

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS**  
**Faculdade de Enfermagem**  
**Programa de Pós Graduação em Enfermagem**



Dissertação

**Representações sociais do processo de parturição de mulheres que  
vivenciaram partos recorrentes na adolescência**

Greice Carvalho de Matos

Pelotas, 2015

**Greice Carvalho de Matos**

**Representações sociais do processo de parturição de mulheres que  
vivenciaram partos recorrentes na adolescência**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências. Área de Concentração Práticas Sociais em Enfermagem e Saúde. Linha de Pesquisa: Epidemiologia, práticas e cuidado na saúde e enfermagem.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup> Marilu Correa Soares

Pelotas, 2015

Universidade Federal de Pelotas / Sistema de Bibliotecas  
Catalogação na Publicação

M425r Matos, Greice Carvalho de

Representações sociais do processo de parturição de mulheres que vivenciaram partos recorrentes na adolescência / Greice Carvalho de Matos ; Marilu Correa Soares, orientadora. — Pelotas, 2015.

216 f.

Dissertação (Mestrado) — Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas, 2015.

1. Parto normal. 2. Cesárea. 3. Adolescente. 4. recidiva. 5. Pesquisa qualitativa. I. Soares, Marilu Correa, orient. II. Título.

CDD : 610.73

Greice Carvalho de Matos

Representações sociais do processo de parturição de mulheres que vivenciaram partos recorrentes na adolescência

Dissertação aprovada, como requisito parcial, para obtenção do grau de Mestre em Ciências do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas.

Aprovada em:

Banca examinadora:

---

Prof<sup>a</sup> Enf<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Marilu Correa Soares (Orientador)  
Doutora em Enfermagem em Saúde Pública pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo – EERP-USP

---

Prof<sup>a</sup> Enf<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Nalú Pereira da Costa Kerber (Titular)  
Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC

---

Prof<sup>a</sup> Enf<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Sonia Maria Könzgen Meincke (Titular)  
Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC

---

Prof<sup>a</sup> Enf<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Rosani Manfrin Muniz (Suplente)  
Doutora em Enfermagem Fundamental pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo – EERP-USP

---

Prof<sup>a</sup> Enf<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Eda Schwartz (Suplente)  
Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC

***Dedico este trabalho:***

*Ao meu filho **João Arthur**, pela oportunidade de experimentar a mais pura experiência da vida, que mesmo na sua inocência compreendeu minha ausência, transformando a saudade em amor, e oportunizando momentos inesquecíveis ao seu lado.*

## **Agradecimentos**

Durante a minha trajetória no mestrado, contei com o apoio de muitas pessoas, as quais tiveram papel importante para a finalização desta pesquisa. Assim, gostaria de agradecer:

Primeiramente **a Deus**, meu melhor amigo, por ter me concedido a vida e por permitir a realização deste sonho, sem Ele não chegaria até aqui.

Aos pais, **Ademar e Giane**, que sempre acreditaram em mim, o meu agradecimento pelo amor, incentivo, apoio e ajuda financeira. Por tudo o que fizeram para que este sonho compartilhado se concretizasse. Pelo cuidado e amor dispensado ao João Arthur nos momentos que estive ausente. A força recebida de vocês foi o meu maior entusiasmo para que eu conseguisse prosseguir. As ligações no final da noite se preocupando em como foi o meu dia me confortavam e fortaleciam para encarar uma nova manhã.

Ao meu irmão **Ândrey**, pelo carinho e atenção dedicados ao João Arthur.

Aos **meus familiares e amigos** de perto e de longe, pelo amor e preocupação demonstrados por meio de ligações, visitas, orações e e-mails. Obrigada, vocês que aliviaram minhas horas difíceis, me alimentando de certezas, força e alegria.

À **Kamila**, grande amiga que em tão pouco tempo mostrou-se presente, compartilhando momentos inesquecíveis, e me ajudando em momentos difíceis, me confortando com palavras de amizade, carinho e incentivo. Obrigada por escutar meus momentos de desabafo... Saiba que sempre poderás contar comigo, pois a amizade é recíproca.

À minha amiga e companheira **Letícia**, que esteve ao meu lado nos momentos mais felizes e também nos mais difíceis deste período, foi você que sempre escutou minhas angustias, me ajudando a superá-las. Com certeza os mates de final de tarde amenizaram o estresse da pós-graduação e renderam muitas risadas. Obrigada por tudo!

À amiga e companheira do dia-a-dia **Stefani**, te conheci no momento mais difícil de 2015, assim preciso agradecer pelos ótimos dias compartilhados comigo, sempre acompanhados de muitas risadas, carinho e cumplicidade. Momentos que

foram importantes para que eu conseguisse relaxar e renovar energias para dar andamento a este trabalho.

Aos **colegas de mestrado**, pelas trocas de conhecimentos, pelas horas que passamos juntos e pelos momentos de alegrias, ansiedades e dificuldades compartilhados.

As **mulheres** participantes do estudo, pelo acolhimento em suas residências e pela disposição em contribuir com esta pesquisa, por compartilharem suas histórias de vida e pela relação de confiança estabelecida. Suas disponibilidades foram imprescindíveis para a concretização desta dissertação.

À minha orientadora, professora **Marilu Correa Soares**, por ter me aceitado como orientanda desde a graduação. Obrigada pelas contribuições que, sem dúvida nenhuma, foram fundamentais para enriquecer este estudo. Agradeço também as palavras de carinho e incentivo, foi um imenso prazer poder trabalhar com a senhora.

À Bolsista de Iniciação Científica **Pricilla Porto Quadro** pela parceria, companheirismo, por escutar minhas angustias, pelos dias de chuva e pelos dias de sol

Às professoras que compuseram a **Banca Examinadora**, pelas sugestões que enriqueceram este trabalho.

Aos demais **professores**, que contribuíram para meu crescimento profissional.

E finalmente, agradeço a pessoa que me fez chegar até aqui, que é minha inspiração, razão do meu ser, amor incondicional para o qual vivo todos os dias de minha vida para poder lhe transmitir todo o amor possível, aquele que quando estou triste com um simples olhar me alegra e que me faz entender o sentido maior de amar, ser tão pequeno e de imensa importância meu filho **JOÃO ARTHUR**, obrigado por chegar a minha vida e me fazer a mãe mais feliz do mundo. Te amo meu filho.

*“Não sei se a vida é curta ou longa para nós, mas sei que nada do que vivemos tem sentido, se não tocarmos o coração das pessoas.*

*Muitas vezes basta ser: colo que acolhe, braço que envolve, palavra que conforta, silêncio que respeita, alegria que contagia, lágrima que corre, olhar que acaricia, desejo que sacia, amor que promove.*

*E isso não é coisa de outro mundo, é o que dá sentido à vida. É o que faz com que ela não seja nem curta, nem longa demais, mas que seja intensa, verdadeira, pura enquanto durar. Feliz aquele que transfere o que sabe e aprende o que ensina”.*

*Cora Coralina*

## Resumo

Matos, Greice Carvalho de. **Representações Sociais do processo de parturição de mulheres que vivenciaram o parto recorrente na adolescência.** 2015.216f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, RS.

O estudo objetivou conhecer as representações sociais do processo de parturição de mulheres que vivenciaram o parto recorrente na adolescência. Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa, fundamentado na Teoria das Representações Sociais proposta por Serge Moscovici. Fizeram parte desta pesquisa 30 mulheres que vivenciaram o parto recorrente na adolescência. Os dados foram coletados no período de maio a agosto de 2015, por meio de entrevista semiestruturada e com a construção de Genograma e Ecomapa. Por meio da Análise Textual Discursiva e do referencial teórico da Teoria das Representações Sociais foram construídas oito categorias descritas a seguir: Compreendendo a gravidez na adolescência: evidenciou que a gravidez na adolescência não é apenas um problema de saúde pública, mas um fato intimamente ligado ao meio social; Rede de apoio de mulheres que vivenciaram o parto recorrente na adolescência: a família apresentou-se como principal rede de apoio, referenciada com suporte fundamental para a vivência do parto e sentimentos positivos; Vivências do parto na adolescência: tanto o meio social quanto a recorrência surgiram como amenizadores de sentimentos negativos, observou-se que quando a mulher demonstra ter algum conhecimento sobre seu processo de parturição se fortalece para sua vivência; Tomada de decisão a respeito do tipo de parto vivenciado: Independente da escolha pelo tipo de parto vivenciado, o pilar da tomada de decisão do processo de parturição está no fornecimento de informações à adolescente grávida, pois quando há conhecimento, o empoderamento surge naturalmente; Sentimentos desencadeados pelo processo de parturição: a relação de confiança parturiente/profissional de saúde surge como amenizadora de sentimentos negativos durante o processo de parturição; Parto normal x Cesárea: representações sociais do processo de parturição: presença de representações positivas e negativas de ambas as vias de parto. É possível perceber que as mulheres compreendem os benefícios do parto normal, bem como as indicações do parto cesariano; De onde vem o conhecimento sobre o processo de parturição?: Os resultados apontados demonstram que o conhecimento da mulher é muito ligado ao universo consensual, a mesma age e reage frente às representações arraigadas no meio social; O nascimento de novas concepções sobre o processo de parturição: nenhuma mulher optou pela cesariana após ter uma vivência de parto normal, pressupondo-se que o desejo das mulheres pelo parto normal vai na contramão dos elevados índices de cesarianas. Conclui-se que as mulheres que vivenciaram partos recorrentes na adolescência não receberam informações relacionadas ao parto durante o pré-natal. O conhecimento das mulheres está atrelado ao universo consensual, desta forma constroem representações sociais negativas do processo de parturição que vão perpassando as gerações.

**Palavras-chave:** Parto normal; Cesárea; Adolescente; Recidiva; Pesquisa qualitativa.

## Abstract

Matos, Greice Carvalho de. **Social representations of women in parturition process who experienced recurrent birth in adolescence.**2015.216f. Dissertação (Mestrado) – Programa de PósGraduação em Enfermagem. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, RS.

The study aimed to identify the social representations of women in parturition process who experienced recurrent birth in adolescence. This is a descriptive study with qualitative approach based on the theory of social representations proposed by Serge Moscovici. They took part in this research 30 women who experienced recurrent birth in adolescence. The data were collected between May to August 2015 through semi-structured interviews and the construction of Genogram and ecomap . Through Discursive Textual Analysis and the theoretical framework of the Theory of Social Representations were built eight categories described below : Including teenage pregnancy : it showed that understand teenage pregnancy is to know that this is not just a public health problem , but understand that is closely linked to the social environment fact; Support network of women experienced the recurring birth in adolescence: whose family was presented as main support network , when it was referred to the experience of childbirth has been linked to positive feelings; Childbirth experiences in adolescence: this category both the social environment as the recurrence emerged as amenizadores of negative feelings , so it can be seen that when the woman demonstrates some knowledge , this only back; Decision-making regarding the experienced labor type : Whatever the choice by the experienced delivery type , it is understood that the mainstay of decision making from the parturition process is in providing information to the pregnant teenager, because when there is knowledge , empowerment It comes naturally; Feelings triggered by parturition process : it was evidenced that the trust woman in labor / health professional comes as amenizadora negative feelings during the process of parturition; Normal delivery x Cesarean : social representations of parturition process : it was found positive and negative representations of both delivery routes. It can see that women understand the benefits of normal birth , and the indications of cesarean delivery; Where is the knowledge about the process of parturition ? : the aforementioned results demonstrate that women's knowledge is closely linked to the consensual universe , where it acts and reacts in the face of entrenched representations in the social environment; The birth of new ideas about the delivery process : no woman opted for cesarean section after a normal birth experience , which leads us to assume that the desire of women for vaginal delivery goes against the high rates of cesarean sections. It was concluded that women who experienced recurring deliveries in adolescence did not receive information related to childbirth during prenatal care. The knowledge of them is linked to the consensual universe , so build negative social representations of parturition process ranging traversing generations.

