

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO – UAB - PNAP
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO
ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO EM SAÚDE

DENISE BEATRIZ MARIANO DA ROCHA SANTOS

**DIFICULDADES NO DESEMPENHO DA FUNÇÃO PATERNA,
COMO FATOR DE RISCO PARA A OCORRÊNCIA DA GRAVIDEZ NA
ADOLESCENCIA**

Porto Alegre
2012

DENISE BEATRIZ MARIANO DA ROCHA SANTOS

**DIFICULDADES NO DESEMPENHO DA FUNÇÃO PATERNA,
COMO FATOR DE RISCO PARA A OCORRÊNCIA DA GRAVIDEZ NA
ADOLESCENCIA**

Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado como requisito parcial para a obtenção do grau de Especialista em Gestão em Saúde, pela Escola de Administração da Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS.

Orientador: Professor Dr. Rogério Faé

Porto Alegre
2012

*Ao meu marido, parceiro, cúmplice e
companheiro de 36 anos e ao que de melhor nós
produzimos até hoje: Diego, Vanessa e Rodrigo.*

*Enfim, à minha família, o maior presente
que a vida me concedeu - meu rumo, meu farol
meu destino, e meu porto seguro. Com amor.*

AGRADECIMENTOS

Ao Ministério da Educação que, através da Universidade Aberta do Brasil, com o Programa Nacional de Formação em Administração Pública, proporciona, democraticamente, a tantos profissionais, uma grande oportunidade de aprimoramento que, talvez, de outra forma, não poderiam acessar;

À UFRGS, meu “berço” de formação, que me permite, depois de tanto tempo, ter a honra de retornar a seu ambiente acadêmico, mesmo que à distância;

À Escola de Administração dessa universidade, tão bem conceituada, que nos acolheu e colocou seus profissionais à nossa disposição;

Ao meu orientador, Professor Dr. Rogério Faé, que paciente e competentemente auxiliou na confecção deste trabalho;

À Jennifer Pereira, minha tutora durante parte do curso e na elaboração deste estudo, pela paciência e ajuda;

À Cheila Denise Ottonelli Stopiglia, tutora, também, na outra metade do curso, pela camaradagem, cumplicidade e conhecimento;

À UNESCO, que através de acordo de cooperação técnico-científica com o estado do RS, permitiu-me o trabalho de consultoria, o qual possibilitou-me o conhecimento aprofundado de diferentes realidades;

À Secretária da Saúde de Santo Ângelo, Sra. Rosa Maria Mousquer Severo, gestora de ampla visão e grande conhecimento, por ter confiado no profissionalismo do presente trabalho, lá executado;

À Enfermeira Daniana Pompeu, profissional comprometida e extremamente competente, amiga de outras jornadas, por ter servido de “ponte” para a realização da pesquisa em Santo Ângelo;

À Enfermeira Simone Polo, Coordenadora do Serviço de Ginecologia que, com sua disponibilidade e capacidade efetiva de acolhimento, facilitou sobremaneira e viabilizou a realização deste estudo;

Às Técnicas em Enfermagem Ângela Gasparetto, Teresa Aparecida Stochero e Flávia Menzel, assim como à estagiária Carla Camila Lemos, da Secretaria de Saúde de Santo Ângelo, pela receptividade, simpatia e interesse com que me receberam, da mesma forma que o fazem com todos que para lá acorrem;

Às gestantes adolescentes, que dócil e gentilmente aceitaram participar da pesquisa como voluntárias, - sem elas, não existiria esse trabalho

Aos meus queridos colegas, que me proporcionaram o convívio agradável e revigorante com a juventude que quer fazer a diferença neste país.

A todos os demais profissionais da saúde, que realizam seu trabalho com comprometimento e paixão e com quem tive o prazer de cruzar por essas andanças, por alimentarem a minha fé de que é possível.

RESUMO

O presente trabalho surgiu a partir da preocupação da área da Saúde de diversos municípios da chamada macro-região Missioneira do Rio Grande do Sul com o aumento da incidência da gravidez na adolescência e seu impacto sobre o sistema público de saúde, além das consequências pessoais (bio-psico-sociais) advindas. As famílias de origem dessas jovens pareciam estar estruturadas, de forma a evidenciarem dificuldades no exercício adequado da função paterna. Assim, o objetivo desse estudo é o de verificar se esses dois fatores apresentam correlação entre si: a dificuldade no exercício da função paterna poderá ser considerada fator de risco para a ocorrência da gravidez na adolescência? Foi elaborado um guia de perguntas abertas, para a realização de entrevistas semi-estruturadas com gestantes adolescentes de um dos referidos municípios, Santo Ângelo. O método de pesquisa qualitativa de estudo de caso foi considerado o mais apropriado, levando-se em conta a proposta de investigação. A construção de explanação foi utilizada como método principal de análise dos dados. Os resultados obtidos apontam que, realmente, a função paterna, tendo sido exercida pelo pai da dimensão do real ou por alguém que o substituiu, não foi satisfatoriamente desempenhada. No entanto, ainda seria temerário tentar generalizar a conclusão, pelas limitações da amostra, mas a investigação realizada poderá servir como subsídio para a continuidade dos estudos nessa linha, com vistas a qualificar, cada vez mais, a atenção dispensada a essa população: jovens mães, que estão constituindo novas famílias e formando os cidadãos do nosso futuro.

PALAVRAS-CHAVE: Adolescência. Função Paterna. Fatores de Risco.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	09
2 ADOLESCENCIA	14
2.1 Considerações Básicas.....	14
2.2 Adolescencia, sexualidade e família- Breve Histórico.....	17
2.3 Dados epidemiológicos e algumas ponderações	24
2.4 Fatores de risco – Rápido enfoque	28
3 LACAN E A FUNÇÃO MATERNA	30
4 POLÍTICAS PÚBLICAS E FUNÇÕES PATERNAS	34
5 METODOLOGIA	40
6 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS	43
7 CONCLUSÕES	58
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	59
ANEXOS	64
ANEXO A – Termo de Consentimento de participação em estudo clínico- Gestantes	65
ANEXO B - Termo de Consentimento de participação em estudo clínico-Profissionais	66
ANEXO C- Termo de Consentimento de participação em estudo clínico- Gestores.....	67
ANEXO D- Instrumento de Pesquisa - Gestantes	68
ANEXO E- Instrumento de Pesquisa – Profissionais da Saúde	69

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Proporção de alunos do ensino fundamental e médio por faixa etária da 1ª gravidez seguindo dados das Capitais e Unidades da Federação	27
Tabela 2: Idade das gestantes e situação das gestantes	43
Tabela 3: Resposta a pergunta nº 06.....	48
Tabela 4: Resposta a pergunta nº 07	49
Tabela 5: Resposta a pergunta nº 08.....	49

1 INTRODUÇÃO

A ideia da realização do presente trabalho surgiu a partir de observações feitas pela autora, quando, como consultora para o Programa de Prevenção da Violência do Rio Grande do Sul, teve oportunidade de prestar consultoria especializada aos municípios de Ijuí, Santa Rosa, Santo Ângelo, São Borja e São Luiz Gonzaga.

Em todos os municípios, a área da saúde denotava extrema preocupação com a situação do expressivo número de casos de gestações adolescentes e se constatava que, em grande parte, a família de origem dessas jovens parecia estar estruturada de forma a evidenciar dificuldades no exercício adequado da função paterna.

A relevância da abordagem da relação da função paterna com a gravidez na adolescência não se caracteriza pela concepção negativa e moralista que se apóia no critério de idade, considerando tanto mais negativa a situação, quanto maior a precocidade do evento. Cabe ressaltar que não se está enfocando, a adolescência e/ou a gestação adolescente, como sendo, invariavelmente, “problemas” ou “problemáticas”. O que se está relevando é que tal situação (tanto para as mães, como para os pais “grávidos”), especialmente em comunidades de menor poder sócio-econômico, implica, geralmente, prejuízos psicossociais significativos, para ambos, mas com mais ênfase para a jovem mãe e seu bebê.

Dados de uma pesquisa internacional do Instituto Alan Guttmacher (1998), cuja fonte principal foi a Demographic and Health Surveys (DHS), em cooperação com governos e organizações nacionais e com apoio da Agência Norte-Americana para o Desenvolvimento Internacional, assinalam que independentemente da norma social que influencie as jovens, iniciar a atividade sexual na adolescência acarreta certos riscos. Por exemplo, as mulheres que se casam cedo muitas vezes têm pouca voz nas decisões sobre procriação e limitadas oportunidades de educação e de desenvolvimento de aptidões para o trabalho. As mulheres solteiras que engravidam podem ter que decidir se fazem um aborto, ou tentam sozinhas, criar seus filhos. Tanto as mulheres casadas como as solteiras são vulneráveis às doenças sexualmente transmissíveis e aquelas que têm filhos muito cedo, ou com frequência, correm o risco de prejudicar sua saúde.

As pesquisas em saúde revelam maior índice de mortalidade materna em adolescentes com menos de quinze anos (consideradas “gestantes de alto risco”), o que, por si só, já antecipa um provável impacto sobre o sistema de saúde pública.

Além dos custos pessoais, ainda é importante salientar que, no caso de gravidezes indesejadas, os abortamentos feitos clandestinamente (em 2005 chegavam a 32 por 1000 gestantes, na faixa etária dos 15 aos 19 anos), significaram, para o Sistema Único de Saúde

(SUS), segundo o Dossiê Aborto – Mortes Preveníveis e Evitáveis, da Rede Feminista de Saúde (2005), um custo aproximado de U\$ 10 milhões de dólares – valor subestimado, pois não estão computadas as internações que ultrapassaram o período de 24 horas: cuidados em Unidade de Tratamento Intensivo e internações prolongadas para tratar infecções, que são freqüentes, e os recursos adicionais necessários para atender às sequelas – impossíveis de estimar a partir das bases de dados sobre o tema.

No periódico Salto para o Futuro, do Ministério da Educação (2006), é citada uma pesquisa da Organização das Nações Unidas para Educação, Ciência e Cultura (UNESCO), que assinala que as meninas entre 15 a 17 anos abandonam mais a escola (56%) do que os meninos. Isto se deve a, pelo menos, três fatores: necessidade de trabalhar, dificuldades no aprendizado e gravidez na adolescência. Os dados apontam ainda que, a cada hora, três meninas entre 10 e 14 anos se tornam mães e 44 mil delas são internadas, ao ano, em função de abortos. Calcula-se que 300 mil jovens com menos de 19 anos já tenham praticado aborto. De 1991 a 2000 houve um aumento de 25% na fecundidade de jovens entre 15 e 19 anos. A gravidez precoce é uma das principais razões da evasão escolar (em torno de 25%). Castro, Abramovay e Silva (2004) revelam que, no Relatório Mundial da ONU sobre População, o Brasil aparece como um dos países que apresenta taxas acima da média mundial em relação à gravidez na adolescência (em torno de 50 nascimentos por mil mulheres). Nosso país possui taxas maiores do que alguns países pobres como a Índia, o Iraque e o Sudão.

Camarano (1998) associa à gravidez na adolescência, a mortalidade materno-infantil e intercorrências clínicas, como hipertensão arterial, maior incidência de eclampsias, infecções urinárias e anemias. Segundo ela, em 1987, *“a taxa de mortalidade dos filhos de mulheres de 15 a 19 anos era 42,5% mais elevada do que a dos filhos de mulheres situadas em grupo de idade posterior”* (CAMARANO, 1998, p.125).

Levantamento bibliográfico realizado por Lyra (1997) e Medrado (1999) apontou haver uma grande carência de pesquisas no campo da saúde sexual e reprodutiva focando o sexo masculino, principalmente os pais jovens e adolescentes, o que não constitui, apenas, uma realidade brasileira: estudos realizados nos EUA, em 1982 e 1993, sublinham a ausência de informações sobre a paternidade, enfatizando a relevância do apoio do parceiro à gestação/maternidade.

Medrado, Lyra e colaboradores (2008) destacam que “há países, como Noruega e Suécia, em que a licença parental é negociada entre o casal, para que ambos possam ter a oportunidade de cuidar do (a) filho(a)” e argumentam que já há algum tempo se luta por conquistas que protejam o direito de ser mãe e pai, mas ainda carecemos de políticas públicas

como dispositivos de produção de paternidades. Por exemplo, no Brasil, a licença-maternidade estende-se por seis meses, ao passo que a licença-paternidade ainda se limita a quinze dias. Simultaneamente às ações de pesquisa, é preciso ampliar as discussões no campo da defesa de direitos dos cidadãos.

Um dos objetivos deste trabalho diz respeito à proposta de levar alguma contribuição para a implantação de novas políticas públicas e/ou, aprimoramento das já existentes. Nesse sentido, espera-se que a gradativa e intermitente discussão sobre a inclusão da “função paterna” nas abordagens preventivas e de promoção da saúde, venha a gerar um tipo de provocação, a ponto de causar vontade política de solucionar o que antes não passava de um mero “incômodo social”, a fim de que, então, o tema seja incluído na agenda governamental e, só depois, passe a constituir uma política pública. Para que isso ocorra, faz-se necessário que a sociedade se mobilize em grupos e/ou individualmente, através de atores sociais estrategicamente colocados, ou, ainda, que se evidencie uma situação calamitosa, de catástrofe ou grave crise.

Assim, percebe-se que a efetivação de políticas públicas passa por fases, cuja primeira é a formação da agenda. Os momentos seguintes das políticas públicas são os de formulação (quando são definidas e escolhidas alternativas para solucionar o problema político), de implementação e de avaliação.

Dentro dessa visão, este estudo, pretende, também, fornecer elementos para que se chegue, pelo menos, ao primeiro desses momentos, com uma visão mais equitativa, inclusiva e preventiva das questões relativas à gravidez na adolescência, para ambos os sexos.

As palavras de Medrado (1999, p.245) resumem, de forma bastante clara uma das pretensões da autora:

Investigar a temática e intervir na área da sexualidade e reprodução na adolescência significa discutir preconceitos e estereótipos arraigados e repensar a possibilidade da adoção de outros valores. Assim, aliada ao princípio do respeito pelas jovens gerações e à perspectiva de que a gravidez adolescente não é sempre indesejável, destaca-se o princípio da igualdade de oportunidades entre homens e mulheres em todos os âmbitos.

Estudos do Instituto Promundo (2001, p.9) corroboram tais informações:

[...] inúmeras iniciativas procuraram um maior “*empowerment*” das mulheres e diminuir a hierarquia entre os gêneros. Muitas formas de “*advocacy*” mostraram a importância de engajar os homens, adultos e jovens, no bem-estar das mulheres, tanto adultas como jovens. A Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD, 1994) e a IV Conferência Mundial sobre Mulheres em Beijing (1995) enfatizaram a importância de se incluírem os homens nos esforços de melhorar o status de mulheres e meninas. O Programa de Ação da Conferência

Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD), por exemplo, procura “promover a equidade de gênero em todas as esferas da vida, incluindo família e comunidade, levando os homens a assumir sua parcela de responsabilidade por seu comportamento nas esferas sexual e reprodutiva bem como por seus papéis sociais e familiares”.

O fato de se constatar alguns percalços na execução da função paterna, ao se instituírem novas modalidades de subjetivação e de laços sociais, não nos autoriza a desconsiderarmos o papel da família como fundante do sujeito psíquico. Pelo contrário, a questão básica do presente estudo é: as dificuldades para o adequado exercício da função paterna, por parte das famílias das adolescentes gestantes (que seria o “*locus*” ideal para tanto), constituem fator de risco para essa situação?

No Brasil, existem várias políticas públicas dirigidas às mães adolescentes, mas muito poucas são as que focam o homem, na sua dimensão de pai, o que será mais bem exposto no capítulo alusivo às políticas públicas e função paterna.

Justifica-se a pesquisa, através da proposta básica de alertar para a necessidade de se refletir, quando da implantação de novas políticas públicas, ou da implementação das já existentes, sobre mecanismos que façam funcionar a metáfora paterna, preferencialmente sustentada pelos pais. Dessa forma, os objetivos específicos deste trabalho são de:

- Oferecer enfoque complementar às pesquisas já realizadas sobre a questão;
- Proporcionar mais elementos investigativos para as políticas públicas da área da saúde do adolescente e do homem, encaradas sob o aspecto da qualidade de vida em geral e da integralidade, princípio fundamental do SUS;
- Criar condições para aprimorar (tanto na área da saúde, como na da educação) os processos de apoio à adolescente que engravida e ao pai do bebê, a fim de que se constituam, efetivamente, em importantes meios de amadurecimento bio-psico-social;
- Colaborar para o maior esclarecimento, especialmente junto às ESFs, quanto à atenção dispensada (tecnologias de cuidado empregadas) à população-alvo desta pesquisa.
- Enfatizar a necessidade de se abranger, com mais profundidade, a constituição do sujeito, não o encarando, quase que exclusivamente, apenas como ser biológico (como tem acontecido até agora), mas também como sujeito psíquico.

Para tanto, é interessante que, primeiramente, se esclareça a maneira como, nesse estudo, se está encarando a adolescência, para depois entendermos como evoluiu a forma pela qual a sociedade vislumbra a situação da gravidez nessa etapa da vida. Complementando a justificativa para esse tipo de abordagem, seguem dados epidemiológicos (no respectivo capítulo) que esclarecem sobre a preocupação com o tema em questão.

Os fatores considerados “de risco” para a gravidez precoce são inúmeros e, a maioria, já bastante estudados, mas raros são os estudos sobre a associação desse fenômeno com a função paterna. Algumas considerações a esse respeito serão tecidas no capítulo pertinente.

Para expor, com mais especificidade, o significado da função paterna, é dedicado um capítulo, em que se tenta fazer um rápido apanhado sobre a teoria lacaniana, de onde se originou esse conceito.

Depois, então, é feita uma breve análise das políticas públicas, desenvolvidas atualmente no país, que poderiam englobar as questões referentes à gravidez na adolescência e a função paterna.

Considerar um fator como “de risco” significa entendê-lo como passível de aumentar a possibilidade de ocorrência do fenômeno. Algumas ponderações a esse respeito serão tecidas no capítulo pertinente.

