas, utilitários de presente para o bebê que nascerá.

## • Tornando-se mãe adolescente

Superadas as barreiras sociais e divididos os medos na convivência grupal e no acompanhamento individual, o nascimento da criança ocorre no tempo e nas condições previstas.

Do ponto de vista biológico, o parto das adolescentes não apresenta diferenças em comparação com os das mulheres adultas. Entretanto, do ponto de vista emocional, é talvez a experiência mais intensa que se pode viver, não só por ser adolescente, mas por ser mulher (Gisela Rubarth, 1994).

O parto de **Eliza** (p.12-14) é o primeiro do grupo, e passa a ser modelo de expectativa para as demais. Pelo fato de ser uma das mais jovens, ajuda a eliminar parte do medo daquelas que teriam de passar pela experiência de parturição. Apesar de inicialmente sentir nervosismo e medo do parto, e não ter tido a menina que tanto queria, **Eliza** demonstra sentimentos positivos da vivência: "ser mãe é ótimo, é maravilhoso".

Na medida em que vão sendo mães, relatam sua experiência às demais, cada uma de acordo com sua particularidade.

O parto é vivido de forma solitária. A partir do momento em que são admitidas no hospital, perdem a identidade e passam a ser uma paciente sem nome, rotuladas com adjetivos diminutivos: guriuzinha, mãezinha, tão novinha... São despidas e vestem uma bata aberta nas costas: preparadas em salas isoladas, são submetidas a algumas humilhações adicionais.

"Eu tava bem calma. Aí a moça disse: tu não fica nervosa que eu vou preparar para cortar os pelinhos. Eu dizia, tá prepara, prepara. Eles cortaram os pelos só ali onde eles fizeram o corte. Aí eles fizeram a lavagem. É horrível!!! Não dói mas é ruim a posição. Lembra quando que eles faziam na creche quando a gente estava entupida. A gente tem que ficar uns 5 minutos ali até correr todo, aí a gente vai para o banheiro" (Eliza, p.12).

Após o preparo de rotina, são colocadas na sala de pré-parto, e na maioria dos hospitais este local é coletivo. Não se sabe a razão da tentativa de socializar o parto, algo tão íntimo, com pessoas totalmente estranhas ao mundo particular das parturientes. Falta de planejamento das instituições hospitalares? Controle e poder da situação por parte dos profissionais da área da saúde que, desta forma, têm a justificativa plausível para isolar a família, porque na sala não há lugar?



Quando uma adolescente, é deixada sozinha durante o trabalho de parto, de acordo com Klaus e Kennel (1993), além de assustador, representa uma severa ameaça ao autoconceito da mulher. Ser apoiada é ser valorizada em um momento de intenso egocentrismo e temor.

Algumas mulheres, como **Gení** (p.44), não chegam a perceber o isolamento sofrido, e o parto não é uma vivência difícil, por ter sido muito rápido. Sua experiência serve, inclusive, de ensinamento para **Fernanda** que sempre questiona a respeito das injeções: "A gente não vê nada Fernanda, tu nem sente a agulha. Eles te botam numa cama, deitada aí tu fica olhando para cima".

O relato de Gení evidencia a falta de controle da mulher sobre seu próprio corpo no parto. Ele faz lembrar o parto de **Cinara** (p.58), comentado na Parte III, Capítulo 10, item **Realidade fatural de um grupo**, que se assemelha com o relatado de Isabel Allende (1995:326), quando descreve a vivência de uma mulher em um parto hospitalar:

*"Fiquei só. De vez em quando, alguém fazia explorações entre minhas pernas, meu corpo se convertera numa única caverna palpitante e dolorida; passei um dia, uma noite e boa parte do dia seguinte nessa laboriosa tarefa, cansada e meio morta de medo..."*

Na continuidade deste processo, retorna-se à vivência de **Cinara** (p.58), ao relatar as dificuldades devido a demora de 22 horas do trabalho de parto: "não tive emoção, não me emocionei de ser mãe, tava em depressão".

A experiência de **Fernanda** (p.62) é bem diferente. Após horas de espera, enquanto caminha no ambulatório do hospital rompe-se a bolsa e tudo ocorre muito rápido. Mal dá tempo de ser levada para a sala de parto, e nem lembra da anestesia, dos pontos, e o bebê nasce. "Ai nasceu, já esperneando, gritando. Eu pensei: Aaai!... que coisa gostosa".

Já, **Silvana** (p.63), vai por três vezes no hospital, e só então é admitida. Logo depois o parto é induzido, a bolsa rompe e a criança já vem nascendo. "Foi muito rápido, ela já nasceu berrando. Quando colocaram ela no meu colo, chorei emocionada".

Depois de passar dois dias com desconforto, **Adriana** (p.114) entra em franco trabalho de parto e é admitida no hospital. Em uma hora nasce. Segundo ela "a melhor



hora, é a de ganhar". Para ela tudo acontece tão rápido que mal acredita quando a filha é colocada no seu colo. O mais demorado é a sutura dos pontos.

**Mary** (p.106) é a última do grupo a ter o filho, mas isto não é problema para ela, pois "foi mãe pela segunda vez". Acorda durante a noite quando a bolsa rompe. Considera o segundo parto mais difícil que o primeiro porque este "foi mais demorado". Justifica a demora pelo tamanho do filho "pesou mais de quatro quilos".

Como resultado dos partos, tem-se sete recém-nascidos, sadios, a termo, e cujo peso (em quilos), por ocasião do parto, são: **Igor**, filho de Eliza com 3.450; **Douglas**, filho de Gení, com 3.200; **Vanessa**, filha de Fernanda, com 2.830; **Junior**, filho de Cinara, com 3.500, **Francine**, filha de Silvana, com 3.180, **Driele**, filha de Adriana, com 2.530, e **Moisés**, segundo filho de Mary, com 4.410. Destes bebês, dois, os de Adriana e de Fernanda, considerados pequenos para idade gestacional, são filhos de mães de baixa estatura.

A experiência do parto é relatada com sentimento positivo. Muitas salientam que se "controlaram e não gritaram", apesar de todas terem feito alusão aos "berros das outras mulheres que estavam no pré-parto. **Cinara** é a única a referir-se ao parto como uma experiência difícil, muito mais pelo estresse da demora do que do processo em si.

Para elas, inexperientes, temerosas do parto, principalmente por serem jovens, uma importante fronteira é vencida. Isabel Allende (1995:327) ilustra esta vivência:

*"Há momentos em que já não se pode deter a viagem iniciada, rolamos em direção a uma fronteira, passamos através de uma porta misteriosa e amanhecemos do outro lado da vida. A criança entra no mundo, e a mãe em outro estado de consciência, nenhuma das duas volta a ser a mesma".*

Sublinha-se no nascimento a "passagem" de um modo de ser a outro, de uma situação existencial a outra. De acordo com Eliade (1992:146), todos os rituais e simbolismos da "passagem" exprimem uma concepção específica da existência humana: "uma vez nascido, o homem não está acabado; deve nascer uma segunda vez;(...) a existência humana chega à plenitude ao longo de uma série de ritos de passagem".

Portanto, o parto não é o encerramento do espetáculo. Ele é o fundador no processo da maternidade e o início preparatório do ato seguinte, do drama do viver social.



- **Mãe adolescente: adaptação à nova situação**

Esta parte da análise focaliza a experiência das mães adolescentes naqueles aspectos que, apesar de algumas intercorrências adaptativas, evoluem para a vivência da maternidade de acordo com os objetivos sociais esperados pela comunidade. Desta análise, emergem aspectos com significado positivo da vivência da maternidade, tais como: **preocupações maternas primárias, novas responsabilidades e amadurecimento pessoal.**

**Preocupações maternas primárias** - São as adaptações das alterações fisiológicas da mulher e das necessidades do bebê, imediatas ao parto.

Inicialmente, faz-se aqui algumas considerações a respeito do puerpério por ser uma fase de desafios para a mãe e para a família. De acordo com Erna Ziegel e Mecca Cranley (1985), as mudanças fisiológicas marcantes ocorrem muito rapidamente no corpo da mulher. Os pais familiarizam-se com os seus filhos, e aprendem como cuidar-los. Neste período o relacionamento da família é revisto e reajustado. As rotinas da vida diária são alteradas em decorrência do ciclo sono/repouso do recém-nascido. É um tempo de adaptação e de intimidade na família: "*um tempo feliz, divertido e também, um tempo de perda de sono, frustração, irritabilidade*", e de solidão (Erna Ziegel e Mecca Cranley, 1985:428).

As mudanças psicossociais que se desenvolvem como parte do puerpério são, talvez, mais dramáticas do que as mudanças fisiológicas, especialmente no caso das mães adolescentes que ao passar por ajustes de identidade pessoal, este efeito é mais duradouro.

Por esta razão, neste período, na convivência tanto a nível individual como coletivo, as mães adolescentes solicitam com maior intensidade a orientação da autora. E a ênfase das intervenções/orientação, centra-se nas atividades que mantêm e intensificam a saúde materna com a finalidade de facilitar o desenvolvimento das adolescentes como mães responsáveis pela própria saúde e pela de seus filhos.

A preocupação natural das mulheres com o corpo, no puerpério, aumenta nas adolescentes. Elas verbalizam, com intensidade, medos e fantasias com a possibilidade do não retorno às formas corporais anteriores à gestação. Por este motivo, no acompanhamento que a autora realiza a nível domiciliar, enfatiza aspectos do processo involutivo (abdômen, útero, sangramento uterino, períneo), e da evolução das mamas.

Como exemplo, **Eliza**, preocupa-se com a cicatriz no períneo: "acho que infeccionou e abriu tudo". E com a fantasia de que ficaria assim, é orientada pela autora sobre o processo e cicatrização (por segunda intenção), e cuidados para auxiliar a cicatrização. Além disso, é estimulada e acompanhada a visualizar, com auxílio de um espelho, as condições do períneo. Constata que é a pele e não a musculatura que está em fase de cicatrização, e passa a controlar sua involução. A própria Eliza (p.23) constata e informa quando ocorre a cicatrização completa. "Anna, já tá tudo fechado".

De modo geral, observa-se que a recuperação dos aspectos da saúde física nas mães adolescentes, se processa dentro da normalidade. Algumas, entretanto, apresentam algumas intercorrências: alteração na cicatrização da sutura do períneo, problemas gastro-intestinais (gastrite, prisão de ventre), e problemas mamários (fissura ou ingurgitamento). Estes casos são resolvidos com a orientação, ajuda e tratamento específico. **Eliza** (p.16) apresenta problemas de cicatrização na sutura dos pontos do períneo; **Cinara** (p.46) passa por processo semelhante: "Eu não tenho posição para ficar por causa dos pontos, não consigo nem dar de mamar". Ao exame físico, feito pela autora, comprova-se reação inflamatória local. Com imediata intervenção local e sistêmica, o quadro reverte-se e evolui para a cura em poucas horas.

É importante o pronto atendimento dos problemas de saúde da mãe, pois seus efeitos, somados à preocupação, desconforto e ansiedade, interferem na adaptação no puerpério e na amamentação efetiva.

Quanto à **amamentação**, todas elas demonstram o desejo de amamentar o filho, o que de fato se concretiza. Com exceção de uma delas, as adolescentes amamentam, com sucesso, seus filhos pelo menos até os seis meses. **Fernanda** (p.27) recebe orientação médica para suplementação de leite artificial porque a filha, aos quatro meses, está com o crescimento abaixo do percentil estabelecido para a idade, e **Silvana** (p.43) interrompe a amamentação aos seis meses devido a incompatibilidade da medicação no tratamento que faz para úlcera, com a amamentação. As outras mães adolescentes, mesmo após a introdução de alimentos sólidos na dieta, mantêm as mamadas da manhã e da noite, até um ano.

No período inicial da amamentação, **Adriana**, **Cinara**, **Eliza**, **Gení** e **Silvana** relatam dificuldades de adaptação à amamentação:



"No hospital tive um pouco de dificuldade com um dos mamilos que é plano. Agora não tem mais o problema do seio. Ela já está pegando bem direitinho" (Adriana, p.15).

"No hospital, antes de vir para casa, ficou tudo endurecido. Daí eu botei o nenê a mama, ele mamou um montão. Em casa quando ele acorda eu sempre sento para dar de mama" (Gení, p.43).

"Este daqui, está machucado e doí bastante. Isto é fissura?" (Eliza, p.18)

"Eu tô fazendo "figo" no seio" (Silvana, p.34).

Além dos fatores físicos, fatores psicológicos também influem sobre o fato de a mãe amamentar seu bebê. **Cinara** (p.46) apresenta dificuldade nos primeiros dias pós-parto para amamentar. A mama fica intumescida (ingurgitada) pelo acúmulo de leite, o bico pouco protuso e por isso, as narinas do bebê obstruem-se com frequência e ele chora muito. Esta dificuldade provoca ansiedade: "Quase não durmo. Ele não consegue pegar. Ontem era eu e a mãe a chorar. Me desesperei". Ajudada, apoiada e orientada, pela autora, Cinara consegue dar de mamar, e tanto ela quanto o filho acalmam-se, e a amamentação se estabelece. Na convivência grupal com as outras adolescentes Cinara comenta:

"Se não fosse a ajuda da Anna, eu não ia agüentar. No início o nenê não queria mamar. Quando ele começou a mamar me doía o seio e eu sentia dor nos pontos, aí eu tirava, não dava de mamar. Eu ficava naquilo lá. Se não fosse a Anna, se ela não tivesse lá me ajudado eu não ia conseguir" (Cinara, p.58).

Superados os impasses iniciais de adaptação e normalizando-se o processo involutivo do puerpério, o relacionamento com os bebês torna-se familiar. **Fernanda** é a única adolescente que faz a revisão médica no puerpério. Com a ausência de complicações de saúde ligadas à reprodução, a alegação das demais para não realizar este procedimento, justifica-se por dificuldade de marcação de consultas. Após o parto elas são excluídas do acompanhamento sistemático de saúde, e pela falta de condições de deslocamento a um serviço de atendimento, ocupadas pela intensa tarefa que enfrentam no cuidado da criança, não há continuidade.

**Novas responsabilidades** - O primeiro filho é um grande desafio a ser enfrentado pelos pais. As mães adolescentes relatam que há fadiga, ficam presas em casa, há redução no contato social mais amplo, além das inúmeras atividades e trabalho no cuidado do filho e a carga da responsabilidade da nova vida.



Para Sheila Kitzinger (1978:152), os três primeiros meses pós-parto são difíceis, pois exigem adaptação às necessidades do bebê. Do ponto de vista psicológico, neste período a mãe está ligada ao filho por um "*cordão umbilical invisível*", particularmente se o amamenta, como é o caso destas mães adolescentes. A mãe está completamente centrada na criança, que precisa de proteção e é profundamente dependente dela para sua sobrevivência.