**Key-words:** Natural childbirth; Cesarean section; Adolescent; Recurrence; Qualitative research

## Lista de Figuras

<b>Figura 1</b>	Abordagens da Teoria das Representações Sociais.....	37
<b>Figura 2</b>	Ciclo da análise discursiva.....	56
<b>Figura 3</b>	Genograma da M.21.1.....	59
<b>Figura 4</b>	Ecomapa da M.21.1.....	60
<b>Figura 5</b>	Genograma da M.22.2.....	62
<b>Figura 6</b>	Ecomapa da M.22.2.....	63
<b>Figura 7</b>	Genograma da M.26.3.....	65
<b>Figura 8</b>	Ecomapa da M.26.3.....	66
<b>Figura 9</b>	Genograma da M.25.4.....	68
<b>Figura 10</b>	Ecomapa da M.25.4.....	69
<b>Figura 11</b>	Genograma da M.25.5.....	71
<b>Figura 12</b>	Ecomapa da M.25.5.....	72
<b>Figura 13</b>	Genograma da M.28.6.....	74
<b>Figura 14</b>	Ecomapa da M.28.6.....	75
<b>Figura 15</b>	Genograma da M.41.7.....	77
<b>Figura 16</b>	Ecomapa da M.41.7.....	78
<b>Figura 17</b>	Genograma da M.23.8.....	80
<b>Figura 18</b>	Ecomapa da M.23.8.....	81
<b>Figura 19</b>	Genograma da M.21.9.....	83
<b>Figura 20</b>	Ecomapa da M.21.9.....	84
<b>Figura 21</b>	Genograma da M.26.10.....	86
<b>Figura 22</b>	Ecomapa da M.26.10.....	87
<b>Figura 23</b>	Genograma da M.50.11.....	89
<b>Figura 24</b>	Ecomapa da M.50.11.....	90
<b>Figura 25</b>	Genograma da M.25.12.....	92
<b>Figura 26</b>	Ecomapa da M.25.12.....	93
<b>Figura 27</b>	Genograma da M.23.13.....	95
<b>Figura 28</b>	Ecomapa da M.23.13.....	96
<b>Figura 29</b>	Genograma da M.26.14.....	97
<b>Figura 30</b>	Ecomapa da M.26.14.....	98
<b>Figura 31</b>	Genograma da M.22.15.....	100

<b>Figura 32</b>	Ecomapa da M.22.15.....	101
<b>Figura 33</b>	Genograma da M.40.16.....	102
<b>Figura 34</b>	Ecomapa da M.40.16.....	103
<b>Figura 35</b>	Genograma da M.61.17.....	104
<b>Figura 36</b>	Ecomapa da M.61.17.....	105
<b>Figura 37</b>	Genograma da M.22.18.....	106
<b>Figura 38</b>	Ecomapa da M.22.18.....	107
<b>Figura 39</b>	Genograma da M.20.19.....	108
<b>Figura 40</b>	Ecomapa da M.20.19.....	109
<b>Figura 41</b>	Genograma da M.58.20.....	110
<b>Figura 42</b>	Ecomapa da M.58.20.....	111
<b>Figura 43</b>	Genograma da M.24.21.....	112
<b>Figura 44</b>	Ecomapa da M.24.21.....	113
<b>Figura 45</b>	Genograma da M.45.22.....	114
<b>Figura 46</b>	Ecomapa da M.45.22.....	115
<b>Figura 47</b>	Genograma da M.32.23.....	116
<b>Figura 48</b>	Ecomapa da M.32.23.....	117
<b>Figura 49</b>	Genograma da M.46.24.....	118
<b>Figura 50</b>	Ecomapa da M.46.24.....	119
<b>Figura 51</b>	Genograma da M.24.25.....	120
<b>Figura 52</b>	Ecomapa da M.24.25.....	121
<b>Figura 53</b>	Genograma da M.29.26.....	122
<b>Figura 54</b>	Ecomapa da M.29.26.....	123
<b>Figura 55</b>	Genograma da M.21.27.....	125
<b>Figura 56</b>	Ecomapa da M.21.27.....	126
<b>Figura 57</b>	Genograma da M.20.28.....	127
<b>Figura 58</b>	Ecomapa da M.20.28.....	128
<b>Figura 59</b>	Genograma da M.30.29.....	129
<b>Figura 60</b>	Ecomapa da M.30.29.....	130
<b>Figura 61</b>	Genograma da M.30.30.....	131
<b>Figura 62</b>	Ecomapa da M.30.30.....	132

## **Lista de Abreviaturas e Siglas**

ACS	Agente Comunitário de Saúde
ATD	Análise Textual Discursiva
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INAMPS	Instituto Nacional de Previdência Social
MS	Ministério da Saúde
PAISM	Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher
PHPN	Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento
PROSAD	Programa de Saúde do Adolescente
RS	Representações Sociais
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
TRS	Teoria das Representações Sociais
UBS	Unidade Básica de Saúde
VD	Visita Domiciliar
WHO	World Health Organization

## Sumário

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>15</b>
<b>1.1 OBJETIVOS.....</b>	<b>20</b>
<b>1.1.1 OBJETIVO GERAL .....</b>	<b>20</b>
<b>1.1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....</b>	<b>20</b>
<b>2 PRESSUPOSTOS.....</b>	<b>22</b>
<b>3 REVISÃO DE LITERATURA .....</b>	<b>23</b>
<b>3.1 Adolescência.....</b>	<b>23</b>
<b>3.2 Gravidez na adolescência .....</b>	<b>25</b>
<b>3.3 Rede de apoio social da adolescente grávida.....</b>	<b>27</b>
<b>3.4 Vivenciando o parto na adolescência .....</b>	<b>29</b>
<b>3.5 Políticas Públicas de atenção ao processo de parturição no Brasil ....</b>	<b>33</b>
<b>4 REFERENCIAL TEÓRICO .....</b>	<b>37</b>
<b>4.1 Teoria das Representações Sociais na vertente Moscoviana.....</b>	<b>37</b>
<b>5 METODOLOGIA .....</b>	<b>43</b>
<b>5.1 Caracterização da pesquisa.....</b>	<b>43</b>
<b>5.2 Cenário do estudo.....</b>	<b>43</b>
<b>5.3 Participantes do estudo .....</b>	<b>44</b>
<b>5.4 Critérios de inclusão.....</b>	<b>44</b>
<b>5.5 Critérios de Exclusão .....</b>	<b>45</b>
<b>5.6 Princípios éticos .....</b>	<b>45</b>
<b>5.7 Procedimentos para coleta de dados.....</b>	<b>46</b>
<b>6 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....</b>	<b>58</b>
<b>6.1 Quem são estas mulheres? .....</b>	<b>58</b>
<b>6.2 Compreendendo a gravidez na adolescência.....</b>	<b>134</b>
<b>6.3 Rede de apoio de mulheres que vivenciaram o parto recorrente na     adolescência .....</b>	<b>143</b>
<b>6.4 Vivências do parto na adolescência.....</b>	<b>148</b>

<b>6.5 Tomada de decisão a respeito do tipo de parto vivenciado.....</b>	<b>156</b>
<b>6.6 Sentimentos desencadeados pelo processo de parturição.....</b>	<b>161</b>
<b>6.7 Parto normal x Cesárea: conhecimento construído no meio social ..</b>	<b>164</b>
<b>6.8 De onde vem o conhecimento sobre o processo de parturição?.....</b>	<b>176</b>
<b>6.9 O nascimento de novas concepções sobre o processo de parturição .....</b>	<b>181</b>
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>187</b>
<b>8 Referências.....</b>	<b>191</b>
<b>Apêndices .....</b>	<b>204</b>
<b>Anexos .....</b>	<b>212</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A adolescência é entendida como um momento de transição entre a infância e a vida adulta, com intensas atividades hormonais que desencadeiam alterações anatômicas, fisiológicas e psicossociais. Esta fase da vida torna-se um momento primordial do desenvolvimento humano, na qual se adquire a imagem corporal, bem como estrutura-se a personalidade, tornando-se um momento de autoafirmação (BARBASTEFANO; GIRIANELLI; VARGENS, 2010; ALMEIDA; RODRIGUES; SIMÕES, 2007).

A adolescência possui diferentes limites etários. O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), Lei nº. 8.069/90 de Brasil (1990) define adolescente como todo ser humano com idade entre 12 e 18 anos. Já a *World Healthy Organization* (WHO), conceitua adolescência como um período da vida delimitado pela faixa etária compreendida entre 10 e 19 anos e a juventude como o período que vai dos 15 aos 24 anos (WHO, 2010). No presente estudo será utilizado o conceito de adolescência da WHO.

Neste sentido, ao adotar um critério cronológico, busca-se objetivar o conhecimento acerca de fatores que auxiliem os estudos epidemiológicos, o planejamento de estratégias políticas, bem como os programas de serviços sociais e de saúde pública destinados a esta fase da vida (ENDERLE et al, 2012).

Bueno (2010) afirma que a adolescência traz consigo vivências e experiências marcadas por incertezas e conflitos, que expõe os adolescentes pela vulnerabilidade própria desta fase da vida. A personalidade encontra-se em formação, assim sendo os valores e a maturidade para realização de escolhas não estão consolidados.

A vulnerabilidade que o adolescente está exposto, associada às mudanças de valores e padrões culturais da sociedade, tem interferido significativamente no

início precoce da vida sexual, que pode resultar na gravidez na adolescência (ALMEIDA; RODRIGUES; SIMÕES, 2007).

No entanto, vale ressaltar que a gravidez na adolescência sempre esteve presente na civilização. Na Antiguidade mulheres iniciavam a vida sexual ainda na puberdade, engravidavam, e morriam antes dos 20 anos, devido a complicações da gravidez e do parto. Este fato se repete na Idade Média, na qual as meninas ao vivenciarem a menarca imediatamente eram submetidas ao casamento com homens escolhidos pela família, e neste contexto tinham o papel de ter filhos e cuidar do lar (SANTOS; NOGUEIRA, 2009).

A gravidez na adolescência é tratada como um problema de saúde pública. No Brasil, dados do Ministério da Saúde (MS) apontaram que no ano de 2005, 21,8% dos partos realizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) foram de adolescentes. Já em 2010, estes dados diminuíram para 19,3%. No entanto ainda é considerado um problema de saúde pública pelos agravos que o evento pode causar à saúde da adolescente e de seu filho, como também às mudanças sociais como evasão escolar, baixa renda familiar entre outros (BRASIL, 2005; BRASIL, 2010).

Neste sentido, a gravidez recorrente na adolescência, temática ainda pouco estudada no Brasil, foi revelada na Pesquisa Nacional Demografia e Saúde de 2006, em que de 16,2% de adolescentes que já eram mães, 13,5% tinham dois filhos ou mais, atentando para o alto índice de recorrência (BRASIL, 2006).

Em estudo realizado por Bruno et al. (2009) foi enfatizado que a recorrência de gravidez na adolescência após cinco anos da primeira gestação foi de 61%, sendo que 40% engravidou mais de uma vez neste período, desencadeando problemas econômicos e sociais. Evidenciou também que a maioria das adolescentes grávidas não estudava, ou tinha baixa escolaridade na ocorrência da primeira gestação, e após esta vivência 35% não frequentava a escola após cinco anos da primeira gestação, constituindo-se um fator de risco para recorrência da gravidez.

Já no contexto econômico, Melhado et al. (2008) destacam que a recorrência está ligada a adolescentes de famílias de baixa renda, resultando maiores eventos de exclusão social, no qual as adolescentes deparam-se com uma falta de perspectiva de vida.

Neste pensar, Melo e Coelho (2011) apontam que é preciso aproximar as adolescentes dos serviços de saúde, cabendo aos profissionais de saúde acolher, respeitar as especificidades e valorizar o contexto em que a adolescente grávida está inserida considerando também, os fatores socioeconômicos e culturais.

Para acolher e cuidar de adolescentes que vivenciam a gestação precoce é preciso considerar que na adolescência o ser humano encontra-se em um período de mudanças que desencadeiam euforia, conflitos, medo e ansiedade. Também, que associado a este processo tem-se a gestação e o parto, eventos em que a mulher experiencia uma gama de sentimentos devido ao desconhecido em relação aos procedimentos aos quais será submetida e o atendimento que lhe será prestado (GOMES; FONSECA; ROBALLO, 2011).

Nesta conjuntura, quando uma adolescente dá continuidade a gestação e vivencia o parto, experiencia um misto de sentimentos desencadeados pelo período da adolescência e pelo evento de parir. Assim, uma assistência de qualidade durante o processo de parturição, pautada na integralidade do cuidado torna-se indispensável (BRASIL, 2005).

O parto é considerado um evento social e biológico, único de cada mulher, que guarda relação com sua história de vida, suas crenças e seus valores, por esta razão o contexto e a vivência das mulheres precisam ser respeitados no sentido de torná-la protagonista deste evento. O histórico do cuidado ao trabalho de parto e parto está ligado ao ambiente domiciliar, no qual, parteiras de confiança da família prestavam os cuidados à parturiente, com assistência pautada no vínculo e afeto para com os envolvidos no processo (BRASIL, 2000).

No século XX, ocorreram muitos avanços científicos e tecnológicos na assistência ao parto que trouxeram muitos benefícios para os partos de alto risco e resultaram na diminuição das taxas de mortalidade materna e infantil. Entretanto, estes avanços priorizaram a medicalização da parturiente durante o parto, tornando o processo de parturição médico-cirúrgico, tecnicista com o uso excessivo de práticas intervencionistas aplicadas no parto de baixo risco, aumentando o número de cesarianas e no abuso de intervenções tecnológicas (SODRÉ; LACERDA, 2007; NASSIF, 2009).

A medicalização do parto, além de causar prejuízos à saúde materna e neonatal, pode desencadear na parturiente adolescente, sentimentos de medo,

insegurança e ansiedade, que repercutirão em dificuldades na evolução de seu trabalho de parto, muitas vezes devido à perda do contato humano e a perda da presença da família (VELHO et al., 2012).

Segundo dados do MS, o número de cesarianas elevou-se de 40,2% em 1996 para 50% em 2008. Na pesquisa realizada pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) em parceria com instituições científicas do Brasil, os índices de cesarianas em 2012 alcançaram 52% dos nascimentos, sendo que no setor privado é de 88% (BRASIL, 2008; FIOCRUZ, 2014).

Estudos apontam que a cesariana resulta em altas taxas de lucros para médicos e instituições, pois constitui um evento rápido, favorecendo o aumento de números de atendimentos em um curto espaço de tempo, no entanto este procedimento cirúrgico é fator de risco para baixo peso ao nascer, prematuridade e mortalidade neonatal e materna (CARDOSO; BARBOSA, 2012; CURY, MENESES, 2006).