Para expor, com mais especificidade, o significado da função paterna, é dedicado um capítulo, em que se tenta fazer um rápido apanhado sobre a teoria lacaniana, de onde se originou tal conceito.

Depois, então, é realizada uma breve análise das políticas públicas, desenvolvidas atualmente no país, que poderiam englobar as questões referentes à gravidez na adolescência e a função paterna.

Como o método utilizado foi qualitativo-exploratório, além de consistir no levantamento bibliográfico, também incluiu entrevistas com pessoas que tiveram (ou têm) experiências práticas com o tema em questão e análise de exemplos, para a melhor compreensão do mesmo, a fim desenvolver, esclarecer e de, caso necessário, em abordagens posteriores, modificar conceitos e idéias. A prática se efetivou no Centro de Atendimentos Especializados do município Santo Ângelo, sede da 12ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS), da Macro-regional Missioneira do Estado, junto aos profissionais locais e às gestantes adolescentes atendidas em pré-natal.

2 ADOLESCENCIA

2.1 CONSIDERAÇÕES BÁSICAS

Para fins metodológicos, é importante que, já de início, se defina quais os sujeitos que serão considerados, aqui, como “adolescentes”.

Os países têm diferentes legislações a respeito da idade em que os legalmente ditos “menores de idade” se tornam “maiores”. O relatório do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF, 2011) sobre a situação mundial da infância, seguindo a posição da Organização Mundial da Saúde (OMS), define adolescência como a fase da vida entre 10 e 19 anos de idade. No Brasil, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), em seu artigo 2º, considera criança, a pessoa com até 12 anos incompletos e adolescentes, a pessoa com idade entre 12 e 18 anos incompletos. Do ponto de vista jurídico, as relações sexuais antes dos 15 anos são consideradas abuso. Portanto, a gravidez entre meninas de 10 a 14 anos constitui uma violação de direitos.

Decidiu-se seguir a convenção da OMS, por ser mais abrangente, no sentido de sua universalidade, ressaltando, no entanto, que a determinação etária é arbitrada apenas para fins de organização do presente estudo, porque, na prática, se sabe que as fronteiras etárias podem não ser o parâmetro mais adequado, porque podem não corresponder ao que ocorre, efetivamente, na realidade.

Além das intensas transformações biológicas que caracterizam essa fase da vida, e que são universais, participam da construção desse conceito elementos culturais que variam ao longo do tempo, de uma sociedade a outra e, ainda que no seio da mesma sociedade, de um grupo a outro: a definição do tempo de duração, dos conteúdos e significados sociais desses processos modificam-se de sociedade para sociedade e, na mesma sociedade, por meio de suas divisões internas. Portanto, é a partir das representações que cada sociedade cria a respeito da adolescência que se definem as responsabilidades e os direitos que devem ser atribuídos às pessoas nesta faixa etária e a maneira, pela qual tais direitos devem ser protegidos. Além disso, é somente em algumas formações sociais que a juventude aparece como uma categoria com visibilidade social (ARRUDA, NASCIMENTO *et al*, 2010).

A esse respeito, Freitas (2005, p.6) refere o informe da Comissão Econômica para América Latina e Caribe/ Organização Ibero-Americana de Juventude (CEPAL/OIJ), onde se argumenta que ainda permanece

uma tarefa complexa, tanto para o mundo acadêmico como para os governos, delimitar uma categoria de juventude que permita estabelecer quais são os limites desta etapa da vida e como visibilizar suas particularidades sócio-históricas e

necessidades [...] a literatura sobre o tema da identidade juvenil apresenta, em geral, a impossibilidade de uma definição concreta e estável sobre seu significado. Cada época e sociedade impõem a esta etapa da vida fronteiras culturais e sociais que designam determinadas tarefas e limitações a este grupo da população. (tradução nossa)

León (2005, p.10) aponta a necessidade de

pluralizar o momento de referir-nos a estes coletivos sociais, isto é, a necessidade de falar e conceber diferentes “adolescências” e “juventudes”, em um sentido amplo das heterogeneidades que se possam apresentar e visualizar entre adolescentes e jovens. Isto ganha vigência e sentido, a partir do momento que concebemos as categorias de adolescência e juventude como uma construção sócio-histórica, cultural e relacional nas sociedades contemporâneas, onde as intenções e esforços na pesquisa social, em geral, e nos estudos de juventude, em particular, têm estado focados em dar conta da etapa da vida que se situa entre a infância e a fase adulta. Por sua vez, infância e fase adulta também são resultados de construções e significações sociais em contextos históricos e sociedades determinadas, em um processo de permanentes mudanças e ressignificações.

Apesar de ser fundamental que se respeitem as conotações sócio-culturais e históricas acerca da adolescência e, inclusive, da gravidez nesse período da vida, não a encarando como invariavelmente prejudicial, não se pode deixar de levar em consideração, por outro lado, os dados de inúmeros e exaustivos estudos, em todas as partes do mundo, especialmente na sociedade ocidental, que apontam para a necessidade de uma atenção especializada e específica sobre essa questão.

A gravidez precoce é uma das principais razões da evasão escolar, sendo, o Brasil, um dos países que apresenta taxas acima da média mundial em relação a esse fenômeno: em torno de 50 nascimentos por mil mulheres. (CASTRO, ABRAMOVAY e SILVA, 2004).

Longo (2002), citando Catharino e Giffin (2002) relata que os autores discordam de que o abandono escolar seja consequência da gravidez precoce. Para elas, a gravidez aparece como um caminho alternativo, já que a escola não atende às necessidades reais dos jovens. Além disso, diante da precariedade das oportunidades de trabalho e da imposição, ainda presente, do trabalho doméstico feminino (principalmente nas camadas populares), a gravidez para a adolescente seria encarada como uma “substituição” do trabalho e até mesmo da escola, fazendo o papel de âncora na construção de sua identidade. Segue, revelando que Pirotta (2002) destaca que, entre os jovens universitários de classes sociais mais elevadas, as expectativas estão fortemente ligadas à conclusão dos estudos e à inserção no mercado de trabalho, levando ao desejo de adiamento da fecundidade.

Nos estudos efetivados pelo Instituto Promundo (2001, p. 28), também há indicativos nesse sentido:

muitas pesquisas no campo das ciências sociais e humanas, no entanto, indicam que os jovens muitas vezes vêm na gravidez justamente a possibilidade de construir identidades adultas e mais bem integradas, sendo o filho justamente o motivo de reorganização e compromisso com a sociedade, de possibilidade de inserção no mercado de trabalho, abandono de atividades de consumo de drogas, etc. A gravidez, que nem sempre é sentida como um peso pelos/as jovens, muitas vezes é vista como entrave para os familiares que se sentem responsáveis pelo cuidado e manutenção financeira dos recém-nascidos.

O fato é que, os dados disponíveis assinalam que, no sexo feminino de camadas menos favorecidas economicamente, a gravidez na adolescência (mesmo planejada pela adolescente) e o abandono escolar estão intimamente relacionados, o que representa, por si só, um inegável corte na possibilidade de um desenvolvimento mais saudável e igualitário dessa população, podendo essa gestação, então, apenas por isso, já ser considerada “precoce”. Aliado a tal fator, cabe salientar que, na área da epidemiologia, a baixa escolaridade da mãe é considerada um dos importantes fatores de risco para a mortalidade materno-infantil.

Reis (1993) *apud* COSTA e HEILBORN (2006, p. 32) enfatiza que “[...] a tendência de aumento da fecundidade das mulheres brasileiras mais jovens, na contramão das de outras faixas etárias, configura-se na expressão concreta da gravidez na adolescência e influencia de forma relevante no seu entendimento como um problema social.”

A informação é, ainda, complementada com dados trazidos pela organização não governamental chamada Bem Estar Familiar (BEMFAM, 1997):

(...) a tendência de aumento da fecundidade das mulheres brasileiras mais jovens, na contramão das de outras faixas etárias, configura-se na expressão concreta da gravidez na adolescência e influencia de forma relevante no seu entendimento como um problema social. Esta constatação contém várias implicações e tem em si um conteúdo perverso, em termos de resposta social para a questão da gravidez na adolescência, sendo tal índice menor com o aumento da escolaridade e renda das jovens. No Brasil, em 1996, a proporção de mulheres de 15 anos que já tinham iniciado a sua vida reprodutiva chegava a 55%, entre as que não tinham nenhuma escolaridade, enquanto que entre as que tinham de 5 a 8 anos de estudos e as que tinham de 9 a 11 anos de estudos estes índices eram respectivamente de 19% e menos de 10% .

Não bastasse essa característica de precocidade, acrescenta-se, no caso de gravidezes indesejadas, a situação de abortamento, que não pode ser ignorada, se quisermos focar com seriedade e responsabilidade a questão. Demais dados epidemiológicos serão trazidos no capítulo pertinente.

Não seria oportuno traçar maiores considerações a respeito das mudanças bio-psico-sociais advindas com a adolescência, já que são bastante conhecidas e facilmente acessíveis bibliograficamente. O que não se pode deixar de fazer é especificar sob qual ângulo está sendo abordado o tema.

Como o significado da adolescência se reveste, indiscutivelmente, de parâmetros históricos e geográficos, é interessante que se conheça um pouco mais a respeito do modo como nossa sociedade veio construindo tal concepção ao longo do tempo.

2.2 ADOLESCENCIA, SEXUALIDADE E FAMÍLIA – BREVE HISTÓRICO

Na idade média, era considerado normal uma mulher ter filhos aos 15 anos, pois a expectativa de vida dela, na época, não passava dos 40 ou 50 anos.

Silva (2007, p.139) traça um interessante perfil de nossa sociedade, ao longo do tempo, no que se refere ao tema em questão. Relata que, na época do Brasil colonial, a sociedade brasileira caracterizava-se por ser, eminentemente agrária (latifundiária) e escravocrata, tendo a família paternalista como seu núcleo central, pois essa cumpria as funções econômicas e políticas, estando o poder absoluto sobre seus componentes concentrado nas mãos do patriarca, que os considerava como parte de suas posses. A cultura procurava reproduzir os usos e costumes dos colonizadores europeus, desconsiderando suas raízes indígenas, mas sendo influenciada, em maior ou menor grau, pelas tradições dos povos africanos, trazidos como escravos. A sexualidade feminina era rigidamente controlada, por motivos que, além do moralismo machista reinante, ainda visavam à preservação da herança e dos direitos sucessórios (primordialmente masculinos). À mulher, considerada frágil diante das tentações do mundo, eram delegadas as tarefas domésticas, que incluíam (de acordo com a mentalidade da época), a criação/educação dos filhos. Era tanta a autoridade com que o pai/marido era investido, que ele poderia internar mulheres e filhas em conventos, para impedir casamentos que contrariavam seus interesses, ou caso considerassem que elas haviam lhes dado algum motivo para desgosto maior – entre os quais a gravidez na adolescência fora do casamento. Quando, às meninas, era concedido o direito ao ensino elementar - o aprendizado era direcionado, fundamentalmente, aos trabalhos domésticos (bordado, costura, culinária, pintura...) e os meninos aprendiam a ler, escrever, e tinham algumas noções de matemática. Os filhos das famílias mais abastadas, se desejassem e o pai consentisse, poderiam completar seus estudos superiores na Europa.

Arruda e colaboradores (2010, p.12) complementam as informações, ao fazerem uma resenha de como foi encarada a educação sexual nas escolas, no Brasil, ao longo do século passado:

- Início do século: primeiros registros sobre a educação sexual nas escolas, por influência das correntes médicas e higienistas francesas. Tinha também como objetivo combater a masturbação e as doenças sexualmente transmissíveis.
- Década de 20: Berta Lutz - considerada a pioneira do feminismo brasileiro – fundou a Federação Brasileira pelo Progresso Feminino, uma organização que lutava pelo direito das mulheres ao voto e a trabalharem sem necessitar da autorização do marido. Em conjunto com outros segmentos sociais, Lutz propôs um programa de educação sexual que incentivasse a reflexão acerca da importância da maternidade e da infância na sociedade brasileira - ideias, essas, rejeitadas pelo conservadorismo vigente.

Com a abolição da escravatura, em meados do século XIX, surgiu a figura do trabalhador assalariado, que viria a causar grandes transformações na rígida estrutura sócio-econômico-cultural de até então: ao mesmo tempo em que fortaleceu o poder do Estado, diminuiu o poder patriarcal, o qual, embora persistindo, passou a ser dividido com outras instâncias, como profissionais liberais e comerciantes. As primeiras escolas de magistério, que era o nível máximo de estudo permitido às mulheres, surgiram apenas no final do referido século. Nos cursos superiores, as mulheres só ingressariam em 1881, de forma ainda muito incipiente.

Como uma das consequências da Revolução Industrial, os primeiros centros urbanos começaram a prosperar, mas nem por isso a tirania patriarcal se extinguiu: apenas, migrou do campo para a cidade, onde se reproduzia o modelo gerencial das propriedades rurais (incluindo-se, aí, a família). Tudo o que foi exposto, leva-nos a concordar com Costa (2004, p. 47), quando diz que “a família formava parentes e não cidadãos.”

Assim, até meados do século XX, o casamento era o desejo maior de toda moça, de qualquer origem, rica ou pobre, refletindo a herança de uma cultura européia, religiosa e tradicional, na qual a posição feminina se restringia à de reprodutora (mãe), esposa e dona de casa. Os pais ansiavam encaminhar suas filhas, que nem bem entravam na puberdade, para o casamento. Gestação na adolescência, dessa forma, era ocorrência corriqueira nesses tempos. Costumava-se dizer que as moças que ultrapassavam, solteiras, a marca dos 18 ou 20 anos, ficavam “para titia” ou “encalhadas” - termo usado pejorativamente para designá-las, sendo assim percebidas, de forma preconceituosa.

Após a II Guerra Mundial, as conquistas do movimento feminista, refletidas em documentos nacionais e internacionais, no sentido de a mulher ser considerada como capaz de tomar decisões éticas sobre sua sexualidade e reprodução, somadas aos avanços da ciência (principalmente da medicina), relacionados à segurança dos métodos contraceptivos, cada vez

melhores e mais acessíveis (especialmente para os mais abastados), fizeram com que se iniciasse um processo de maior abertura quanto às concepções sócio-culturais relacionadas à sexualidade feminina. A mulher podia decidir quando ter filhos – e quantos, passando a ser mais empoderada quanto a sua cidadania, e o prazer da relação sexual começou a se desvincular da possibilidade de constituição de prole.

Aliado a esse contexto, a mulher saiu do mundo privado rumo ao público, deixando o ambiente doméstico e assumindo, gradativa e definitivamente, um importante papel social, agora no mercado de trabalho, antes prerrogativa masculina, e o casamento passou a não ser mais encarado como a única alternativa digna, “salvacionista”.

A família se nucleariza mais, sendo os casamentos norteados por interesses individuais - o lar, o ambiente para o amor conjugal e a autoridade paterna prevalecendo (apesar de mais branda) por ser o homem, ainda, o principal provedor econômico e o amor materno, sendo representado pela maternagem. A imagem de pai, nessa época, portanto, é de um ser emocionalmente distante e preocupado com a provisão econômica.

Como elemento de resistência ao maior empoderamento feminino, ainda persistiu, por muito tempo, na cultura ocidental, a expectativa de que as mulheres jovens deveriam “guardar bem seus corpos” e “manter a virgindade antes do casamento”, enquanto os homens jovens, quanto mais experiências sexuais tivessem, mais estariam afirmando sua masculinidade.

Ainda seguindo as indicações de Arruda e colaboradores (2010, p.15), acrescidos de dados trazidos pelo Instituto Promundo (2001), sobre os caminhos históricos da educação sexual e a maneira como a gravidez na adolescência foi sendo enfocada pela ótica da saúde em nossa sociedade, completa-se a descrição das mudanças que ocorreram:

- Anos 30 e 40: Enfoque da gravidez na adolescência como intimamente associada ao bio-naturalismo, a partir da noção de risco biológico.
- Nos anos 50: Nos EUA, a gravidez e a adolescente passaram a ser conjuntamente tratadas através da temática obstétrico-pediátrica, coletiva e preventivista, o que terminava se refletindo na postura da área da saúde, no Brasil.
- Entre os anos 50 e 60: a adolescente grávida passou a ser “problematizada” numa dimensão mais abrangente.
- Em 1968: Apresentação de um projeto de Lei, pela deputada federal Julia Steimbruck, que visava ao ensino obrigatório da educação sexual em todas as escolas de nível primário e secundário. Encaminhado à Comissão Nacional de Moral e Civismo do Ministério da Educação e Cultura - formada por padres, militares e deputados federais – o projeto não foi

aprovado. A justificativa foi de que a proposta poderia “contaminar” a adolescência. O General Moacir Araújo Lopes, um dos analistas do projeto de Lei, afirmou, na época, que “não se abre à força um botão de rosa, sobretudo com as mãos sujas, referindo-se à virgindade das moças.”

Década de 70 – incremento dos debates sobre sexualidade e reprodução, influenciados pelo movimento feminista e pelos estudos sobre gênero. Surgimento dos primeiros programas de saúde voltados para o adolescente, principalmente em São Paulo e no Rio de Janeiro, junto às primeiras propostas da temática comunitária.

- 1971 – Implantação do Ambulatório de Ginecologia Infanto-Puberal na Clínica Ginecológica do Hospital das Clínicas da USP.
- 1978 – Realização do 1º Congresso Nacional sobre Educação Sexual nas escolas, em São Paulo, reflexo do início da abertura política. Criação do Comitê de Adolescência na Sociedade Brasileira de Pediatria.
- 1979 – Realização de pesquisa, coordenada pela Fundação Carlos Chagas, com jovens de 15 a 17 anos para avaliar valores relacionados à sexualidade.