Os relatos apontam, também, com bastante intensidade, as dificuldades e inseguranças decorrentes do **cuidado com suas crianças**. Este temor é ainda maior, quando se trata do primeiro filho e a mulher não tem experiência (Maria Tereza Maldonado et al, 1991).

A insegurança em relação ao cuidado da criança é explicada de duas maneiras por estas adolescentes. **Silvana** (p.47) tem a concepção de que o recém-nascido é um ser frágil, principalmente enquanto cicatriza o umbigo, por isso a sua mãe é quem dá o banho no bebê. Para **Gení** (p.47) a insegurança é devida à falta de experiência com criança tão pequena. A mãe e a irmã assumem, provisoriamente, esta tarefa.

A dificuldade com o cuidado da criança está relacionado à inexperiência das mães e às exigências de um recém-nascido, que faz com que passem o dia em função deles. Além do cuidado, devido a falta de condições econômicas para contratar alguém que as ajude, elas efetuam todos os afazeres domésticos.

"Quando a gente tem nenê quem manda no sono da gente é ele" (Eliza, p.16).

"Tá sendo difícil! Dois não é fácil. Eu não paro **nunca**. Sempre tô fazendo uma coisa. Dando de mama, fazendo comida é a roupa... O Juremir tem me ajudado. Até louça ele está lavando. A Mãe tem ajudado também. Semana passada eu fui lá pra Cachoeirinha no meu sogro. Fui com as crianças pra escapar um pouco" (Mary, p.17).

A falta de experiência e de recursos econômicos é, de certa forma, compensada pela intensidade das relações sociais da comunidade na organização do espaço, e a presença física de indivíduos no ambiente. As famílias, em geral, moram em áreas ocupadas por diversos parentes. Como o espaço físico das casas é bastante restrito, e com elevada densidade de pessoas, existe o hábito de deixar a porta e as janelas abertas. Assim, há um contato muito próximo entre vizinhos, e o uso comum do espaço externo. Há sempre alguém por perto e a família está presente, o que facilita o apoio à jovem mãe.

Esta proximidade, facilita a convivência da adolescente com seu filho, principalmente nos momentos em que necessita de apoio, e a auxilia na aquisição de



conhecimentos sobre o cuidado do bebê. Assim, progressivamente, as adolescentes assumem suas responsabilidades, e passam a sentir-se mais seguras.

"No início foi a mãe que deu banho. Ela ainda era muito pequena, agora eu já tô dando" (Adriana, p.16).

"É tri fácil. Eu comecei a dar banho nele depois que a mãe foi dar banho e socou a cabeça do gurí na banheira" (Elisa, p.47).

"No início eu tinha medo de dar banho, agora eu arrumei ela toda, para quando tu chegasse ela estivesse bem linda" (Silvana, p.36).

"Sabe, eu tava me lembrando de algum tempo atrás quando eu tava preocupada com o meu filho que ia nascer, se eu ia saber cuidar. Agora acho até engraçado de ter me preocupado. Estou aqui cuidando ele" (Cinara, p.50).

Confiante na sua capacidade de mãe, a adolescente consegue compartilhar o amor do filho, e se estabelece a relação afetiva com os amigos ou membros da família: companheiro, tios, avós.

"Eu dou ela para o Mário segurar, ele pega ela todo torto. Eu tô ensinando ele pegar ela. Ele eu não me importo que pegue. O Mário é todo bobo por ela" (Silvana, p.36).

"Estão todos bobos com a Driele. A mãe então nem se fala" (Adriana, p.16).

"O Wilson pega todo gozado a Vanessa no colo. Acho estranho ele pegar ela. Mas a mãe tá toda boba por ela" (Fernanda, p.18).

Em outras ocasiões, há rivalidade e disputa pela posse da criança. A adolescente tem ciúmes das pessoas que põem em jogo o amor do filho por ela.

"Eu gosto da minha sogra. Mas ela começa a brigar comigo. Não gosta quando eu vou lá na mãe e levo a Francine. Ela não quer que eu leve lá, porque tem ciúmes. Ela quer pegar todo tempo a Francine e eu não gosto que ela pegue. Ela diz: A Francine é minha, e eu digo: Não é sua nada. É minha" (Silvana, p.71).

Outro exemplo, é o caso de **Eliza** (p.41) que ao ir para o hospital para "dar à luz", verbaliza o desejo de que Marcus não a acompanhe, numa tentativa de excluí-lo do processo de dividir a maternidade. Esta conduta se mantém nos primeiros meses, quando ainda está morando separada do companheiro. Ela percebe a importância que o filho tem na família e solicita a atenção para si através de cenas de ciúmes.

"Outro dia quase me deprimi. A mãe do Marcus veio aqui e nem perguntou como eu estava. O Marcus vai direto ver o Igor quando chega. Aí eu reclamei e ele perguntou se eu estava com ciúmes. Eu disse que estava" (Eliza, p.18).

Em represália, **Eliza** (p.31) usa o poder de posse sobre o filho e não deixa o pai pegar o filho no colo. "O guri, tu não segura. Ele é **meu** filho". Esta situação se reverte na medida que a mãe adolescente se sente mais segura na condição de mãe, e a criança demonstra sua ligação com ela. Aos poucos, aparece o primeiro sorriso que é o primeiro sinal de relações humanas entre a mãe e o filho, sorriso que faz a alegria da família (Weil, 1992).

Nesta comunidade também há fortes laços entre as crianças da família, que se comportam como se fossem irmãos ou irmãs. Os laços que unem os membros de um mesmo grupo familiar são importantes ao longo de todo o ciclo de vida de um indivíduo. Para a criança, eles dão forma ao mundo em que se movem. O bebê destas adolescentes está rodeado por outras crianças, e em cada fase do seu desenvolvimento há grupos de parentes a quem está unido por laços de afeição e de lealdade.

Nesta convivência familiar, destaca-se com muita intensidade a presença das avós e das bisavós. As avós são, acima de tudo, ex-mães e muitas delas ainda cumprem este papel. Elas se permitem ajudar na maternidade das filhas ou noras, mas só o fazem em condições em que a mãe verdadeira esteja de acordo, ou em situações de crise, quando sua ajuda é desejada ou necessária.

Como exemplos da convivência da família ampliada, constata-se - no **caso Eliza** - a importância da proximidade para o apoio por parte da avó de Marcus, ao seu bisneto Igor, no momento de conflito do casal; e Francine, filha de **Silvana**, convive ao mesmo tempo com os avós paternos, com quem seus pais moram, e com os avós maternos que residem a uma quadra de distância. Nestas duas famílias, Francine, que é uma menina muito "paparicada", relaciona-se com um número bastante grande de parentes: tios e primos das mais variadas idades, crianças, adolescentes e adultos.

Esta convivência, segundo Sheila Kitzinger (1978), possibilita que haja um elemento vital num meio social saudável para a criança que está crescendo. Outro elemento importante desta convivência, para a mãe adolescente, é a possibilidade de acompanhar o desenvolvimento normal do seu filho, em comparação com as demais crianças. Esta comparação é vista no grupo das adolescentes a cada encontro. **Igor**, o primeiro a nascer, e portanto o mais velho do grupo, é sempre o ponto de referência de comparação do desenvolvimento das demais crianças.



As adolescentes estão atentas ao que se refere à alimentação e conforto, roupa, lazer e descanso de seus filhos, e raramente têm oportunidade de pensar nelas. Quando tentam as primeiras saídas e deixam o filho com alguém, ficam preocupadas:

"Antes, eu ia no som, 6<sup>a</sup>, sábado, domingo...era direto... trabalhava de 2<sup>a</sup> a 6<sup>a</sup>. Agora, nada disso eu posso fazer... Tem que cuidar dele, dar de mamar. Foi sábado passado, fui num show club... Eu meu irmão, minha cunhada. Daí eles foram, mas eu fui até lá em cima daí eu voltei..." (Gení, p.81).

"Ah! Eu vou, tô começando a ir. No outro domingo me arrumei, só esperei a irmã dele chegar, pra ficar com o Igor. Nós fomos mas foi só eu chegar lá na esquina eu já ouvi um chorinho, mas nem era dele, era de uma outra guria. Aí eu fiquei na dúvida de ir, mas fui. Quando era uma hora da manhã eu disse pro Marcus: Vamos embora... Aí nós chegamos em casa o guri não tinha nem acordado desde a hora que eu saí" (Eliza, p.81).

Durante meses, a adolescente fica envolvida com os cuidados e o desenvolvimento do seu filho: as revisões de controle, os acompanhamentos de saúde e as vacinas. Com exceção de Gení, todas as crianças das mães adolescentes, estão em dia com a vacinação obrigatória do primeiro ano de vida. Durante este período, estas crianças apresentam intercorrências no processo saúde/doença, tais como: problemas dermatológicos (escabiose, lesões estreptocócicas, dermatites amoniacais, dermatite seborréica no couro cabeludo); problemas gastro-intestinais (diarréia); amigdalite; otite; problemas respiratórios (resfriados simples, bronquites, crise asmática, pneumonia); criptorquidia e um caso de meningite. Cabe ressaltar que o desenvolvimentos psico-motor das crianças, está de acordo com a faixa etária própria.

**Amadurecimento pessoal** - A experiência da maternidade é relatada como um processo de amadurecimento psicológico pessoal pelas adolescentes. Esta realidade não é só verbalizada pelas adolescentes, como também é constatada em atitudes evidenciadas no seu cotidiano.

Elas apontam dois aspectos relacionados ao amadurecimento: a maternidade introduz a mulher na vida adulta, e a mudança no modo de ver e enfrentar o mundo.

Quanto ao primeiro aspecto, para **Cinara** e **Silvana** a passagem para a vida adulta ocorre a partir da vivência da maternidade.

"Vida adulta eu já estou a muito tempo, desde que o Junior nasceu. Aí que eu entrei pra vida adulta e não ao fazer 18 anos" (Cinara, p.74).

"Diferença de ser maior (18 anos) não tem. A diferença aconteceu a mais tempo. Quando nasceu a Francine, aí eu me tornei uma outra pessoa" (Silvana,p.46).

A vivência da maternidade, de acordo com os relatos de **Mary, Adriana e Eliza**, gera um processo de crescimento porque, por exemplo, assumem tarefas complexas como a dos afazeres domésticos, o cuidado da criança, auxiliam no orçamento doméstico e modificam sua forma de ver o mundo.

"Antes eu era assim... Como vou te dizer... Tudo era festa, nem me interessava. Agora não. Em casa trabalho, eu tive que trabalhar fora. Antes não, eu não precisava levantar cedo, não precisava trabalhar. Aí eu tive que trabalhar, comprar as coisas que eu não tinha, construir a casa. Tudo isto, eu me senti mais...útil, mais madura. Eu sou mais eu" (Mary, p.120).

"Acontece que as gurias da minha idade, ficam não fazendo nada. Ficam falando besteira e eu já é diferente... Eu tenho filho, tenho que trabalhar...então me sinto diferente do lado delas" (Adriana, p.120).

"Elas falam besteira. Agora a gente vê que é besteira. Eu me lembro eu ia pro colégio e dizia: Ah! Eu tenho que comprar um som...E outra sabe, tem tantas gurias aí, bem barrigudas, com 15, 16 anos com umas baita dumas barriga. Eu falei pra mãe: "Bah! Em que pé que tão estas gurias... Chega dar pena. Mal elas sabem o que é acordar de madrugada, o filho com dor de ouvido, tem que estar mudando... E outra coisa..." (Eliza, p.120).

Para elas "amadurecer" tem o significado de estarem aptas a desempenhar as responsabilidades próprias de um adulto. Eliza passa a ter a postura social, própria dos adultos da comunidade, que fazem comentários a respeito da gravidez na adolescência. Considera-se, e pensa em termos de moralidade, como uma adulta e deixa para traz sua adolescência.

Estas adolescentes não conseguem avaliar com clareza que estão vivendo uma situação ambígua: serem adolescentes e, ao mesmo tempo, assumir responsabilidades como adultas.

Assim, as adolescentes, apesar de questionarem as estratégias de controle social da comunidade a cerca de critérios da gestação socialmente aceita, fazem uso destas mesmas estratégias para serem aceitas.

A vivência da maternidade, nestas adolescentes, está embasada nos valores tradicionais introjetados durante o período de sua socialização, a partir de um discurso que situa a maternidade num relacionamento a dois (homem/mulher), como objetivo último e destino de toda mulher. Portanto, a maternidade para estas mulheres é



socialmente aceita, embora ocorra com certa antecedência temporal - **maternidade legitimada**.

Para elas, a maternidade é a parte da vida, que não as desaponta. Gostam de ser mães, de fazer aquilo que esperam delas. Colocam muito de suas energias na convivência com seus filhos. Sentem-se importantes desde a primeira vez que têm o seu amor correspondido com um sorriso, enfim, desde o dia que nasceram seus filhos. **Eliza e Mary** exemplificam o sentimento destas mães:

"Todo mundo me chama de Zânza. Aí um dia a tia Fátima tava com o Igor no colo, e ela dizia pra ele: - "Zânza! Zânza! e não saía nada. Aí ele olhou pra mim e disse... **ZA!** Eu enchi os olhos de água. A tia disse: - Como tu é boba!  
E eu disse: é, agora até posso ser, mas quando teu filho disser teu nome pela primeira vez tu vai ficar toda boba também" (Eliza, p.95).

"O Moisés já tá caminhando. Ele tá dando os primeiros passinhos. É um amor, a coisa mais linda. Ele nem engatinhou e já tá caminhando" (Mary, p.22).

Existem outras mulheres, para as quais a experiência da maternidade não é algo tão encantador. Vivem a dura realidade de não serem socialmente aceitas. No passado, são denominadas **mulheres marginalizadas**; hoje, solitárias. Vivenciam no dia-a-dia as dificuldades que as mulheres experenciam por tentar ou ter de assumir a maternidade fora dos padrões sociais e culturais.

Nestes relatos, as cores da vida perdem sua tonalidade pelo presente vivido. São mulheres rejeitadas pelo modelo tradicional e idealizado da mulher pura, especialmente por serem abandonadas e estarem sós, perdendo a possibilidade e o direito de se manterem mães virtuosas.

Um mergulho na vida cotidiana destas mães adolescentes, apresentada tanto na síntese de um caso específico, quanto pelas ilustrações dos depoimentos de outras adolescentes em semelhantes condições, possibilita constatar a dura realidade deste viver, relatado na secção final deste capítulo.

O caso de Geni, em oposição ao de Elisa - maternidade legitimada - dimensiona o sofrimento e a rejeição vivencidas pelas jovens marginalizadas.