Acredita-se que é necessário romper com este modelo intervencionista, buscando uma nova forma de atendimento às parturientes adolescentes, resgatando o parto como um evento natural, promovendo a humanização do parto e nascimento.

Nesta linha de pensamento, Nagahama e Santiago (2008), afirmam que a humanização do parto visa substituir as intervenções mecanicistas e o uso abusivo de tecnologias por uma atenção integral centrada na mulher, como um ser único, que recebe atendimento individualizado e que contemple as diferenças sociais e culturais da população feminina.

Desta forma, acredita-se que para consolidar a humanização do atendimento ao parto em adolescentes torna-se necessário que os profissionais de saúde desenvolvam ações assistenciais e educativas direcionadas às necessidades específicas das mulheres adolescentes. Para tanto, é de extrema importância conhecer e entender as mulheres que trazem na sua história de vida partos recorrentes na adolescência, conhecer suas vivências de trabalho de parto e parto, sua participação na tomada de decisão durante o processo de parturição, bem como sentimentos desencadeados neste evento, estrutura familiar e rede de apoio disponibilizada.

Frente ao exposto percebe-se a necessidade da realização de estudos qualitativos com a temática parto recorrente na adolescência com vistas a qualificar as estratégias de atenção as gestantes adolescentes.

Nesta perspectiva, o presente estudo justifica-se, pois, ao conhecer a realidade da recorrência do parto na adolescência poderá propiciar empoderamento de adolescentes para transformar a realidade social.

Soma-se a esta argumentação, aspectos pessoais que me estimularam a estudar tal temática, pois fui mãe na adolescência, e no decorrer do processo gestacional experienciei um misto de sentimentos, próprios do processo, contudo atrelados ao preconceito que sofri por parte do meio social o qual estava inserida. Acredito que este julgamento da sociedade para com minha gravidez precoce interferiu de forma negativa na minha vivência deste período, bem como não tive a oportunidade de participar ativamente do meu processo de parturição, uma vez que fui submetida a uma cesariana sem indicação prévia. Ser mãe foi o melhor acontecimento da minha vida, no entanto sempre tive um imenso medo de vivenciar a recorrência da gravidez na adolescência, e penso que este anseio decorria do fato de preocupar-me com os julgamentos que sofreria, novamente, por parte da sociedade.

Além desses aspectos, escolhi trabalhar com a vivência do parto porque durante a graduação em Enfermagem fui bolsista de extensão universitária do projeto “Prevenção e Promoção da Saúde em Grupos de Gestantes e Puérperas”, e neste espaço foi possível desenvolver o Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) intitulado “Grupos de Gestantes: espaço de trocas de saberes e práticas na atenção ao parto”, cujos resultados apontaram lacunas e inquietações referentes ao conhecimento e experiências de mulheres acerca do processo de parturição. Assim, a grande afinidade que tenho pelo tema, me sensibiliza a buscar uma forma de compreender como mulheres que vivenciaram o parto recorrente na adolescência construíram seu conhecimento a respeito do parto e como as mesmas constroem sua realidade comum e transformam suas ideias em práticas, **justificando o interesse em realizar a presente pesquisa.**

Neste sentido destaca-se a necessidade da realização de estudos que deem prioridade para as representações sociais da gravidez na adolescência (planejada ou não), buscando compreender como as adolescentes buscam no

meio social o conhecimento sobre a gestação, como interação neste contexto e constroem significados vinculados à sua vivência.

Assim, para compor o referencial teórico deste estudo, optou-se pela Teoria das Representações Sociais (TRS) criada por Serge Moscovici em 1978, pois por meio da mesma foi possível identificar os modos de pensar e de agir das adolescentes no que se refere à construção e a subjetividade da vivência de partos recorrentes na adolescência.

Moscovici afirma que “as representações são sempre um produto da interação e comunicação e elas tomam sua forma e configuração específicas a qualquer momento, como uma consequência do equilíbrio específico desses processos de influência social” (MOSCOVICI, 2010, p. 21).

Assim, a partir da compreensão das representações sociais de mulheres que foram mães na adolescência, os profissionais de saúde podem transformar suas práticas assistências em relação à gravidez na adolescência contrapondo o olhar unilateral de risco, problema, precocidade, situação social indesejada e transgressora, para uma prática que possibilita às adolescentes vivenciar a gestação e o processo de parturição de forma tranquila e segura.

Frente ao exposto, o estudo pretendeu responder a seguinte questão de pesquisa: **Quais as representações sociais do processo de parturição de mulheres que vivenciaram partos recorrentes na adolescência?**

## **1.1 OBJETIVOS**

### **1.1.1 OBJETIVO GERAL**

Conhecer as representações sociais do processo de parturição de mulheres que vivenciaram partos recorrentes na adolescência

### **1.1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Investigar a construção do conhecimento das mulheres acerca do processo de parturição vivenciado;
- Descrever os sentimentos das mulheres na vivência dos partos recorrentes na adolescência;
- Averiguar a participação da mulher na tomada de decisão durante os partos recorrentes na adolescência;

- Identificar as redes de apoio das mulheres na vivência dos partos recorrentes.

## **2 PRESSUPOSTOS**

Alinhados ao referencial teórico das Representações Sociais de Moscovici (2010), buscando atender aos objetivos deste estudo, se estabeleceu os seguintes pressupostos:

- As representações sociais de mulheres que vivenciaram a primeira experiência de parto na adolescência estão ligadas a sentimentos negativos, devido ao problema social que a gravidez na adolescência representa na sociedade. Em contraponto, o parto recorrente representa sentimentos positivos, pois as mesmas ancoram-se à experiência previamente vivida.

- As mulheres que vivenciaram partos recorrentes na adolescência não receberam informações relacionadas ao parto durante o pré-natal. O conhecimento das mesmas acerca do processo de parturição vivenciado está atrelado às informações adquiridas no espaço em que vivem e a troca de experiências que o meio social proporciona.

- Toda adolescente ao descobrir que está grávida assimila a nova fase da vida, conseguindo se adequar ao processo. No entanto, acaba não tendo voz ativa na tomada de decisão acerca da primeira experiência de parto, devido à falta de conhecimento sobre o processo, assim como o medo de ser julgada. No entanto, ao vivenciar o parto recorrente, sua postura frente às decisões muda, e passa a participar ativamente do processo, buscando reivindicar seus direitos de atendimento qualificado.

- A mãe adolescente que possui rede de apoio qualificada vivencia o processo de forma tranquila e prazerosa.

### **3 REVISÃO DE LITERATURA**

No presente estudo, foram aprofundadas as temáticas que deram sustentação ao entendimento do objeto do estudo que é o parto recorrente em adolescentes. Esta revisão de literatura está composta pelas temáticas sobre a adolescência, gravidez na adolescência, rede de apoio social à adolescente grávida, a vivência do parto na adolescência e as Políticas Públicas do Brasil de atenção ao processo de parturição.

#### **3.1 Adolescência**

A adolescência é considerada uma fase peculiar do desenvolvimento humano. O significado literal da palavra deriva do latim *adolescere* (*ad*: a, para a + *olescere*: crescer), definindo a condição ou processo de crescimento (ABERASTURY; KNOBEL, 1992, p.89).

Trata-se de uma fase de alterações fisiológicas, psicológicas e sociais, na qual se desencadeiam conflitos, desafios, crises e descobertas. É um processo biológico articulado a várias dimensões e inter-relacionado ao nível individual e coletivo (RESSEL, et al., 2011).

O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) revelou que em 2007 a população brasileira compunha-se de aproximadamente 19 milhões de adolescentes entre 10 e 14 anos de idade, e 20 milhões entre 15 e 19 anos, totalizando aproximadamente 39 milhões de adolescentes brasileiros (IBGE, 2007). Estes dados justificam a necessidade de políticas que qualifiquem as práticas de cuidado a esta fase da vida, buscando promover e prevenir agravos a esta população.

A adolescência é considerada um fenômeno único e diverso, circunscrito sociocultural e historicamente, pois é construído no âmbito das sociedades, se definindo e se modificando na interação de diversos componentes, quais sejam os

fisiológicos, os econômicos, os institucionais, os político-éticos e os biopsicossociais. É na interação desses fatores que se constroem os modos de vida e saúde dos adolescentes, na qual buscam continuamente a autoafirmação (RESSEL et al., 2009; FERREIRA et al., 2007).

As transformações fisiológicas estão ligadas a maturação sexual, aquisição das funções do corpo adulto, novas formas físicas e estéticas comandadas por complexa inter-relação de vários órgãos neuroendócrinos ocorrendo a menarca na menina, e a primeira ejaculação no menino, traduzindo a passagem progressiva da infância à adolescência (DAVIM et al., 2009). Apesar de adquirir a maturidade sexual, e conseqüentemente, a capacidade reprodutiva, o adolescente apresenta dificuldades de adaptar-se as alterações psicológicas e sociais decorrentes desta fase (CAMINHA et al., 2012).

As alterações psicológicas trazem consigo desequilíbrios e instabilidades extremas, e o adolescente vivencia um misto de ansiedade, injustiça e incompreensão que pode desencadear dificuldade no relacionamento interpessoal com sua família, professores e sociedade (PRATTA; SANTOS, 2007).

Assim, a família, os profissionais de saúde e de educação precisam dar uma atenção especial para as alterações próprias da adolescência, buscando ajudar os adolescentes a lidar com as situações e problemas que possam desencadear danos e agravos à saúde. Para tanto, é necessário o esclarecimento acerca de temas que permeiam este processo; dentre estes a educação sexual, pois o início da vida sexual de forma precoce num momento que não estão preparados, deixa-os predispostos às conseqüências deste ato, como: doenças sexualmente transmissíveis e gravidez precoce (DAVIM et al., 2009; RESSEL, et al., 2011).

Desta forma, torna-se importante compreender as representações sociais que os adolescentes construíram no decorrer de suas experiências acerca da vida sexual, bem como doenças sexualmente transmissíveis e gravidez na adolescência. O conhecimento socialmente construído, a comunicação entre os adolescentes e a elaboração de seus comportamentos pode influenciar na forma como eles recebem às informações de seus familiares e profissionais de saúde e educação.

### 3.2 Gravidez na adolescência

A gestação na adolescência é uma realidade em nossa sociedade, consequência de fatores como maturação sexual precoce; pouco conhecimento do uso de métodos contraceptivos; retardo da idade para o casamento; fragilidade da tutela familiar e processo acelerado de urbanização, com mudança significativa no estilo de vida (ENDERLE et al., 2012). Esta vivência também tem sido apontada como opção das adolescentes como projeto de vida, na qual veem a gravidez como elemento reorganizador da vida e não desestruturador (SOUZA et al., 2010; MONTEIRO, 2010).

Estudos realizados com adolescentes grávidas afirmam que muitas vezes a gestação é desejada e planejada, cujos adolescentes com dificuldade de relacionamento intrafamiliar, rede de apoio desqualificada, baixa autoestima, e mau rendimento escolar encontram na maternidade precoce um meio de construir sua própria família e conquistar seu papel de mulher na sociedade (MONTEIRO, 2010; MENESES, 2007).

Nesta conjuntura Andrade, Ribeiro e Ohara (2009) afirmam que ao desejar ser mãe a adolescente planeja a gestação, vivenciando esta experiência em sua concretude. Algumas vezes, a emergência de ter um filho pode ser influenciada pelo companheiro, o que faz aflorar a vontade, do que não era planejado para aquele momento, se tornar prioridade.

Independente de ser ou não uma opção das adolescentes, Coard, Nitz, Felice (2000) alertam para baixa produção de estudos que abordem a recorrência de gravidez na adolescência, cuja variação está entre 25 a 50% na literatura mundial.

Nery et al. (2011) ressaltam que a recorrência da gravidez na adolescência está diretamente relacionada a fatores socioeconômicos, dando ênfase a baixa escolaridade e conseqüente falta de conhecimento acerca dos métodos contraceptivos pós-parto, o que desencadeia uma chance de 9 a cada 10 adolescentes de experienciarem a recorrência da maternidade no primeiro ano pós parto .

Neste contexto, estudos têm enfatizado que a ocorrência e recorrência de gravidez precoce estão diretamente relacionadas à ausência de programas de planejamento familiar que atendam às necessidades desta população nos

serviços públicos de saúde (GODINHO et al.,2000; SILVA et al., 2011). E as consequências sociais e econômicas da gravidez na adolescência justificam a necessidade de valorizar programas e projetos em saúde pública que sejam específicos para adolescentes (PARIZ; MENGARDA; FRIZZO,2012).

Neste sentido, o MS enfatiza preocupações em relação às complicações biológicas e sociais desencadeadas pela gravidez precoce para a saúde da díade mãe-bebê. Adolescentes menores de 14 anos de idade têm uma probabilidade de cinco a sete vezes maior de morrer durante a gravidez do que mulheres que são mães com mais idade (BRASIL,2005).

Meninas com gravidez indesejada trazem consigo sentimentos de medo, culpa, censura e vergonha, e por vezes, acabam encontrando no aborto a solução de seus problemas, o que justifica o fato de ser em jovens o maior índice de abortos em condições de risco (MELO; COELHO, 2011).