Década de 80 – Início da liberação de publicações de revistas eróticas, até então proibidas, com fotos de pessoas nuas. Os cinemas passaram a exibir filmes igualmente proibidos e os primeiros *sex shops* foram abertos. Livros e revistas vendidos em bancas de jornal respondiam questões relativas ao sexo. A sexóloga Marta Suplicy apresenta um quadro, no programa TV Mulher, abordando abertamente o tema. Em meados dessa década, em função da pandemia de aids, a educação sexual no Brasil assumiu um caráter preventivista. Considerou-se a escola como um local privilegiado para a divulgação de informações sobre as doenças sexualmente transmissíveis e o HIV. O direcionamento da estratégia da Saúde Pública era para os grupos mais vulneráveis da sociedade e encarava uma nova tarefa, capaz de prevenir a gravidez, a despeito do desejo da adolescente.

- 1988 – Oficialização do Programa de Saúde do Adolescente (PROSAD) no Brasil.

Década de 90 - Somente a partir dessa década é que se observa um real incremento nas políticas públicas para jovens, com foco no enfrentamento à violência urbana, no desemprego, na exploração sexual infantil, na violência doméstica e sexual. O conceito de gênero começou, definitivamente, a fazer parte da educação sexual brasileira. A construção do masculino e do feminino a partir de uma visão sociocultural, e não como um atributo

exclusivo da natureza, passou a ser trabalhada por organizações não governamentais e pelas universidades

- 1994 - Conferência Internacional de População e Desenvolvimento
- 1995 - Conferência Mundial sobre a Mulher, que provocou importante evolução quanto aos direitos sexuais e aos direitos reprodutivos (DSDR). O governo brasileiro assinou esses acordos comprometendo-se a aplicar as recomendações dessas conferências na prática cotidiana de escolas e serviços de saúde.

- 1997 - Publicação dos Parâmetros Curriculares Nacionais – PCN, iniciando-se uma nova era no que diz respeito ao ensino-aprendizagem sobre sexualidade e saúde reprodutiva. A orientação sexual – nome utilizado por alguns grupos e assumido pelo Ministério da Educação – torna-se um tema transversal, ou seja, passível de ser abordado em todas as disciplinas.

Década de 2000 - Especificamente em 2003, uma parceria entre o Ministério da Educação, o Ministério da Saúde e agências das Nações Unidas, dá origem ao Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas – SPE, para articular ações conjuntas entre os setores da saúde e educação e a disponibilização de preservativos nas escolas, combinadas com atividades educativas sobre sexualidade, agregando, inclusive, a discussão sobre alguns temas até então considerados “malditos”, como o aborto, a relação entre drogas e as Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) /Aids e a diversidade sexual.

- 2007 - Foi criado o Programa Saúde na Escola - PSE, uma proposta de ação intersetorial dos Ministérios da Saúde e da Educação, com o objetivo de promover atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e jovens do ensino básico público.

Além das outras ciências, (especialmente as consideradas “humanas”), não só a História e a Psicanálise, mas também a Antropologia e a Sociologia trazem importantes contribuições ao tema em questão. Na visão psicanalítica, a família tem a tarefa de fazer nascer a vida psíquica de seus filhos, como será abordado com mais profundidade na seção “Função Paterna”.

Já o antropólogo Lévi-Strauss, é citado por Cavalcanti e Schenker (2009, p.62), quando fala sobre famílias, explicando

a partir de análises etnográficas (estudo e descrição dos povos, sua língua, raça, religião e manifestações materiais de sua atividade) de culturas variadas, que as variações na organização das relações observadas nessas sociedades são regidas por um substrato comum e universal – as estruturas elementares de parentesco –, compostas por três relações básicas: (1) consangüinidade – relação entre irmãos; (2) aliança – relação entre casais; e (3) filiação – relação entre gerações. Essas estruturas elementares perpassam todas as sociedades devido a uma lei invariante e válida em diferentes culturas: a proibição do incesto, cujo resultado é a exogamia. Por isso, os

homens trocam entre si as mulheres de seu grupo familiar de forma a não haver casamentos entre indivíduos pertencentes ao mesmo grupo de descendência. A proibição do incesto é a expressão de uma lei universal de reciprocidade, contrapartida necessária para a instauração de laços sociais entre as famílias.

As mesmas autoras traçam, também brevemente, algumas considerações pertinentes ao assunto, provenientes da Sociologia, que auxiliam na diferenciação dos modos de apresentação da organização familiar contemporânea, classificando-os em modelos hierárquicos e igualitários.

A família de organização hierárquica é relativamente organizada, mapeada e, apesar de conflitos internos, nesse modelo de família rege a intrínseca diferença entre homem e mulher, com formas de comportamento próprias a cada sexo. As funções e os papéis familiares são nitidamente delineados, prevalecendo tanto a superioridade do homem, devido à sua relação com o trabalho fora de casa, quanto a expectativa do exercício da monogamia ser somente referido à mulher. Do ponto de vista da autoridade, nesse modelo o indivíduo é incluído no grupo que sempre tem precedência e preferência, valendo, portanto, sacrifícios dos desejos pessoais para o bem coletivo” (CAVALCANTI ; SCHENKER, 2009, p.63)

Esse seria o modelo básico da organização familiar mais popular, ao contrário do modelo igualitário, que, segundo as autoras,

segue a ideologia do igualitarismo e veio a reboque de transformações históricas, econômicas e sociopolíticas. Sua raiz é a Declaração Universal dos Direitos do Homem.

A aceleração da modernização tem impactos na organização da família brasileira: crescimento e concentração de renda nas décadas de 1960 e 1970, maior acesso ao ensino superior e mais escolarização, avanço do movimento feminista, crescente papel da mídia. A organização da família vai se fluidificando aliada à aceitação do divórcio, da maternidade fora do casamento, do exercício libertário da sexualidade fora dos objetivos de uma relação estável (CAVALCANTI; SCHENKER, 2009, p. 64)

No entanto, as mesmas autoras, citando Velho (1999), ressaltam que

[] não há modelos ‘puros’ de organização da família, mas uma predominância de certos aspectos em uma camada social mais do que em outras. Os modelos de família vêm sofrendo mudanças recentes nas suas configurações. Os jovens vêm vivenciando cada vez mais cedo a sexualidade e a pluralidade dos relacionamentos, e a velocidade e a intensidade da sociedade de consumo também facilitam a ocorrência de experiências afetivo-sexuais mais fugazes. Outro fator que afeta as mudanças nos modelos de família tem sido a permanência cada vez maior da mulher no mercado de trabalho, a ausência da figura do pai e o próprio controle da mulher sob a reprodução. Os ideais hierarquizantes e os individualistas se encontram em permanente tensão nos diferentes segmentos sociais e culturais (CAVALCANTI; SCHENKER, 2009, p. 84).

Silva (2007) aponta as mudanças na estrutura familiar contemporânea, que indicam a necessidade de novos arranjos ou modelos alternativos: uniões entre sexos, crescente número de mães solteiras, divórcios, separações, casamentos não legalizados, famílias morando em

casas separadas, além das modificações nas condições de procriação: embriões congelados, procriação artificial, barriga de aluguel, doador de esperma anônimo, etc.

Lobo (*apud* SILVA, p.41), ressalta que “há três características básicas que determinam a configuração de uma entidade familiar: 1) afetividade: como fundamento e finalidade da entidade; 2) estabilidade; 3) ostensibilidade: pressupõe uma unidade familiar que se apresente assim publicamente”. O mesmo autor segue, explicando os onze modelos alternativos de entidade familiar, que ele identifica, entre outros, na sociedade brasileira:

- a. par andrógono, sob regime de casamento, com filhos biológicos;
- b. par andrógono, sob regime de casamento, com filhos biológicos e filhos adotivos, em que sobrepõem os laços de afetividade;
- c. par andrógono, sem casamento, com filhos biológicos (união estável);
- d. par andrógono, sem casamento, com filhos biológicos e adotivos ou apenas adotivos (união estável);
- e. pai ou mãe e filhos biológicos (comunidade monoparental);
- f. pai ou mãe e filhos biológicos e adotivos ou apenas adotivos (comunidade monoparental);
- g. união de parentes e pessoas que convivem em interdependência afetiva, sem pai ou mãe que a chefiem, como no caso de grupo de irmãos, após falecimento ou abandono dos pais;
- h. pessoas em laços de parentesco que passam a conviver em caráter permanente, com laços de afetividade e de ajuda mútua, sem finalidade sexual ou econômica;
- i. uniões homossexuais, de caráter afetivo e sexual;
- j. uniões concubinárias, quando houver impedimento para casar de um ou ambos companheiros, com ou sem filhos;
- k. comunidade afetiva formada com filhos de criação, segundo generosa tradição brasileira, sem traços de filiação natural ou adotiva regular. (LOBO *apud* SILVA, 2007, p.97)

Como fechamento da presente seção, é interessante considerar a reflexão de Arruda e colaboradores (2010, p.2), que convocam a continuidade do estudo de tudo o que foi abordado até agora:

[...] em pleno século XXI, a resistência à implantação e/ou implementação de projetos e programas voltados para as questões da sexualidade e reprodução na adolescência e juventude ainda causam polêmica. E, muitas vezes, essa polêmica tem como base crenças como a de que falar sobre sexo estimula o início precoce da vida sexual das crianças e dos adolescentes, ou ainda, defende-se que estes temas sejam trabalhados, exclusivamente, nas disciplinas Ciências e Biologia, nas quais a ênfase deve ser dada às diferenças biológicas entre os corpos de homens e mulheres.[...] Apesar de todas essas mudanças ocorridas ao longo do tempo, garantir aos adolescentes e jovens o direito à informação, o acesso aos serviços de saúde e aos insumos de prevenção ainda é um grande desafio. Não é raro nos depararmos com interdições a projetos e programas nas áreas da saúde sexual e da saúde reprodutiva, nas escolas, devido ao temor de que as informações, nessa área, possam estimular o início precoce da vida sexual dos/as estudantes.

2.3 DADOS EPIDEMIOLÓGICOS E ALGUMAS PONDERAÇÕES

O Brasil é considerado um país jovem, pois parcela significativa de sua população, localiza-se dentro das faixas etárias que a Organização Mundial da Saúde preconiza como tal.

Costa e Heilborn (2006) esclarecem que existe abundante literatura na área de saúde pública e de clínica médica que aponta a idade da mãe como fator de risco para a saúde dos seus filhos, porém nem todos os autores concordam entre si. Há os que sustentam que as adolescentes, em qualquer idade, no momento da gestação, atingem maturidade biológica e igual desempenho obstétrico das demais gestantes, sendo os fatores socioeconômicos da gestante e o não-acompanhamento pré-natal os causadores de uma pior evolução das “gestações precoces”, se comparadas com as “não precoces”. Outros postulam que somente gestantes com menos de 15 anos (e não todas as adolescentes) poderiam ser consideradas “de risco”. Nas gestações de adolescentes com mais de 15 anos, se satisfeitas condições adequadas de saúde, alimentação e atenção pré-natal, os riscos à saúde são quase nulos, não se diferenciando do das mães não-adolescentes. Por outro lado, as autoras referem estudo americano (REES e colaboradores, 1997) sobre risco de mortalidade em menores de um ano, o qual evidencia que essa condição, especialmente a que ocorre no período neonatal, é nitidamente superior em crianças de mães adolescentes, se comparadas às de mães adultas, sendo tanto maior quanto menor é a idade materna. As autoras também citam Camarano (1998), a qual pontua que,

independentemente do nível socioeconômico das mulheres, a idade da mãe nas extremidades do período fértil é um fator de risco para mortalidade infantil. Salienta, no entanto, que estatísticas para a grande São Paulo são indicativas de que essa situação é particularmente crítica para as crianças nascidas de jovens com menos de 15 anos. Em 1984, a taxa de mortalidade infantil dos filhos dessas adolescentes era 68% mais elevada do que a de filhos de mães de 20 a 24 anos, enquanto, em relação a esse mesmo grupo, nas crianças nascidas de jovens entre 15 e 19 anos, essa taxa era 42,5% mais alta. (...), além de maior mortalidade infantil, a gravidez em menores de 16 anos implica maior mortalidade materna. Para essa autora, trata-se de uma “gravidez de risco”. (CAMARANO, 1998, *apud* COSTA; HEILBORN, 2006, p. 34)

Tais resultados, com os quais concordam a grande maioria dos estudos, coincidem com os dados revelados pela pesquisa internacional do Instituto Guttmacher (1998) que aponta que o parto - especialmente do primeiro filho - implica riscos potenciais à saúde das mulheres. Para a mulher com menos de 17 anos de idade, que não atingiu a maturidade física, os riscos são maiores. As adolescentes, principalmente as que ainda não completaram 15 anos, são mais propensas do que as mulheres maduras a experimentarem parto prematuro, aborto e parto de natimorto. Essas mesmas adolescentes são ainda quatro vezes mais propensas do que as mulheres de mais de 20 anos de idade a morrerem de causas relacionadas

à gravidez. Ademais, os filhos dessas jovens correm risco maior de deficiência de peso no nascimento e de morte no puerpério, se comparados aos bebês de mulheres adultas.

Todavia, não nos cabe, no presente trabalho, a ousadia de tentarmos chegar a uma conclusão definitiva sobre se é a idade precoce ou outras condições, como as sócio-econômicas, que determinam a maior incidência de mortalidade materna e/ou infantil, especialmente no período neonatal. O que se torna relevante é a constatação de que o fenômeno de maior incidência de morbi-mortalidade materno-infantil, nas gestações adolescentes, comprovadamente ocorre.

O relatório do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF, 2011) mostra que, em 1998, no Brasil, foram registrados, pelo SUS, quase 700 mil partos de mães com idade entre 10 e 19 anos. Os partos nessa faixa etária representaram quase 20% do total e as complicações relacionadas à gravidez e ao parto e constavam entre as principais causas de morte de meninas adolescentes de 15 a 19 anos de idade em todos os lugares do mundo.

O Dossiê da Rede Nacional Feminista de Saúde (2005, p. 34), aponta dados levantados pelos ginecologistas Aníbal Faúndes e José Barzelatto, no livro *O drama do aborto – em Busca de um Consenso*:

Enquanto o risco de vida como consequência de um aborto legal é de 1 para 100.000 nos Estados Unidos, o risco de vida por abortamento ilegal e inseguro em países em desenvolvimento varia entre 1 em cada 100 para 1 em cada 1.000 mulheres que abortam, o que novamente prejudica mais as pobres do que as ricas.

O Ministério da Saúde (2009.b, p. 28), através do Departamento de Ciência e Tecnologia relata que

o aborto na adolescência responde por 7% a 9% do total de abortos realizados por mulheres em idade reprodutiva, sendo que a maior parte dos casos ocorre no segmento de 17 a 19 anos, ou seja, entre as adolescentes mais velhas. Estudos com adolescentes puérperas indicam que entre 12,7% e 40% delas tentaram o aborto antes de decidir dar prosseguimento à gestação.

Além dos custos pessoais, os custos financeiros para o sistema de saúde, em geral, são bastante significativos. Segundo o Dossiê Aborto – Mortes Preveníveis e Evitáveis, produzido pela Rede Feminista de Saúde, (2005, p.3)

Foram atendidas pelo SUS cerca de 238 mil internações por abortamento/ano, a um custo médio unitário de R\$ 125,00, totalizando R\$ 29,7 milhões. Ou seja, U\$ 10 milhões de dólares – valor subestimado, pois não estão computados os custos com internações que ultrapassam o período de 24 horas: as que necessitam de cuidados em Unidade de Tratamento Intensivo e as internações prolongadas para tratar infecções, que são freqüentes, e os recursos adicionais necessários para atender às seqüelas – impossíveis de estimar a partir das atuais bases de dados sobre o tema

Vale ressaltar que, quando, no presente trabalho, nos referimos aos custos financeiros dos procedimentos, não se está pretendendo sobrepor esse aspecto da questão aos custos pessoais (subjetivos), que sempre serão, na nossa ótica, os mais relevantes. No entanto, em um país como o Brasil, com tantas carências, especialmente de dispositivos que auxiliem na melhoria da qualidade de vida desses mesmos adolescentes, esse dado de realidade não pode simplesmente ser ignorado, especialmente se considerarmos que esse montante de recursos poderia estar sendo utilizado nesse sentido.

O dossiê organizado por Cavasin (1999, p. 4), com apoio da Fundação Ford, para a Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos, fornece, ainda mais elementos para que se consiga dimensionar melhor a questão:

Calcula-se que, a cada ano, mais de 14 milhões de adolescentes dão à luz no mundo. A proporção de mulheres que têm seu primeiro filho em torno de 18 anos varia de 1% no Japão a 53% na Nigéria (Fonte: *ALAN GUTTMACHER INSTITUTE, 1998*).

10% dos abortos realizados a cada ano no mundo são praticados por mulheres entre 15 e 19 anos. Estima-se que, a cada dia, são realizados 55 mil abortos inseguros no mundo, sendo que 95% desse total ocorrem em países em desenvolvimento. (Fonte: *OMS, 1997*).

Na América Latina e no Caribe, calcula-se que uma entre dez mulheres hospitalizadas para corrigir abortos malsucedidos tem menos de 20 anos de idade. Nessa faixa etária estão também um terço das mulheres com infecções mais sérias. (Fonte: *Alan Guttmacher Institute, 1998*).

No Brasil, o parto representa a primeira causa de internação de meninas no sistema público de saúde. Na faixa de 15 a 19 anos, o principal motivo de internação das mulheres é a gravidez, parto e pós-parto. Em todas as regiões do país, 80,3% das internações são por esse motivo: Norte - 79,5%; Nordeste - 81,1%; Sudeste - 80,9%; Sul - 77,6%; e Centro-Oeste - 80,2%. (Fonte: *Ministério da Saúde – SIH/SUS, 1996; Ecos – Sylvia Cavasin.*)

Estudo detalhado, publicado pela UNESCO, sob coordenação de Castro, Abramovay e Silva (2004, p.134) corrobora e complementa as informações que indicam motivos suficientes para que a questão da gravidez na adolescência seja tratada sob um olhar especial e mais atento, do que o que está sendo feito até o momento. Entre outros dados, é feita alusão à reportagem de um jornal do Maranhão, que relata que

uma brasileira entre 10 e 14 anos dá à luz a cada 15 minutos e que, dos 2,7 milhões de partos realizados através do Sistema Único de Saúde, no ano anterior, 1,3% foram em mães dessa faixa etária. Ao todo, 700 mil meninas têm filhos anualmente em um país onde 2/3 de adolescentes pertencem às classes baixas e uma em quatro crianças vive em miséria absoluta. (MARANHÃO *in* Jornal do Comércio, 5/12/2002).