#### • **Maternidade rejeitada: caso 2 - Geni, 14 anos**

Geni, uma adolescente de estatura baixa, de uma beleza exótica, com aparência de criança. Aparenta ter menos idade do que tem. Cabelos cor de fogo, lisos e



brilhosos e com comprimento um pouco abaixo dos ombros. Pele com sardas, inclusive no rosto, dentes em perfeito estado, olhos castanhos amarelados que formam um conjunto harmonioso. Sua situação gravídica (28 semanas de gestação) é bastante aparente, estando o volume do abdômen marcado pelo vestido justo e curto. Em algumas ocasiões tem um olhar distante e em outras costuma fechar os olhos pestanejantes, como se se concentrasse para refletir. Apresenta conduta imprevisível: em alguns momentos é muito afetiva e, em outros, aparenta completa indiferença.

Não freqüenta a escola, sob alegação de problemas de visão, e aos 14 anos de idade vive sua primeira gestação.

A gravidez ocorre quando está vivendo em companhia do namorado (Darley, 27 anos), o que provoca a separação do casal. Durante a gravidez, retorna à família de origem, composta por sete pessoas. Ela é a filha mais velha que está em casa e a irmã menor tem seis anos. O pai é guarda de obra, e é o responsável pelo sustento da família. O trabalho da mãe é vinculado aos afazeres domésticos.

#### **. A situação de gestante adolescente**

Geni percebe a gravidez muito tempo depois do seu início. "Eu tomava pílula anticoncepcional, mas me perdi no controle porque eu usava drogas. Eu bebia muito e cheirava cola, aí às vezes ficava toda perdida. Tomei remédio para abordar, mas não fez efeito".

No momento diz "não bebo e não cheiro cola e to me sentindo muito melhor agora". Entretanto, mantém o hábito de fumar. Fuma sete cigarros por dia. Refere ocasional corrimento cor de rosa; contrações uterinas principalmente quando sobe a lomba da casa; ardência urinária; infecção no útero e nervosismo, sem saber a causa.

Antes de engravidar, sai de casa para morar com o namorado que ela considera um homem feito.

"Eu adorava ele, a gente se dava super bem no início. Eu morei com ele uns 6 meses. Aí eu comecei a brigar. Tudo era motivo pra mim brigar. Eu não dormia de noite e começava a chorar, sem saber porque. Ele conversava comigo, queria saber porque eu tava assim. Mas eu procurava briga. Tudo que eu fazia ele começou a reclamar. Um dia eu fiquei tão braba que joguei o ferro quente nele" (Gení, p.18).

Relata que ao descobrir a gravidez o namorado viaja para Belo Horizonte, onde mora sua mãe e ela volta para a casa dos pais. "Foi uma barra, todo mundo dizia



horrores para mim". O namorado contra a vontade de sua mãe, volta pra ver Gení e ficar com o filho.

Comenta que deixa de gostar dele por ciúmes e por ter sido abandonada. "Eu era muito ciumenta e ele é motorista profissional de firma. Ele viaja muito... Eu disse pra ele, volta pras tuas aventuras de viajar. Já me abandonou uma vez, quando eu precisava".

O namorado procura novamente Gení e ela manda-o embora, e nega que o filho seja dele: "este filho não é teu. Volta para a tua aventura e me deixa em paz. Quando eu precisei dele, me deixou sozinha, agora não quero saber dele". Durante esse relato, chora várias vezes.

Refere movimentação fetal há mais de um mês. Conversa com a criança. Demonstra alegria ao ouvir o coração do nenê e se diz "feliz com a gravidez".

#### **. Relacionamento com a família e a moradia**

Geni considera que a gestação é relativamente aceita pela família, já que sua "mãe foi mãe aos 16 anos, mas já era casada". Diz que o seu pai "não brigou" por ela "ter aparecido grávida". "Depois do mal estar feito não adianta nada reclamar", ouviu o pai dizer.

A casa de madeira, onde vive com a família, é composta de quatro peças, não possui esgoto, mas tem luz elétrica. O chão é de terra batida e tem um grande espaço externo com árvores e animais, inclusive um pequeno chiqueiro de porcos, nos fundos.

Geni descreve seu dia-a-dia. "Levanto, tomo café. Faço o serviço da casa - lavo roupa, louça, varro. Almoço. Durmo um sono. Acordo e como alguma coisa. Tomo chimarrão. Vou na vizinha ela dá conselho. Vejo a novela e janto pelas 7:30 (19h30 min). Durmo às 9 horas (21h)".

Sua mãe pretende se mudar da Vila para que a filha menor se crie em outro ambiente e não aconteça o mesmo que aconteceu à Geni. Geni comenta achar isto uma bobagem, pois gravidez na adolescência acontece em todo lugar. Acredita que não é se mudando que resolverá o problema.

A vida em sua família é muito tumultuada, o que provoca a saída de Gení da casa dos pais, por várias vezes. Tem planos de ir morar com a irmã assim que o bebê nascer, "ela me ajuda a cuidar. Meu pai não ia aguentar o choro dele. Quando meu irmão nasceu ele ficava uns 15 dias sem vir em casa. Ele não suporta choro de nenê. Então eu vou morar com ela".

Geni refere ser criticada e abandonada pela família. "Até a minha irmã que disse que ia me ajudar hoje disse: - Geni tu só tem 15 anos e já está grávida, vai ser mãe. - Mas eles não entendem que eu quero o meu filho. **Eu quero cuidar dele**".

Em função da dificuldade de relacionamento, e os constantes atritos familiares, principalmente com o pai, sobre sua conduta pessoal e sua situação de gravidez fora do casamento, ela sai de casa. Primeiro vai morar com dona Santa. "Eu vou para a casa da Dona Santa. Lá moram três crianças, mas não é difícil cuidar. Elas já são grandes e obedecem. Elas têm dois, quatro e seis anos".

Essa situação, entretanto, dura por cerca de 15 dias. Em seguida, Geni ganha o filho Douglas, e retorna para a casa dos pais onde permanece por dois meses. Para facilitar a vida da família, os pais constroem uma peça para Geni, no mesmo terreno, separada da casa principal. "A Geni quer morar na casa dela, sozinha. Já tá querendo ir aos bailes até", relata sua mãe.

Gení fica morando mais dois meses na sua "peça", com Douglas, que sempre a acompanha em suas mudanças de moradia. Como os pais viajam para o interior, Geni vai morar com a irmã, que dá o seguinte depoimento:

"A Geni é um problema. Agora o pai e a mãe querem voltar lá para fora por que o pai dele tem terras lá, e ficam preocupados com ela. Não dá para Geni ficar sozinha na casa, por isto ela veio para cá. Ela quer ficar até tarde com as amigas. Aí eu não deixo ela ficar com o guri lá. Ela quer trabalhar, mas briga com todo o mundo, não tem patroa que agüente" (irmã de Geni, p.53).

Nessa época, ela reclama que "todo mundo quer mandar em mim e ainda tenho que viver com essa diaba", referindo-se à filha da irmã de nove anos. "Ela não me obedece, não faz as coisas que eu mando".

Por mais esse desentendimento, resolve ir morar com Edson, cunhado da irmã, que está separado da mulher, e tem aproximadamente 30 anos. A casa é localizada no mesmo terreno da irmã.

"Eu fui morar com ele, mas, por enquanto, nós somos apenas amigos". Questionado sobre a atitude em relação à ela, Edson diz que está só e quer uma mulher para ser sua companheira.

No encontro seguinte, Gení informa: "não tô mais morando com ele. Um dia ele quis transá e nós não conseguimos. Daí não deu certo, eu voltei para a minha casa. Eu fiquei com nojo dele".



Os pais voltam do interior e ela vai morar com eles. Entretanto, fica pouco tempo. "É que todo mundo é ruim pra mim. Agora o pai tá trabalhando de guarda noturno. Outro dia vieram uns parentes e a minha irmã foi contar pra ele que eu e a mãe ficamos de conversa com eles a noite toda. Aí o pai me tocou pra fora de casa. Eu ia até lá pro Morro da Cruz onde tem uma tia minha. Aí o Edson disse que eu podia ficar na casa dele. Eu fiquei".

Em conversa com a família, descobre-se que o comportamento nômade de Geni vem desde a infância. A mãe diz que "Geni morava um pouco lá, um pouco cá. Morava com um irmão e outro, às vezes com o tio, com a vó".

Geni muda-se, uma vez mais. "Tô morando ali em baixo na casa do Nego. É lá tá bom. Eu passo o dia na mãe". Nesta casa, também não ficou muito tempo e justifica: "ele me dava casa e comida e queria que eu deitasse com ele".

Retorna mais uma vez para a casa dos pais. E isso só é possível por que seu pai está viajando, mas quando ele retorna ela passa a morar com uma amiga, chamada Suzana. "Ela deve ter uns 37 anos e é legal. Tem três filhos e mais os gêmeos com um ano e meio, mas ela não é casada. Ela coloca eles na creche e trabalha o dia todo para sustentar os cinco".

Na casa de Suzana também não dá certo. Como o pai está no interior, providenciando o caminhão para a mudança da casa e da família, Geni fica na companhia da mãe. Quando se mudam para o interior, levam ela junto, apesar de contrariada.

#### **. Sexualidade, abandono e preconceito familiar**

Geni menstrua pela primeira vez aos 12 anos. "Eu tava no colégio, aí eu fui no banheiro e vi. O diretor do colégio era homem, aí eu não podia falar com ele sobre isto. Eu fui lá e disse: Me dá aí um papel pra mim sair agora. Ele perguntou: - Pra que tu quer sair agora. - Aí eu disse que isto eu não podia contá. Ele disse: - Não te preocupa, o que te aconteceu, acontece com tudo que é mulher".

A primeira experiência sexual foi com o namorado e pai de seu filho. Após desfazer o relacionamento, não mantém relações sexuais durante a gravidez.

Ela demonstra baixa auto-estima em função da gestação, reclama da situação de ser mulher, e se sente discriminada pela comunidade por estar grávida.

"Eu pensei, hoje. É difícil ser mulher. O corpo tá feio. Eu tô gorda e era magrinha, a barriga tá crescendo pros lados, o seio também cresceu e já tem leite. Eu me sinto mal, não queria ser mulher. É muito ruim. Sei lá. Tem muita

coisa pra fazer. O homem é diferente (choro). Ser mulher é muito Boca, sic (o que significa fofoca). É muita falação. Hoje mesmo eu tive que discutir com uma vizinha. Eu disse que estava fazendo 15 anos hoje e ela disse que quando a filha dela fizer 15 anos vai dançar a valsa e não rodopiar por aí com uma baita barriga como a minha (choro silencioso...). Eu disse que ela também teve a filha antes dos 15 anos, que ela não poderia ficar falando. Ela disse que naquele tempo era diferente" (Gení, p.15,17).

Geni fala sobre a discriminação que sofre: "Sabe, quando eu me perdi ... Eu gostava do Darley, porque transei com ele...(choro) todo mundo fica falando que eu me perdi, que eu sou isto e aquilo. Esta vizinha não gosta de mim, ela tem raiva de mim. Ela não quer que a filha ande comigo, porque eu me perdi. Todo o mundo diz horrores para mim".

Após o nascimento do filho, solicita anticoncepcional oral. O pessoal da comunidade comenta que Gení frequenta som à noite, e por gostar de namorar é vista com muitos parceiros aos beijos e abraços. Uma das lideranças da vila e o padre comentam a provável nova gravidez.

Questionada, Geni nega a situação: "Capaz, Anna! Eu tenho inclusive menstruado. Se um já é difícil, imagina dois. Credo! Tão sempre falando isto de mim, mas não é verdade. Tô tomando os comprimido que tu deu. Eu não tenho esquecido, não paro nunca".

Um dia Gení procura a liderança comunitária e pede para contatar com a autora. Quando a autora chega lá, ela informa que está sofrendo abuso sexual. "Anna, queria falar contigo. O Nego velho, lá onde eu moro, tá me pegando a força e fazendo eu transá com ele. Já há tempo. Eu fiquei com medo de falar porque ele me ameaçou".

Resolve falar porque na Delegacia da Mulher onde testemunha contra Edson (cunhado da irmã, com quem Geni já morou), acusado de abuso sexual em sua sobrinha é questionada se não acontece com ela a mesma situação. "Eu me segurei pra não dizer, até chorei. O Nego disse que me matava se eu contasse pra alguém. Aí eu fiquei com medo. Mas outro dia a vizinha ouviu quando ele me pegou. Ela me perguntou se ele não tava fazendo a força e eu disse que não".

Gení salienta a diferença física e de idade entre ela e seu agressor. "Ele é grande, tem uns 37 anos e diz: - Eu te dou casa e comida, roupa e tu ainda não quer deitar comigo, e fica como uma puta dando pra todo o mundo. Tu tem mais é que dar pra mim. - Anna, **é horrível...**" (choro).

Comenta que resolve, antes, procurar seu irmão casado e falar sobre o assunto, mas diz que é castigada mais ainda. "Ele disse: Se fosse eu o Nego velho, comia não



só na frente, mas tudo. Tu é uma puta mesmo, ganha as coisa dele e depois se faz de santinha".

Comenta a aversão que tem por seu agressor: "eu tenho nojo dele". Também demonstra preocupação com a possibilidade de estar novamente grávida. "Eu não tô menstruando, tô com atraso de 10 dias. Se tiver grávida me mato".

Em contato com familiares, expõe-se a situação do abuso. Entretanto, tanto a mãe quanto o pai, eximem-se da responsabilidade: "não adianta, eu já não falo mais, ela faz o que quer. Eu acho que tu tinha que conseguir um lugar pra ela ficar internada até fazer 18 anos. Ai ela já é responsável por ela, e aí sai e se vira sozinha", comenta o pai de Gení.

Sobre a situação da filha estar sofrendo com o abuso, eles prestam seus depoimentos:

"Outro dia ele deu até uma jaqueta que ela queria. Na hora de pedi ela sabe, na hora de fazer o que a mulher tem que fazer, ela não quer. Ela nem quer mais lavar as roupa dele. O homem é trabalhador, bão e ela tem mais é que deitá com ele" (mãe de Gení, p.83).

"Quando eu dei conselho ela não ouviu. Até me denunciá no Conselho Tutelar, ela foi. Eu cansei de dar conselho. Ela resolveu se envolver com um homem casado, corria atrás dele, ele era meu maior inimigo. Ela fez isto só pra me enfrentá. Agora táí ó. Rolando de casa em casa. Problema é dela, não quis ouvir os conselho, agora que se vire, não é problema meu. Eu só recebo ela aqui, por causa do guri que não tem culpa das loucura dela" (pai de Gení, p.82,83).

Frente ao impasse, contata-se então com a irmã que recebe Gení na sua casa e promete levá-la na segunda-feira ao Conselho Tutelar. Gení diz que lá recebe orientação semelhante a de sua mãe.