Além do abortamento, outras consequências da gravidez precoce são a desnutrição, o sobrepeso, a hipertensão, a anemia, a desproporção cefalopélvica e a depressão pós-parto (DIAS; TEIXEIRA,2010). Além desses aspectos, a gestação em adolescentes pode estar ligada a comportamentos de risco, como álcool e drogas (OLIVEIRA et al,2008).

Ao relacionar a gravidez precoce à saúde do bebê, Almeida e Aquino (2006), apontam para ocorrência de baixo peso ao nascer, prematuridade, morte perinatal, epilepsia, deficiência mental, transtornos do desenvolvimento, cegueira, surdez, aborto natural, além de morte na infância.

No que se refere às complicações sociais da gravidez na adolescência, Dias e Teixeira (2010) enfatizam a pobreza, a evasão escolar, o desemprego, o mercado de trabalho não-qualificado, a separação conjugal, situações de violência, negligência e diminuição das oportunidades de mobilidade social. Estas complicações também são apontadas no estudo realizado por Silva et al. (2011) que comparou adolescentes primíparas e multíparas e constatou menor escolaridade, menor acesso ao mercado de trabalho, menor frequência ao pré-natal e conseqüentemente maior vulnerabilidade social entre as multíparas.

Neste contexto, Ferreira et al. (2007) enfatizam a necessidade de políticas sociais que contemplem as demandas das adolescentes, apoiam a construção de

estratégias que promovam a redução da vulnerabilidade social, visando uma (re)inserção social com qualidade de vida para a díade mãe-bebê.

### **3.3 Rede de apoio social da adolescente grávida**

O apoio social auxilia na assistência das necessidades emocionais e físicas dos indivíduos, é considerado como parte fundamental da promoção da saúde com vistas a amenizar sentimentos negativos de vivências estressantes (BRAGA, 2011).

Ao considerar que a gravidez na adolescência pode desencadear uma sobreposição de crises (mesmo quando planejada), surge a necessidade da consolidação de rede de apoio social no decorrer deste processo, surgindo como amenizadora de sentimentos e recursos para a adolescente vivenciar este período de maneira prazerosa.

Rede de apoio social é entendida como um conjunto de sistemas e pessoas que compõem os elos de relacionamentos de um indivíduo (BRITO; KOLLER, 1999). Está em constante construção e contribui para o bem estar do indivíduo na medida em que o mesmo se insere em novos e diferentes contextos e grupos sociais (SIQUEIRA et al., 2009).

Para Meneses (2008), a rede de apoio social denomina-se como um conjunto de relações que prestam apoio social ao indivíduo. O apoio é considerado função da rede, estando presente nas relações íntimas e de confiança do indivíduo.

Para Dessen e Braz (2000), ao vivenciar a gravidez na adolescência, a adolescente pode ter sua rede de apoio modificada em relação às pessoas que a compõem e as funções que exercem; pois o contexto sociocultural, o tempo, o histórico e a fase de desenvolvimento do ser humano são fatores que tendem a influenciar as redes de apoio.

Nesse sentido, adolescentes que possuem rede de apoio social qualificada, seja a família, a comunidade, a escola e/ou profissionais de saúde aprendem a lidar com as dificuldades do processo gestacional com maior facilidade, vivenciando o período de forma plena e saudável (MOREIRA; SARREIRA, 2008).

As adolescentes geralmente encontram na família a autonomia e o fortalecimento para se consolidarem frente à sociedade enquanto mulheres e

mães. Assim, independente da classe social, a família é entendida como o alicerce para o apoio social (DIAS; AQUINO, 2006).

Wright e Leahey definem família como “grupo de pessoas cujos membros dizem fazer parte dela, podendo essas pessoas serem ou não ligadas por consanguinidade e aliança” (WRIGHT; LEAHEY, 2009, p.48).

O estudo de Hoga, Borges, Alvarez (2009) realizado com famílias de adolescentes grávidas, evidenciou que os vínculos afetivos e relacionais se fortaleceram após a gestação, concebendo um ambiente permeado pelo apoio e afeto.

No contraponto, estudo realizado por Peres et al. (2008), enfatizou que mães adolescentes que não contam com apoio familiar durante a gestação tendem a ter maior número de intercorrências, assim como vivenciam o processo com maior vulnerabilidade.

Assim, Moreira e Sarriera (2008) salientam que mesmo que a rede de apoio seja pequena, é de extrema relevância, pois o que importa é a intensidade do apoio recebido, é ter alguém para contar na hora da angústia e do desespero.

Nesta conjuntura, o companheiro surge como uma figura essencial para o apoio social da adolescente. O apoio consolida-se na participação ativa durante o pré-natal, dividindo responsabilidades, compartilhando dúvidas e oferecendo amparo emocional nos momentos de crise (ANDRADE; RIBEIRO; OHARA, 2009).

Em relação aos profissionais de saúde, Breheny e Stephens (2007) afirmam que, muitas vezes, a adolescente sente-se julgada pelo serviço de saúde e por esta razão acaba não frequentando as consultas de pré-natal, bem como não segue as orientações fornecidas.

A presença contínua dos profissionais de saúde é de grande valia. Eles precisam compreender os fatores e razões da adolescente para a gravidez precoce, acolhendo as adolescentes que procuram os serviços, buscando mecanismos que fortifiquem a relação de ambos, sem julgamentos nem preconceitos (NASCIMENTO et al., 2012).

Neste sentido, estudo realizado por Aquino et al. (2006) acompanhou 50 gestantes adolescentes que participaram de atendimento multiprofissional durante a gestação para avaliar o impacto do apoio social prestado pelos profissionais para com as mães. Os resultados mostraram que as adolescentes amamentaram

seus filhos por maior período, obtiveram maior cobertura vacinal, assim como retornaram aos estudos. Desta forma percebe-se a importância dos serviços de saúde como rede de apoio às adolescentes.

No que se refere às instituições de ensino, Padilha (2011) realizou estudo com objetivo de apreender as representações sociais da evasão escolar para a mãe adolescente. As adolescentes ancoraram seus pensamentos acerca da educação no sistema socioeconômico, no qual buscavam continuar seus estudos na busca por qualificação profissional e melhores salários e um futuro melhor para seus filhos. No entanto, relataram dificuldade para retornar à escola, pois o desajuste entre idade/série, as reprovações e o abandono anterior influenciaram no apoio recebido por parte da instituição e justificaram a necessidade de políticas públicas que possibilitem que adolescentes grávidas possam continuar no sistema educacional durante o período gestacional.

Para Harden et al. (2009), as instituições de ensino precisam ser um espaço no qual as adolescentes possam encontrar apoio social. Além dessa perspectiva, pode-se utilizar este ambiente para realização de estratégias de promoção e prevenção da saúde das adolescentes.

Assim, conhecer as redes de apoio social das mulheres que experienciaram a gravidez na adolescência é de extrema importância para qualificar as ações de cuidado às adolescentes a partir dos significados e vivência do parto recorrente destas mulheres.

### **3.4 Vivenciando o parto na adolescência**

Vivenciar o parto é um momento único na vida da mulher, que traz consigo alterações fisiológicas, psicológicas e sociais. As alterações psicológicas que permeiam este momento ocorrem devido às expectativas acerca do parto, em que o medo e a ansiedade que acompanhavam a mulher durante o processo gestacional tornam-se reais com a efetivação do parto (GOMES; FONSECA; ROBALLO,2011).

Na parturiente adolescente o nível de ansiedade e medo é ainda mais elevado, pois se soma a vivência do parto às alterações que cercam a adolescência. Assim a adolescente vive um misto de sonhos e fantasias, rodeados por dúvidas e anseios que podem ser decorrentes do medo de morrer

no parto, da dor do parto, medo que a criança nasça defeituosa e de não saber como identificar e agir frente aos sinais do trabalho de parto e parto (SILVA; LOPES; DINIZ, 2008).

Neste contexto, entende-se que a atenção ao parto de adolescentes necessita ser pautada na singularidade e integralidade, visando reduzir os sentimentos negativos da adolescente, tornando-a protagonista do processo de parturição.

No entanto, na prática, estudos apontam pouca ou nenhuma singularidade no cuidado prestado à parturiente adolescente, no espaço de cuidado encontram-se práticas intervencionistas, medicalizadas e profissionais que desaprovam a gestação na adolescência, e por esta razão dispensam atitudes hostis para com as adolescentes gestantes (MCCALLUM; REIS, 2006; RANGEL; QUEIROZ, 2008).

Antigamente, a assistência ao parto era realizada no domicílio das parturientes, por parteiras que detinham conhecimentos sobre o funcionamento do corpo, do processo de parir, de amamentar, os efeitos das ervas, entre outros e que levavam em consideração aspectos sociais, culturais, crenças e valores da mulher e sua família (LEISTER; RIESCO, 2013).

No entanto, ao final do século XIX, o aumento das taxas de mortalidade materna e infantil, desencadeou no Brasil a necessidade de promover estratégias para diminuição das mesmas. Neste contexto os partos passaram gradativamente acontecer no ambiente hospitalar, com a justificativa de ser um ambiente mais adequado e seguro para mulher e o recém-nascido (KOETTKER, 2010).

A utilização do espaço hospitalar trouxe avanços científicos e tecnológicos que proporcionaram benefícios aos partos considerados de alto risco, que resultou na diminuição dos índices de mortalidade materna e neonatal. No entanto, com o passar dos anos a assistência baseada na tecnologia começou a ser aplicada também, nos partos de baixo risco, sem indicação de cesariana, trazendo como consequência o aumento de atendimentos medicalizados e intervencionistas (VELHO et al., 2012).

Assim, a mulher em trabalho de parto passou a ser vista como “paciente”, e desta forma, tratada como doente e impedida de participar ativamente do seu processo de parturição. Neste sentido, surge a era do parto medicalizado, no qual

as parturientes vivenciam sentimentos de medo, ansiedade e insegurança referentes às intervenções as quais estão expostas (KOETTKER, 2010).

Neste cenário Liu et al. (2013) afirmam que há um aumento considerável no número de cesarianas desnecessárias, em todo o mundo. Quinze países com cerca de 12 milhões de nascimentos por ano têm taxas de cesárea em mais de 30%. Na América Latina, 9 dos 12 países têm taxas acima do limite de 15% recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS; 2005). Estas taxas continuam a subir, e não estão associadas à melhoria das taxas de mortalidade materna e perinatal, ao contrário, este tipo de parto quando utilizado sem indicação necessária, pode aumentar o risco de complicações maternas como hemorragias, infecções puerperais, embolia pulmonar, riscos anestésicos e para os bebês pode acarretar problemas respiratórios, icterícia fisiológica, prematuridade iatrogênica, hipoglicemia e anoxia (LIU et al., 2013).

Nesta linha de pensamento, o Ministério da Saúde (MS) (2012) revela que no Brasil, os índices de nascimentos por cesariana vêm aumentando gradativamente, relacionado a fatores como medo da dor, a influência cultural e familiar, o desejo em realizar a laqueadura tubária e a escassez de informações durante o pré-natal. Estudos ainda descrevem que muitas cesarianas são realizadas em função da comodidade dos médicos e das instituições de saúde, a qual têm altas taxas de lucros em um curto espaço de tempo (MELCHIORI et al., 2009; CARDOSO; BARBOSA, 2012).

Estudo realizado por Surita et al. (2011) associou a cesariana à adolescentes, e evidenciou que adolescentes que tiveram experiência com cesariana na primeira gestação, são propensas à repetição de parto por esta via em futuras gestações, o que pode resultar em problemas futuros para a adolescente, tais como baixo peso ao nascer, acretismo placentário e complicações operatórias.

Neste sentido, estudo realizado por Moraes et al. (2012) demonstrou que adolescentes grávidas tinham conhecimento sucinto acerca do parto, estando restritos apenas aos tipos de parto, as mesmas não evidenciaram informações a respeito das indicações da cesariana e os benefícios do parto vaginal. Desta forma, o autor ressalta que o conhecimento das adolescentes está atrelado a informações adquiridas pelo senso comum alicerçadas no desejo de não sentir

dor, o que as torna submissas às decisões médicas pela indicação de cesariana, muitas vezes, desnecessária.

Assim, com o intuito de diminuir o alto índice de partos cesáreos, o MS estabeleceu no Brasil os primeiros ideais sobre a humanização do parto, medidas que preconizam uma assistência individualizada, de acordo com as necessidades de cada gestante e que garantam a autonomia da mulher durante o processo de parturição, resgatando o parto como um evento natural, com o mínimo de intervenções (DINIZ, 2009; BRASIL, 2011).

Para o MS, o atendimento humanizado deve ser realizado com o reconhecimento dos direitos fundamentais das mulheres e das crianças. Pressupõe direito à escolha do local a ser realizado o parto, da forma de assistência, da posição para o parto; da presença do acompanhante e da preservação da integridade corporal da mulher e da criança (BRASIL, 2008). Nesta perspectiva, o respeito ao parto como experiência pessoal, cultural, sexual e familiar e o fortalecimento do protagonismo da mulher no processo de parturição são pontos importantes para possibilitar a participação autônoma da mulher nas decisões de condutas e escolhas (BRASIL, 2011).