São oriundos da referida pesquisa, ainda, os dados apresentados na tabela 1 “Proporção de Alunas do Ensino Fundamental e Médio, por faixa etária da primeira gravidez, segundo capitais de Unidades da Federação, no ano de 2000”. Foi constatado que a idade da primeira gravidez, em cada capital estudada, gira em torno dos 16 anos, chegando a 17,5 anos em Belém.

Tabela 1: Proporção de alunas do ensino fundamental e médio, por faixa etária da primeira gravidez, segundo capitais de Unidades da Federação – 2001

Capital	Faixa etária da primeira gravidez			Total
	10 a 14 anos	15 a 19 anos	20 a 24 anos	
Belém	5,9	77,9	16,2	100,0
Cuiabá	20,8	62,5	16,7	100,0
Distrito Federal	19,0	76,2	4,8	100,0
Florianópolis	14,3	78,6	7,1	100,0
Fortaleza	20,0	70,0	10,0	100,0
Goiânia	14,3	75,0	10,7	100,0
Maceió	22,7	63,6	13,6	100,0
Manaus	16,4	77,0	6,6	100,0
Porto Alegre	10,7	89,3	0,0	100,0
Recife	26,9	65,4	7,7	100,0
Rio de Janeiro	14,3	71,4	14,3	100,0
Salvador	13,8	79,3	6,9	100,0
São Paulo	9,5	81,0	9,5	100,0
Vitória	14,8	74,1	11,1	100,0

Fonte: UNESCO, 2001. , p.95. Pesquisa Nacional Violência, Aids e Drogas nas Escolas

Notas: Foi perguntado às alunas: *Quantos anos você tinha quando ficou grávida a primeira vez?*

Também em pesquisa sobre gravidez na adolescência, Vitalle e Amancio (2011, p. 6) trazem dados importantes, fornecidos por outras fontes. Um dos mais significativos para os nossos objetivos é o que diz respeito ao nosso país:

No Brasil, é no estrato social mais pobre que se encontram os maiores índices de fecundidade na população adolescente. Assim, no estrato de renda familiar menor de um salário mínimo, cerca de 26% das adolescente entre 15 e 19 anos tiveram filhos, e no estrato de renda mais elevado, somente 2,3% eram mães (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 1988). Nas regiões faveladas do Recife, de cada dez mulheres que são mães uma é menor de 15 anos, sendo que 60% das mulheres têm menos de 20 anos de idade. (LIMA *et al.*, 1990). [grifo nosso]

Os mesmos autores citam, ainda, Santos Júnior (1999): “estima-se que de 20% a 25% do total de mulheres gestantes sejam adolescentes, apontando que há uma gestante adolescente em cada cinco mulheres” (*apud* VITALE; AMÂNCIO, 2011, p.6)

É interessante que se estude, com atenção, os dados epidemiológicos sobre o tema, que estão disponíveis, não só no presente estudo, como nas mais variadas fontes, para que se reflita, sem preconceitos de ordem alguma, a questão da gravidez na adolescência. Com isso, ter-se-á condições mais abalizadas para dimensionar o alcance da situação, com o objetivo de

encontrar dispositivos mais eficientes e eficazes, que possam, efetivamente, contribuir para o melhoria das condições gerais de saúde dessa população e das futuras famílias. Os adolescentes, é bom ressaltar, em quaisquer circunstâncias, devem ser encarados, realmente, como sujeitos de direitos, conforme prega a legislação. Mas, primordialmente, é fundamental que sejam vislumbradas as condições de suas subjetividades, não encarando a gravidez nessa faixa etária apenas sob o viés da biologia, sem, no entanto, desconsiderá-la, evidentemente.

2.4 FATORES DE RISCO – RÁPIDO ENFOQUE

Para que não reste dúvida a respeito do tipo de abordagem que se dará nesta pesquisa, é interessante que se especifique o modo como se está encarando a questão dos fatores de risco.

São conhecidas as mudanças consideráveis que o conceito de risco vem sofrendo na atualidade. Antes, era tido como sinônimo de perigo, contingência e azar.

Para as ciências sociais ligadas à saúde, o risco pode ser mais bem entendido como um conceito instituído histórica e culturalmente. Entram em cena os valores imaginários e subjetivos, impossíveis de serem descartados quando se tenta entender por que alguém decide enfrentar um risco ou não. Recentemente, sociólogos e antropólogos vêm dando prioridade à discussão da noção de viver arriscadamente como parte do sentido de aventura e prazer. A tendência à busca de sentido da vida na emoção e adrenalina é uma característica da atualidade, da dita sociedade de risco. Podemos dizer que a idéia de risco e o seu enfrentamento sempre fizeram parte da vida, constituindo-se em essência da existência humana.

Na obra “Impactos da Violência na Saúde” (NJAINÉ, 2009, p. 80), as autoras pontuam que Constantino (2006) assinala, muito adequadamente que

[...] na área da saúde, esse aspecto subjetivo não tem tido enfoque prioritário. Tradicionalmente, o risco é concebido como um correspondente epidemiológico do conceito matemático de probabilidade, podendo ser definido como a probabilidade de um membro de uma população específica desenvolver uma dada doença em certo período. (...) Por estarmos falando de probabilidade, temos que ter clareza que estamos indicando a chance de surgirem alguns comportamentos, em vez de estarmos afirmando esse fato.

Seta (2010, p.37), complementa, explicando que o termo “fatores de risco”

designa as características ou circunstâncias cuja presença se associa ao aumento da probabilidade de que o dano venha a ocorrer independentemente do fator de risco ser ou não uma das causas do dano, seja este dano relacionado à saúde de uma pessoa, de um grupo de pessoas ou ao ambiente. Entendido dessa forma, podemos considerar que, para que um evento ocorra, há fatores de risco advindos de várias

vertentes, que poderiam se resumir a fatores individuais, relacionais, comunitários e sociais, pelo menos.

Nesta pesquisa, o enfoque dado será no sentido de investigar o quanto as dificuldades no exercício da função paterna podem influenciar, como fatores de risco, a ocorrência da gravidez na adolescência. No entanto, essa compreensão não se limita aos aspectos meramente biológicos, mas também à dimensão psíquica dos sujeitos. Para tanto, abordaremos, a seguir, a função paterna, especialmente sob a ótica lacaniana, já que foi Lacan o criador de tal conceito.

3 LACAN E A FUNÇÃO PATERNA

De forma resumida, pode-se considerar que a palavra “função”, em matemática, designa a relação entre mais de um elemento. O termo “função paterna” foi tomado da matemática por Lacan, para designar algo que ultrapassa as simples noções do “papal de pai”, ou de paternagem, porém, comumente tais definições se confundem nas referências menos aprofundadas a respeito do assunto. Existe uma diferença importante entre o pai da realidade e o pai enquanto operação simbólica na constituição subjetiva: não é necessário que haja um pai concreto, para que a função seja estabelecida. Tudo vai depender da forma como esse pai (seja avô, tio, padrasto, irmão) é falado pela mãe, ou por quem está na posição materna – como diz Lacan (1999, p. 173) “(...) o pai está presente, mesmo quando não está”. Para que a incidência mediadora do pai se faça presente, é preciso que a palavra deste assuma um valor no discurso materno. Como este não é uma figura, e sim uma função, é através da estrutura da linguagem que a transmissão é possível.

Ainda seguindo as indicações de Lacan, Lebrun (*apud* MARTINS, 2010, p.136) considera que

embora a mãe desempenhe papel fundamental, podendo eventualmente operar enquanto função paterna, **a intervenção de um pai real sustentada a partir de seu desejo próprio, opera com particularidade. É essa intervenção que irá fazer prevalecer a ordem simbólica sobre a ordem imaginária que, até então, organizava a relação mãe-criança. Essa vertente do pai irá situar o infante numa outra perspectiva, possibilitando que, no futuro, a criança tenha a capacidade de deixar suas origens, fundando nova posição** [grifo nosso]

De qualquer forma, Lacan coloca o pai simbólico, como mais relevante do que a questão da paternidade biológica; coloca a paternidade como decorrente de uma função social e, analogamente ao que ocorre na matemática, a função paterna, conforme cita Silva (2007, p 79), se destina a “ligar significante ao significado, ligar lei e desejo, pensamento e corpo, isto é, unir o simbólico e o imaginário, na presença do real. É o que se espera de um pai: ligar”. O mesmo autor segue explicando que

(...) a organização social de diferentes culturas mostra um arranjo interno e externo que, independentemente da questão biológica da figura do pai, sobressai a dimensão da função. Não se trata de uma questão de gênero – masculino ou feminino - mas de função. Pode-se dizer que sempre haverá alguém que fará o papel de configurar a criança simbolicamente na organização social e esta função não está ligada necessariamente à figura paterna propriamente dita. Sobre o pai como função, diz a Psicanálise ser esta função constituinte e condiciona o acesso do sujeito à sua própria conformação psíquica e desejante. Assim, a paternidade sinaliza para algo totalmente diferente da dimensão da natureza, pois é uma convenção, que para além do papel biológico, social ou familiar, permite ao sujeito referir-se à sua própria ascendência simbólica. (SILVA, 2007, p. 53-54)

Como se pode depreender daí, Lacan postulou mais de uma denominação ou dimensão para designar o que é ser pai: o pai simbólico, o imaginário e o real.

O pai, no plano simbólico, diz respeito à paternidade como uma terceira posição instituída pela mãe, entre o filho e ela, enquanto mulher, cujo objeto de desejo é o pai. Assim, nesse plano, o pai existe graças à palavra dela, que transmite ao filho a noção de que é a mulher daquele homem, chamado de pai, na linguagem. Nesse aspecto, concordando com as ideias de Freud sobre o Complexo de Édipo, Lacan também assinala que, para que a criança não seja incestuosa, é necessário que ela se separe de sua mãe e, para isso, essa relação precisa de um terceiro: o pai. A criança não crescerá subjetivamente, se continuar submetida à sua mãe.

A segunda dimensão da paternidade, ou seja, a do pai no plano imaginário, vem da criança. Diz respeito ao pai como imagem: forte, poderosa, idealizada, que é capaz de realizações que ela, criança, como ser vulnerável, não é capaz de realizar - isso constitui, simultaneamente, uma força duplamente consistente: tanto de sedução, como de atração. Este é o pai como imagem de homem, que habita o imaginário do (a) filho (a) graças à atração da criança por ele. Não se trata, aqui, do pai biológico, mas da imagem que o pai mostra em sua vida, pública e privada.

Por fim, o pai no plano real vem de um homem que, em geral, é o pai das crianças na família - um homem na condição de desejanter por uma mulher, possivelmente, a mãe.

Fleig (2008, p.7) auxilia na melhor compreensão dessas equações, quando assinala

a instauração do lugar paterno, para um sujeito em estruturação, se dá pelo reconhecimento do pai real, do pai imaginário e do pai simbólico operado no discurso materno. Aquele que é paciente, presente, carinhoso etc. pode preencher o lugar do pai imaginário. Aquele que introduz a criança em uma filiação, uma linhagem, um nome, é o pai simbólico. E aquele a quem esta mulher, mãe da criança, deseja mais do que a plenitude da maternagem, aquele homem que a confronta com o sexo, é o pai real, que introduz o que é traumático para todo novo sujeito: o sexual.

A função paterna é responsável por transmitir à criança o nascimento do desejo, para que um dia ela consiga amar, afetiva e sexualmente, um ser não pertencente à família original. A capacidade de deixar suas origens vem do pai.

Leite (1997, p. 3) explica que

recorrendo ao Complexo de Édipo e mais precisamente ao pai que aí se apresenta, podemos afirmar que a função paterna se manifesta como aquela que introduz o *infans* na cultura e lhe possibilita configurar-se simbolicamente, aquela que promove a vida psíquica. Ou seja, pai é aquele que promove a alteridade, o encontro com o Outro. Alteridade referida a algo externo a mim.

A autoridade, que deve caracterizar a palavra do pai, deve carregar dupla função: ao mesmo tempo em que é proibitiva quanto ao incesto, constitui o elemento de permissão para o surgimento do desejo.

Em resumo, para que o pai realize o trabalho civilizador, precisa permitir aos filhos o acesso ao gozo sexual, por meio da interdição de tal Lei, que proíbe e ao mesmo tempo autoriza. O pai, enquanto função é o que interdita a mãe e autoriza o acesso a um lugar sexuado. O Nome do Pai é conceito referente à instauração da lei (aquilo que coloca limite para os sujeitos) e à metáfora paterna, que representa, no discurso da mãe, o pai evocado, significando, para a criança, que o desejo da Mãe se encontra em outro lugar e que ela, por sua vez, também é submetida a uma lei.

Para que um sujeito diga que tem ou teve um pai, é necessário que, enquanto sujeito, tenha sido inscrito em sua constituição o significante do Nome-do-Pai pelo corpo de um pai sustentando a função paterna; é preciso que a palavra deste assuma um valor no discurso materno. Constata-se, então, por que a fala atestante da mãe a respeito da autoridade do pai é tão relevante para a constituição do sujeito psíquico: porque possibilita que o filho possa adequar-se às leis da cultura e da linguagem, em direção ao social.

Lacan (1999. p. 186-187) esclarece que “o pai, para nós, é, ele é real. Mas [...] ele só é real para nós na medida em que as instituições lhe conferem, eu nem diria seu papel e sua função de pai – não se trata de uma questão sociológica, mas seu nome de pai”.

Ao citar Lebrun (2008) e Melman (2003), Martins *et al* (2010, p.135) enfatizam que, no que se refere às novas modalidades de laços sociais, a contemporaneidade seria caracterizada por uma crise de legitimidade. E que,

[...] diante do vazio de ideologias o sujeito passa a se determinar por ele mesmo, circunstância para emergir uma nova economia psíquica, caracterizada pela exibição do gozo, e não mais pelo recalque. Mário Fleig (2000) propõe que a deslegitimação do lugar do pai estaria hoje associada à obrigação de uma justificação sem fim de quem vem a ocupar este lugar, como se a autoridade dos pais não se sustentasse em sua palavra, sendo preciso buscar fundamento em infinitas argumentações. Neste contexto, os filhos passaram a ocupar um lugar de tanto destaque dentro da família, que são eles, em boa parte dos casos, que tomam algumas das decisões familiares, muitas vezes negando a diferença geracional.

Enquanto o lugar ocupado pelo saber paterno passa por uma deflação, há uma inflação do saber conferido à ciência, um saber acéfalo. No conjunto do tecido social, novas formas de laços e novas patologias são instauradas, passando estas a ser organizadas em torno da progressiva desimplicação subjetiva do indivíduo, o que compreende desde as formas de anonimato até as maneiras de desresponsabilização pelo social e por si mesmo (PETRI *apud* MARTINS *et al*,2010, p. 135)

Complementando, Fleig (2008, p. 5) esclarece que Lacan, em seu artigo “A família: os complexos familiares na formação do indivíduo”, de 1938, “já discutia os efeitos sociais e subjetivos do que denominava de ‘declínio social da imago paterna’, sugerindo que as formas de neuroses dominantes estão intimamente relacionadas com as mudanças nas condições da família.”

O mesmo autor pondera, ainda, que, em função das mudanças ocorridas em nossa era, o pai moderno ficaria “dilapidado e aviltado”, porque

vivemos uma espécie de ressurgimento do matriarcado, com um aumento de famílias recompostas em torno da mãe, assim como acompanhamos os avanços biológicos nas formas de procriação que dispensam o sexual (e com isso a participação do pai) e na identificação inequívoca do pai biológico. (FLEIG, 2008, p.7)

Esclarece que, no entanto, isso não significa deplorar o abandono do modelo tradicional, mas antes “tentar encontrar os operadores da estruturação de um sujeito e de uma dada cultura, ou seja, o que determina o social e o individual” (FLEIG, 2008, p.7), e continua:

Lacan nos permite compreender que o pai, antes de qualquer outro atributo, é uma função. Deste modo, a queda do rei, o declínio do modelo patriarcal, o descrédito nos deuses, o pai humilhado, etc. não coincide necessariamente com a destruição das condições de operação da função paterna. **Entretanto, a mutação cultural que especifica o Ocidente determina a produção de uma nova economia psíquica, que certamente tem correlação com a nova economia mundializada** [grifo nosso] (FLEIG, 2008, p.6).

Após tais considerações, podemos concluir que a função paterna continua sendo fundamental para a constituição do sujeito psíquico, mas, na contemporaneidade, parece estar faltando quem a exerça de maneira satisfatória, junto às crianças e adolescentes.

Será que, atualmente, as instituições, entre as quais a família, ao não conseguirem, de forma adequada, conferir um nome ao pai, não estarão estimulando a gravidez na adolescência? Ou seja, dito de outra maneira: as dificuldades encontradas no exercício da função paterna poderão ser consideradas fator de risco para a ocorrência da gravidez na adolescência?

4 POLÍTICAS PÚBLICAS E FUNÇÃO PATERNA

No capítulo anterior, que tratou da função paterna, vimos que Lacan considerava que essa função pode ser desempenhada por substitutos do pai, mas, quando exercida por ele, a partir de seu próprio desejo, reveste-se de características especialmente significativas para o processo de subjetivação de seu filho. No entanto, a cultura brasileira, em geral, parece desconsiderar tais perspectivas, mesmo em áreas especializadas da saúde pública.

Atualmente, no Brasil, pode-se constatar que muito poucas políticas públicas dão conta da atenção ao homem como “pai”, seja ele adolescente, jovem ou adulto. Ainda quanto aos dois primeiros (pais adolescentes e jovens), verifica-se a efetivação de algumas tentativas, mas parecem inexistir aquelas que enfoquem o pai adulto. Praticamente, não há abordagem alguma ligada à função paterna, para que essa possa vir a ser, preferencialmente, desempenhada pelo próprio pai, o que poderia assumir caráter preventivo e de promoção da saúde - tanto da saúde física, como, principalmente, da saúde mental.