No encontro seguinte, com a solução temporária da mudança de moradia, Gení diz que os dois problemas estão solucionados: "agora tá tudo bem, não tô mais com Nego, fugi dele e até a menstruação veio".

Relata que está acostumada com a atitude dos pais. Refere que seu pai é de natureza violenta. "Esta noite eu dormi lá na casa da mãe. Ele ficou furioso porque o Douglas chorou de noite. O pai é um homem violento. Eu já escapei de ele me matar por um fio, umas três vezes. Ele já esfaqueou um irmão dele, por isto que nós tivemos de fugir para a cidade".

#### **. Tentativa de solucionar problemas: visão, estudo e trabalho**

Gení interrompe os estudos na quarta série, há dois anos. Justifica a atitude: apesar de ser excelente aluna, deixa a escola pois mesmo sentando na frente, não consegue ler o que está escrito no quadro negro. "Eu usava óculos desde pequena até dois anos atrás, quando eles quebraram".

Após ser encaminhada pela autora, Gení se compromete ir ao oculista mas não vai. Alega o não comparecimento em função de uma briga com a amiga que iria acompanhá-la, e acrescenta: "Eu não gosto de sair". A mãe de Gení se posiciona contra a volta da filha ao colégio. "Ela não vai. Quebrou os óculos, não cuidou. Agora ficou sem. Tem que cuidar".

Depois de várias promessas de Gení de ir consultar, pergunta-se se pode ser marcada para ela uma consulta. Com a resposta afirmativa, ela finalmente consulta. O diagnóstico médico é "*catarata congênita do olho esquerdo*", e é indicado uso de lentes de 12 graus. Providenciado, pela autora, o óculos, Gení muda seu visual. O uso de lentes lhe confere uma aparência mais velha.

Resolvido o problema de visão, reafirma seu desejo de voltar a estudar: "agora eu posso estudar que eu enxergo tudo". Vai em busca de informações de matrícula e descobre a dura realidade. "Eu não posso me matricular porque eu sou de menor. Só um responsável por mim pode fazer a matrícula e ninguém quer fazer".

A mãe acrescenta: "É bom ela ver agora que o estudo é importante. Quando eu corria pra ver colégio pra ela, deixou de ir, não quis mais. Agora ela que tem que se virar, né". E Gení insiste em estudar. "Eu quero fazer a 5ª e a 6ª num ano, e a 7ª e a 8ª no outro. Assim, em 2 anos eu termino o colégio. Assim sem estudar não dá. Eu já tirei as fotos pra os documentos".

Encaminhada pela autora, procura o Conselho Tutelar e a mãe é chamada, e autoriza a filha a se matricular. Vencidas as etapas legais, muda de idéia. "Desisti. É muito papel que precisa. É histórico do outro colégio, certidão, atestado... Desisti de estudar".

Além dos afazeres domésticos, Gení trabalha em diversas casas, cuidando de criança. Mas não dura muito tempo em nenhuma delas.

### **. O acompanhamento de saúde na gestação e a interação mãe-filho**

A gestação, como fato fisiológico, não traz alterações para Gení que justifiquem sua procura precoce ao pré-natal. Ela ocorre, não por iniciativa própria, mas por constante sugestão do grupo, de vizinhas e da autora, para assegurar a normalidade



da gestação. Questionada a razão, Gení refere dificuldade de ir só, e então é acompanhada. Realiza duas consultas pré-natais.

A gravidez evolui normalmente, bem como o desenvolvimento do feto. Em consulta médica e exames subsidiários constata-se como única intercorrência uma infecção urinária, que é tratada.

Gení diz ter sido muito difícil vivenciar a maternidade. Refere movimentação fetal a partir do quinto mês e apresenta comportamento ambivalente em relação ao filho, ao longo da gestação. Às vezes quer ouvir o coração do nenê e fica feliz em fazê-lo; em outras, demonstra irritação, não quer escutá-lo. Diz estar contente com a gravidez e conversar com a criança, entretanto nega-se a fazer o pré-natal. "Tenho horror a médico. Tive problemas de pulmão e coração nos meus dois primeiros anos de vida".

Questionada sobre a possibilidade de doação da criança, responde: "Eu vou criar ele. Minha mãe e minha irmã vão me ajudar. Eu vou ficar com ele sim, já tá resolvido". Expõe seu desejo de amamentar o filho. "Quero dar de mamá, só leite para ele".

Ao mesmo tempo em que se diz preocupada pelo fato do bebê ter parado de se mexer, admite ter tentado matá-lo. "Eu apertei a minha barriga com toda a força. Depois da ecografia eu tentei fazer isto. Uma mulher me disse que apertou a barriga dela quatro dias antes do nenê nascer, porque brigou com o marido, aí o nenê morreu. Eu apertei mas não foi muito, aí eu agora estou com medo. Quando eu engravidei, não fiz nadinha para tirar ele".

Novamente questionada sobre a doação, muda de opinião. "Acho bom. Todo mundo fica falando coisa agora que eu tô grávida. Imagina quando eu tiver o filho como não vai ser. Eu já falei sobre a autorização com meus pais. Eles acham melhor eu dá. O pai disse que assim dá menos trabalho".

Gení é encaminhada à assistente social do hospital onde está consultando, para falar sobre a doação do bebê. Entretanto, como Dona Santa promete ajudá-la a cuidar do filho, volta atrás e resolve ficar com o bebê.

Com a proximidade da data do parto, Gení refere medo de enfrentá-lo. Numa ocasião, acompanhando um dos filhos de dona Santa ao hospital, fica impressionada com o que ouve de uma parturiente. "Ouvi uma menina gritando de dor, reclamando que o filho não nascia. Ela tava caminhando num corredor, ali fora. De tanto ela berrar, veio uma médica e disse para ela que ainda ia levar umas três horas para ela ganhar o nenê. Que não adiantava berrar. Ela disse: *Na hora de fazer, não pediu socorro para ninguém e agora fica fazendo fiasco.* - Sabe Anna, eu tenho medo de fazer fiasco, de desmaiar de tanta dor".



### **. Vivência da maternidade: um calvário para mãe e filho**

Na data prevista, Gení torna-se mãe de Douglas em sete de março de 1994. Douglas nasce com 3.200g e é uma criança normal e sadia. Gení relata o acontecimento: "Foi bom, não foi ruim como eu pensava. Eu tava dormindo na minha amiga. Eu já tinha dormido bastante, quando me acordei toda molhada. Eu primeiro pensei que tinha me urinado na cama. Aí eu levantei e continuou a escorrer aquele líquido perna abaixo. Eu acordei a minha amiga. Ela foi comigo até lá na casa da minha mãe. Cheguei na frente da casa da mãe eu dei um berro que acordou todo o mundo. Eu disse: depressa que meu nenê vai nascer. Depressa!!! Me levaram para o hospital de caminhão".

"Eu cheguei no hospital e eles me examinaram e me mandaram logo para a sala de parto que já ia nascer. Eles me colocaram na mesa e me ensinaram a segurar uns ferrinhos dos lados e fazer uma força. Aí eu fiz e a moça disse: - Agora Geni tu vai fazer a maior força que tu já fez para fazer um cocô bem grande. - Eu me concentrei, fiz (representa o gesto de fazer força) e o guri nasceu já chorando. Foi bem mais fácil que eu imaginei. Todos me deram parabéns pelo meu comportamento. O médico disse que eu fui ótima. Eles trouxeram ele para eu ver todo enroladinho, aí eu olhei e disse: pode tirar esta roupa que eu quero ver ele peladinho para ver se é normal. Eles tiraram a roupinha. Daí eu olhei os pezinhos, as mãozinhas, a cara. Aí eu disse: pode levar agora, ele é perfeito. Ele é bem bonitinho, cabelo escuro, e pele branquinha" (Gení, p.30).

Gení refere que a criança não fica no alojamento conjunto com ela e justifica: "Ele não ficou comigo, porque quando ele chora eu me irrita. Ele começou a chorar e não parava mais. Aí comecei a ficar nervosa. Eu me grudei na campainha, a berrar. Veio gente correndo aqui aí eu disse que era para eles levarem ele daqui, e eles levaram".

Ela tem dúvidas se deixa ou não a criança no hospital para doação. "É, vou pensar". Questionada sobre a responsabilidade de cuidar do bebê, responde que se sente capaz, porque "a enfermeira vai me ajudar e ensinar a cuidar dele. Ela disse que vai me ensinar a dar banho, trocar as fraldas, a dar de mamã".

No hospital, a enfermeira apresenta as razões de estarem preocupados com Geni: ela fez um escândalo no alojamento; as colegas de quarto dizem que ela não atende o recém-nascido e comenta que na gestação "tentou matar o bebê". Por este motivo solicitam avaliação psicóloga e tomam o cuidado de chamar a mãe e a irmã de Geni para responsabilizarem-se pela criança.



Os termos em que é liberada do hospital são contados pela mãe de Gení. "Elas ficaram quase uma hora com nós falando e disseram que a Geni como menor, não podia ser responsável pelo guri. Que nós também tinha que ajudar ela a criá ele. Nós assinamo um papel que nós era responsável por ele, senão elas não deixavam ele sair".

Na residência dos pais, amamenta o filho, e orgulha-se do seu desempenho de mãe. À noite, atende o filho logo que ele chora; ele tem se desenvolvido bem, e no primeiro mês engorda dois quilos. É registrado e todos na família gostam dele, inclusive seu pai demonstra carinho e preocupação quando ele chora.

Passa o tempo, e num dos encontros, na ausência de Gení, sua mãe comenta que ela está perdendo a paciência com o filho, principalmente no final do dia. Por isso, fica preocupada em deixá-lo sozinho com ela.

A aparência de Douglas demonstra descuido e falta de asseio. Apresenta crostas no couro cabeludo, sobrelha e orelha.

É ensinada e acompanhada, pela autora, no banho da criança. A partir daí, a autora promove dois encontros semanais para o acompanhamento de Gení, o que resulta em uma criança mais asseada e uma mãe orgulhosa disso.

Também é problemático o controle de vacinação de Douglas. "Eu fui no posto e eles queriam dar a vacina, aí eu fugi. Eu não vou deixar dar injeção nele porque dói".

Ao mesmo tempo em que demonstra preocupação com o possível sofrimento do filho com a vacina, sua mãe relata maus tratos de Gení a Douglas. "Às vezes, ela maltrata a criança. Outro dia ela foi limpar o nariz dele que tinha crosta ... ela agarrou e empurrou o palito no nariz da criança a dentro só de raiva. Às vezes é demais, ela se irrita com ele".

A impaciência de Gení em relação aos cuidados com o filho, manifesta-se também na amamentação. Alega que está dando leite de vaca por que "canso de dar de mamá. O guri quer mamar toda hora, e já estou com pouco leite". Entretanto, ao acompanha-la amamentando o filho, constata-se que o leite jorra da mama.

Reconhece que as tarefas e a responsabilidade de mãe no cuidado do filho são demasiadas para ela. Nesta época está morando com a irmã. "É muita coisa, às vezes, para mim. Ela me ajuda de noite quando ele chora. Agora que eu vejo que minha mãe teve 11 filhos, que loucura. Eu só com este me vejo doida, imagina com 11".

Dentre os cuidados com a criança, no encontro individual é ressaltada a importância da vacinação e ela promete levar o filho para vacinar. Aos quatro meses, Douglas recebe a primeira dose de vacina, e Gení comenta. "Ele nem chorô, fez todas

elas. A mulher só disse que ele tava atrasado com as vacinas. Agora em agosto é a 2ª dose".

Neste período, Gení adoece. Apresenta lesões de pele (*estreptococo*) concomitante a um quadro febril intenso, acompanhado de amigdalite e otite. Apesar do mau estado geral, nega-se a consultar porque uma amiga, com as mesmas lesões, recebe tratamento injetável.

Douglas também adoece "com um baita febrão", e sofre sua primeira internação hospitalar, onde permanece por seis dias. Uma segunda hospitalização ocorre em decorrência de "bronquite não tratada" porque é prescrito injeção, e Gení nega-se a fazê-las.

Nesta internação, Gení refere que a assistente social do hospital acusa-a de judiar do filho. "Ela disse que era falta de comida ou de cuidado. Falta de comida não é, toda hora dou de mamá para ele".

A tia, preocupada com a situação de Douglas, procura a assistente social do hospital e demonstra desejo em criá-lo. Questionada sobre a possibilidade de doá-lo, Gení comenta: "se eu quisesse dar teria dado lá no hospital, não agora. Eu cuido dele todo o tempo".

A irmã de Gení também demonstra preocupação por ambos. "A assistente social não quer entregar o nenê para a Gení. Ela disse que ele está sendo mal tratado". Comenta o episódio da noite anterior, quando Gení tira o soro instalado na cabeça do filho para administração de medicação parenteral. E Gení justifica-se:

"Colocaram o guri olhando para o canto, ele se retorcia para me ver ... aí eu tirei o soro. Elas furaram todo ele para colocar de novo o soro. Eu nem dormi esta noite cuidando dele, que não tem ninguém para cuidar de noite dele e depois aquelas diabas dizem que eu não cuido. Vou lá no hospital tirar ele de lá. Não vou deixar darem injeção nele" (Gení, p.58).

A irmã de Gení comenta: "Quando a enfermeira chegou, estava com sangue escorrendo. Ela faz horrores lá no hospital. Não deixa dar remédio, diz que judiam dele. A Assistente social quer falar contigo junto, eu disse que tu atende a Geni desde a gravidez".

A preocupação da irmã é com a possibilidade de tirarem a criança de sua mãe. "Sabe, tirar agora o nenê dela, agora não, a gente já tomou amor por esta criança".

Gení reclama que "quanto mais se cuida é pior... (chora). Tem um monte de mãe que deixa os filhos atirados e eles se criam. Mas quanto mais eu cuido, parece que é



pior. Mais doente ele fica. Aquelas diaba do hospital maltratam ele e ninguém diz nada".

Não entende as razões da discriminação. "Como é que tem criança lá no hospital que tá doente, quando o Douglas tava lá, tinha uma criança que tava muito doente, pior que ele, que tinha voltado de novo para o hospital e a assistente social e a psicóloga nem falaram com ela só porque ela era mãe mais velha e já tinha um monte de filho. Por que pra mim, só por que sou mãe adolescente e cuido dele sozinha, bem dizer todo mundo fica só falando?"

Em contato realizado com o serviço social do hospital, combina-se que Geni será acompanhada pelo Conselho Tutelar de sua região.

Após a alta, o problema continua. Ela é informada sobre a necessidade de tratamento das lesões (estreptococo) no braço do Douglas. "Mas injeção eu não dou. Eu fiquei boa e tinha a mesma coisa. Ele também vai ficar bom". Sobre a possibilidade do filho piorar por falta de tratamento ela diz "se eu tiver que ir para o inferno por isto, ele vai junto".