A presença de acompanhante durante o processo de parturição é assegurado pela lei 11.108 de 7 de abril de 2005, e ainda pelo Estatuto da Criança e do Adolescente que assegura que estabelecimentos de saúde devem permitir a presença em tempo integral de acompanhantes nos casos de internação de adolescentes (BRASIL, 1990; BRASIL, 2005). No entanto, muitas maternidades não cumprem a lei, e proporcionam momentos de solidão às adolescentes que acarretam consequências negativas no momento do parto (MERIGHI; CARVALHO; SULETRONI, 2007).

Neste contexto, estudo realizado por Enderle et al. (2012), evidenciou que as adolescentes entrevistadas não puderam ter a presença de um acompanhante durante o processo de parturição, no entanto, quando questionadas sobre seus direitos, as mesmas expressaram pouco conhecimento.

Nesta conjuntura, acredita-se ser de extrema importância que os profissionais de saúde utilizem o espaço da consulta de pré-natal para oferecerem às adolescentes informações sobre seus direitos e possibilitem que a mesma participe ativamente do processo de parturição, respeitando suas escolhas quanto

à sua vida e à sua saúde. Além destes aspectos, precisam demonstrar conhecimento acerca do processo de parturição para interpretar e agir diante de cada manifestação corporal e verbal da adolescente, passando a máxima confiança para a mesma.

Para Silva (2012) a relação de confiança entre o profissional e a parturiente pode ser estabelecida ao promover medidas de conforto durante o trabalho de parto e parto. Ambiente tranquilo com privacidade, técnicas de massagem lombar, banhos de chuveiro, deambulação, entre outros, minimizam o estresse emocional e o desconforto físico causado pelo processo parturitivo e fortalecem o vínculo entre a adolescente, familiares e profissionais de saúde.

Neste sentido, Nassif (2009) aponta que ao realizar-se o cuidado individualizado, promove-se a humanização do parto, pois a mulher desempenha o papel central deste momento, sendo capaz de verbalizar suas queixas e dúvidas e tem consciência do seu valor como protagonista do evento.

Portanto, acredita-se que para o processo de parturição ocorra de forma efetiva, é preciso conhecer as características das parturientes, bem como identificar o conhecimento que as mesmas têm acerca do parto, como este foi construído e é compartilhado no universo familiar e coletivo. A partir desse conhecimento pode-se qualificar o cuidado dispensado à adolescente, e promover a vivência positiva do parto recorrente na adolescência.

### **3.5 Políticas Públicas de atenção ao processo de parturição no Brasil**

No cenário brasileiro, as políticas públicas de atenção à saúde materno-infantil, começaram a emergir nas primeiras décadas do Século XX, ligadas a gravidez e ao parto. Tinham uma visão restrita sobre a mulher priorizando suas especificidades biológicas e seu papel social de mãe e doméstica de apenas cuidar do lar, filhos e familiares (BRASIL, 2008).

As ações propostas pelas políticas do início do Século XX tinham como objetivo proteger as gestantes e crianças, que eram considerados grupos de risco em situação de maior vulnerabilidade. No entanto, não havia integração com outras propostas e programas do governo federal, pois as metas eram planejadas a nível central, sem nenhuma avaliação das necessidades de saúde da população

local o que, talvez, justifique o baixo impacto nos indicadores de saúde da mulher e a fragmentação da assistência (BRASIL, 2004).

Nos anos 40, foi criado o Departamento Nacional da Criança, que priorizava os cuidados com as mulheres e suas crianças, com foco na gravidez e na amamentação. Esta ação teve duração do Estado Novo até o Regime Militar e o objetivo do governo era promover ações que alcançassem a população em vulnerabilidade social (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2008).

Após a década de 60, com o início da ditadura militar, a atenção à saúde, tem como modelo uma atenção médico assistencial privatista, e por volta de 1970 surgem os programas de atenção à saúde materno-infantil: Programa de Saúde Materno-infantil e Programa de Prevenção à Gravidez de alto risco (BRASIL, 1975). Estas políticas trouxeram o excesso de intervenções mecanicistas e tecnológicas, promovendo o uso e abuso de cesarianas, e priorizou a laqueadura como principal método contraceptivo, impondo a mulher um papel de coadjuvante do processo de parturição e escolhas sobre sua saúde (NETO et al, 2008; MELO,2009).

Ao longo dos anos estes programas que preconizavam o modelo mecanicista e tecnicista, centrados na reprodução feminina fragmentada, provocaram inquietações em movimentos sociais contrários à ditadura militar e, assim, começou a mobilização da população brasileira por mudanças na saúde oferecida pelo governo (DIAS; DOMINGUES, 2005).

No final da década de 70 surge o movimento feminista, que lutava principalmente, pelos direitos de saúde da mulher e questionava as diferenças sociais e de gênero. O movimento fez denúncias quanto ao direito à creche, saúde, sexualidade, violência contra mulher e contracepção. Estas reivindicações refletiram nas primeiras políticas de apoio e humanização à saúde materno-infantil e no início dos anos 80 foi instituído o alojamento conjunto, pela Portaria 18 do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS) do MS, que preconizava o contato entre mãe e recém-nascido com incentivo ao aleitamento materno exclusivo (BRASIL, 1980; NETO et al, 2008).

Em 1983, o MS, por pressão do movimento feminista criou o Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher (PAISM), com o objetivo de respeitar as necessidades e particularidades de cada mulher, que deveriam ser atendidas de

forma integral. O programa foi dividido em categorias baseadas nas diferentes etapas da vida das mulheres: assistência gravídico-puerperal; assistência ao aborto; assistência à concepção e anticoncepção; prevenção do câncer de mama e do colo uterino; assistência ao climatério, assistência às doenças ginecológicas prevalentes; prevenção e tratamento das DST/AIDS; amparo à mulher vítima de violência (BRASIL, 1983; COSTA, 2009).

O PAISM foi um marco nas políticas públicas relacionadas à saúde da mulher, pois, transformou as propostas políticas reducionistas da época em um atendimento integral à saúde, ampliando a visão sobre a mulher e o recém-nascido, em todas as etapas de sua vida (FREITAS, et al., 2009).

No que se refere à saúde reprodutiva das adolescentes a Organização Mundial da Saúde promoveu a Convenção Internacional dos Direitos da Criança, e recomendou que os países promovessem programas de saúde voltados para adolescentes, buscando atender problemas específicos desta faixa etária, como as Doenças Sexualmente Transmissíveis, o uso de álcool e drogas, além da gravidez precoce (OMS, 1989; VENTURA, 2005).

Assim, o MS cria o Programa de Saúde do Adolescente (PROSAD). O programa tem como base o princípio da integralidade, propondo ações para as adolescentes como controle de fecundidade, gravidez precoce, violência e maus tratos, prevenção das Doenças Sexualmente Transmissíveis. Também visa promover o apoio familiar, estimulando a confiança entre pais e filhos no que se refere a sexualidade e promovendo o acesso a informação (BRASIL, 1996).

Após a criação do PAISM e do PROSAD, outras iniciativas do MS começam a surgir com o intuito de qualificar a atenção à saúde materno-infantil e, mais especificamente, às adolescentes-mães. A década de 90 surge o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), que garante atenção à gestante e ao recém-nascido um atendimento de qualidade na gestação, no parto e no puerpério, assegurando estímulo ao aleitamento materno, presença do recém-nascido junto à mãe após o parto, alojamento conjunto obrigatório durante o período de internação da mulher e seu filho em todos hospitais do SUS, embasado na portaria GM/MS nº1016 de 1992 (NETO et al, 2008; BRASIL, 1990).

Em 2000, por meio da Portaria nº 569 de 1/6/2000 foi implantado o Programa Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN). O objetivo do PHPN

era reduzir as altas taxas de morbi-mortalidade materna, perinatal e neonatal no país, promover melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento do pré-natal, assistência ao parto e ao puerpério, tanto em gestação de baixo risco, como na de alto risco, garantindo à díade mãe/bebê com atendimento integral, com todos os investimentos e custeios garantidos pelo SUS, neste momento surge o termo humanização do parto e nascimento (BRASIL, 2000; NETO et al, 2008).

Humanizar é respeitar o processo fisiológico do parto extinguindo práticas intervencionistas desnecessárias, ou seja, procedimentos desumanos, como confinar a parturiente ao leito, o uso habitual de episiotomia, a aceleração do trabalho de parto com ocitócitos, a prática da manobra de Kristeller, toque vaginal com frequência, agressividade no tom de voz, autoritarismo e a ausência de sensibilidade dos profissionais de saúde (BICCHIERI; SILVA, 2006).

Para efetiva humanização do parto e nascimento, torna-se necessário que as equipes de saúde priorizem a formação de vínculos saudáveis, por meio de ações de acolhimento às gestantes, seus familiares e ao recém-nascido (BUSANELLO et al., 2011).

Para Souza, Gaiva e Modes (2011) humanizar o pré-natal, parto e nascimento implica em mudanças de atitudes e rotinas dos profissionais de saúde e a utilização de práticas assistenciais que garantam a integridade física e psíquica da mulher, colocando-a como protagonista no processo de nascimento de seu filho.

Acredita-se ser necessário incorporar ações na prática dos profissionais de saúde que propiciem as mulheres a se reconhecerem como pessoas de direito, cientes da importância de seu papel na escolha consciente e livre das formas como desejam parir sua prole.

## 4 REFERENCIAL TEÓRICO

Nesta seção aborda-se o referencial teórico para realização deste estudo que será embasado na Teoria das Representações Sociais proposta por Serge Moscovici (1978).

### 4.1 Teoria das Representações Sociais na vertente Moscoviana

A TRS apresenta três abordagens distintas conforme Figura 1, no entanto complementares, e cada uma surge de diferentes enfoques para compreender o pensamento social e o processo de construção das representações.

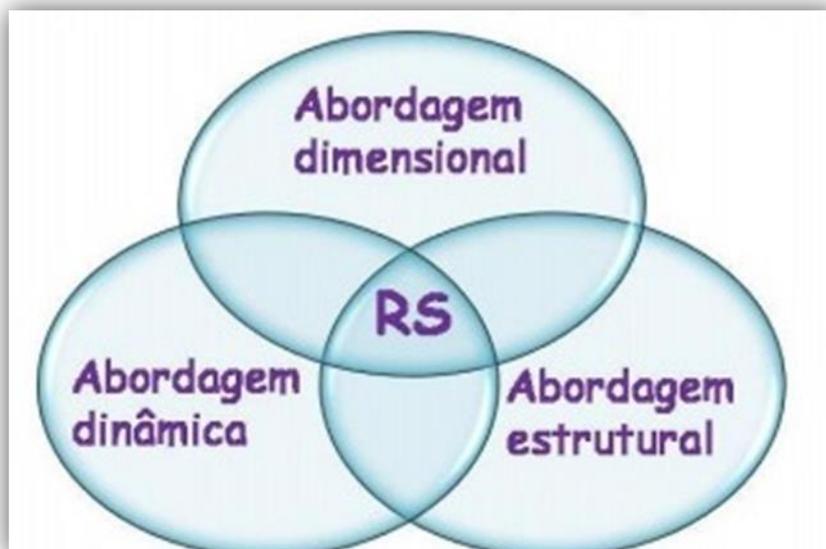


Figura 1: Abordagens da Teoria das Representações Sociais

Fonte: Adaptado de Torres (2010).

A primeira abordagem é denominada dimensional, vertente moscoviana, preocupada com a formação da representação social, por meio da informação, atitude e do campo de representação (MOSCOVICI,1978). Já a abordagem dinâmica é proposta por Denise Jodelet, a qual visa compreender as representações sociais a partir da dimensão de Moscovici, no entanto propõe uma

abordagem etnográfica, pois busca compreender como as RS interferem no cotidiano dos sujeitos (JODELET, 2001). E por fim, a abordagem estrutural, proposta por Abric (2003), na qual toda representação social é dividida em elementos centrais e periféricos, os elementos centrais são mais resistentes à mudança, estando relacionados à memória coletiva, já os elementos periféricos são responsáveis pela atualização e contextualização da representação, assim para compreender a dimensão da representação social, é necessário compreender como se dá sua estrutura.

Frente ao exposto optou-se por nortear esta pesquisa por meio da vertente moscoviciana, para conhecer como ocorreu o processo de formação das representações sociais das mulheres que vivenciaram partos recorrentes na adolescência.

Estudos realizados com adolescentes que experienciaram a maternidade recorrente têm evidenciado que muitas adolescentes planejaram suas gestações com o objetivo de conquistar uma posição na sociedade, consolidando a transição do ser menina para o ser mulher. No entanto, os resultados também demonstraram que grande parte destas adolescentes-mães vivenciaram o fenômeno em condições de forte iniquidade social, comprometendo seus direitos e sua qualidade de vida (CATJARNO; GIFFIN, 2002; HELBORN et al., 2006; SILVA et al., 2011).

No contexto da gravidez na adolescência, torna-se relevante compreender as concepções, as ideias e os pensamentos de mulheres que vivenciaram o parto recorrente na adolescência. Para tanto, acredita-se que a Teoria das Representações Sociais possa auxiliar na compreensão deste evento, uma vez que, por meio das representações sociais será possível evidenciar as percepções e significados atribuídos pelos sujeitos (as mulheres) de um grupo social em relação aos objetos do mundo. Neste estudo o objeto refere-se ao parto recorrente na adolescência.