Vários exemplos dessa “invisibilidade” podem ser citados.

Em junho de 2011 foi publicada a Portaria nº. 1459, que institui a implantação da chamada “Rede Cegonha”, em todo o Brasil, até o ano de 2014, dirigida às gestantes – o que significa um importante avanço no enfoque preventivista, mas não há referência alguma à possível atenção dispensada ao “pai”, como se ele não existisse, ou fosse figura menos relevante.

O Programa Primeira Infância Melhor (PIM) é um programa gaúcho, que trabalha com a criança, em seus primeiros anos de vida, mas engloba, com mais especificidade, a relação mãe-bebê. Se houvesse um recorte sobre o fenômeno da gestação de adolescentes, poder-se-ia efetivar ações preventivas que viessem, realmente, a estimular a maior conscientização e responsabilização dos adolescentes – tanto do sexo feminino como, especialmente, do sexo masculino. Além disso, haveria maior probabilidade de se romper com a perpetuação de gravidezes precoces – há jovens de 17 anos, na 4ª gestação!

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (Ministério da Saúde, 2008, p.3), dirigida, como o nome já diz, à população masculina, na faixa etária dos 25 a 59 anos, está “alinhada com a Política Nacional de Atenção Básica – porta de entrada do Sistema Único de Saúde - com as estratégias de humanização, e em consonância com os princípios do SUS, fortalecendo ações e serviços em redes e cuidados da saúde.” Informa-nos que “aproximadamente 75% das enfermidades e agravos dessa população está concentrada em 5 (cinco) grandes áreas especializadas: cardiologia, urologia, saúde mental, gastroenterologia e

pneumologia” (Ministério da Saúde, 2008, p. 8). Percebe-se, assim, que o foco principal da atenção proposta diz respeito, preponderantemente, aos aspectos biológicos do sujeito (cardiologia, urologia, gastroenterologia e pneumologia), mas também há referência à saúde mental. Então, pesquisando-se no site oficial do Ministério da Saúde (Portal da Saúde) verifica-se que estão elencados os seguintes programas da Política Nacional de Saúde Mental (SAÚDE, 2012)l:

- Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares e Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar no SUS (PNASH) - Psiquiatria e Programa de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica

- Programa Permanente de Formação de Recursos Humanos para a Reforma Psiquiátrica – Prevê incentivo, apoio e financiamento para a implantação de núcleos de formação em saúde mental para a rede pública, através de convênios com instituições formadoras (especialmente universidades federais), municípios e estados; estímulo à Supervisão Clínico-institucional dos CAPS; apoio a projetos que aceleram e consolidam o processo de reorientação da assistência em saúde mental - Programas de Residência Multiprofissional em Saúde Mental;

- Supervisão Clínico-Institucional dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e Rede de Atenção Psicossocial e

- Programa Nacional de Avaliação de Centros de Atenção Psicossocial - Avaliar CAPS.

Conclui-se, dessa maneira, que as propostas de atuação da área da saúde mental apresentam caráter predominantemente “curativo”, estando bastante voltadas à atuação dos CAPS e da rede hospitalar.

Também consta no texto da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008 p.9), a informação de que “o caráter relacional das questões que envolvem dinâmicas de casal sugere a necessidade de diálogo e de articulação direta entre as Políticas de Atenção Integral à Saúde do Homem com o da Mulher.” Mais adiante, na mesma página, segue a explicação de que “em documento posterior será apresentado um Plano de Ação no qual constarão os objetivos, as estratégias, ações, metas, indicadores e responsabilidades operacionais, subordinados a essa Política.”

No referido documento (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009-a), há muitos os objetivos listados: estimular os homens a participarem efetivamente do planejamento da vida sexual e reprodutiva; realizar campanha para sensibilizar o homem quanto ao seu papel na família: paternidade e planejamento da vida sexual e reprodutiva; distribuição de 26,1 milhões de

cartilhas para Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, e Colegiados Regionais e Estaduais para promover a saúde do homem e hábitos saudáveis, assim como a prevenção, diagnóstico e tratamento de câncer, até o final de 2010.

O primeiro objetivo parece ser aquele que se alinha perfeitamente com os objetivos desta pesquisa, porém não é especificado o modo como será operacionalizado. Nesse ponto, cabe assinalar que, para que seja trabalhada, com eficácia, a questão do exercício da função paterna pelo próprio pai, é necessário bem mais do que algumas campanhas e distribuição de cartilhas. Evidentemente, todas essas medidas são válidas e importantes, mas insuficientes para efetivar, de modo eficiente, um tema tão complexo e profundo. Seria necessário, além disso, um trabalho persistente e sistemático junto a essa população.

Também há a proposição de a Saúde do Homem apoiar e participar de programas, projetos e atividades de outras áreas do Ministério da Saúde, visando a contribuir para a diminuição das iniquidades de gênero e estimular o planejamento reprodutivo, além de atender às questões ligadas ao álcool e outras drogas, acidentes e violências, inserindo, ainda, a saúde do homem nos conteúdos de capacitação das ESF, incluindo, entre outros temas, a disfunção sexual. Mais uma vez, o primeiro desses pontos coincide com os objetivos do presente estudo, mas quando há uma referência mais específica sobre o modo operacional, mais uma vez se reforça a visão focada no “bio”: a disfunção sexual, nesse caso.

Já nas propostas e diretrizes de 2005-2007 da Política do Planejamento Familiar (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005-a) também fica evidenciado, em sua maioria, o mesmo foco biológico: ampliação da oferta de métodos anticoncepcionais reversíveis no SUS; elaboração e distribuição de manuais técnicos e de cartilhas educativas; capacitação dos profissionais de saúde da atenção básica para assistência em planejamento familiar; seminário para pactuação da Política Nacional para Atenção Integral à Saúde da Mulher; atenção em reprodução humana assistida na rede SUS; ampliação do acesso à esterilização cirúrgica voluntária no SUS; a ampliação do Programa Saúde e Prevenção nas Escolas; cooperação com a Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres; elaboração de documento sobre saúde sexual e reprodutiva para os países do Mercosul; apoio e desenvolvimento de pesquisas; atenção à saúde sexual e à saúde reprodutiva de adolescentes e jovens; atenção à saúde de homens e mulheres em situação de prisão, violência sexual e doméstica e às mulheres em situação de abortamento e o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal. Dentre as propostas e diretrizes mencionadas acima, há algumas em que se poderiam enquadrar as questões relativas à função paterna: “Atenção à Saúde Reprodutiva de

Adolescentes e Jovens” e o Programa Saúde e Prevenção na Escola, esse último, com características eminentemente preventivas – talvez o único. Apesar disso, o “pai adulto” parece continuar sendo invisível às Políticas Públicas e, quando o propósito é o planejamento familiar, o tema preponderante é a contracepção. As subjetividades envolvidas nesse mesmo planejamento familiar parecem inexistir, mas quem trabalha, efetivamente, atendendo aos usuários dos serviços e conhece o viés psicanalítico, sabe o quanto estão presentes e como são definitivas.

As prioridades das Políticas Públicas da Secretaria Nacional da Juventude (SILVA, 2006, p. 127) parecem não incluir a perspectiva abordada neste pesquisa, pois são:

- Ampliar o acesso e a permanência dos jovens na escola de qualidade
- Erradicar o analfabetismo entre os jovens
- Preparar para o mundo do trabalho
- Gerar trabalho e renda
- Promover a vida saudável – evitando, especialmente, as causas externas — homicídios, trânsito, suicídios – e consumo de drogas;
- Democratizar o acesso a esportes, lazer, cultura e tecnologia de informação
- Promover os direitos humanos e as políticas afirmativas (principalmente para a população carcerária e de instituições socioeducativas, de 18 a 24 anos)
- Estimular a cidadania e a participação social em atividades associativas e/ou comunitárias
- Melhorar a qualidade de vida dos jovens no meio rural e nas comunidades tradicionais

Na cartilha “Direitos Sexuais, Direitos Reprodutivos e Métodos Anticoncepcionais”, do Ministério da Saúde (2009-c, p. 6) consta que

para o pleno desenvolvimento de homens e mulheres, é importante a construção de parcerias igualitárias, baseadas no respeito entre os parceiros e em responsabilidades compartilhadas. Portanto, é fundamental o envolvimento dos homens com relação à paternidade responsável, à prevenção de gestações não desejadas ou de alto risco, à prevenção das doenças sexualmente transmissíveis/HIV/AIDS, dividindo também com as mulheres as responsabilidades com relação à criação dos filhos e à vida doméstica.

Esses trechos da cartilha são um alento para quem procura algum indício de que a saúde pública brasileira possa se voltar, também, para os aspectos subjetivos da reprodução humana. No entanto, como já foi referido anteriormente, não é suficiente que sejam distribuídas lindas e bem elaboradas cartilhas, se os conteúdos nelas contidos não forem

trabalhados, de forma contínua e sistemática, junto às pessoas para as quais elas se dirigem.

Documento bem mais recente, um dos chamados Cadernos da Atenção Básica (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009-d) traz uma visão mais atualizada e, ao que tudo indica, bem mais concatenada com o princípio da integralidade, apregoado pelo SUS:

A medicina adotou essa concepção reducionista da biologia, constituindo-se o modelo biomédico, ainda predominante nas práticas de saúde, que enfoca o processo saúde/doença sob uma ótica puramente biológica/corporal, desconsiderando os aspectos psicológicos, culturais, sociais e econômicos. Ao se concentrar em partes cada vez menores do corpo, a medicina moderna perde de vista o ser humano como um todo e sua inter-relação com o contexto em que vive (p.30).

(...) Faz-se necessária a adoção de uma compreensão mais abrangente do ser humano e do processo saúde-doença, entendendo esse processo como complexo, não podendo ser reduzido somente à dimensão biológica. A situação de saúde de uma população resulta da interação de múltiplos fatores (p.31).

(...) O caminho para a humanização das práticas de saúde, aspecto fundamental para a construção e consolidação do SUS, pressupõe a mudança de paradigma. Esse novo paradigma deve buscar a superação de dicotomias tais como corpo/mente, quantitativo/qualitativo, indução/dedução, objetivo/subjetivo, teoria/prática, macro/ micro, interioridade/exterioridade, fenômeno/essência, singular/universal, base material/consciência, pois um de seus princípios deve ser o da união dos contrários, numa relação de complementaridade, no interior das totalidades dinâmicas e vivas. Com base nessa forma de ver o mundo, é impossível conhecer as partes sem conhecer o todo, bem como conhecer o todo sem conhecer as partes (MINAYO, 2008, *apud* MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009-d, p.3)

Mais adiante, a mesma autora segue explicando: “Planejamento reprodutivo é um termo mais adequado que planejamento familiar e não deve ser usado como sinônimo de controle de natalidade” (MINAYO *apud* MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009-d, p.58). E, complementa:

As ações de saúde voltadas para a saúde sexual e a saúde reprodutiva, em sua maioria, têm sido focadas na mulher, com poucas iniciativas para o envolvimento dos homens nessas questões. E, mesmo nas ações direcionadas para as mulheres, predominam aquelas voltadas ao ciclo gravídico-puerperal e à prevenção do câncer de colo de útero e de mama. É preciso avançar no sentido de ampliar a abordagem também para os homens, promovendo o seu efetivo envolvimento nas ações, considerando e valorizando sua corresponsabilidade nas questões referentes à saúde sexual e à saúde reprodutiva (MINAYO, 2008, *apud* MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009-d, p.60).

Porém, apesar dos avanços verificados através dessas colocações, a cultura da predominância biomédica sobre o psiquismo, criticada anteriormente, ainda impregna a área da atenção à saúde, pois na mesma publicação, pode-se ler mais adiante:

[...] É preciso, também, que os serviços de saúde desenvolvam ações que contemplem a saúde sexual e a saúde reprodutiva dos homens, tais como abordagem das disfunções sexuais, prevenção e controle do câncer de próstata e do câncer de pênis, prevenção e tratamento das DST, acesso à vasectomia, entre outras. Devem ainda promover o conceito de igualdade entre homens e mulheres (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009, p. 60)

Em função do exposto, se pode concluir que a luta por um novo enfoque, mais “integral” do sujeito, por parte das políticas públicas brasileiras, ainda está iniciando e muito há por fazer. Quando se observa, de forma mais detida os documentos citados, percebe-se que há avanços e, logo depois, parece haver retrocessos, mas, de qualquer forma, já surgem perspectivas mais promissoras, no que se refere às expectativas da presente pesquisa.

5 METODOLOGIA

O método utilizado no presente estudo é o qualitativo, de pesquisa exploratória. Dessa forma, além de consistir no levantamento bibliográfico sobre o tema, também inclui entrevistas semi-estruturadas com as chamadas “testemunhas privilegiadas” (pessoas que tiveram, ou têm, experiências práticas no que se refere à questão da gravidez na adolescência – como os médicos, enfermeiros e técnicos em enfermagem) e com o público potencial do estudo – as próprias gestantes adolescentes, “os casos típicos”, que foram buscados, na fase de delimitação da unidade que constitui o caso, para se chegar à compreensão do objeto como um todo. Assim, o presente trabalho configura um estudo de casos múltiplos.

A intenção inicial para a efetivação da proposta de trabalho era realizar a pesquisa com amostras da população de gestantes adolescentes dos principais municípios da chamada Macro-Regional Missioneira de Saúde do RS, ou seja, Ijuí, Santa Rosa e Santo Ângelo (municípios-sede das Coordenadorias Regionais de Saúde – CRSs - respectivamente 17^a, 14^a e 12^a). No entanto, em função do prazo para conclusão do trabalho, se decidiu concentrar a pesquisa em um único município: Santo Ângelo¹, devido, principalmente, à presteza com que os gestores da área da saúde concordaram com a realização da mesma. Os entrevistados foram, então, alguns dos profissionais locais (médicos, enfermeiros e técnicos em enfermagem) e as adolescentes grávidas, atendidas em pré-natal, nos dias em que havia maior concentração desse tipo de consultas, as quais são realizadas no Centro Municipal de Saúde, no prédio da Secretaria Municipal de Saúde. A enfermeira responsável pelo pré-natal avisou-as, via telefone, com antecedência, sobre a possibilidade de participação na pesquisa e a pesquisadora entrou em contato, depois, com a maioria delas (as que possuíam telefone), para confirmar a proposta.

Tanto a Secretária Municipal de Saúde de Santo Ângelo, que recebeu a solicitação de autorização para realização do estudo (anexo C), como todos (as) os(as) entrevistados(as) assinaram termos de consentimento (anexos A e B) - a primeira, autorizando a realização da pesquisa e os demais, como colaboradores voluntários.

As evidências, para o levantamento formal dos dados, se originaram de duas fontes:

a) da pesquisa de arquivos - através dos registros de serviços, teve-se acesso à lista das gestantes adolescentes atendidas em pré-natal e se elegeu, para a realização das entrevistas exploratórias, os dois dias do mês de março, em que havia maior número de consultas agendadas;

¹ Santo Ângelo tem 76.275 habitantes, sendo 6311 mulheres entre 10 e 19 anos – 16% da pop. feminina.

b) das próprias entrevistas semi-estruturadas, nas quais constavam “perguntas-guia” relativamente abertas (Anexos D e E).

Tais questionamentos tiveram o objetivo de fornecer subsídios para que se pudesse inferir o modo como essas adolescentes gestantes vivenciaram o exercício da função paterna por quem a efetivou, dentro do contexto de vida de cada uma. As perguntas eram abertas, para possibilitar que elas expressassem sua subjetividade, de forma espontânea. No entanto, fazia-se necessário que houvesse uma espécie de roteiro, com a finalidade de, até certo ponto, padronizar os questionamentos, a partir das teorias e hipóteses que norteiam o trabalho. Dessa forma, as entrevistas configuraram-se como semi-estruturadas. Seguindo as recomendações de Triviños (1987), tal modalidade de entrevista deve oferecer amplo campo de interrogativas, a partir das novas hipóteses que surgem, quando se começa a receber as respostas dos (as) entrevistados (as). É dessa forma que o entrevistado, sem se afastar da sua linha de pensamento e de suas experiências, dentro do foco principal colocado pelo entrevistador, passa a contribuir, efetivamente, para a consolidação dos conteúdos da pesquisa..

Na tentativa de compreender o fenômeno social complexo da gestação na adolescência e sua relação com o exercício da função paterna, optou-se pela estratégia de pesquisa de estudo de caso, seguindo indicações de Yin (1998), porque é possível se colocarem questões do tipo “como” e “por que”, e o foco se encontra em fenômenos contemporâneos inseridos em um contexto da vida real, preservando-se as características fundamentais dos mesmos. A configuração do problema implica aspectos mais ligados à subjetivação de cada participante da pesquisa do que propriamente a dados passíveis de mensuração objetiva e/ou estatística. Em função disso, foram elaborados questionamentos visando a detectar a imagem paterna introjetada pelas jovens e qual o impacto da função paterna em sua subjetivação. Algumas perguntas reportavam à infância das adolescentes gestantes, participantes da pesquisa, o que não impede de considerarmos o estudo como contemporâneo. Além disso, o pesquisador não tinha controle sobre os eventos, mas o sistema público de saúde, ao adequar-se melhor ao atendimento dessa população específica, pode exercer influência sobre o fenômeno, tanto no sentido de promoção como de prevenção da saúde.

A análise dos exemplos poderá auxiliar na melhor compreensão da situação em foco, a fim de proporcionar uma visão geral a respeito do assunto. Se for considerado pertinente, em abordagens posteriores, poder-se-á desenvolver, esclarecer e, caso necessário, modificar conceitos e ideias.

A Construção da explanação foi o principal método de análise utilizado, de maneira que os dados do estudo de caso são abordados ao se construir a referida explanação sobre os mesmos.