Geni menciona seu desejo de trabalhar e não precisar depender dos outros. "O filho é meu, não deixo ninguém cuidar, eu é que cuido". Concorde, porém, com a proposta de colocá-lo na creche para que ela tenha tempo disponível para providenciar os documentos e emprego.

A partir daí, Douglas passa o dia na creche. A questão da doação está presente inclusive em seus sonhos. Narra o sonho: "uma mulher queria ele, aí eu disse que não dava. Ela pegou ele e foi levando embora, aí eu acordei e ele não tava na cama junto. Tava escuro... levei um susto".

Aos seis meses, com crescimento e desenvolvimento normal para sua idade, Douglas apresenta sinais de desnutrição, está anêmico e com secreção pulmonar. "O doutor mandou dar ferro, até 1 ano de idade. É para dar seis gotas, só que eu não sei quanto é seis gotas na colher". Aproveita-se a oportunidade para orientá-la, como fazer as gotas caírem diretamente do conta gotas para a colher.

Decide desmamar o filho. "Eu não gosto de dar de mamá. O guri quer mamar toda hora. Eu não quero mais dar de mamar". E, antes de complementar 10 meses, Douglas é hospitalizado pela terceira vez, vítima de meningite. Geni atribui a causa da doença "por Douglas ter pego sol na cabeça".

Entretanto, uma vizinha informa que antes da hospitalização, "ela bateu e berrou com a criança, para que todos ouvissem: Desgraçado, eu quero sair e não posso por

tua causa". Esta versão é confirmada pelos familiares quando mencionam que ela "judiou muito dele no fim de semana do Natal".

Com a hospitalização, o comportamento anterior de Gení repete-se. "Eu só não deixei fazer a punção do líquido da coluna". Nesse dia, relata: "Hoje nem fui lá, to muito cansada". Dez dias após, Douglas tem alta em bom estado geral, e sem seqüelas neurológicas.

Geni admite não ter condições de criá-lo, e sua tia quer adotá-lo. Ela confirma a vontade de dar a criança mas impõe a condição de primeiro arrumar um emprego. "Aí eu dou. Enquanto eu estiver com ele, sempre tem alguém que me dá uma casa pra mim dormir. Se der ele agora, vou ficar na rua".

O marido da tia recusa-se à adotá-lo e justifica: "O que vem da Geni, nem de graça eu quero". Sem muitas alternativas, Geni vai de muda com os pais para o interior e leva o filho junto.

Como das outras vezes, alguns meses depois, ela está de volta com o filho e comenta sobre o período que fica fora da Vila. "Deixei o Douglas lá fora com a mãe e vim trabalhar em Viamão. Eu trabalhava na fábrica, e depois na casa daquela mulher. Aí, no fim do mês, eu peguei o dinheiro, comprei umas roupinhas para o Douglas e fui lá na mãe. Cheguei lá ele tava chamando a mãe, de mãe. Eu disse: O que é isso Douglas! Eu que só tua mãe. Aí a mãe agarro e disse: então leva que eu não vô ficar mais com ele. Aí eu agarrei e vim".

Sua irmã dá uma versão diferente. Ela conta que "Geni arrumou um namorado que promete assumir seu filho". Vai buscá-lo e a mãe nega-se a entregá-lo. Com a insistência de Geni diz: "Leva e não me traz mais".

Sem os pais, negada a ajuda dos irmãos, e de conhecidos, resolve entregar o filho. É encaminhada à vara de família. Lá esbarra nos trâmites legais. No limite de sua sobrevivência toma a decisão: "perguntei pra Célia, lá da creche, se ela queria o Douglas. Ela disse que sim e eu dei pra ela. Fui com ela no juiz para passar os papéis para ela". Após completar um ano, Douglas, finalmente, é acolhido em um lar.

#### • Mãe adolescente: enfrentando a realidade

Esta parte da análise focaliza a experiência das mães adolescentes, que apesar das tentativas adaptativas, evoluem para a vivência da maternidade fora dos padrões sociais prescritos para a maternidade na comunidade. Desta análise, emergem as



categorias: **crises conjugais e familiares; problemas de saúde com a criança e; tentativas de sobrevivência.**

**As crises conjugais e familiares** - Quando a união conjugal ocorre em consequência da gravidez, com a finalidade de formar uma família, diferentes dinâmismos acontecem em cada um dos parceiros. Tanto a adolescente, quanto seu companheiro, estão vivendo um período de instabilidade emocional, própria da maternidade, e é provável que por esta razão a adaptação do casal seja mais longa e crítica.

A mulher adolescente se depara, subitamente, com responsabilidades bastante complexas, cuidado integral da criança e dos afazeres domésticos, além de não ter controle direto das atividades de sono/repouso do recém-nascido. O homem, por sua vez, se vê excluído do binômio mãe-filho, tem a responsabilidade social do sustento familiar aumentada, e traz consigo a dúvida da paternidade. Por si só, estes são fatores importantes de desestruturação de uma união conjugal que está tentando se organizar.

Por esta razão, a crise conjugal está presente em todos os casais que estão em fase de adaptação da maternidade. **Eliza** (p.51) e **Silvana** (p.28), apesar de terem vivido momentos de sofrimento, choro e dor em função das crises da união conjugal e da maternidade, as superam e continuam com os companheiros. Entretanto, não é o caso de **Fernanda** e **Mary** que se separam no terceiro e sexto mês, respectivamente, após o nascimento do bebê.

"Outro dia nós tivemos uma briga muito feia. Nós fomos lá na minha sogra. Ela segurou ele lá depois porque ela combinou com uma ex-namorada dele para ir lá. A briga foi tão feia que eu pensei que nós ia se separar... Eu e o Wilson nos separamos. Ele levou algumas coisas na segunda feira e outras ontem. Ele foi morar na casa da mãe dele. Agora eu sei que ela vai empurrar uma ex-namorada dele para ele só para ele não voltar" (Fernanda, p.21,22).

"Eu e Juremir nos separamos, não tem mais jeito. Outra vez nós tinha brigado e ele me bateu. Eu disse que não admitia isto. Daí nós fizemos as pazes. Eu falei que da outra vez não ia ser assim. Agora aconteceu de novo. Não tem mais jeito" (Mary, p.25).

A união conjugal destas adolescentes é tão frágil, que tem-se a impressão que a separação não é sentida. O problema mais relatado parece ser o de terem de voltar a depender da família de origem.

Nova adaptação tem que ser feita. Novas crises familiares se instalam. Agora não mais com o companheiro, mas com os membros da família.

Via de regra, mesmo relutando, os pais terminam por aceitar o retorno dos filhos após a separação. A família em nossa sociedade, é a instituição responsável pelo apoio físico, emocional e social de seus membros, em especial dos jovens. A necessidade do apoio familiar está relacionada com a idade, o estado de saúde, e o grau de dependência econômica do indivíduo. O futuro da criança da mãe adolescente depende destes fatores.

Como sistema social, a família é composta de indivíduos ligados entre si, que atuam em reciprocidade para manter um estado permanente de equilíbrio. Por esta razão, a conduta de cada um dos membros da família afeta sempre a todos os demais, e é igualmente afetado pelos outros. Esta situação não é diferente na família que contém uma mãe adolescente.

A maternidade indesejável na adolescência, pelo fato da adolescente permanecer só, gera uma situação de crise interna na família, não apenas desagregadora, mas carrega consigo a sanção social (Leslie Atkinson e Mary Murray, 1985). Portanto, a questão desagregadora não se relaciona à idade da maternidade, mas à percepção particular do problema, da aceitação social.

No caso de **Gení**, sua mãe revela ter sido mãe aos 16 anos, e **Cinara** tem na família precedentes de gravidez precoce: a avó casa-se grávida. Entretanto, nestes dois casos, a condição de aceitação social é resolvida. Ambas, quando mães, "já estavam casadas".

Apesar de nas famílias haver uma aparente aceitação da gravidez, mais dia, menos dia, a adolescente é apontada e discriminada na própria família, como geradora de crise familiar. **Gení** (p.3) é constantemente acusada por ser mãe adolescente só, e sua mãe quer evitar que ela sirva de modelo para a outra filha menor, de seis anos. Por este motivo, pretendem mudar-se da vila. **Cinara** (p.71) e **Fernanda** (p.22) sentem-se constrangidas quando, nos momentos de briga, a mãe torna-se extremamente agressiva, tanto em palavras quanto em gestos.

"Eu não agüento mais a mãe. Ela tá sempre reclamando. Quando eu não trabalhava ela reclamava. Agora, ela reclama porque eu trabalho. Tô cansada. O pai também acha que eu trabalho muitas horas. Eu vou dar um jeito de ir embora desta casa, não dá mais. Quando eu penso que a coisa tá engrenando, cai tudo para baixo. Sabe o que me magoa mais?... (choro) Ela me bateu. Acho isto demais. Eu queria ir me embora desta casa" (Cinara, p. 71).



"O clima aqui em casa está horrível. Eu não aguento mais. A mãe disse que eu dei muito trabalho para ela. Que eu nunca fui boa no colégio... que fiquei grávida e que tudo que eu faço é coisa errada. Eu gostaria de sair daqui" (Fernanda, p.22).

No caso de Cinara e Fernanda, a idéia de cobrança se confunde um pouco com a idéia de chantagem emocional. Na maioria das vezes, quando estas adolescentes são cobradas, esta cobrança está associada aos sacrifícios que suas mães fazem por elas. Entretanto, os sentimentos na percepção de Gení, Fernanda e Cinara, não são de apoio, mas de solidão e revolta.

Mulheres, mães como **Gení**, necessitam de constantes estímulos - na luta com seus filhos -, contra a corrente da indigência, da dificuldade material, e da desproteção. Sem estímulos, sentem-se perdidas, e tornam-se insensíveis à riqueza que as rodeia. Sua conduta nômade, a contínua busca de novos lugares para morar é mais uma forma de resistência ante sua incapacidade de lidar consigo mesmas e com a inconformidade de seu mundo cotidiano.

Sem apoio, **Gení** pode se considerar um ser estranho: não possui casa, não possui um lar. De acordo com Schutz (1979:291), "*o lar é o ponto zero do sistema de coordenadas que atribuímos ao mundo a fim de nos movimentarmos dentro dele*". Para este autor, o lar é de onde venho e para onde quero retornar. O caráter simbólico da noção de "lar" é emocionalmente evocativo e de difícil descrição. Sentir-se em casa é possuir uma referência, é o que ela não possui. Como pode-se esperar que uma adolescente "*sem eira, nem beira*" consiga dar um lar a um filho?

**Problemas de saúde com a criança** - A constatação da doença na criança é um momento culminante em que as jovens mães perdem a confiança em si mesmas e necessitam de alguém com quem possam falar ou contar e, as vezes, têm medo de recriminações. Os transtornos de saúde complicam a vida cotidiana, e deixam como herança problemas que se misturam com temas da adolescência, questões de identidade e moralidade que elas têm que resolver por si mesmas. Sofrem pressão familiar, sentem-se culpadas pela situação de saúde do filho, além de gerar problemas econômicos.

Com poucos recursos financeiros, elas recorrem à assistência pública para solução dos problemas do filho. Aí, deparam-se com o problema da disponibilidade de um número reduzido de "fichas de atendimento", ou nos casos mais graves, as longas horas de espera nos serviços de emergência.

Os problemas pulmonares, como as bronquites crônicas, são constantes na maioria destas crianças. As dúvidas são estas alterações de saúde estão relacionadas ao clima úmido do Rio Grande do Sul? ou à precariedade das casas, com correntes de ar à noite, devido às inúmeras frestas nas paredes, expondo a criança a constantes diferenças de temperatura? ou à poeira que levanta do chão de cimento sem acabamento?

"De manhã eu levei a Francine ao médico porque ela tava com bronquite. No posto ele mandou fazer um *Bezetacil* e usar *Salbotanol* para a secreção. Agora ela não mexe muito a perninha por defesa da dor. Só quero ver o que a minha sogra vai dizer. Porque ela vai descobrir que a guria tomou injeção. Vai querer dizer que eu não cuidei bem, por isto ela ficou doente e teve que tomar injeção" (Silvana, p.39).

"No domingo eu fui num casamento e fiquei até tarde com ele. Vim de madrugada para casa. A mãe já disse que o peito dele ficou com chiado, depois disso. Que agora não vou mais poder sair de noite com ele junto. Levei ele ao médico e ele mandou dar *Salbutanol* e *Ampicilina*" (Cinara, p.72).

Pelos relatos de **Silvana** e **Cinara**, constata-se a influência que estas adolescentes sofrem dos adultos, em geral da figura feminina (mãe ou sogra). Silvana teme que sua sogra a culpe pela doença da filha, e Cinara vê anuladas suas chances de sair à noite com o filho porque a mãe relaciona o problema de saúde do neto com a sua saída noturna.

O problema agrava-se quando a criança apresenta a cronificação da doença. As responsabilidades associadas à maternidade têm, algumas vezes, efeitos alarmantes e traumáticos nas adolescentes, e o ajustamento de papéis pode repercutir na relação com a criança (Santageli, 1984).

Apesar do controle cuidadoso de **Cinara** com o filho, e de amamentá-lo, Junior apresenta bronquite crônica, e **Gení** (p.57,61) não entende como pode ser criticada e chamada de "má mãe", se cuida e amamenta o filho. Esta situação espelha a realidade das meias verdades transmitidas pelo pessoal da saúde às mulheres, e que a adolescente não consegue entender. "Amamentar é um ato de amor, protege a criança de doenças".

"O Junior tá com bronquite. Tem que fazer nebulização duas vezes por dia. Tá do mesmo jeito. Continuo fazendo só que não todos os dias. As vezes ir lá no posto é difícil. O pai dele faz duas semanas que não vê ele" (Cinara, p.64).

Pelo relato de Cinara, constata-se que o tratamento com nebulização implica deslocamentos diários ao posto de saúde e dispêndio de tempo que muitas vezes a



adolescente não tem disponível. E a tentativa de Cinara de retornar aos estudos, em função da saúde/doença do filho, é definitivamente abandonada.

"Com tudo isto tem o colégio. Quando eu saio, às vezes ele tá quietinho, mas quando acorda e eu não estou para dar de mama, é aquele berreiro. Tá sendo difícil fazer tudo e ir para o colégio. Limpa a casa, faz comida, lava e passa roupa... e além de tudo dar de mamar. É no mínimo meia hora que paro para dar de mamar" (Cinara, p.64).

Algumas crianças, por razões desconhecidas, são mais suscetíveis que outras a este tipo de infecção respiratória (bronquite), que ocorre, predominantemente, na idade de seis meses a três anos. O quadro agudo da doença apresenta-se subitamente e desestrutura a vida da mãe adolescente e de família que tem que atendê-la.