A teoria das Representações Sociais foi proposta por Serge Moscovici, psicólogo social francês nascido em 1928, na Romênia, naturalizado francês. Em 1961 publicou a obra intitulada *La Psychanalyse: son image et son public*, iniciando um movimento que propõe uma nova psicologia social, com forte apoio

sociológico mas, considerando os processos subjetivos e cognitivos, ou seja, uma psicossociologia do conhecimento (DUVEEN, 2003).

A TRS possui como fonte teórica para seu desenvolvimento, o conceito de representações sociais coletivas, proposta pelo sociólogo francês Emile Durkheim (1912) e que estão ligadas a uma classe geral de ideias e crenças como, por exemplo, a ciência, a religião e o mito (SÁ, 2004).

Moscovici (2003) busca romper o pensamento durkeimiano marcado pela dicotomia entre as representações coletivas e individuais propondo uma teoria pautada na psicologia do conhecimento transformando-a numa forma de conhecimento socialmente elaborada e partilhada.

As representações sociais devem ser vistas como uma maneira específica de compreender e comunicar o que nós já sabemos. Elas ocupam, com efeito, uma posição curiosa, em algum ponto entre conceitos, que têm como seu objetivo abstrair sentido do mundo e introduzir nele ordem e percepções, que reproduzam o mundo de uma forma significativa (MOSCOVICI, 2010, p. 46).

Para Jodelet (2001, p.22), as representações sociais são “uma forma de conhecimento socialmente elaborada e partilhada, tendo uma visão prática e concorrendo para a construção de uma realidade comum a um conjunto social”.

Já Porto (2006), enfatiza que as representações sociais fazem parte dos discursos dos sujeitos, incluindo expressões, ideias, imagens e valores e estabelecem uma íntima relação ao contexto social no qual estão inseridas, representando nas sociedades contemporâneas o senso comum compartilhado pelo grupo social.

Neste sentido, Moscovici (2010) afirma que o senso comum é o conhecimento construído pelo homem a partir de suas vivências, experiências e observação do mundo. É o modo de pensar da maioria das pessoas, noções comumente admitidas pelos indivíduos.

Assim, as representações sociais podem induzir o comportamento das pessoas pertencentes a uma comunidade; as mesmas depois de concebidas circulam na sociedade, se inter cruzam, se atraem e se repelem por meio de um gesto, ou de uma reunião em nosso mundo cotidiano, resultando no nascimento de novas representações. Neste contexto velhas representações morrem, mediadas pelo que Moscovici chama de “flutuação de sistemas unificadores”.

Essas flutuações nada mais são que as ciências, as religiões e as ideologias sociais (MOSCOVICI, 2010, p.41).

Neste sentido, Jodelet (2001) afirma que as representações sociais surgem da organização das comunicações e condutas, a partir da relação do sujeito com os outros e com o mundo, ou seja, são como sistemas de interpretação que permitem a construção das realidades sociais.

Para Moscovici (2010) existem duas maneiras de efetivar o conhecimento e a comunicação na sociedade, o universo consensual relacionado ao cotidiano permeado pela conversação informal e o universo reificado ligado ao espaço científico pautado em regras e hierarquias.

No universo consensual a sociedade é contínua, permeada pelo sentido e a finalidade, os sujeitos podem manifestar suas opiniões e concepções sobre qualquer assunto, agindo e reagindo como um ser humano. Já o universo reificado é um sistema de entidades sólidas, básicas e invariáveis que são indiferentes à individualidade. Neste universo a opinião e participação do sujeito dependerão de sua qualificação profissional, na qual cada circunstância exigirá comportamentos e informações adequados a esta (MOSCOVICI, 2010).

Para Moscovici (2010), os limites entre os dois universos dividem a realidade física, bem como a coletiva, resultando num impacto psicológico. Assim, o universo reificado está embasado na ciência, enquanto o universo consensual relaciona-se às representações sociais.

Nesta lógica, as RS têm como propósito tornar algo não familiar, em familiar. A familiarização é sempre um processo construtivo de ancoragem e objetivação por meio do qual o não familiar passa ocupar um lugar dentro do mundo familiar (MOSCOVICI, 2010).

A ancoragem é definida por Moscovici como forma de compreender ideias estranhas, reduzi-las a categorias e a imagens comuns, colocando-as em um contexto familiar. Já a objetivação visa tornar concreto algo abstrato, transportando o que está na mente em algo que existe no mundo (MOSCOVICI, 2010).

A ancoragem é um processo que classifica e nomeia algo que para o sujeito é dito como incomum. Classifica-se no momento que busca protótipos presentes em nossa memória, instituindo uma relação positiva ou negativa com

os mesmos, ao nomeá-los ou rotulá-los com uma palavra pertencente a nossa linguagem, buscando aproximar-se do não familiar (MOSCOVICI, 2010).

O processo de objetivação permite materializar a ligação entre o não familiar e a realidade ao aparecer diante dos olhos fisicamente e acessível. Faz parte de um complexo de imagens que se relaciona à um conjunto de ideias palpáveis, sendo chamado de núcleo figurativo, fazendo concretizar um conceito de imagem (MOSCOVICI, 2010).

Assim, a ancoragem e a objetivação estão enraizadas e atreladas entre o cognitivo e as condições sociais em que são criadas as representações, efetivando-se como os processos de formação das RS (VALLA, 2000).

Moscovici (2010) aponta que a função das RS é convencionalizar os objetivos na medida em que os sujeitos categorizam as coisas do mundo, as localizam em uma determinada categoria e gradualmente as colocam como um modelo de determinado tipo, designando significados e definições a tudo que os cercam, permitindo compreender a realidade (JODELET, 2001; MOSCOVICI, 2010).

Além desses aspectos, as RS são prescritivas porque são impostas sobre nós, pois são o resultado de sucessivas gerações que transmitem uma sequência completa de elaborações e mudanças que ocorrem com o decorrer do tempo. Assim o sujeito apenas repensa, recita e representa (MOSCOVICI, 2010).

Neste sentido, as RS não são apenas opiniões, mas um conjunto de proposições, reações e avaliações de sujeitos, sobre um determinado objetivo, e segue uma lógica própria para a qual contribuem as informações, as atitudes e o campo de representação ou imagem. O conhecimento que o grupo possui acerca de determinado objeto denomina-se a dimensão da informação. A dimensão das atitudes busca identificar os julgamentos que os sujeitos constroem a respeito de condutas, declarações ou crenças, sempre inseridas no campo social. Já o campo da representação remete a ideia de modelo social e de imagem (MOSCOVICI, 1978).

Desta forma, o grupo social constrói e reconstrói representações, e os sujeitos na maioria das vezes vivem, determinam e agem em consonância com as RS já construídas (MOSCOVICI, 2010). Assim, por acreditar que o parto recorrente na adolescência está atrelado ao contexto social, busca-se na Teoria

das Representações Sociais compreender como as mulheres construíram o conhecimento acerca do parto, e quais os julgamentos emergiram a respeito de suas vivências.

## **5 METODOLOGIA**

### **5.1 Caracterização da pesquisa**

Esta pesquisa norteou-se metodologicamente como um estudo descritivo com abordagem qualitativa, fundamentada na Teoria das Representações Sociais proposta por Serge Moscovici (1978).

A abordagem qualitativa permite a existência da relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, sendo um recorte da realidade que não pode ser quantificado, ou seja, trabalha com significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes (MINAYO, 2010). Assim, é possível conhecer processos sociais relacionados a grupos e fatos particulares, que neste estudo é permeado pela inquietação de conhecer as representações sociais de mulheres que vivenciaram partos recorrentes na adolescência.

Para Polit e Beck (2011) é preciso flexibilidade frente à pesquisa qualitativa para adaptar-se às descobertas que estão sendo realizadas no decorrer do estudo, pois grupos particulares podem exigir diferentes estratégias para obtenção da coleta de dados.

Estudos descritivos surgem de pressupostos, por meio de uma investigação que almeja aprofundar os limites de uma realidade específica (TRIVIÑOS, 2009). Na presente investigação o caráter descritivo guarda relação com a descrição da realidade específica das mulheres que vivenciaram parto recorrente na adolescência.

### **5.2 Cenário do estudo**

O presente estudo foi realizado no município de Pelotas- Rio Grande do Sul – Brasil. A cidade de Pelotas é importante pólo regional de saúde em gestão plena desde agosto de 2000. O Sistema de Saúde de Pelotas conta com estrutura própria, serviços de saúde em parceria com universidades e prestadores de

serviços privados que compõem todos os níveis de atenção fazendo da cidade um sistema importante nos indicadores de saúde locais, regionais e estaduais (PREFEITURA MUNICIPAL DE PELOTAS, 2009).

Optou-se por realizar o estudo em Unidades Básicas de Saúde (UBS) da zona urbana de Pelotas que faziam parte da Estratégia de Saúde da Família e tinham vínculo acadêmico com a Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas. Fizeram parte do estudo as seguintes unidades: Barro Duro, Dunas, Santa Terezinha, Simões Lopes, Sitio Floresta e Sanga Funda.

### **5.3 Participantes do estudo**

As participantes deste estudo foram 30 mulheres adultas que vivenciaram parto recorrente na adolescência. A escolha por entrevistar mulheres adultas e não adolescentes, justifica-se por acreditar que o tempo é primordial para a realização de reflexões acerca dos fatos vivenciados, e a maturidade poderá expressar de maneira mais concreta as representações sociais acerca do parto recorrente.

Moscovici (2010) afirma que as interações humanas - sejam estas entre duas pessoas ou dois grupos - desencadeiam representações sociais, assim sendo não há número específico de participantes para estudos com abordagem da Teoria das Representações Sociais.

Neste sentido a pesquisa foi finalizada após a saturação teórica que é definida como o momento em que pouco de substancialmente o novo aparece, levando em consideração cada uma das questões abordadas e/ou identificadas durante a análise e o conjunto dos entrevistados (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008).

### **5.4 Critérios de inclusão**

- Mulheres com idade superior a 20 anos de idade;
- Ter vivenciado dois ou mais partos entre os dez e os 19 anos, conforme critério cronológico da Organização Mundial de Saúde;
- Residir no perímetro urbano do Município de Pelotas;
- Estar consciente e situada no tempo e espaço;
- Concordar com a divulgação e publicação dos resultados em meios acadêmicos e científicos;

- Permitir o uso de gravador durante as entrevistas.

### **5.5 Critérios de Exclusão**

- Mulheres que vivenciaram somente uma experiência de parto na adolescência;
- Morar fora do perímetro urbano do município de Pelotas/RS;

### **5.6 Princípios éticos**

Os princípios éticos que nortearam esta pesquisa foram correspondentes a Resolução nº 466/2012<sup>1</sup> do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde, que dispõem sobre Pesquisas com seres humanos e o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (2007), que no Capítulo III fala a respeito dos deveres nos artigos 89, 90 e 91 e das proibições nos artigos 94 e 98<sup>2</sup>.

Às participantes do estudo foi assegurado o conhecimento dos objetivos do estudo, o anonimato, o direito à desistência durante o processo de investigação e o acesso aos resultados da pesquisa.

O estudo não desencadeou riscos físicos, pois não foi realizado nenhum procedimento invasivo, coleta de material biológico ou experimento com seres humanos. Também foi assegurado as mulheres a desistência da participação em qualquer momento, sem prejuízo as mesmas.

Os benefícios para as participantes envolvidas no estudo foram as informações e a troca de conhecimentos entre as mesmas e a pesquisadora,

---

<sup>1</sup> Resolução nº 466/2012: Resolução que tem como objetivo aprovar diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Esta resolução incorpora sob ótica do indivíduo e das coletividades os quatro referenciais básicos da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça entre os outros, e visa assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado.

<sup>2</sup> Capítulo III (dos deveres): Art. 89. Atender as normas vigentes para a pesquisa envolvendo seres humanos, segundo a especificidade da investigação, Art. 90. Interromper a pesquisa na presença de qualquer perigo à vida e a integridade da pessoa, Art. 91. Respeitar os princípios da honestidade e fidedignidade, bem como os direitos autorais no processo de pesquisa, especialmente na divulgação dos seus resultados. Capítulo III (das proibições): Art. 94. Realizar ou participar de atividades de ensino e pesquisa, em que o direito inalienável da pessoa, família ou coletividade seja desrespeitado ou ofereça qualquer tipo de risco ou dano aos envolvidos, Art. 96. Sobrepor o interesse da ciência ao interesse e segurança da pessoa, família ou coletividade Art. 98. Publicar trabalho com elementos que identifiquem o sujeito participante do estudo sem sua autorização.

almejando-se a construção de uma assistência humanizada ao processo de parturição de adolescentes.

Com o intuito de preservar o anonimato das mulheres foi utilizado a inicial “M” referindo-se a mulher acrescida da idade atual e ordem numérica da entrevista. Exemplo: M25-1; M23-2.

### **5.7 Procedimentos para coleta de dados**

Inicialmente foram encaminhadas carta e cópia do projeto à Superintendente de ações sociais da Prefeitura Municipal de Pelotas, para solicitar apreciação e Carta de Anuência para realização do estudo (Apêndice A). Após entrou-se em contato com as chefias das UBS's selecionadas para solicitar a Carta de Anuência. De posse da carta de Anuência da Secretária Municipal de Saúde, bem como das UBS'S, o projeto foi submetido a Plataforma Brasil para apreciação por um Comitê de Ética em Pesquisa (Apêndice B ).