6 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

Em meados de março de 2012 havia, em atendimento pelo SUS, em Santo Ângelo, um total de vinte e nove (29) adolescentes grávidas. O período de realização das entrevistas para o presente estudo foi escolhido dentre aqueles dois dias em que havia maior número de consultas de acompanhamento pré-natal agendadas. Nessa época, quatro dessas gestantes já tinham dado à luz. Das vinte e cinco (25) restantes, deveriam ter sido entrevistadas dezesseis (cujas consultas estavam agendadas para aquelas datas), mas foram 14, pois duas não compareceram. Além delas, também foram entrevistadas duas técnicas em enfermagem, que atendem à clientela do Centro Municipal de Saúde, dois médicos e uma enfermeira, que também atendem à mesma clientela.

Os seguintes dados, que parecem mais diretamente relacionados ao propósito do estudo, foram levantados a partir das perguntas feitas durante as entrevistas.

Em primeiro lugar, quanto às idades das entrevistadas e situação das gestações, temos:

Tabela 2: Idades das Gestantes e Situação da Gestação

IDADE	Nº GESTANTES	PRIMÍPARAS	2ª GESTAÇÃO
10 a 13	00	00	00
14 anos	01	00	01*
15 anos	04	04	00
16 anos	04	04	00
17 anos	03	02	01**
18 anos	02	02	00
19 anos	00	00	00
TOTAL	14	12	02

01* (aborto espontâneo) 01** (parto prematuro-bebê natimorto)

FONTE: Dados organizados pela autora

As adolescentes que, voluntariamente participam do presente estudo, serão designadas pelo código “SAN” (em homenagem ao município que sediou o mesmo), seguido de um número, para identificá-las, mantendo o anonimato.

Através das entrevistas, cada uma referiu as peculiaridades das relações familiares.

Quanto à configuração das famílias, nas quais as adolescentes se criaram desde o nascimento, constatou-se que todas revelaram ter vivido em famílias nucleares tradicionais (pai/mãe/irmãos), até certo momento de sua infância, mas apenas as famílias de 04 delas (SAN 02, SAN 09, SAN 11 e SAN 13) ainda mantêm a mesma constituição até hoje, sem indicações de relações conflituosas. A gestante SAN 10 contou sobre a permanência do casal parental juntos, mas em conflito permanente: “a mãe é ‘depressiva’ – é agitada, irritada, briguenta, quebra as coisas, grita, passa discutindo com todo mundo, ainda mais com o pai; o pai disse que ela teve depressão pós-parto desde que eu nasci” (sic).

Os pais de duas delas (SAN 06 e SAN 12) faleceram antes das filhas completarem dois anos – uma (SAN06) foi criada com a mãe, padrasto e irmãos; a outra, só com a mãe e o irmão.

As demais gestantes (07), em função da separação do casal parental, foram criadas só com a mãe, irmãos e padrastos ou com o pai e madrastas (por períodos menores), sendo que 06 delas continuaram mantendo contato com o pai biológico, e uma não se relaciona mais com ele: SAN 07, desde bebê, quando ele foi morar longe. SAN 14 perdeu contato com ele, desde os sete anos, quando o casal se separou, mas o pai voltou a procurá-la recentemente, por ocasião da primeira gestação dela.

A seguir, faremos breve relato dos depoimentos de cada uma das participantes da pesquisa.

SAN 01 (15 anos) - Na família de origem da gestante, os desentendimentos entre os pais eram constantes, com agressões físicas entre o casal parental – o pai é alcoolista. A mãe faleceu há 04 meses e os irmãos menores estão em abrigo municipal, por determinação judicial. Antes da morte da mãe era esta que mantinha a estrutura familiar e quem SAN 01 considera que lhe transmitiu os valores mais importantes. O pai resiste ao tratamento para dependência química. Hoje, SAN 01 considera o bebê que está por nascer, o marido, a sogra (nessa ordem), como as pessoas mais importantes de sua vida. Pai do bebê ficou “depressivo” após a morte do próprio pai: “só quer ir pro mato, não quer falar com as pessoas e é muito dependente de mim e da mãe dele, até prá comprar o cigarro que ele fuma. Não anda de ônibus, porque ‘as pessoas olham” (sic). Vivem junto com a sogra dela.

Não frequenta mais a escola.

SAN 02 (16 anos) – Mora com a família de origem, porque o pai do bebê (é uma menina) disse que vai registrar, mas não quer maiores envolvimento, inclusive vai viver longe daqui. Ela está muito magoada com isso. O pai dela é calmo, dialoga, “mas não decide nada...sempre trabalhou fora, quase não para em casa...não adianta...mãe é tudo, sem mãe não

dá...é amiga, companheira.” Assim, a mãe é considerada a pessoa que mais influência teve na sua vida até aqui e continua sendo encarada como a pessoa mais importante, além do pai.

Quando perguntada sobre isso, respondeu: “são a mãe e o pai...pai sempre por último, né?” Não soube explicar o porquê.

Não estuda mais.

SAN 03 (18 anos) - Ocorriam situações de violência familiar. Pai saiu de casa quando SAN 03 tinha 08 anos, para viver com outra mulher e SAN 03 foi junto, pois ele era “mulherengo”, mas mãe tinha vida desregrada (envolvida com álcool e outras drogas), o que inviabilizava a convivência conjunta de ambas. Quando a menina estava com 15 anos o “pai me tocou de casa só com a roupa do corpo e meus documentos e eu voltei prá mãe, mas com ela também não dá, porque ela se prostitui, porque é o único jeito de arrumar uns trocos... eu tento arranjar serviço prá ela, mas ela fica escolhendo, daí não vai e perde a vaga. O pai era fechado, mas vô (paterno) morava junto e conversava bastante; dizia que eu ia dar certo – era nele que eu me espelhava, mas quem decidia tudo era o pai e eu obedecia, porque tinha medo” (sic).

Vive com pai do bebê, que “é calmo, até demais, porque faz tudo que o pai dele diz, não retruca e o sogro é machista, não quer que ele se prenda em mulher; quando estamos só nós, fica bom, ele ajuda bastante, mas com eles junto, não dá...”(sic).

Parou de estudar na 6ª série do Ensino Fundamental.

SAN 04 (16 anos) – Pais separados desde dois anos dela. Ela ficou morando com mãe, que tudo decidia, apesar de viver com companheiro, que era distante da enteada. O pai nunca participou da educação dela e é, segundo ela, “influenciado pela madrasta”, mas foi quem aceitou a sua gestação, aconselhado por essa última, o que tornou a aproximá-los, ultimamente. SAN 04 já vivia com companheiro antes de engravidar, mas mãe não aceitou a gravidez e foi morar em outra cidade, desde quando não têm tido mais contato algum. Hoje, as pessoas mais importantes, para a gestante, são o marido e a sogra (também sua madrinha de crisma), que a considera e a trata como filha.

Está cursando o último ano do Ensino Médio.

SAN 05 (17 anos) – Pais separados desde os nove anos dela. Pai e mãe têm novos companheiros, moram perto e todos se relacionam bem. Logo que separaram, a filha foi morar com ele e com a madrasta, retornando para a mãe após dois anos, por incompatibilidade com a primeira. Mesmo quando estava longe, a mãe determinava as ações da filha, e tudo o mais em casa, ainda que tivesse companheiro (atual padrasto); o pai nunca foi participativo, apesar de apegado aos filhos. No entanto, hoje, o pai apóia a ela e ao marido, quando esse fica

“estressado” por causa da sogra que é alcoolista e “incomoda muito todo mundo” (sic). SAN 05 considera que a mãe é a pessoa mais importante, hoje, na vida dela.

Parou de estudar no 2º ano do Ensino médio.

SAN 06 (17 anos) – Pai falecido quando ela tinha 4 anos; a partir daí, a mãe assumiu a responsabilidade por ela e pelo irmão. “A mãe foi pai e mãe da família, mas sei que, quando pai era vivo, a vida nossa era boa, o pai e a mãe se davam bem, ele era bom e era bom de morar prá fora...até quando nós viemos prá cidade, depois que ele morreu, eu queria voltar prá fora...”(sic). Quando SAN 06 revela que as pessoas mais importantes, para ela, atualmente, são a mãe e o irmão, a mãe, que a acompanhava, pergunta se o pai do bebê também não é. Então, a adolescente conta que estiveram brigados e ele saiu da casa, onde moravam junto com a mãe dela. Diz que pretendem voltar depois que o bebê nascer.

Evadiu-se da escola no 2º ano do Ensino Médio.

SAN 07 (15 anos) – Pai foi morar longe, desde que ela era bebê e nunca mais tiveram contato. Refere que mãe conta que ele “era caprichoso, trabalhador, mas muito festeiro e mulherengo”. Não quis assumir responsabilidade pela filha. Mãe decidia tudo pela família, mas avós maternos “aconselhavam bastante” (sic). Hoje, marido e mãe são as pessoas mais importantes na vida dela. Adorava escola, mas “tive que parar; pretendo voltar, depois que o bebê nascer” (sic).

SAN 08 (16 anos) – Pais separados desde que ela era muito pequena – “pai saiu de casa, para não se incomodar e não fazer besteira, porque mãe toma uns ‘traquinhas’ e incomoda muito. Quem tomava as decisões pela família eram o pai e eu – também sempre fui ‘mandona’, né?” (sic). Ela refere que a mãe é a pessoa que mais a influenciou durante a sua infância, apesar de alcoolista. Hoje, as pessoas mais importantes são “a minha família e o marido” (sic). O marido é “querido, não tem muito o que contar; está feliz com o bebê; planejamos a gravidez – parar de tomar comprimido” (sic).

Ela abandonou os estudos; cursava a 6ª série.

SAN 09 (14 anos) – Criada junto com os pais e dois irmãos mais velhos. Mora com o ‘marido’ há um ano, quando ela engravidou – dois meses após, ela teve um aborto espontâneo e eles ficaram mal: muito chateados, marido brigou com ela, largou emprego de “carteira assinada”, o que a mãe dela cobrava muito, etc. Tiveram que “segurar o mano, quando soube disso tudo.” Pai é muito apegado não só a ela e ao irmão menor, que são filhos dele, mas também ao mais velho, que é enteado. Mas, é “calmo, fechado, sofre calado, não expõe o que pensa ou o que sente, por isso a mãe é que toma a frente de tudo, junto com o mano” (irmão

mais velho). O marido (tem 20 anos) “às vezes briga comigo, porque é muito ciumento” (sic). As pessoas mais importantes, hoje, são “a mãe, o pai e o mano” (sic).

Parou de estudar no 2º ano do Ensino Médio.

SAN 10 (18 anos) - Gestante que já foi citada anteriormente: é aquela cujos pais ainda estão juntos, mas de forma constantemente conflitiva. Segundo o que o pai explicou a ela, a mãe é “depressiva” desde que ela, a filha, nasceu. “Se agita, briga com todo mundo, agride, quebra coisas, incomoda muito...tem épocas que acalma e depois volta” (sic). Apesar disso, SAN 10 considera que a mãe e as amigas foram as pessoas que mais exerceram influência sobre ela mesma, desde criança. A pessoa mais importante, atualmente, para ela é o pai: “bom, tranquilo, calmo, ‘na dele’; gosta de dar conselhos, mas a mãe termina conseguindo que tudo o que ela quer seja feito; é ela a mais forte!”. SAN 10 vive com a família do marido, que tem 52 anos e uma filha, do casamento anterior, com a mesma idade dela. Ele é “bom; estão todos felizes com o nenezinho, que é menina...ele já escolheu o nome” (sic).

Ela abandonou os estudos formais na 6ª série.

SAN 11(16 anos) – Mora com pai do bebê desde os 14 anos; antes vivia com pais e irmãos. Pai “é pelo certo, mas não participa muito, porque não se conversa com ele, como se conversa com a mãe”. Assim, justifica porque a mãe e os tios tomavam as decisões no âmbito familiar- “a mãe e os tios davam palpite em tudo” (sic). No entanto, conta que, “quando o pai dizia não, era não: a mãe deixava mais...o pai botava hora para chegar das festas...eu e minhas irmãs seguíamos, porque senão o relho pegava.”(sic) Hoje, as pessoas mais importantes de sua vida são a irmã mais velha, o marido, o pai e a mãe. O marido é carinhoso, não deixa faltar nada e participa da gravidez à medida que pode, inclusive acompanhando-a às consultas.

Parou de estudar neste ano de 2012.

SAN 12 (15 anos) – Há mais de dois anos o pai de seu bebê, que tem 16 anos, vive com ela, a mãe dela, o padrasto e um dos irmãos dela, na casa desses. Pai faleceu quando ela não tinha, ainda, dois anos e logo depois a mãe foi viver com aquele que passou a ser padrasto deles. Não lembra nada do pai e a mãe não faz referências a ele. Para a gestante, a mãe sempre foi a figura central da família e continua sendo a pessoa mais importante para ela.

Cursa a 6ª série.

SAN 13 (15 anos) - Mora com a família de origem, pois apenas “ficava” com o pai de seu bebê, que não quis assumir uma relação estável. Pai e mãe conversam com ela, mas “na hora da última palavra, quem decide é a mãe”, apesar de ser analfabeta. A primeira reação que

a família teve diante da gravidez foi de choque muito intenso, principalmente por acharem-na muito “nova”. “Depois vão se acostumando com a idéia.” (sic).

Trancou matrícula na 7ª série.

SAN 14 (17 anos) – Pais separaram-se aos sete anos dela. Aos dez, passou a conviver com o padrasto, que é dependente de álcool, assim o controle da família continuou sendo feito pela mãe. Quando ainda estavam juntos, o pai ensinava os conteúdos escolares, “mas quem participava, mesmo, da minha educação era, além da mãe, o avô materno, que é brabo, mas é querido: conversa, sempre explicou as coisas ... prá mim, é mais importante que o pai, que nunca mais nos deu bola”(sic). Deixou a escola no 2º ano do Ensino Médio.

Em suma, esses foram os relatos das adolescentes, em resposta aos questionamentos, que embasaram as entrevistas realizadas.

Compilando-se os dados principais, se chegou aos resultados expostos nas seguintes tabelas e também discutidos posteriormente.

Tabela 3: Respostas à Pergunta Nº 06 – Quais as pessoas que tu consideras que mais te influenciaram, desde a infância? Quem tu achas que te ensinou aquilo que é mais importante para ti?

Pessoa(s) Referida(s)	Quem referiu
Pai	-
Pai e mãe	-
Pai e outros	-
Mãe	SAN 01, SAN 02, SAN 05, SAN 06*, SAN 09, SAN 12*
Mãe e pai	SAN 08, SAN 13
Mãe, pai e avós	SAN 04
Mãe e tios	SAN 11
Mãe/amigas (da mãe)	SAN 10
Mãe e avô materno	SAN 14
Avô paterno	SAN 03
Avós maternos	SAN 07

*Pais são falecidos

FONTE: Dados organizados pela autora, 2012

Tabela 4: Respostas à pergunta N° 07: Quem tu achas que era a pessoa que coordenava o teu grupo familiar de origem, ou seja, quem mais tomava decisões em nome de toda a família?

Pessoa(s) Referida(s)	Quem referiu
Pai	SAN 03*
Pai e ela mesma	SAN 08**
Pai, mãe e tios	SAN 11
Mãe	SAN 01, SAN 02, SAN 04, SAN 05, SAN 06, SAN 10***, SAN 12, SAN 13 e SAN 14
Mãe e irmão	SAN 09
Mãe e avós mat.	SAN 07

*Mãe dependente química e prostituta **Mãe alcoolista ***Mãe sofredora de transtorno mental

FONTE: Dados organizados pela autora, 2012

Tabela 5: Respostas à pergunta 08: E agora, quem são as pessoas que tu consideras que têm maior importância na tua vida, hoje?

Pessoa(s) Referida(s)	Quem referiu
Pai	SAN 10
Pai e mãe	--
Pai e outros	-
Mãe	- SAN 12, SAN 05
Mãe e pai	SAN 02
Mãe, pai e irmão	SAN 09
Mãe e irmão	SAN 06
Mãe, avô materno, marido, irmãs e bebê*	SAN 14
Marido	SAN 03
Marido e mãe	SAN 07
Marido e sogra	SAN 04
Irmã mais velha, marido, pai e mãe	SAN 11
Bebê*, marido e sogra	SAN 01
Família	SAN 13
Família e Marido	SAN 08

**Refere-se ao bebê que ela está gestando

FONTE: Dados organizados pela autora, 2012

A partir dos dados coletados é possível chegar a algumas conclusões.

O “pai real” não se faz presente na vida de duas adolescentes (SAN 06 e SAN 12), pois faleceram quando elas eram, ainda, muito pequenas. Mesmo assim, de acordo com a teoria lacaniana, isso não implicaria, necessariamente, a ausência da função paterna. Parece que apenas uma delas (SAN 06) conseguiu internalizar positivamente a figura paterna – a que foi criada só com a mãe e o irmão: ela refere atributos positivos associados à figura paterna e mantém sentimentos agradáveis associados à vivência dessa relação. A mãe da outra adolescente (SAN 12) logo após viubar, passou a viver maritalmente como novo companheiro (com o qual a adolescente se relaciona bem) e, talvez por isso, essa não tenha referências a respeito do pai biológico.

Nos casos de SAN 07 e SAN 14 também não há a presença do pai real, porque esses moram longe das filhas e não têm mais contato com as mesmas. O pai de SAN 14 voltou a procurá-la, depois que ficou sabendo da primeira gestação dela – “ficou deprimido, porque o bebê (natimorto) era do sexo masculino e ele queria muito um neto, porque, além de nós, tem três outras filhas com a minha madrasta.” (sic)

Apenas visualizando rapidamente as tabelas anteriores já se pode ter uma idéia da representação subjetiva que essas adolescentes têm, com relação ao “pai real”, o que implica, também, no pai imaginário e/ou simbólico. Vejamos:

1. Ao responderem a primeira questão, nenhuma citou o pai, prioritariamente, entre as pessoas que mais as teria influenciado, que teria lhes “ensinado coisas muito importantes para o resto de suas vidas.”