"No sábado, ele tava meio enjoado. Aí era o pai a encher que eu fiquei com o gurí no sereno... ele fez febre. Começou a piorar cada vez mais. Pedí para um e outro me levar e ninguém podia. Quando eu ví já era noite. Eu fui até a casa do irmão do Leandro pra ver se ele me dava uma carona, aí o Leandro tava lá e disse que nos levava. Fui eu e a mãe. Ele já tava resperando muito mal. Fazia uns buraco aqui em baixo. O médico disse que era melhor ele ficar lá, mas teria que ficar no corredor que não tinha leito. Aí eu disse: no corredor eu não quero então me dá ele que eu levo para outro hospital. Aí arrumaram um leito" (Cinara, p.66).

Pelo relato de Cinara percebe-se as dificuldades de uma adolescente, que depende de outras pessoas para a hospitalização do filho. Quando consegue chegar ao hospital, depara-se com o problema de vagas. Além de ter que conviver com o drama da família que em vez de auxiliar, provoca irritação pelas lágrimas inapropriadas.

"A mãe e o Leandro já começaram a chorar, ai eu disse pra ela que o choro do Leandro era lágrima de Crocodilo. Na hora nem tá aí pro filho. Eu passei o dia lá e eles não queriam dar comida, mamadeira para ele. Eu disse eu to sem leite. Eu tava louca de fome, nervosa, e o gurí com fome. Eu não tinha comido nada desde a noite de sábado. Uma moça arrumou um café com bolacha para mim. Furaram a cabecinha dele, e depois saiu da veia o soro. Fez nebulização todo o tempo. Aí, na segunda, o médico examinou e deixou ele vir embora. Vim abaixo de chuva" (Cinara, p.66).

Transportar o filho quando já crescido, às vezes, é uma sobrecarga para a adolescente, principalmente nos dias de chuva em que os transportes coletivos estão lotados. Também não podem contar com familiares que necessitam trabalhar.

Assumindo as dificuldades, sozinha, com o filho portador de doença pulmonar crônica, **Cinara**, vive em função dos cuidados do filho - antibióticos, nebulização e idas ao hospital - que acontecem em curtos espaços de tempo.

Drama maior é vivido por Gení, com o filho Douglas. Com três meses ele é hospitalizado por "febrão", onde permanece por seis dias. Apesar de estar trabalhando (à época cuida de duas crianças), Gení vai duas vezes por dia ao hospital para amamentar e ver o filho. Após esta hospitalização vai morar com a irmã que a ajuda cuidar da criança.

Com mudanças constantes de residência, negando-se a fazer o tratamento prescrito para o filho, com situação precária de cuidado e higiene, Douglas é reinternado por duas vezes, sendo a última por meningite.

Sem apoio da família, discriminada socialmente, abusada sexualmente, Gení não consegue cuidar do filho, muito menos transmitir-lhe amor. Sua própria condição de abandonada e marginalizada, tem repercussões sérias sobre o filho, e os maus tratos tornam-se cada vez mais freqüentes.

**Tentativa de sobrevivência** - Muitas vezes, sem condições até do seu autocuidado, a mãe adolescente começa a pensar em formas de enfrentamento da situação, para sair do círculo vicioso em que se encontra. Algumas vivências da mãe adolescente parecem confirmar a afirmação de Barbara Werner-Lubch (1990) quando diz que as mulheres adolescentes, muitas vezes, possuem expectativas de vida limitadas. O padrão cultural no qual estão inseridas define que o papel mais significativo para as mulheres é ser mãe e dona de casa.

Como parte deste papel lhes é negado, elas têm que assumir seu sustento e o do filho. Pensam, então, na possibilidade de cobrar seus direitos usurpados, e encontrar formas de sobrevivência: - exigir a responsabilidade paterna; - dividir o cuidado do filho, colocá-lo em creche ou arrumar alguém que possa cuidar dele; alienar-se; e em último caso, doá-lo.

**Cinara**, inconformada com as constantes promessas do pai de Junior em acompanhá-la para registrar o filho, decide registrá-lo sob ação judicial. Ela registra Junior em cartório, provisoriamente, sob a Lei 8560 de 29 de dezembro de 1992 referente a "**Alegação de Paternidade**".

Após audiência com o juiz da "Vara de Família", Leandro assume oficialmente a paternidade de Junior e o registro definitivo é emitido.



Estas mães adolescentes, rejeitadas, quer por seus companheiros, família ou sociedade, procuram formas de se impor socialmente.

Desta forma, seguras de suas capacidades, sentem-se com coragem de viver a condição de mãe e mulher. Conscientes de que as responsabilidades com uma criança não são só obrigação da mulher, lutam por seus direitos. **Mary**, exige ajuda financeira, após a separação do companheiro; **Cinara** consegue o reconhecimento da paternidade do filho, e ambas começam a trabalhar e deixam os filhos durante o dia na creche. Com a ajuda de parentes para levar e buscar seus filhos, superam a situação de vincularem-se unicamente ao filho, entram no mundo adulto do trabalho, e passam a ser aceitas na comunidade.

Para outras adolescentes, no entanto, esta realidade é mais difícil de ser enfrentada. Sem o apoio familiar é praticamente impossível sair desta "*ratoeira da maternidade*" (Sheila Kitzinger, 1978:25). Quando isto não é possível, a mãe adolescente parte para outras alternativas.

**Fernanda** isolou-se no seu mundo com a própria filha. Sustentada pela mãe, vivem as duas num mundo à parte, como se não existissem. Não atende aos chamados, quer ficar só em seu mundo. Talvez precise de tempo para sair do estado de gestação para a nova vida.

Apesar da **doação** ser pensada por **Geni**, frente as dificuldades de relacionamento familiar enfrentados por estar grávida e ser mãe, é descartada sempre que alguém da comunidade promete auxílio para ajudá-la (irmã já casada, vizinha ou amiga). Porém, este auxílio é efetivo por curto espaço de tempo.

Optar pela doação é, talvez, a decisão mais difícil a ser tomada pelas adolescentes. Implica decisão ativa, e atitude de conhecimento público: todos viram a adolescente grávida, portanto está sujeita a críticas posteriores pelos membros da comunidade.

"Passar por tudo aquilo e quando chegar dizer: Agora não quero... só se ela for louca" (Fernanda, p.39).

"Eu acho que uma mulher pra dar o nenê só se ela não tem condições de cuidar" (Cinara, p.39).

Outro fator importante na tomada de decisão são os entraves burocráticos para a doação quando a criança já está registrada e com a mãe. Em uma reunião de grupo, sem a presença de **Geni**, é levantada a questão da doação do seu bebê. Cinara

(p.111) comenta o oferecimento de Gení à sua tia. "Ela foi lá na tia Fátima oferecer o Douglas para ela. A tia ficou louca de vontade de pegar. Daí ela não foi mais lá".

"Eu queria dar o Douglinhas, aí eu fui falar com o juiz... Eu pensei que eu ia largar ele lá e pronto. Mas como eu sô de menor, tem que ir algum parente maior. Ninguém quer ir lá comigo. É muito difícil. Aí não voltei lá" (Gení. p.91).

A duplicidade na decisão de dar o filho é fator de dificuldade para a adolescente. Quer dar a criança, mas não é tão fácil quanto parece. Então fica com o filho, não por razões conscientes, mas por dificuldades legais. Por ser ainda menor de idade, depende do termo de responsabilidade de um responsável legal.

Como constata-se no **caso 2 - Gení**, renunciar a um filho pode não ser emocionalmente fácil para uma mãe adolescente. Os sentimentos maternos que as mães jovens experienciam depois do parto, são muito intensos. Assim, a entrega da criança pode ser um difícil sacrifício. Passam tanto pelos problemas de ordem psicológica e moral, quanto pelas burocráticas.

Na vida cotidiana, esta jovem enfrenta um período de tensão e de *"revolta contra as formas da imposição mortífera"* da realidade (Maffesoli, 1984:91). Tudo isto exprime muito bem o sentimento trágico da existência humana.

O trágico, deflagrado pela situação limite, não é, de maneira alguma, rendição sem concessão mas, sobretudo, expressão de um viver latente (Maffesoli (1984). Ficar com o filho, para **Gení**, significa pertencimento (mãe-filho-mãe), e garantia de lugar para morar. No trágico limite percebe-se a pluralidade de sentimentos e situações que levam em consideração, ao mesmo tempo, a **rudeza e a doçura** desse todo ordenado que é a vida social.

A maternidade na adolescência, passada ou presente, é um fenômeno social: legitimada ou rejeitada, sagrada ou profana, permite ver que *"ao modo de uma bolha de sabão avermelhada ao sol, ou ainda um sonho fragmentado e rico em saliências, brilha ou se evapora, no momento exato em que acredita-se tê-lo apreendido ou ter regulado seu desenvolvimento"* (Maffesoli, 1984).



## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesta tese, a autora se propôs uma incursão no mundo feminino a partir de recortes históricos das mulheres do nosso Estado, que vivem a experiência da maternidade na adolescência ao longo do século XX. Por acreditar na multiplicidade do fenômeno estudado, trabalha com a categoria de totalidade, num esforço metodológico de articular história e cotidiano.

A reflexão empreendida não conclui, antes abre perspectivas. É ponto de partida para repensar as questões educacionais e de saúde das mulheres; e há a preocupação em descobrir, ou redescobrir o papel da enfermagem e o significado de educação na sociedade.

Este repensar não se restringe à educação formal, mas avança nas relações pedagógicas (professor/aluno; profissionais da área da saúde/clientes; pais/filhos...) que, via de regra, reproduzem, em diferentes níveis, a mesma relação básica de poder presente na sociedade.

A história da maternidade, como todo o fenômeno humano, não segue um caminho linear, uniforme. Caracteriza-se pela diversidade própria de cada tempo/lugar, e é determinada pela maneira como "os autores" dessa história inserem-se no mundo social. Não há, portanto, uma história de maternidade destas jovens, mas várias histórias, acontecendo simultaneamente, unindo passado e presente.

Nas primeiras décadas deste século, a idéia vigente na sociedade rio-grandense é a de que a formação da mulher visa prepará-la para a nobre função da "mãe moral". As mulheres devem agir como educadoras e modelos morais para seus filhos, e os depoimentos das histórias de vida confirmam esta ideologia.

Assim, exige-se uma ordem que passe, primeiramente, pelo nível privado, na disciplina do corpo e com uma forte valorização da preservação da honra da mulher, e é através do casamento que mantem-se e consolida-se esta ordem social.

Em todos os extratos sociais salienta-se a função reprodutora da mulher, pois ela não só gera os filhos - atividade biológica -, mas também "*materna*", assume a responsabilidade inicial pelo cuidado da criança. A idealização de ter uma atividade no mundo externo é dificultada pelos valores e padrões sociais de então. Cabe à mulher aceitar a função social que lhe é designada como esposa e mãe.

Para muitas mulheres, o casamento é a *carreira*, vivido como a forma mais importante de independência econômica e ascensão social disponível.

Nas racionalizações míticas da sociedade, a Eva pecadora cede seu lugar à santificada Maria é, assim, identificada não com a serpente sábia, astuta e diabólica, mas transformada em um ser doce e sensato, de quem se espera modéstia e ponderação. A gravidez é vista com um misto de sagrado e profano, e uma vez constatada, a mulher é envolvida por uma aura de mistério.

O sagrado equivale ao poder e, em última análise, à *realidade*. Assim, a mulher grávida, de certa maneira, evoca o esforço para recriar o mundo, remodelá-lo (reviver). Por outro lado, a gravidez vincula-se à experiência profana do mundo, a um ato fisiológico que remete ao relacionamento sexual, na época considerado tabu, uma impureza mundana.

No processo de tornar-se mãe, o parto é descrito pelas mulheres como momento único e significativo em suas vidas. Ao serem mães pela primeira vez, são muito jovens. A maternidade está rodeada e constituída de rituais e mitos, proibições e tabus. Existem normas prescritas, regras e convenções relativas à atitudes e comportamentos, socialmente controláveis, para este papel feminino.

Constata-se preconceito, marginalização e abandono social, envolvendo as mulheres que fogem do modelo tradicional e idealizado da mulher virgem e pura, especialmente aquelas que seduzidas e abandonadas, perdem a virgindade e a possibilidade de tornarem-se mães virtuosas.

Para recuperar a honra perdida, a justiça representa a última chance de a mulher restabelecer-se moralmente. Entretanto, mesmo nos casos em que obtém este objetivo, os resultados são questionáveis. A mulher passa por inúmeros obstáculos no decorrer do processo, e o máximo que pode alcançar é casar com quem, no relacionamento direto, nega-se a casar, só o fazendo por obrigação, para escapar da condenação.

Nos casos de gravidez pré-matrimonial, além de terem perdido a honra, as mulheres perdem, com ela, a possibilidade de formar família, casar e assim garantir o sustento futuro. Pobres, com poucas possibilidades de sustento próprio e abandonadas, muitas recorrem à Misericórdia. Entretanto, nem a "Roda dos Expostos" que recebe as crianças fruto de relacionamentos ilícitos, nem a Santa Casa de Misericórdia, que atende aos pobres e enfermos, constituem-se em agentes transformadores desta realidade social. Servem, unicamente, para amenizar a situação de abandono social sofrido pelas mulheres, ao longo deste período.



Assim, em mulheres como Otília e Gení; Rebecca e Eliza; Miguelina e Cinara; Manoela e Mary, e tantas outras, revelam traços semelhantes e distintos em suas vidas, através de diferentes mecanismos de resistência à sociedade. Essas histórias não podem ser vistas como histórias biológicas, mas sociais. A diferença entre as visões é a de que o trinômio da maternidade mãe-filho-pai, deixa de ser problema determinado por fatores biológicos, tais como detalhes anatômicos, idade... e passa a ser regido por fatores sociais, coletivos.

Nessa exigência, o passado, o presente e o futuro estão fundados numa intemporalidade que remete à intensidade do ato ou da situação. Nas palavras de Elizabeth Badinter (1985:387), "*tudo depende da mãe, de sua história e da História.*"

A partir da concepção do Movimento Feminista surgem as questões das "*Relações de Gênero e Poder*", que contestam o conceito de sociedade na qual a palavra sexo fica restrita à sua definição biológica.

Com o advento do anticoncepcional oral, na década de 1960, o relacionamento sexual muda radicalmente: pode-se separar sexo da reprodução e o relacionamento sexual da mulher torna-se aceitável antes do casamento, possibilitando a homens e mulheres repensarem seus papéis tradicionais.