No dia 17 de maio do ano corrente recebeu-se o Parecer Consubstanciado emitido pelo CEP, da Faculdade de Medicina, da Universidade Federal de Pelotas, com aprovação do projeto sob Parecer nº 1.066.085 e CAAE 43861015.7.0000.5317.

A Unidade Básica de Saúde Barro Duro foi a primeira Unidade contatada, tendo sido um processo bastante difícil, pois a equipe não foi receptiva. A pesquisadora não obteve retorno dos possíveis informantes, mesmo após ir até a UBS nos dias 21 e 22 de maio e realizar ligações sem sucesso. Diante desta dificuldade, a semente<sup>3</sup> do estudo na UBS Barro Duro foi uma mulher indicada pelas acadêmicas de enfermagem da UFPel que estavam em estágio curricular na área de saúde da mulher e haviam realizado pré-natal desta mulher que se encaixava nos critérios de inclusão do estudo.

Assim, no dia 22 de maio conversou-se com a M.21.1, formalizando o convite para participar da pesquisa e expondo os objetivos do estudo (Apêndice C). Diante do aceite realizou-se a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice D) que após os esclarecimentos foi assinado pela

---

<sup>3</sup> Semente: definição dada por Goodman (1999) à amostragem não probabilística. Ou seja, ao final de cada entrevista será solicitada a indicação de outra mulher que tenha vivenciado o parto recorrente na adolescência. Este procedimento será repetido com as demais participantes desta pesquisa, até que aconteça a saturação dos dados.

participante. O TCLE foi elaborado em duas vias, ficando uma com a mulher e a outra com a pesquisadora. Desta forma voltou-se no dia seguinte para realização do procedimento de coleta de dados. Cumpre salientar que os encontros ocorriam conforme a sequência: coleta de dados para caracterização das participantes, incluindo a construção do genograma e ecomapa, e o segundo momento com a realização da entrevista semiestruturada.

No primeiro momento, realizava-se a construção do Genograma e Ecomapa por meio de um esquema em forma de desenho para o conhecimento das relações familiares e redes de apoio das mulheres que vivenciaram o parto recorrente na adolescência, que foi após validado pelas participantes, além do que o mesmo foi gravado. A escolha do genograma e ecomapa segundo Wrigth e Leahet (2009) tem como objetivo “quebrar o gelo”, e estimular o vínculo da pesquisadora com as participantes.

O genograma é uma representação gráfica da estrutura e histórico familiar, por meio dele é possível visualizar momentos importantes na família, como separação, nascimento e morte. Também possibilita discutir e analisar as interações familiares, estabelecendo estratégias assistenciais singulares e coerentes às necessidades da família, sua história, cultura e vida cotidiana (SCHWARTZ et al., 2009; WRIGTH; LEAHEY, 2009).

Já o ecomapa transporta a ênfase da estrutura e histórico da família para o funcionamento da mesma, retrata as relações da família com o mundo no qual está inserida, é possível avaliar os suportes e o apoio que a família pode contar, ou seja, representa a presença ou ausência dos recursos sociais, culturais e econômicos da mesma em um determinado momento da vida (WRIGTH; LEAHEY, 2009).

No segundo momento foi realizada a entrevista semiestruturada gravada em gravador digital (Apêndice E).

A entrevista semiestruturada, segundo Minayo e Gomes (2011), permite ao pesquisador obter informes contidos na fala dos atores sociais. Não significa uma conversa despretensiosa e neutra, uma vez que se insere como meio de coleta dos fatos relatados pelos atores, enquanto sujeitos objeto da pesquisa, que vivenciam uma determinada realidade que está sendo focalizada.

A maior dificuldade na realização desta entrevista foi a presença do irmão caçula da participante no mesmo cômodo, pois ele interrompia a entrevista com falas irônicas que deixavam a mulher encabulada, foi pedido que o mesmo se retirasse do local, no entanto por várias vezes ele voltava a importunar. Apesar do ocorrido, confessa-se que saímos da entrevista muito felizes, pois se acredita que foi possível conduzir a mesma de maneira satisfatória e foi ótimo perceber, no primeiro momento, a presença de representações sociais na fala da participante do estudo. Tal fato desencadeou a certeza de ter sido escolhida a teoria certa para subsidiar a análise deste estudo.

Cabe salientar que a coleta de dados procedeu-se por meio da técnica *Snowball* (bola de neve), método de amostragem intencional, que permite a definição de uma amostra na qual os participantes indicam outros participantes com as características em comum de interesse do estudo para serem entrevistados (GODMAM, 1999). Assim, ao final da entrevista, solicitou-se que M.21.1 indicasse outra participante com as mesmas características, sendo indicada sua melhor amiga. O contato telefônico com esta mulher foi feito ao final da entrevista de M.21.1, enquanto ainda a pesquisadora encontrava-se no domicílio desta. A mulher indicada aceitou participar do estudo, no entanto viajaria no dia seguinte e só retornaria para Pelotas no final do mês de julho e, desta maneira, pactuou-se que na data de retorno seria realizado novo contato telefônico para agendamento da entrevista.

Como o tempo de coleta de dados no mestrado, é considerado curto, optou-se por seguir a coleta de dados nas próximas UBS's, sem ter realizado a segunda entrevista no Barro Duro, ou seja, mesmo sem terminar a coleta de dados num local, o próximo já foi contatado.

Nesta dada conjuntura, no dia 25 de maio foi-se na UBS Sanga Funda, onde a pesquisadora foi recebida pela Enfermeira, já conhecida das atividades de bolsista de extensão na graduação, sendo esta muito atenciosa. Houve a informação juntamente com sua equipe, de três possíveis sementes para realização do estudo, sendo que, como uma destas mora na frente da UBS, realizou-se a visita domiciliar ainda naquele dia, a qual foi infrutífera visto que a mesma não aceitou participar do estudo. Com as outras duas mulheres realizou-se contato telefônico ainda naquele dia e agendou-se entrevista para o dia 27 de

maio, contudo no dia marcado choveu na cidade, com vários pontos de alagamentos, fazendo com que fossem desmarcadas as entrevistas agendadas para aquele dia, remarcando para o dia 01 de junho, pois neste dia, uma das participantes estaria na UBS participando do grupo de gestantes, e a entrevista seria realizada após o encontro, em sua residência que fica próxima a Unidade.

Na data marcada, a pesquisadora, juntamente com uma bolsista, foram até a Sanga Funda, ao chegar no local o grupo de gestantes ainda estava em andamento, desta maneira esperou-se pelo término do mesmo. Após ambas apresentaram-se para a M.22.2, a qual foi receptiva e optou por realizar a entrevista em uma sala reservada da UBS. A entrevista teve uma duração de 45 minutos e foi bem produtiva. Ao término da entrevista, solicitou-se que a mesma indicasse outra participante, contudo esta não conhecia nenhuma mulher com os critérios de inclusão do estudo.

No horário marcado deslocou-se até a residência da M.26.3, formalizando o convite para a participação na pesquisa que foi aceito e, logo deu-se início a entrevista. Foi difícil conduzir este encontro, primeiramente porque a participante não sabia informar vários aspectos solicitados no genograma e ecomapa, e posteriormente demonstrou-se tímida no decorrer da entrevista, assim foi necessário adequar as perguntas buscando encontrar uma maneira de a participante responder satisfatoriamente. Assim como a M.22.2, esta mulher também não soube informar outra participante do bairro, encerrando nesta entrevista a pesquisa na UBS Sanga Funda.

No dia 6 de junho estabeleceu-se contato com a UBS Simões Lopes, neste período a UBS estava passando por reformas, funcionando em um espaço próximo ao endereço de origem, na ocasião a pesquisadora e a bolsista foram recebidas por uma das enfermeiras da UBS, que prontamente atendeu a solicitação, fornecendo uma lista com oito possíveis mulheres que se encaixariam no estudo. A dificuldade neste bairro foi não ter o telefone das mulheres, pois os prontuários haviam ficado no antigo endereço, assim foi necessário realizar visita domiciliar às possíveis participantes. No entanto foram dois dias de caminhada pelo bairro sem sucesso, dentro das sementes indicadas pela enfermeira, três não se encaixavam nos critérios de inclusão, três não moravam mais no bairro, uma não aceitou participar da pesquisa, assim restou uma semente, marcou-se a

entrevista para semana seguinte, pois no dia da VD ela tinha compromisso. No dia marcado, 12 de junho, dirigiu-se até a residência da M.25.4 e realizou-se a entrevista, ouvir a história desta participante foi incrível, uma vida marcada pela relação conturbada com o pai e pela traição do marido com sua própria irmã. Esta participante não conhecia outras mulheres com os critérios de inclusão do estudo, então optou-se por retornar à UBS buscando outras indicações de mulheres. O enfermeiro da UBS forneceu o telefone de uma ACS e neste mesmo dia ligou-se para a ACS que forneceu o nome de duas mulheres da localidade, no entanto enfatizou que não dever-se-ia ir ao local sozinhas por se tratar de uma zona com intenso tráfico de drogas. Assim, optou-se ir ao local no período da manhã e de jaleco, para que os moradores identificassem que eram profissionais da área da saúde, confessa-se que sempre fomos bem recebidas nos locais que passávamos, recebendo um “oi”, “bom dia”, “boa tarde”, em nenhum momento sentimo-nos intimidadas.

No dia 18 de junho, deslocou-se até o local para fazer contato com as participantes indicadas, a primeira não morava mais no local, a segunda estava em casa e aceitou participar da pesquisa, sendo identificada como M.25.5. Após o término da entrevista esta indicou sua prima, levando-nos até a residência da mesma, a entrevista com M.28.6, teve a duração de 1 hora e meia, pois a participante era muito espontânea, contou sua história com muitos detalhes. O que marcou desta participante foi o trauma de ter sido “obrigada” a casar quando descobriu a primeira gestação. Ela enfatizou durante toda a entrevista que sua vida poderia ter sido diferente, se sua mãe tivesse permitido que fosse mãe solteira. Após o término da entrevista, a participante indicou sua amiga e sua irmã para participarem da pesquisa. A amiga era vizinha, o que possibilitou o contato e a realização da entrevista no mesmo dia; a M.41.7 é dependente química em tratamento e, por esse motivo, se emocionou várias vezes no decorrer da entrevista, pausando sua fala e retornando após breve momento de silêncio. Ao final da entrevista, a participante indicou outra moradora da localidade.

Dando sequência à pesquisa, no dia 24 de junho, foi-se a UBS Simões Lopes com intuito de visitar a participante indicada pela anterior, esta estava na frente da casa, sentada no chão e tomando chimarrão, após falarmos sobre a pesquisa, a mesma aceitou participar. M.23.8 mostrou-se interessada com a

temática, respondendo aos questionamentos com entusiasmo. Ao final da entrevista, sua irmã chegou ao local, como preenchia os critérios de inclusão do estudo e mediante aceite de participação na pesquisa, entrevistamos a M.21.9.

No dia 7 de julho realizou-se a entrevista da M.26.10, mulher que foi adotada recém-nascida, teve uma família muito atenciosa e dedicada que sempre a incentivou a estudar, mesmo após a gravidez. Este é o maior arrependimento demonstrado pela participante no decorrer da entrevista, não ter estudado para dar uma boa educação aos filhos. Esta participante indicou uma senhora moradora da localidade, referenciada na comunidade por dar conselhos aos mais jovens, assim no dia 17 de julho foi-se até a residência de M.50.11 que mostrou-se muito receptiva à entrevista, respondendo aos questionamentos com bastante entusiasmo. Ao final da entrevista prontificou-se em indicar uma nova mulher identificada como M.25.12, esta entrevistada demonstrou timidez frente aos questionamentos, o que por vezes foi difícil dar continuidade ao procedimento. No final da entrevista foi indicado a participante M.23.13, o que impressionou nesta entrevista foi a participante salientar a vontade de ter mais filhos. Disse não estar utilizando método contraceptivo porque quer engravidar novamente, mesmo sem a vontade do marido, pois o mesmo acredita que precisam investir na carreira para poderem dar uma boa educação aos filhos- que já são três- mas ela discorda, pois pensa que precisa ser mãe novamente porque é nova e ainda pode ter vários filhos.

No dia 20 de julho deslocou-se até a UBS Sítio Floresta para contatar a equipe de saúde, foi possível participar da reunião com os ACS, que forneceu sete contatos de mulheres que poderiam participar da pesquisa. Nesta UBS a dificuldade foi a distância, levava-se em torno de uma hora para chegar à residência da possível entrevistada, isso fazia com que perdêssemos grande parte do dia nos locomovendo, outra dificuldade foi que os endereços fornecidos, não coincidiam com as participantes informadas. Assim, da lista de sete possíveis participantes, encontrou-se apenas três.