SAN 03 e SAN 07 foram às únicas que citaram outras pessoas, que não a mãe: a mãe de SAN 03 é dependente química e prostituta e SAN 07 não tem contato com o “pai real”, desde bebê (“pai não nos dá bola”), sendo que os avós maternos assumiram sua educação (e a função paterna, provavelmente). SAN 08 indicou “mãe e pai”, porque, mesmo o alcoolismo da mãe não a impediu de ser mais influente do que o pai na vida da filha, pois “era quem tava mais perto, sempre; o pai não queria se incomodar, então se afastava” (sic). SAN 13 também referiu “mãe e pai”, “porque sempre conversei bastante com os dois, mas conversei mais com a mãe; entende melhor que ele” (sic). SAN 04 respondeu que eram a “mãe, pai e avós”, apesar de ter assinalado, anteriormente, que o pai não tomou parte em sua educação, mas como, atualmente, está rompida com a mãe, talvez o tenha incluído aí, porque o pai aceitou sua gravidez, ao contrário da mãe.

2. Na segunda questão, sobre quem tomava as decisões pelo grupo familiar, mesmo SAN 08, cuja mãe é alcoolista, referiu que, de qualquer forma, era essa quem tomava

as decisões, porque, como já apontado anteriormente, o pai não queria “se incomodar”, então permitia que a mãe fizesse tudo à sua maneira.

SAN 11, apesar de responder que era a mãe quem decidia tudo e os tios estavam sempre dando “palpites”, logo depois verbalizou que “quando o pai dizia não, era não: a mãe deixava mais... o pai botava hora para chegar das festas... eu e minhas irmãs seguíamos, porque senão o relho pegava” (sic). Na pergunta seguinte (Nº 08), sobre as pessoas que ela considera, atualmente, como as mais importantes, ela cita: irmã mais velha (que a acompanha nas consultas), marido, pai e mãe, nessa ordem - dando precedência ao pai, com relação a esta última.

Parece que, para SAN 09 e SAN 07, o irmão mais velho e os avós maternos, respectivamente, foram os executores da função paterna, sendo que esse mesmo irmão (de SAN 09) é, mais uma vez citado quando da pergunta seguinte, sobre as pessoas que, hoje, são mais importantes na vida dela.

3. Quanto a essa pergunta, podemos verificar que a única adolescente que elencou o pai como a pessoa mais importante para ela, atualmente, foi SAN 10, cuja mãe, pelo que a menina relata, deve sofrer de algum transtorno mental grave, que essa última intitula “depressão”. O pai só aparece em mais duas outras citações, mesmo assim sem ocupar lugar prioritário: SAN 02 o colocou depois da mãe (“mãe e pai”). Ela contou que o pai é calmo, dialoga, “mas não decide nada...sempre trabalhou fora, quase não para em casa...não adianta...mãe é tudo, sem mãe não dá...é amiga, companheira.”(sic) Como já foi comentado anteriormente, SAN 09 apontou, depois da mãe, o pai, seguido do irmão e SAN 11 cita a irmã mais velha, o marido, o pai e a mãe. Apesar de comentar sobre o “relho” que “pegava”, parece não ter restado mágoa com relação ao pai.

SAN 05 o descreve, brevemente, da seguinte forma: “nunca foi participativo, apesar de apegado a nós... hoje, ele me apóia e ‘corre’ para o meu marido, quando esse fica ‘estressado’ por causa da minha sogra que é alcoolista e incomoda muito todo mundo.” (sic) No entanto, não o indica, quando responde a questão.

Quanto à questão que abordava a visão que elas têm sobre os pais de seus bebês, pouco se pode inferir pelos comentários, geralmente incipientes, que as jovens fizeram a respeito dos “maridos”.

SAN 13 está sozinha: “Fiquei pouco tempo com ele e faz tempo que não nos falamos ... desde que ele soube que eu tava grávida” (sic).

O pai do bebê de SAN 02 disse que irá registrá-lo, mas não quis seguir se relacionando amorosamente com ela.

SAN 06 relata que: “Tamos brigado e ele saiu da casa da minha mãe. Depois que o nenê nascer a gente vai voltar” (sic).

De qualquer forma, três delas manifestaram, com mais clareza, alguma satisfação com a situação conjugal - certa internalização positiva da figura dos esposos. SAN 04 disse: “Ele é um amor, queria muito esse filho, desde antes de eu engravidar, eu nem sabia que tava, porque menstruei nos três primeiros meses, e ele já falava no ‘meu gurizinho’. Agora eu quero colocar um nome e ele não quer, porque diz que é de gay, tá uma briga (rindo). SAN 11 relatou: “Ele trabalha, não deixa faltar nada, é carinhoso, participa da minha gravidez; quando pode, vem às consultas comigo. Tem 23 anos.”

Já o relato de SAN 01 permite que se suspeite que o marido seja sofredor de algum transtorno mental mais sério.

Quanto às demais, apenas pode-se fazer algumas suposições a respeito, por não terem se aprofundado no assunto e por a entrevistadora não ter considerado adequado estimulá-las a fazê-lo, devido o caráter de pesquisa do trabalho realizado.

As verbalizações de duas delas dão uma impressão de que estão com os pais de seus bebês porque não tiveram muitas alternativas. SAN 07 refere: “Ele tem mais cabeça que eu, ajuda na casa e quer que eu volte a estudar, porque ele sente falta prá conseguir emprego. A mãe ia embora daqui, então como nós tava namorando, e eu perdi a virgindade com ele, aí ela perguntou se nós não queria ficar na casa menor que tem no terreno dela, daí ele quis. Eu achava meio estranho perder a liberdade...e agora a mãe nem foi, porque conheceu o namorado dela (sic)”. E SAN 10: “Ele tem 52 anos e duas filhas: uma de 20 e uma de 18 (a minha idade!), e eu moro com eles... é bom,... melhor que com a mãe, porque com a mãe não dava...” (sic).

A manifestação de SAN 14 foi interessante: “No começo ele era bem ciumento, mas não é de bater...mas agora acalmou. Morava na frente da minha casa e gostava de mim, mas eu nem sabia. Ele não saía...era do serviço prá casa. Não bebe, nem fuma. Parou de estudar no 2º. Vai ser meio bobão com o bebê e eu vou ter que segurar. Prá gastar, também, eu que seguro” (sic). Ele veio à consulta com ela, mas não participou da entrevista.

No restante, foram evidenciados apenas indícios de situações conflituosas entre as adolescentes e familiares do marido ou entre o próprio casal, devido a ciúmes, mas nada mais consistente e que não demandava maior investigação, dadas as limitações da situação de pesquisa (e, não, de atendimento especializado).

De toda forma, o que se pode depreender das respostas a essa questão é que os laços estão, ainda, muito frágeis entre os jovens casais e que tudo isso pode vir a comprometer o pai do discurso materno.

Os profissionais entrevistados, em geral, teceram comentários muito semelhantes entre si, a respeito do tema. Todos consideraram, empiricamente (nunca foi feito um levantamento estatístico a respeito), que a incidência da gravidez na adolescência é alta, no município. Uma das técnicas em enfermagem contou que a incidência de gravidezes nessa faixa etária parece acontecer em “ondas”: “há pouco teve uma ‘onda’, uma ‘leva’ de grávidas de treze anos...era impressionante o que tinha! Depois diminui, dali a pouco vem outra...” (sic).

Além disso, também pontuaram como característica comum às gestantes adolescentes a “irresponsabilidade” (sic-médico 01), pois nunca acham que algo pode não dar certo, desde situações como pré-eclampsia ou mesmo eclampsia, até a obesidade por conta da gestação, que depois permanece – o que acontece com várias delas.

Nessa mesma linha de raciocínio, foi exposto que elas “não têm a mínima noção do que é ter um filho” (sic técnica em enfermagem 01), ou “não têm noção da responsabilidade...muitas levam na brincadeira até o pré-natal...e se tiverem uma criança com necessidades especiais, vão segurar a barra?”(sic- técnica em enfermagem 02).

No hospital, é muito frequente a necessidade de se fazerem curetagens, devido a abortos provocados/clandestinos.

A técnica em enfermagem 01 pontuou um aspecto importante, que, de certo modo, ficou subjacente em algumas das entrevistas realizadas, pela pesquisadora, com as próprias gestantes: dependendo da comunidade onde vivem, as adolescentes parecem sentir-se “ascendendo” socialmente, através da gestação (e da futura condição de “mãe”). A pesquisadora percebeu que, além disso, o fato de ter um “marido” parece, também, empoderá-las, conferido-lhes certo “status”. Elas fazem questão de se referirem aos pais de seus bebês (quando estão vivendo com eles), como “meu marido”, independente da situação legal da união.

Também foi assinalado que, muito frequentemente, os profissionais percebem a formação de um “círculo vicioso”: a gestante adolescente teve uma mãe adolescente, cuja mãe também gestou nesse período de sua vida e assim sucessivamente. A investigação desse quesito não se incluía entre os objetivos do presente estudo, mas ao observar a sala de espera dos consultórios, a pesquisadora pode perceber, realmente, algumas adolescentes, acompanhadas por suas mães, que, por sua vez, aparentavam ser bastante jovens. Ao inquirir

uma dessas mães, ela referiu ter 35 anos e um filho mais velho, de 20 anos, além da gestante de 15, à qual ela estava acompanhando. Pode ser tema para novos estudos.

Quanto aos pais das adolescentes, a maioria referiu desconhecê-los, porque nunca acompanham as filhas gestantes. Um dos médicos assinalou que, quando hospitalizam, para o parto, os pais “interferem só para exigir; só sabem exigir, mas não participam”(sic médico).

Já quanto aos pais dos bebês, os profissionais são unânimes em informar que a maioria nunca acompanha as adolescentes às consultas. Vêm, na proporção de 1:20, segundo estimativas empíricas das técnicas em enfermagem.

Os dados que os profissionais trazem corroboram o que a literatura também refere, no sentido dos maiores riscos das gestações adolescentes, especialmente aquelas mais precoces (de 15 anos ou menos). Os casos das duas jovens que já tiveram gestações anteriores, também: uma sofreu um aborto espontâneo aos dois meses de gestação e a outra, teve parto prematuro (de seis meses), com natimorto. Também foi flagrante a associação entre gravidez na adolescência e abandono escolar. Das 14 adolescentes grávidas, apenas duas estão dando continuidade aos estudos!

Poderíamos, à medida que vai se lendo a pesquisa, inferir inúmeros outros aspectos, mas para os objetivos do presente trabalho, nos restringiremos aos seguintes.

Percebe-se, por tudo o que foi relatado até aqui, o “pai imaginário” dessas jovens está bastante comprometido, pela omissão, pela apatia e, conseqüentemente, pelo distanciamento físico e/ou emocional (principalmente) que o “pai real” mantém com relação a elas e os sentimentos das mães de suas filhas, para com eles. Depreende-se, pelas verbalizações, que o pai do discurso materno é fraco, sem maior representatividade com relação às “leis”.

Podemos exemplificar com algumas ponderações que as jovens fizeram acerca dos pais: “(...) pai bebe, vivia bêbado e batia na mãe, os pequenos viam e perguntavam, mas de noite tava tudo bem, de novo” (sic SAN 01); “(...) pai sempre por último” (sic SAN 02); “(...) mulherengo (...) me tocou de casa” (sic SAN 03); “nunca participou da minha educação” (sic SAN 04); “festeiro, não queria ter obrigação” (sic SAN 07); “saía de casa prá não se incomodar” (sic SAN 08); (...) “a mãe é que toma a frente de tudo, junto com o mano” (sic SAN 09), “na hora da última palavra, quem decide é a mãe” (sic SAN 13), (...) “nunca mais nos deu bola” (sic SAN 14). Todas essas manifestações guardam em comum a dor (emocional) das filhas, devido aos sentimentos de abandono e desinteresse que imaginam, por parte dos pais, com relação a elas. Isso nos remete àquilo que, na literatura encontramos como a desimplicação subjetiva do indivíduo, que compreende desde as formas de anonimato até as maneiras de desresponsabilização pelo social e por si mesmo, que esses pais assumiram.

Podemos concluir que, nos casos em questão, a maior função do pai, que seria a de “ligar” significativa ao significado, lei e desejo, pensamento e corpo, ou melhor, o simbólico e o imaginário, na presença do real (SILVA, 2007, p.79) está prejudicada, na maioria, senão totalidade, dos casos abordados. Parece que o reconhecimento das três dimensões do pai (real, imaginário e simbólico) não foi adequadamente operado por grande parte dos discursos maternos.

Portanto, através das falas das entrevistadas, pode-se resumir o que foi percebido quanto à instauração do lugar paterno:

- Pai Real: 10 adolescentes ainda mantinham contato, 02 (SAN06 e SAN12) eram órfãs e 02 não se comunicavam com eles desde muitos anos;
- Pai Simbólico: Imago paterna internalizada sem representatividade quanto às leis (exceto para SAN06 e SAN11) – As demais, sempre ressaltaram que a mãe foi a figura de autoridade: “mãe é que toma a frente”; “na hora da última palavra, é a mãe que dá”; “ela é que sempre decidiu tudo”, etc. Além dessa, outros membros da família (avós maternos e/ou paternos e irmão) parecem ter ocupado essa posição.
- Pai imaginário - SAN02, SAN05, SAN06, SAN09 e SAN11 explicitaram alguma qualidade positiva, relacionada à imago paterna introjetada: “bom, apegado”, mas denotando fraqueza (exceto para SAN06 e SAN11). As demais (09 adolescentes, ou 64,3% do total) utilizaram termos do tipo: “bêbado”; “sempre por último”; “saia prá não se incomodar”; “mulherengo”; “festeiro, não queria obrigação”; “nunca mais nos deu bola”, etc.

O fato de se constatar muitos percalços na execução da função paterna, por parte de outros membros da família, que não o próprio pai, ao se instituírem novas modalidades de subjetivação e de laços sociais, não nos autoriza a desconsiderarmos o papel da família como fundante do sujeito psíquico. Entretanto, o estudo mostrou relação entre essas dificuldades e a ocorrência da gravidez na adolescência.

É possível supor que foram as mães, na maioria absoluta dos casos, que terminaram executando a função paterna. Em alguns deles, é perceptível, nesse aspecto, o protagonismo de outros familiares, como irmãos e avós.

Tais ponderações, reportando-nos à teoria lacaniana, nos levam a confirmar que, mesmo que o pai simbólico seja mais importante que o pai real e que alguém possa substituí-

lo no exercício de sua função, fica evidente que, como nos diz a literatura, “a intervenção de um pai real, a partir de seu desejo próprio, opera com particularidade” (MARTINS, 2010, p.137).

Nesse sentido e nesse contexto específico, a questão fundamental do trabalho parece ter sido respondida positivamente, mas como esse foi realizado em um só município, de uma região bem específica do Estado (fronteira oeste do RS), com uma amostra da população de gestantes adolescentes, torna-se temerário tentar generalizar suas conclusões. Porém, abre-se a possibilidade de continuidade do estudo, com maior abrangência.

Além disso, as voluntárias, participantes do estudo, eram todas usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS) - em geral, oriundas de camada social menos favorecida economicamente. Não se tem subsídios, também, para inferir o que acontece no âmbito de gestantes adolescentes atendidas no sistema privado – acentuando-se que são em muito menor proporção.

O contato com o público-alvo desta pesquisa foi pontual, restringindo-se a dois dias de entrevistas – uma com cada uma das voluntárias, não sendo possível, então, a formação de um vínculo mais efetivo. No entanto, talvez se as mesmas entrevistas fossem realizadas por profissionais mais próximos às adolescentes, com os quais elas mantivessem vinculação maior, provavelmente os dados seriam, ainda, muito mais ricos.

Tais limitações do trabalho não o invalidam, pelo contrário: abrem-se perspectivas de novas investidas científicas, em direção ao aprofundamento do tema, para que se possa aprimorar o atendimento que é prestado a essas pessoas, encarando-as como cidadãs, sujeitos de direitos.

Um dos aspectos para o qual os sistemas de saúde e de educação poderiam atentar com maior ênfase diz respeito ao trabalho de conscientização, junto aos jovens adolescentes, acerca da relevância do exercício de suas funções, em todos os âmbitos, inclusive como futuros pais. É algo que ocorre, hoje, muito esporadicamente, através de ações esparsas e pontuais, sem denotarem prioridade alguma para esse tipo de prática, no âmbito das políticas públicas. São raríssimos os trabalhos efetivados nesse sentido, especialmente enfocando os aspectos subjetivos dessa questão. O que tem sido feito está fundamentado, essencialmente, no “bio”, inclusive em termos de prevenção, quando visa, por exemplo, às doenças sexualmente transmissíveis, aos vários tipos de câncer (especialmente o de próstata), às doenças cardiovasculares, ao tabagismo, entre outras.

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008), que se propõe a coordenar as ações de atenção integral à saúde do homem,

precisa encontrar estratégias para vencer as barreiras socioculturais e institucionais, as quais fazem com que as “representações sociais sobre a masculinidade vigente comprometam o acesso à atenção integral, bem como repercutam de modo crítico na vulnerabilidade dessa população a situações de violência e de risco para a saúde” (p. 7), o que consta no próprio documento.

7 CONCLUSÕES

Através dos resultados obtidos com base na pesquisa realizada, poder-se-ia concluir que a dificuldade no exercício adequado da função paterna pode ser considerada como fator de risco para a ocorrência da gravidez na adolescência, mas temos que levar em consideração que a amostragem ainda é restrita: foram feitas entrevistas, apenas, em um município da fronteira oeste do Rio Grande do Sul e com uma determinada camada da população. Essa situação restringe bastante o alcance das conclusões.

No entanto, por outro lado, abre-se a possibilidade de continuidade da pesquisa, com maior abrangência, para que se possa, então, corroborar seus resultados.

A partir daí, os sistemas de saúde poderiam se apropriar dos dados, para poderem formatar ou implementar políticas públicas mais adequadas a esse público, que, por si só, já se reveste de características especiais e peculiares.

Nas classes mais favorecidas economicamente, com maiores possibilidades de acesso à informação, os dados vêm indicando que a situação referente às gestações adolescentes difere sensivelmente do que ocorre nas camadas mais populares, a começar pela incidência, que é bastante menos elevada. É inquietante verificar as altas taxas de evasão escolar ligadas à ocorrência dessa situação na população mais pobre, principalmente quando se sabe que o risco de mortalidade materno-infantil é inversamente proporcional aos anos de escolaridade da mãe. Agravando o quadro, todos os estudos já realizados sob a ótica sócio-econômica, apontam a conseqüente diminuição das oportunidades de melhoria das condições gerais de vida, devido à baixa qualificação, decorrente da insuficiente escolaridade.