No Rio Grande do Sul, apesar da aparente estabilidade do crescimento populacional ser eqüivalente à dos países desenvolvidos, há um aumento no percentual de nascimentos entre mães com menos de 20 anos, e este crescimento populacional deve-se, basicamente, à reprodução em mulheres adolescentes. Esta realidade é semelhante a que ocorre em âmbito regional, nacional e internacional. O futuro, para estas adolescentes, chega precocemente.

As aparências nem sempre refletem a realidade. As partes iluminadas, visíveis, servem apenas de ponto de partida. Para se ter uma visão global é necessário ir além de, na busca do significado para compreender o fenômeno. Ao se analisar a maternidade na adolescência, no momento presente, enfatiza-se o mundo das sombras deste fenômeno, na procura de sua essência.

Se, por um lado, a vida cotidiana se constitui em uma das principais formas de manifestação da história e da possibilidade de transformação da realidade, por outro, é difícil ao pesquisador trabalhar com sujeitos particulares, evitando perder-se no cotidiano. No entanto, desse esforço empreendido na investigação emergem aspectos reveladores da exploração e da aprendizagem da experiência com mulheres na sua vivência da sexualidade e da maternidade.

Além do uso dos sentidos para captar o fenômeno e compreendê-lo, também são necessários - na convivência com as adolescentes durante o período de gestação e, posteriormente, na maternidade - os princípios do ensinar/aprendendo e do cuidar/cuidando. Neste sentido respeita-se o relacionamento participativo do aprender/cuidando, com um envolvimento completo nesta relação, isto é, com conhecimento, confiança, presença, solidariedade, tolerância, amizade e humildade.

Do olhar atento sobre este fenômeno, traz-se à "luz" - pelo material analisado - a compreensão de questões relativas à mulher, levando-se em conta os estereótipos, inversões de sentido, marginalizações, construídas não só no presente, mas ao longo deste século.

Como todo fenômeno humano, a constatação da maternidade na adolescência possui uma ambigüidade fundamental: apesar das imposições "mortíferas" da sociedade para manter os valores estabelecidos, existem forças de vitalidade presentes no corpo social, que garantem que estas adolescentes "aceitem" os desafios da vida, do destino. Aceitação que, para Maffesoli (1984:97), é apoiada na consciência do trágico, um "misto em que a vida se consolida, um vaivém de brilhos e tristezas, de efervescências e dores, cujo objetivo é lembrar que nossa vida é regulada pelo limite". É a teatralização da vida cotidiana.

✶A ambivalência por elas vivida manifesta-se no desejo de usufruir o presente intensamente e no desejo de um futuro perfeito ou o que delas é esperado: maternidade socialmente aceita, legitimada. Mas é também verdade que, para além das estruturas rígidas e das diversas imposições sociais, existe uma duplicidade, um "corpo mole", que permite formas de enfrentamento. Nas palavras de Maria Cecília Teixeira (1990:145), não são a de "con-testação mas a de contornação" dos valores que se mostram incômodos.

O que predomina no cotidiano destas adolescentes, é a fragmentação do tempo, rica em imprevistos e aberta a múltiplas potencialidades, permitindo a aceitação do dado social tal como se apresenta, em sua incoerência e em sua ambigüidade. É Maffesoli (1984) que denomina este conformismo de dinâmico, pois as adolescentes usam de astúcia contra a necessidade e a adversidade. Em algumas ocasiões, em vez do ataque direto, preferem a estratégia de contorno.

Nas vivências sociais destas adolescentes não se pode negar o caráter específico da violência que se estabelece no confronto de valores e a ação da diferença. De acordo com Maffesoli (1987:15), ela não pode ser simplesmente negada



pois é "*à luta, ao conflito, ao combate, ou seja, à parte sombria que atormenta o corpo individual ou social*".

Esta luta, entretanto, pode modular-se de maneiras pacíficas, como a diplomacia, a negociação, a regulação, etc..., mas sempre remete à oposição de indivíduos ou grupos entre si.

Na vivência do grupo de adolescentes que experienciam a maternidade, emergem as formas de comunicação que evidenciam a relação de poder da equipe de saúde em relação à cliente adolescente.

Constata-se, na vivência destas mulheres, a despeito de seu desejo de mudança, que sua percepção de mundo e das coisas tende a ser superficial e fragmentada. Para as mulheres adolescentes, muitas vezes, é difícil superar o dado concreto, o cotidiano da experiência vivida, formular alternativas, estabelecer relações com experiências futuras, como no caso, os cuidados com a maternidade.

Surge, daí, o foco fundamental do processo educativo: tentar superar esta perspectiva de conhecimento ou saber fragmentado, não decorrente de carência intelectual, mas de experiências objetivas de vida marcadas pela marginalização e opressão, tanto em questões de classe, quanto em questões de gênero.

A ação pedagógica empreendida visa a profundidade de temas significativos que servem de suporte ao aprendizado: a maneira efetiva para a educação e saúde, a troca, a percepção do que a adolescente, a família, a enfermeira **sentem e pensam** a partir da vivência conjunta, sobre o fenômeno estudado.

Esta troca, no diálogo, é o encontro dos indivíduos. De acordo com Freire (1987:79) "*a conquista implícita no diálogo é a do mundo pelos sujeitos dialógicos, não a de um pelo outro*".

Enquanto enfermeira educadora, a incidência da ação é a realidade a ser transformada pelas adolescentes no seu grupo social e não de transformá-las, resgatando, assim, sua cidadania, de forma participativa. Deste modo, à medida que os conhecimentos são introjetados pelas adolescentes, geram uma nova postura e tendem a modificar o comportamento destas jovens. Para elas "*a captação e a compreensão da realidade se refazem, ganhando um nível que até então não tinham*" (Freire, 1987:96). Assim, Cinara passa a exigir a periodicidade de reconsulta para os dois últimos meses de gestação, e nesta modificação do próprio cuidado a enfermeira torna-se um educador.

As considerações que surgem no processo de análise das vivências das mulheres, remetem à constatação de que o "educar e o cuidar" têm, ao longo da



história, uma existência difusa no mundo social. Trata-se de um processo de formação coletiva da sociedade, e o que existe como saber popular, também existe como algum modo de ensinar, um processo de socialização e educação em sentido mais amplo.

A experiência da adolescente com seu filho, convivendo com o grupo de iguais, é de vital importância tanto no aspecto educativo, quanto no do cuidar, pois se apóiam e aprendem com a convivência interativa. Descobrem que pouco sabem de si, de seu "lugar no mundo" antes de viverem a maternidade. Inquietam-se e indagam-se e as respostas que encontram levam a novas perguntas e desafios. E para que ocorra uma real participação, é necessário um intercâmbio entre um saber técnico e um saber popular. Saber popular que não pode ser desconsiderado pelo saber técnico da enfermeira, mas respeitado, num diálogo facilitador de troca de saberes e de experiências para que o indivíduo possa responder aos desafios do cotidiano.

No processo educativo, também se identifica a relação escola-educando, que reproduz e reforça os valores sociais. Ao apresentar-se grávida ou mãe a própria Escola ajuda na exclusão da jovem. E aqui questiona-se: há falta de preparo, sensibilidade ou capacitação dos educadores para lidarem com a situação?

A maternidade legitimada ou rejeitada, diferenciação socialmente construída, corresponde a uma inversão de abordagem com cruéis reflexos na vida destas adolescentes.

† A priori, a maternidade na adolescência sempre existiu. Sua atual concepção é resultado de um caminhar histórico, e está embasada numa série de concepções estigmatizantes, de marginalidade social e concentrada no mundo da pobreza. Sem outras formas e expectativas de vida, com carência intelectual e abandono social, a maternidade é, muitas vezes, a única forma de imposição e de resistência destas mulheres.

Ao se percorrer a história, nasce a convicção de que a maternidade na adolescência continuará a existir. ✖ Encontra-se nestas jovens mães uma extrema variabilidade de sentimentos quanto a este fenômeno vivido no cotidiano de cada uma delas, segundo sua ambiência social, ambições ou frustrações. Sentimentos estes presentes e ausentes, fortes ou frágeis, de assumir ou não a gravidez, criar o filho, entregá-lo, ou colocá-lo na "roda".

Não há uma lei universal para este fenômeno. Ser mãe é possibilidade inerente às mulheres, referida à natureza ou fatalidade, e a maternidade na adolescência é uma forma de vitalidade, duplicidade e contornação social. O que mais a sociedade tem para oferecer a estas jovens? Não pode haver sedução maior do que a existência



do momento, a possibilidade divina de enfrentar o limite, gerando nova vida, postergando a morte.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AGOSTINI, Sônia Maria Motink; LUZ, Anna Maria H.; SANTOS, Emília da Silva; MENDES, Sandra de Abreu. Adolescência: informação sobre anticoncepção. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v.9, n.1, p.23-28, jan. 1988.
- ALLENDE, Isabel. **Paula**. Rio de Janeiro: Bertrand, 1995.
- ARAÚJO, Rosa Maria Barbosa de. **A vocação do prazer: a cidade e a família no Rio de Janeiro republicano**. Rio de Janeiro: Rocco, 1993.
- ARIES, Phelippe. **História social da criança e da família**. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.
- ATKINSON, Leslie D.; MURRAY, Mary Ellen. **Fundamentos de enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara, 1985.
- BADINTER, Elizabeth. **Um amor conquistado: o mito do amor materno**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.
- BAUDRILLARD, Jean. A vida eterna e imortalidade. In: MORIN, Edgar; BAUDRILLARD, Jean; MAFFESOLI, Michel. **A decadência do futuro e a construção do presente**. Florianópolis: Editora da UFSC, 1993.
- BELENKY, Mary Field; CLINCHY, Blythe McVicker; GOLDBERGER, Nancy Rule; TARULE, Jill Mattuck. **Women's ways of knowing the development of self, voice and mind**. New York: Basic Books, 1986.
- BERNARDES, Maria Thereza Caiuby Crescenti. **Mulheres de ontem?: Rio de Janeiro-século XIX**. São Paulo: T.A. Queiroz, 1989.
- BOSI, Ecléia. **Memória e sociedade: lembranças de velhos**. São Paulo: T.A. Queiroz, 1983.
- BOWLBY, John. **Cuidados maternos e saúde mental**. São Paulo: Martins Fontes, 1995.
- BRASIL. Código Penal. Rio de Janeiro, 1919. Título VIII: Dos crimes contra a segurança da honra e honestidade das famílias e do ultrage ao pudor público, p.336-374.
- BRUM, Eliane. Ruas antigas da capital causam nostalgia. **Zero Hora**, Porto Alegre, p.28-29, 22 mar. 1994. Caderno Especial.
- BURROUGHS, Arlene. **Uma introdução à enfermagem materna**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.



- BUXÓ, Maria Jesus Rey. **Antropologia de la mujer: cognição, lengua e ideologia cultural.** Barcelona: Editorial Anthropos, 1988.
- CAMPOS, Maria Malta Campos; MORAES, Maria Lygia Quartim de. **Gravidez na adolescência.** Brasília: IPLAN/IPEA/UNICEF, 1986: Introdução, p.11-16.
- CANELA, Paulo R. B. Relação médico-paciente no pré-natal. In: SALES, José Maria de et al. **Tratado de assistência pré-natal.** São Paulo: Roca, 1989. cap.52, p. 561-573.
- CARNEIRO, Luiz Carlos; PENNA, Rejane. **Porto Alegre de aldeia a metrópole.** Porto Alegre: Marsiaj Oliveira Officina da História, 1992.
- CARVALHO, Anésia de Souza. **Metodologia da entrevista: uma abordagem fenomenológica.** Rio de Janeiro: Agir, 1987. 92p.
- CASTRO, A. C. Adolescência: fenômeno psicossociocultural. In: VELASCO, A.M. de et al. **Salud, sexualidad y adolescencia.** Mexico: Centro de Orientacion para Adolescentes, 1985. cap. 1, p.59-66.
- CHAUÍ, Marilena de Souza. Os trabalhos da memória. In: BOSI, Ecléa. **Memória e sociedade: lembranças de velhos.** São Paulo: T.A. Queiroz, 1983.
- CHODOROW, Nancy. **Psicanálise da maternidade: uma crítica a Freud a partir da mulher.** Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1990.
- COLEMAN, John C. **Psicologia de la adolescencia.** Madrid: Morata, 1985.
- CONGER, J. **Adolescência : geração sob pressão.** São Paulo: Harper e Row do Brasil, 1980: O corpo em crescimento, cap. 2, p.17-20.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Código de ética dos profissionais de Enfermagem.** Rio de Janeiro: Gráfica do Cofen, 1993.
- CONSTANTINO, Núncia Maria Santoro de. No Rio Grande de São Pedro: aspectos históricos do Rio Grande do Sul. In: \_\_\_\_\_. **O italiano da esquina: meridionais na sociedade porto-alegrense e permanência da identidade entre Moroneses.** São Paulo: USP, 1990. Tese (Doutorado em História) - Universidade de São Paulo, 1990.
- \_\_\_\_\_. **O italiano da esquina: imigrantes na sociedade Porto-Alegrense.** Porto Alegre: Sulian, 1991.
- \_\_\_\_\_. Porto Alegre descobre o fascínio da noite. **Zero Hora,** Porto Alegre, p. 7-9, 11 set. 1993. Segundo Caderno.
- CORREA, Silvio Marcus de Souza. **Sexualidade e poder na Belle Époque de Porto Alegre.** Porto Alegre: PUCRS, 1992. Dissertação (Mestrado em História) - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, 1992.

- COSTA, Jurandir Freire. **Ordem médica e norma familiar**. 3.ed Rio de Janeiro: Graal, 1989.
- COSTA, Pedro Luiz. As parteiras. **Boletim da Sociedade de Ginecologia e Obstetrícia Rio Grande do Sul (SOGIRGS)**, Porto Alegre, v.11, n.16, p.4, set. 1992.
- CRICHTON, Michael. **O parque dos dinossauros**. São Paulo: Best Seller, 1991.
- DEL PRIORE, Mary. **A mulher na história do Brasil**. 2. ed. São Paulo: Contexto, 1989.
- DELTA UNIVERSAL. **Medicamento: história**. Rio de Janeiro: Delta, 1986. v.10, p 5175-5185.
- DIEGUES, Carlos. O futuro passou. In: **Veja. Veja 25 anos: reflexões para o futuro**. São Paulo: Editora Abril, 1993. p.50-61.
- DONZELOT, Jacques. **A polícia das famílias**. 2. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1986.
- DUROCHER, Maria Josephina Mathilde. Deve ou não haver parteiras? **Annaes Brasilienses de Medicina**. Rio de Janeiro, v.12, n.9, p. 257-271, fev.1871.
- ELIADE, Mircea. **O sagrado e o profano: a essência das religiões**. São Paulo: Martins Fontes, 1992.
- ELKIND, David. **Crianças e adolescentes: ensaios interpretativos sobre Jean Piaget**. Rio de Janeiro: Zahar, 1975: O egocentrismo nas crianças e adolescentes, cap.7, p.104-111.
- ENGEL, Magali. **Meretrizes e doutores: saber médico e prostituição no Rio de Janeiro (1840-1890)**. São Paulo: Brasiliense, 1988. 149p.
- ESTEVES, Martha de Abreu. **Meninas perdidas: os populares e o cotidiano do amor no Rio de Janeiro da Belle Époque**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1989.
- FANELON, Dea. Pesquisa em história: perspectivas e abordagens. In: FAZENDA, Ivani. **Metodologia da pesquisa educacional**. São Paulo: Cortez, 1989.
- FAZENDA, Ivani. et al. **Metodologia da pesquisa educacional**. São Paulo: Cortez, 1989: Pesquisa em história, cap. 8, p. 117-136.
- FELIZARDO, Lúcia Zelinda Zanella. **A gravidez na menor adolescente: A ação educativa como proposta metodológica do serviço social**. Porto Alegre: PUCRS, 1993. Dissertação (Mestrado) - Pós-Graduação do Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, 1993.
- FLORES, Hilda Agnes Hübner. **Sociedade: preconceitos e conquistas**. Porto Alegre: Nova Dimensão, 1989.