Não se deve perder de vista que as gestantes adolescentes de hoje estão iniciando novas famílias, e os pais de seus bebês existem, embora possam não viver conjuntamente (o que não era o caso da maioria das jovens ora pesquisadas). Além disso, existe uma lacuna enorme na atenção dispensada aos adolescentes do sexo masculino, que um dia serão pais, mas não só a eles: o homem adulto também parece ser “invisível” às políticas públicas quanto à sua condição psicológica de pai. Apesar de toda a “evolução” de nossa sociedade nos mais variados aspectos, parece ainda persistir no imaginário grupal, a noção de que os filhos são responsabilidade apenas da mãe. Há várias políticas públicas enfocando a gestação e o parto, especialmente sob a dimensão do biológico, mas já são encontradas algumas mais abrangentes, que também tentam abarcar as subjetividades – sempre com o foco nas “mães”. E os pais? Parece que, para o sistema, em geral, são figuras praticamente inexistentes. Há

políticas públicas ligadas “à saúde do homem”, porém quando se reportam a essa saúde, estão visando à prevenção das doenças cardíacas, ao câncer de próstata, ao tabagismo – são, incontestavelmente, necessárias, mas... e a subjetividade dessas pessoas?

Pode-se, então, parafrasear o slogan de uma recente campanha (para permitir a presença de um acompanhante, junto à mulher, durante o pré-parto, parto e pós-parto imediato) e que diz “Pai não é Visita”. Realmente, como enfatiza Medrado (2008, p.17) “é preciso entender que ‘pai não é visita’ e que muitos deles têm interesse em participar do desenvolvimento de seus filhos”; os que não têm, poderiam ser estimulados a fazê-lo. E, continuando, na mesma página, postula que os serviços necessitam de adequação a essa realidade, promovendo acolhimento humanizado e, se preciso, adaptando suas rotinas e estruturas para garantir o exercício pleno da função subjetivadora dos pais.

Será que, quando encaramos um sujeito apenas por uma das dimensões de sua constituição (a biológica, no caso), estamos, como profissionais da saúde, conseguindo, realmente, atingir o objetivo de promover sua saúde, na integralidade, ou estamos corroborando preconceitos e ideias arcaicas que ainda permeiam o tecido social, permitindo que ele, o “homem-pai” permaneça em um lugar de exclusão – excluído da possibilidade de desenvolver suas emoções e de contribuir, decisiva e positivamente, para a constituição psíquica de seus(s) filho(s)?

Os questionamentos são muitos e, tomara, sirvam como desafio, e sejam estimulantes para que se procure, seriamente, a realização de ações mais eficazes, eficientes e efetivas.

Se nós, como gestores dos sistemas de saúde, não nos detivermos com um olhar mais atento para tal situação, provavelmente estaremos perdendo uma grande oportunidade de auxiliarmos na construção de um país melhor, de cidadãos mais dignos, justos e saudáveis ... física e mentalmente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRAMOVAY, Miriam; RUA, Maria das Graças (org.) **Pesquisa Nacional Violência, Aids e Drogas nas Escolas**, Brasília: UNESCO, 2001.

ARRUDA, Silvani; RICARDO, Chistine; NASCIMENTO, Marcos e colaboradores. **Adolescentes, Jovens e Educação em Sexualidade. Um Guia para Ação**. RJ: Instituto Pró-Mundo e Fundação Ford, 2010.

CAMARANO, Ana Amélia. **Fecundidade e Anticoncepção da População Jovem**. *In: Jovens acontecendo na trilha das políticas públicas*, Comissão Nacional de População e Desenvolvimento. Brasília: CNPD, IPEA, 1998.

CASTRO, Mary Garcia; ABRAMOVAY, Miriam e SILVA, Loreta. **Juventudes e Sexualidade**. UNESCO, Ministério da Educação, Ministério da Saúde e Instituto Airton Senna, Brasília, 2004.

CAVALCANTI, Fátima G.; SCHENKER, Miriam. **Violência, Família e Sociedade**. *In: Impactos da Violência na Saúde*. Cap. 3 – 2ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

CAVASIN, Sylvia. **Juventude e contracepção: um estudo dos fatores que influenciam o comportamento contraceptivo das jovens brasileiras de 15 a 24 anos**. Dossiê Adolescentes: Saúde Sexual e Reprodutiva. Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos e Fundação Ford, Rio de Janeiro, 1999.

CEPAL. *Adolescencia y juventud en América Latina y el Caribe: problemas, oportunidades y desafíos en el comienzo de un nuevo siglo*. Serie Población y Desarrollo N°9. Santiago: CEPAL, 2000.

COSTA, Jurandir, **Ordem Médica e Familiar**. Rio de Janeiro: Graal, 2004.

COSTA, Teresinha de Jesus M. da.; HEILBORN, Maria Luisa. **Gravidez na Adolescência e Fatores de Risco entre Filhos de Mulheres nas Faixas Etárias de 10 a 14 e 15 a 19 anos em Juiz de Fora, MG**. *In: Revista APS*, v.9, n.1, p. 29-38, jan./jun. 2006.

ESTATUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE – Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18069.htm>. Acesso em 28-08-2011.

FLEIG, Mário - *Revista do Instituto Humanitas da UNISINOS*: **In: Entrevista com Mário Fleig**, p 04 a 16. S. Leopoldo. Edição 267, agosto de 2008.

FREITAS, Maria Virginia de (Coord.); ABRAMO, Helena Wendel e LEÓN, Oscar Dávila. **Juventude e Adolescência no Brasil: referências conceituais**. São Paulo: Ação Educativa. 2005.

INSTITUTO GUTTMACHER. Rumo a um Novo Mundo: **A vida sexual e reprodutiva de mulheres jovens** (1998) Disponível em: <<http://www.agi-usa.org>>. Acesso em 01-11-2011

INSTITUTO PROMUNDO e colaboradores, Série Trabalhando com Homens Jovens
_____ Caderno 1- **Sexualidade e Saúde Reprodutiva**, 2001-a,

_____ Caderno 2- **Paternidade e Cuidado**, 2001-b,

_____. Série Trabalhando com Homens Jovens – Caderno 1- **Sexualidade e Saúde Reprodutiva**, 2001, Caderno 2- **Paternidade e Cuidado**, 2001, Caderno 3- **Razões e Emoções**, 2001.

LACAN, Jacques. (1957- 1958). O seminário: livro 5: **As Formações do Inconsciente**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1999.

LEBRUN, Jean Pierre. *Um mundo sem limite: ensaio para uma clínica psicanalítica do social*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2004.

LEBRUN, Jean Pierre. **A perversão comum: viver juntos sem outro**. Rio de Janeiro: Campo Matêmico, 2008.

LEITE, Márcio Peter de Souza. **O Pai em Psicanálise - Função Paterna e Clínica da Castração**. PUC, 24 de abril de 1997. Disponível em <http://www.marciopeter.com.br/links2/ensino/.../03_funcao_paterna.pdf>. Acesso em 03-12-2011

LEÓN, Oscar D. ; FREITAS, Maria Virginia de (coord.). *In Juventude e Adolescência no Brasil: referências conceituais*. São Paulo: Ação Educativa. 2005.

LOBO, Paulo Luiz Netto. Entidades familiares constitucionalizadas. Para além do numerus clausus. *In: Revista Brasileira de Direito de Família*. Porto Alegre: SINTESE, IBDFAM, v.1, n.1, abril/junho, 1999.

LYRA DA FONSECA, Jorge L. C. **Paternidade Adolescente: uma proposta de intervenção**. São Paulo: PUC/SP, 1997. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social)

MARTINS, Karla Patrícia Holanda; SAMPAIO, Irvina Leite de; LIMA, Maria Celina Peixoto; DIAS E MORAIS, Tallise Maria. *In: Reflexões sobre a função paterna no trabalho com crianças - Cadernos de Psicanálise – CPRJ*, Rio de Janeiro, ano 32, n. 23, p.133-143, 2010.

MEDRADO, Benedito; LYRA, Jorge. **A adolescência "desprevenida" e a paternidade na adolescência: uma abordagem geracional e de gênero**. *In: Cadernos Juventude, Saúde e Desenvolvimento*. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área de saúde do adolescente e do jovem. Vol. I, p. 230-248, 1999.

MEDRADO, Benedito; LYRA, Jorge; OLIVEIRA, Ana Roberta (Organizadores). **Políticas Públicas como Dispositivos de Produção de Paternidades**, 2008. Disponível em: <Pol%C3%ADticas%20P%C3%ABlicas%20(...)BENEDITO%20MEDRADO%20JORGE%20LYRA> – Acesso em 14.12.2011.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. **Salto para o Futuro**. Carvalho, Maria Angélica F.; Mendonça, Rosa H. (org.). Brasília, 2006. 180 p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **In: Caderno N°2: Direitos sexuais, direitos reprodutivos e métodos anticoncepcionais**. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/direitos_sexuais_reprodutivos_metodos_anticoncepcionais.pdf> Acesso em 30.06.2012

_____. **Propostas e diretrizes 2005-2007 da Política do Planejamento Familiar**. Brasília, 2005 – a

_____. **Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos - uma prioridade do governo**. Brasília, 2005 - b.

_____. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (princípios e diretrizes)**. Brasília, 2008.

_____. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem - Plano de Ação**. Brasília, 2009 - a.

_____. **Aborto e Saúde Pública no Brasil: 20 anos** – Brasília, 2009 - b.

_____. **Direitos Sexuais, Direitos Reprodutivos e Métodos Anticoncepcionais**. Cartilha. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília, 2009- c.

_____. **Saúde Sexual e Reprodutiva: Normas e Manuais Técnicos**, Brasília, 2009 - d.

_____. **In: Saúde Mental no SUS: as novas fronteiras da Reforma Psiquiátrica**. Brasília, 2011.

NJAINE, Kathie (Org). **Impactos da Violência na Saúde**. Fundação Oswaldo Cruz; Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Rio de Janeiro, 2009.

REDE FEMINISTA DE SAÚDE. **Dossiê Aborto – Mortes Preveníveis e Evitáveis**, 2005.

RUA, Maria das Graças. **As Políticas Públicas e a Juventude dos Anos 90**. In: Políticas públicas no território das juventudes- Organizadores: Silva, Jailson de Souza; Barbosa, Jorge Luiz e Souza, Ana Inês, UFRJ, RJ, 2006.

SAÚDE. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/area/342/acoes-e-programas.html>> Acessado em 05/03/2012

SANTOS JR, José Domingues dos. **Fatores etiológicos relacionados à gravidez na adolescência: vulnerabilidade à maternidade**. In: *Cadernos Juventude, Saúde e Desenvolvimento*. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área de saúde do adolescente e do jovem. Vol. I, p. 223-9, 1999.

SETA, Marismar Horsth de; Lenice Gnocchi da Costa Reis Elisabete Viana Delamarque - Apostila Curso Gestão em Saúde – Gestão da Vigilância à Saúde. MEC. CAPES UAB, PNAP, 2010

SILVA, Jailson Souza e; BARBOSA, Jorge L. e SOUSA, Ana Inês (org). **Políticas Públicas no Território das Juventudes**, UFRJ, Rio de Janeiro, RJ, 2006

SILVA, José Maurício da. O lugar do pai: uma construção imaginária. Belo Horizonte, 2007. 150 p PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE MINAS GERAIS- Programa de pós-graduação em Psicologia- **In:** Dissertação apresentada ao Mestrado em Psicologia, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia. Orientador: Paulo Roberto Ceccarelli. Disponível em <http://www1.pucminas.br/documentos/dissertacoes_jose_mauricio.pdf> Acesso em 15-09-2011

TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo. **Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.

UNICEF. Relatório **Situação Mundial da Infância 2011: Adolescência, Uma fase de oportunidades**. Brasília: Caderno Brasil, 2011.

VITALLE, Maria S. de Souza; AMANCIO, Olga M. S. **Gravidez na Adolescência**. Disponível em: <<http://www.pjpp.sp.gov.br/2004/artigos/11.pdf>>. Acesso em 11-01-2012

YIN, Robert K. **Metodologia Científica Aplicada** - Estudo de Caso, Planejamento e Métodos. [Tradução: Daniel Grassi]. Disponível em: <<http://soniaa.arq.prof.ufsc.br/arq1001metodologiacinetificaaplicada/met2008/yin.pdf>>. Acesso em 05-03-2012

ANEXOS

ANEXO A - TERMO DE CONSENTIMENTO DE PARTICIPAÇÃO EM ESTUDO CLÍNICO

(Gestantes)

NOME: _____
DATA: _____ N.º do Voluntário: _____

A psicóloga Denise Beatriz Mariano da Rocha Santos está realizando um estudo sobre gestação na adolescência e os fatores que influenciam a sua ocorrência.

Tenho conhecimento de que:

1. Minha participação como voluntária envolve apenas uma entrevista pessoal com duração aproximada de 20 minutos, que incluirá perguntas sobre dados pessoais básicos e experiências de vida.
2. Eu posso me recusar a responder qualquer uma das perguntas durante a entrevista.
3. Eu entendo que a minha participação neste estudo não me trará nenhum benefício pessoal direto. No entanto, novos conhecimentos serão adquiridos e poderão ter impacto no entendimento da gravidez na adolescência.
4. Todas as informações que eu fornecer serão confidenciais e anônimas, conforme previsto em lei.

A profissional supra citada esclareceu-me sobre o objetivo do presente estudo e respondeu as minhas dúvidas sobre o mesmo.

A participação neste estudo é inteiramente voluntária sendo que foi me assegurado o direito de abandonar o estudo assim que o desejar, sem que isto acarrete qualquer consequência.

Eu concordo em participar voluntariamente,

ASSINATURA DO PARTICIPANTE

TESTEMUNHA

**ANEXO B - TERMO DE CONSENTIMENTO DE PARTICIPAÇÃO EM ESTUDO
CLÍNICO**

(Profissionais)

NOME: _____
DATA: _____ N.º do Voluntário: _____ Profissão: _____

A psicóloga Denise Beatriz Mariano da Rocha Santos está realizando um estudo sobre gestação na adolescência.

Tenho conhecimento de que:

1. A minha participação, como voluntário (a), envolve apenas uma entrevista pessoal com duração aproximada de 20 minutos, a respeito das gestantes adolescentes atendidas neste local.
2. Eu posso me recusar a responder qualquer uma das perguntas durante a entrevista.
3. Eu entendo que a minha participação neste estudo não me trará nenhum benefício pessoal direto. No entanto, novos conhecimentos serão adquiridos e poderão ter impacto no entendimento da gravidez na adolescência.
4. Todas as informações que eu fornecer serão rigorosamente confidenciais e anônimas, sem identificação dos sujeitos envolvidos, conforme previsto em lei.

A profissional supra citada esclareceu-me sobre o objetivo do presente estudo e respondeu as minhas dúvidas sobre o mesmo.

A participação neste estudo é inteiramente voluntária sendo que foi me assegurado o direito de abandonar o estudo assim que o desejar, sem que isto acarrete qualquer consequência.

Eu concordo em participar voluntariamente,

ASSINATURA DO PARTICIPANTE

TESTEMUNHA

**ANEXO C - TERMO DE CONSENTIMENTO DE PARTICIPAÇÃO EM ESTUDO
CLÍNICO**

(Gestores)

Trabalho de Conclusão do Curso de Especialização de Gestão em Saúde- UFRGS -UAB

“Dificuldades no desempenho da função Paterna, como fator de risco para a ocorrência da gravidez na adolescência”

NOME: Rosa Severo

CARGO: Secretária Municipal de Saúde de Santo Ângelo

Autorizo, para os devidos fins, a realização de entrevistas exploratórias com aquelas gestantes adolescentes, atendidas pelas equipes pelo sistema de saúde pública de Santo Ângelo, que se voluntariarem e com os profissionais das mais diretamente envolvidos. O referido estudo, realizado pela psicóloga Denise Beatriz Mariano da Rocha Santos, versa sobre gestação na adolescência e os fatores que influenciam a sua ocorrência. No entanto, é imprescindível que sejam seguidos os quesitos éticos que norteiam os trabalhos científicos com humanos, ou seja, principalmente, o caráter de manutenção do sigilo das identidades e o voluntarismo das participações.

Santo Ângelo, ____de março de 2012.

Rosa Severo
Secretária Municipal da Saúde
Santo Ângelo - RS

**ANEXO D - INSTRUMENTO DE PESQUISA – CURSO GESTÃO EM SAÚDE – UAB
– UFRGS**

GUIA PARA ENTREVISTAS COM GESTANTES

Data de Hoje:

01. Nº da Gestante Voluntária:
02. Data de Nascimento:
03. Tempo de Gestação:
04. Já houve gestação anterior? () Sim () Não Se sim, Quantas? _____
05. Poderias me contar como foi a tua vida até aqui?
06. Quais as pessoas que tu consideras que mais te influenciaram, desde a infância? Quem tu achas que te ensinou aquilo que é mais importante para ti?
07. Quem tu achas que era a pessoa que coordenava a teu grupo familiar de origem, ou seja, quem mais tomava decisões em nome de toda a família?
08. E agora, quem são as pessoas que tu consideras que têm maior importância na tua vida?
09. (Se ainda não tiver referido:) O que me contas sobre o teu pai?
10. E o pai do teu bebê? Como ele é?
11. O que desejas para o teu bebê, que está por nascer?

**ANEXO E - INSTRUMENTO DE PESQUISA – CURSO GESTÃO EM SAÚDE – UAB
– UFRGS**

GUIA PARA ENTREVISTAS COM PROFISSIONAIS DA ÁREA DA SAÚDE

Data de Hoje:

Nº Voluntário (a):

Profissão:

Local:

1. Como vê a questão da gravidez na adolescência neste local?
2. Notas alguma característica em comum entre as adolescentes grávidas dessa área?
3. O que podes me contar sobre os pais dessas adolescentes?
4. E sobre os pais dos bebês?