- FLORES, Hilda Agnes Hübner. \_\_\_\_\_. A casa dos expostos: sinais de identificação. **Estudos Ibero-Americanos**, Porto Alegre, v.1, n.12, p.94-105, jul. 1986.
- FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1979.
- FREIRE, Paulo. *Pedagogia do oprimido*. 17. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.
- FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Estatística do registro civil**, 1980. Rio de Janeiro, 1981. v.7.
- \_\_\_\_\_. **Estatística do registro civil**, 1990. Rio de Janeiro, 1993. v.17.
- FUNDAÇÃO MAURÍCIO SIROSTKY SOBRINHO. **Perfil do adolescente alfabetizado do Rio Grande do Sul**. Porto Alegre: Zero Hora Editora Jornalística, 1992.
- GARCIA, Telma Ribeiro. Maternidade na adolescência: escolha ou fatalidade? **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.45, n.1, p.44-53, 1993.
- GERTZE, Jurema Mazuhy. **A infância em perigo: a assistência às crianças abandonadas em Porto Alegre, 1837 - 1880**. Porto Alegre, PUCRS, 1990. Dissertação (Mestrado) - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, 1990.
- GIDDENS, Anthony. **A transformação da intimidade**. São Paulo: Editora da Universidade Estadual Paulista, 1993.
- GLASER, Barney G.; STRAUSS, Anselm L. The discovery of grounded theory. Chicago: Aldine, 1967.
- GRÜSPUN, Haim; GRÜSPUN, Veiga. **Casamento e acalento**. São Paulo: Marco Zero, 1990. Adolescência e desenvolvimento psicológico, p.135-140.
- GUILLIGAN, Carol. **Uma voz diferente**. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1991.
- KITZINGER, Sheila. **Mães: um estudo antropológico da maternidade**. Lisboa: Editorial Presença, 1978.
- KLAUS, Marshall H.; KENNEL, John H. **Pais/bebês: a formação do apego**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.
- KLIEMANN, Luiza H. S. **Da assistência à pesquisa: a trajetória de uma irmandade**. Porto Alegre: Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre, 1988. Anexo 1. Datilografado.
- KUCZYNSKI, H. June. Approach to preventing adolescent pregnancy. **Midwives Chronicle & Nursing Notes**, Waine, v. 101, n.1207, p.234-241, aug. 1988.
- LANGER, Marie. **Maternidade e Sexo**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1981.

- LEFEBVRE, Henry. **A vida cotidiana no mundo moderno**. São Paulo: Ática, 1991.
- LEOPARDI, Maria Tereza. Necessidades de saúde e cidadania. **Texto e Contexto-Enfermagem**, Florianópolis, v.1, n.1, p.54-79, jan./jun. 1992.
- LEWIS, Mervin; VOLKMER, Fred R. **Aspectos clínicos do desenvolvimento na infância e adolescência**. 3.ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.
- LINCOLN, Yvonna S. e GUBA, Egon G. **Naturalistic inquiry**. Beverly Hills, Califórnia: Sage Publications, 1985.
- LOURO, Guacira Lopes. **Prendas e antiprendas: uma escola de mulheres**. Porto Alegre: Editora da Universidade, UFRGS, 1987.
- MAFFESOLI, Michel. Liberdades intersticiais. In: MORIN, Edgar; BAUDRILLARD, Jean; MAFFESOLI, Michel. **A decadência do futuro e a construção do presente**. Florianópolis: Editora da Universidade, UFSC, 1993. p.51-70.
- MAFFESOLI, Michel. **O conhecimento comum: compêndio de sociologia compreensiva**. São Paulo: Brasiliense, 1988.
- \_\_\_\_\_. **A conquista do presente**. Rio de Janeiro: Rocco, 1984.
- \_\_\_\_\_. **A sombra de Dionísio: contribuição a uma sociologia**. Rio de Janeiro: Graal, 1985.
- \_\_\_\_\_. **Dinâmica da violência**. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 1987a.
- \_\_\_\_\_. **O tempo das tribos: o declínio do individualismo nas sociedades de massa**. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1987b.
- MALDONADO, Maria Tereza; NAHOUM, Jean Claude; DICKSTEIN, Júlio. **Nós estamos grávidos**. 8.ed. Rio de Janeiro: Bloch, 1990.
- MALDONADO, Maria Tereza P. **Como cuidar de bebês**. 4.ed. Rio de Janeiro: (s.n.), 1991.
- \_\_\_\_\_. **Maternidade e paternidade**. Petrópolis: Vozes, 1990.
- \_\_\_\_\_. **Psicologia da gravidez: parto e puerpério**. 8.ed. Petrópolis: Vozes, 1986.
- MATURANA, Humberto. As bases biológicas do aprendizado. **Dois Pontos**, Belo Horizonte, primavera, p.64-70, 1993.
- NETTO, José Paulo; FALCÃO, Maria do Carmo. **Cotidiano: conhecimento e crítica**. 2.ed. São Paulo: Cortez, 1989.
- NOGUEIRA, I.F.H. Amor da família. In: PINTO, Alfredo Clemente. **Selecta em prosa e verso**. 37.ed. Porto Alegre: Livraria Selbach de J.R.Fonseca, 1927.



- OLIVEIRA, Mara Rosangeles de; CARVALHO, Patrícia Hoffmann; FRÜSOCKL, Lilian; LUZ, Anna Maria Hecker. Análise das condições sócio-econômicas e reprodutivas de mulheres de uma comunidade periférica de Porto Alegre, RS. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v.13, n.1, p.1-14, jan. 1992.
- OLIVEIRA, Rosiska Darcy de. Territórios do feminino. In: BAIÃO, Isis (Coord.). **A transgressão do feminino: ensaios sobre o imaginário e as representações da figura feminina**. Rio de Janeiro: IDAC, 1989. cap.2, p.18-22.
- PAMPLONA, Vitória. **A mulher, parto e psicodrama**. São Paulo: Ágora, 1990.
- PIKUNAS, J. **Desenvolvimento puberal**. 3.ed. São Paulo: Mcgraw Hill do Brasil, 1979: Desenvolvimento humano: uma ciência emergente, cap.13, p.273-85.
- PINTO NETO, Aarão Mendes et al. Algumas características do aborto na adolescência. **Reprodução**, São Paulo, v.6, n.4, p.201-205, jul./ago. 1991.
- PINTO, Regina Pahim; AZEVEDO, Célia Marinho de. Gravidez na adolescência. Brasília: IPLAN/IPEA/UNICEF, 1986. **A gravidez na adolescência na perspectiva dos profissionais de saúde**, p.55-82.
- PIRES, Denise. **Hegemonia médica na saúde e a enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1989.
- POLIT, Denise F.; HUNGLER, Bernadete P. **Investigação científica en ciencias de la salud**. México: Interamericana, 1987.
- POLIT F. Denise; HUNGLER P. Bernadette. **Essentials of nursing research: methods, appraisal and utilization**. 3rd. Philadelphia: J.B. Lippincott Company, 1993: Qualitative research and analysis, cap.11, p.323-348.
- \_\_\_\_\_. **Fundamentos em pesquisa em enfermagem**. 3.ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.
- REZENDE, Ana Lúcia Magela de. **A sedução dos mitos da saúde - doença na telenovela**. São Paulo: USP, 1991. Tese (Doutorado)-Faculdade de Educação, Universidade de São Paulo, 1991.
- \_\_\_\_\_. **Saúde: dialética do pensar e do fazer**. 2.ed. São Paulo: Cortez, 1989.
- REZENDE, Jorge de. **Obstetrícia**. 3.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1974: Obstetrícia: conceito, propósitos, súmula histórica, cap. 1, p.1-23.
- ROBERTSON SMITH, W. Religion of the semites. Edimburgo: Burnett Lectures, 1888-1889. Apud DOUGLAS, Mary. **Pureza e perigo**. São Paulo: Perspectiva, 1966.
- ROCHA-COUTINHO, Maria Lúcia. **Tecendo por trás dos panos: a mulher brasileira nas relações familiares**. Rio de Janeiro: Rocco, 1994.

- RUBARTH, Gisela H.; COLL, Ana R.; BONFANTI, Rosa Becerra de. **La adolescente embarazada**. Buenos Aires: Grupo Latinoamericano, 1994.
- RUBIN, Lillian Berslow. **Worlds of pain: life in the working-class family**. New York: Basic Books, 1976.
- SAFFIOTI, Heleieth; ALMEIDA, Suely Souza de. **Violência de gênero: poder e impotência**. Rio de Janeiro: Revinter, 1995.
- SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE. **A herança do irmão Joaquim: histórias da Santa Casa**. Porto Alegre: Redactor, 1984.
- SANTANGELI, Barbara. Adolescent pregnancy. **Nurse Mirror**, Sussex, v.158, n.11, p.32-34, Mar. 1984.
- SANTOS, Emília da Silva.; LUZ, Anna Maria H.; MENDES, Sandra de Abreu; AGOSTINI, Sônia Maria Motink. Maternidade e adolescência: sentimentos e atitudes. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v.8, n.1, p.27-45, jan.1987.
- SCHUTZ, Alfred. **Fenomenologia e relações sociais**. Rio de Janeiro: Zahar, 1979.
- SILVA, Juremir Machado da. **A prisioneira do castelinho do alto da bronze**. Porto Alegre: Artes e Ofícios, 1993.
- SISSON DE CASTRO, Marta L. Metodologia da pesquisa qualitativa: revendo as idéias de Egon Guba. In: ENGERS, Maria Emília Amaral (Org.). **Paradigmas e metodologias de pesquisa em educação: notas para reflexão**. Porto Alegre: EDIPUCRS, Curso de Doutorado do Pós-graduação em Educação da Faculdade de Educação, 1994. cap.6, p. 53-64.
- SOCIEDADE CIVIL BEM-ESTAR FAMILIAR. **Pesquisas sobre saúde reprodutiva e sexualidade do jovem: Rio de Janeiro, Curitiba e Recife 1989-1990**. Rio Janeiro: Departamento de Pesquisas Sociais - DEPES, 1992.
- SOIFER, Raquel. **Psicologia da gravidez parto e puerpério**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1980.
- SOIHET, Raquel. É proibido não ser mãe: opressão e moralidade da mulher pobre. In: VAINFAS, Ronaldo (Org.). **História e sexualidade no Brasil**. Rio de Janeiro: Graal, 1986. p.191-212.
- SOUZA, Ronald Pagnonceli. **Nossos adolescentes**. Porto Alegre: Editora da Universidade, UFRGS, 1987.
- TAKIUTI, Albertina. **A adolescente está ligeiramente grávida: e agora?** São Paulo: Iglu, 1990.
- TAMBARA, Elomar. **A educação no Rio Grande do Sul sob o Castilhismo**. Porto Alegre: UFRGS, 1991. Tese (Doutorado em Educação)- Pós-graduação da Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 1991.
- TIBA, Içami. **Puberdade e adolescência: desenvolvimento biopsicossocial**. São Paulo: Ágora, 1986.



- TOTTA, Mario. A nova maternidade da Santa Casa: homenagem ao Dr. Mario Totta. **Correio do Povo**, Porto Alegre, p.7, 2 ago. 1930, \_\_\_\_\_ . A velha roda dos expostos: uma instituição secular que desaparece. **Correio do Povo**, Porto Alegre, Noticiário, p.9, 6 de nov. 1940.
- TRIGO, Maria Elena Bueno. **Amor e casamento no século XX**. In: D'INCÃO, Maria Angela. Amor e família no Brasil. São Paulo: Contexto, 1989. p.88-94.
- VEJA. **Especial mulher: a grande mudança no Brasil**. São Paulo: Editora Abril, ago. 1994. p.6-21: A teia se expande.
- VITIELLO, Nelson. Gestações em adolescentes de bom nível sócio-econômico. In: OPAS/OMS. **Coletânea sobre saúde reprodutiva do adolescente brasileiro**, 1988. p.113-119.
- WANDERLEY, Luiz Eduardo. Educação popular e processo de democratização. In: BEZERRA, Aida et al. **A questão política da educação popular**. 2.ed. São Paulo: Brasiliense, 1980. p.62-78.
- WEIL, Pierre. **Relações humanas na família e no trabalho**. Petrópolis: Vozes, 1992.
- WERLE, Flávia Obino Corrêa. **O sistema político-administrativo da educação: Análise das relações de poder entre as instâncias Federal, Estadual e municipal, no período republicano**. Porto Alegre: PUCRS, 1993. Tese (Doutorado)- Pós-Graduação em Educação da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, 1993.
- WERNER-LUBCH, Barbara. **Risk factors associated with rural early adolescent girls'sexual activity**. Presented at the Annual Meeting of the National Family Planning and Reproductive Health Association, New York, Febr. 1990.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. Pregnancy and abortion in the adolescence. **Technical Report Series**. Geneva, n.583, p.7-27,1975.
- YIN, Robert K. **Case study research design and methods**. Newbury Park, Sage Publications, 1984.
- ZENHA, Celeste. Casamento e ilegitimidade no cotidiano da justiça. In: VAINFAS, Ronaldo (Org.). **História e sexualidade no Brasil**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1986. p.125-141.
- ZIEGEL, Erna; CRANLEY, Mecca S. **Enfermagem obstétrica**. 8.ed. Rio de Janeiro: Interamericana, 1985: Adaptação psicossocial da família em procriação, cap. 12, p.214-225.
- \_\_\_\_\_. **Enfermagem obstétrica**. 2.ed. Rio de Janeiro: Interamericana, 1985.