A primeira participante encontrada foi M.26.14, esta foi uma entrevista difícil, a moradia da participante era uma peça de madeira, chão batido, com cheiro muito forte de estrume de suíno, além da grande quantidade de fumaça do fogão a lenha dentro da casa. Além desses aspectos foi preciso realizar a

entrevista com a presença do filho mais novo da participante, este tinha retardo mental e por muitas vezes atrapalhou o andamento da entrevista. A bolsista ofereceu guloseimas para o mesmo, para que a pesquisadora pudesse realizar os questionamentos. Ao final, a entrevistada indicou uma prima que morava ao lado de sua casa, a M.22.15, o empecilho desta entrevista foi a presença do companheiro no recinto em que realizou-se a coleta. Foi perguntando se haveria a possibilidade do mesmo se retirar do local, mas a participante afirmou que gostaria que ele ficasse. No entanto as vivências de parto da mesma foram com outro companheiro, o que intimidou a participante. Por várias vezes parecia se mostrar intimidada pelo marido, buscando responder apenas o que “lhe agradaria”. Ao final da entrevista, esta não soube indicar outra mulher, assim seguimos nossa caminhada pelo bairro em busca de outras participantes. A segunda mulher da lista foi encontrada e identificada por M.40.16. Esta foi uma entrevista muito intensa, a mulher foi muito receptiva, contou sua história com empolgação, relatando em detalhes sua vivência de parto domiciliar, vivência esta que surgiu para enriquecer este estudo.

No dia 27 de julho retornou-se ao Simões Lopes, pois havia-se marcado outra entrevista, neste dia entrevistou-se a M.61.17, mãe de 10 filhos. Ela recebeu-nos com carinho e atenção, indicando sua nora, identificada no estudo como M.22.18, a qual realizamos a entrevista no mesmo dia.

Já no dia 29 de julho voltou-se ao Sítio Floresta em busca das mulheres que haviam sido indicadas, surgindo o terceiro nome da lista deste bairro, a M.20.19. Esta mulher teve uma vivência marcante por ter vivenciado o primeiro parto aos 11 anos, mesmo sendo tão nova, mostrou-se no decorrer da entrevista com personalidade forte e opinião formada sobre a cesariana e em sempre optar por este tipo de parto. Cabe salientar que no decorrer da entrevista, enfatizou-se à participante que a pesquisa não defendia um tipo de parto específico, e sim se buscava compreender suas vivências. Esta participante não indicou outra, concluindo assim, a coleta de dados no Sítio Floresta.

No dia 10 de agosto foi-se até a UBS Dunas a fim de buscar possíveis participantes, ao chegar no local, descobriu-se que a UBS estava funcionando em outro endereço devido a problemas elétricos na sede. Assim como o Simões Lopes, esta unidade não estava com os prontuários disponíveis, desta forma foi

preciso fazer uma busca nas fichas de pré-natal, puericultura e puerpério. Foi a maneira que as enfermeiras encontraram de oferecer informações à pesquisadora, assim saiu-se da UBS com 14 nomes que poderiam se encaixar no presente estudo. Caminhou-se o dia inteiro e os nomes fornecidos não coincidiam com os endereços, conseguiu-se realizar apenas a entrevista da M.58.20; uma senhora simpática que recebeu-nos com muita atenção e se emocionou por muitas vezes no decorrer da entrevista, por ter sido vítima de abuso sexual e violência doméstica durante muitos anos de sua vida; esta não soube indicar outra participante.

No dia seguinte, voltou-se ao Simões Lopes pela manhã e realizou-se a entrevista da M.24.21, mãe solteira, comerciante, contou com empolgação sua vivência de ter sido mãe de gêmeas aos 14 anos de idade. Já no período da tarde, retornou-se ao Dunas e realizou-se a entrevista da M.45.22, mulher sofrida, mãe e cuidadora de uma menina com deficiência mental. Além dessa realidade, no período da entrevista, salientou a relação conturbada com os filhos, no dia anterior à entrevista havia realizado boletim de ocorrência de um filho e da nora devido a problemas com a casa. Este fato fez com que a mesma se emocionasse algumas vezes no decorrer da entrevista, na qual sempre buscava-se respeitar seu tempo para responder os questionamentos.

No dia 19 de agosto foi-se até a UBS Santa Terezinha. Após conversar com a enfermeira sobre o propósito da pesquisa, ficou acordado com a mesma que voltaria à Unidade na sexta-feira (21 de agosto), pois a equipe estaria reunida na UBS, o que facilitaria a comunicação com os ACS. Como combinado, na data marcada, deslocamo-nos até a reunião, neste espaço a recepção foi positiva, pois os profissionais demonstraram interesse pela pesquisa. No entanto, os ACS salientaram que não havia muitas mulheres no bairro com o perfil da pesquisa, mas comprometeram-se em buscar em suas localidades de trabalho, alguma participante com os critérios de inclusão do estudo.

Nesta unidade, uma ACS, se dispôs a participar da pesquisa por se encaixar nos critérios de inclusão do estudo. Desta forma marcou-se com a mesma a coleta para a segunda-feira (24 de agosto) na UBS, local escolhido pela participante. Como havia marcado esta entrevista, pactuou-se com os demais ACS que retornassem possíveis indicações de mulheres no mesmo dia e local.

Na segunda-feira foi-se até a UBS no horário marcado, no entanto a ACS não compareceu e nem avisou o motivo de sua falta, e quanto aos contatos, foi fornecido apenas o nome de uma participante por parte de um ACS. Confessa-se que neste dia da pesquisa ficamos muito chateadas e angustiadas, pois é visível que muitas vezes no período de coleta de dados o andamento do processo não depende da pesquisadora e da bolsista, e sim, da boa vontade de profissionais que por vezes acabam não valorizando ou não se interessando pela produção do conhecimento científico.

Mas enfim, ainda no período da manhã nos deslocamos até o endereço da participante indicada pelo ACS, esta aceitou participar da pesquisa e foi identificada como M.32.23, uma entrevista de difícil condução das questões norteadoras, pois a participante respondia as perguntas de maneira superficial, por vezes tentava-se repetir os questionamentos de outra maneira para conseguir terminar a entrevista. Ao final não foi indicada outra participante. Quanto a ACS, ligou-se e remarcou-se a entrevista para o dia 26 de agosto.

No período da tarde do mesmo dia foi-se ao Simões Lopes dar sequência a bola de neve daquele local. Entrevistou-se a M.46.24, que indicou sua vizinha M.24.25.

No dia seguinte, voltou-se ao local e entrevistou-se a M.29.26 que indicou sua irmã M.21.27 e sua prima M.20.28. Três situações também marcantes pela precariedade da moradia, no entanto, mulheres receptivas que se dispuseram participar da pesquisa de boa vontade, contando suas histórias sem receio de julgamentos ou preconceitos. Assim, encerrou-se a coleta de dados no Simões Lopes.

Na quarta-feira (26 de agosto) foi-se até o Barro Duro realizar a entrevista que a M.21.1 havia indicado e por motivos pessoais da participante a entrevista havia sido adiada, esta não teve indicação de outra participante, o que fez com que a coleta terminasse neste bairro. No período da tarde, realizou-se a entrevista da M.30.30 na Santa Terezinha, esta foi uma entrevista emocionante, pois as duas gestações da participante desencadearam parto prematuro, o que fez com que ela relembresse fatos que provocaram emoções fortes durante a entrevista.

Assim, terminou-se a coleta de dados do presente estudo. Foram três intermináveis meses, no qual fica o aprendizado e a vivência indescritível, porque

por dias foi muito difícil permanecer no papel de pesquisadora e não se emocionar com cada vivência das 30 mulheres que foram mães recorrentes na adolescência. Era impossível chegar em casa e não continuar pensando na história de vida de cada uma. Almeja-se que os resultados da pesquisa tragam avanços na produção do conhecimento na temática, visando a mudança de olhar para a história de vida desta população que, por muitas vezes, passa despercebida.

Após finalizar a coleta de dados, transcreveram-se todas as entrevistas que ainda não tinham sido transcritas e iniciou-se a pré-análise do material obtido. Os genogramas foram construídos por meio do software Genopro 2.5.3.9, e os ecomapas no Microsoft Word.

Os dados coletados foram armazenados em um banco de dados em CD que ficarão guardados na sala do Núcleo de Pesquisa na Faculdade de Enfermagem da UFPel, sobre responsabilidade da orientadora do estudo, por um período de cinco anos e após serão incinerados.

### **5.8 Análise dos dados**

Os dados obtidos na coleta de dados foram transcritos e analisados sob a perspectiva da análise textual discursiva (ATD), esta tem como finalidade “a produção de novas compreensões sobre os fenômenos e discursos”. Trata-se de um movimento interpretativo que está inserido entre os extremos da análise de conteúdo e a análise de discurso (MORAES; GALIAZZI, 2011, p.07).

A ATD organiza-se por meio de um ciclo de três etapas, consideradas como os elementos principais da análise, sendo estas: desmontagem dos textos, o estabelecimento de relações e a captação do novo emergente (MORAES; GALIAZZI, 2011).

**1.Desmontagem dos textos ou Unitarização:** nesta etapa busca-se examinar o texto proveniente das entrevistas (também denominado de “corpus”) nos mínimos detalhes, com o objetivo de encontrar significantes (parte física da palavra), para os quais foram dados significados (conceito transmitido à palavra) e sentidos por meio do conhecimento do pesquisador e da revisão de literatura. Assim, nesta etapa, o pesquisador deve realizar a desmontagem do texto, levando em consideração o objetivo de seu estudo, pressupostos e referencial teórico. Nesta desconstrução surge a unitarização, que pode ser definida em

função de critérios pragmáticos ou semânticos, ou seja, pode partir tanto de categorias definidas *a priori*, como categorias emergentes da análise do texto, independente do critério de construção de categoria, as mesmas precisam estar entrelaçadas com o objeto de estudo (MORAES; GALIAZZI, 2011).

**2. Estabelecimento de relações ou categorização:** Esta etapa visa estabelecer relações entre as unidades constituintes da etapa anterior, ou seja, realiza a combinação e classificação das mesmas, resultando na categorização. Assim, começa a emergir um novo texto, ou melhor, um metatexto que tem como origem os textos originais (MORAES; GALIAZZI, 2011).

**3. Captando o novo emergente:** Nesta etapa tem-se uma compreensão renovada desencadeada pelas etapas anteriores, no qual se consolida pela construção do metatexto, constituindo-se um processo intuitivo e auto-organizado, no qual o pesquisador vai dizer algo sobre o fenômeno estudado de maneira descritiva ou interpretativa. Na descrição o autor não se aprofunda no texto, apenas descreve as ideias e sentidos encontrados, já na interpretação, o autor dialoga com teorias já existentes, buscando apresentar novos sentidos e significados (MORAES; GALIAZZI, 2011).

O processo de análise descrito pode ser entendido como um ciclo, representado na Figura 2:

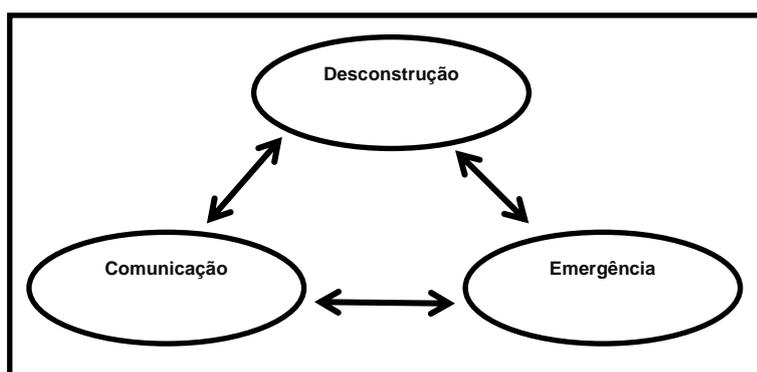


Figura 2: Ciclo da análise discursiva  
Fonte: Moraes, R.; Galiazzi, M. do C. 2011.

Desta forma, a ATD permite uma desorganização e fragmentação dos materiais textuais que se almeja analisar, após possibilita a formação de novas estruturas de compreensão do fenômeno sob investigação, a qual é expressa em produções escritas, em que a qualidade e originalidade da produção resultante

estão atreladas ao envolvimento do pesquisador com todo processo, assim os metatextos ao confrontados com as concepções do autor, os pressupostos do estudo e o referencial teórico escolhido (MORAES; GALIAZZI, 2011)- que neste estudo é permeado pela Teoria das Representações Sociais.

## 6 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste tópico para melhor compreensão do contexto dos resultados apresentam-se as mulheres que participaram deste estudo:

### 6.1 Quem são estas mulheres?

Acredita-se que antes de explicitar os resultados encontrados em relação às representações sociais sobre o processo de parturição, torna-se relevante apresentar as 30 mulheres participantes do estudo, sua estrutura familiar e rede de apoio, expostas na forma dos Genogramas e Ecomapas de cada participante (WRIGTH; LEAHEY, 2008). Cumpre salientar que todos os nomes de pessoas utilizados nas histórias das mulheres são fictícios.

**M.21.1:** 21 anos, quatro gestações, três filhos vivos, um aborto, menarca aos 13 anos, sexarca aos 14 anos, sem companheiro, Ensino Fundamental Incompleto, não trabalhava e não possuía religião, renda familiar de um salário mínimo. Vivenciou dois partos na adolescência, ambos não planejados, o primeiro foi cesárea aos 15 anos, realizou seis (6) consultas de pré-natal durante a gestação, o segundo também foi cesariana aos 18 anos, realizou quatro (4) consultas de pré-natal.

A seguir o genograma da M.21.1:

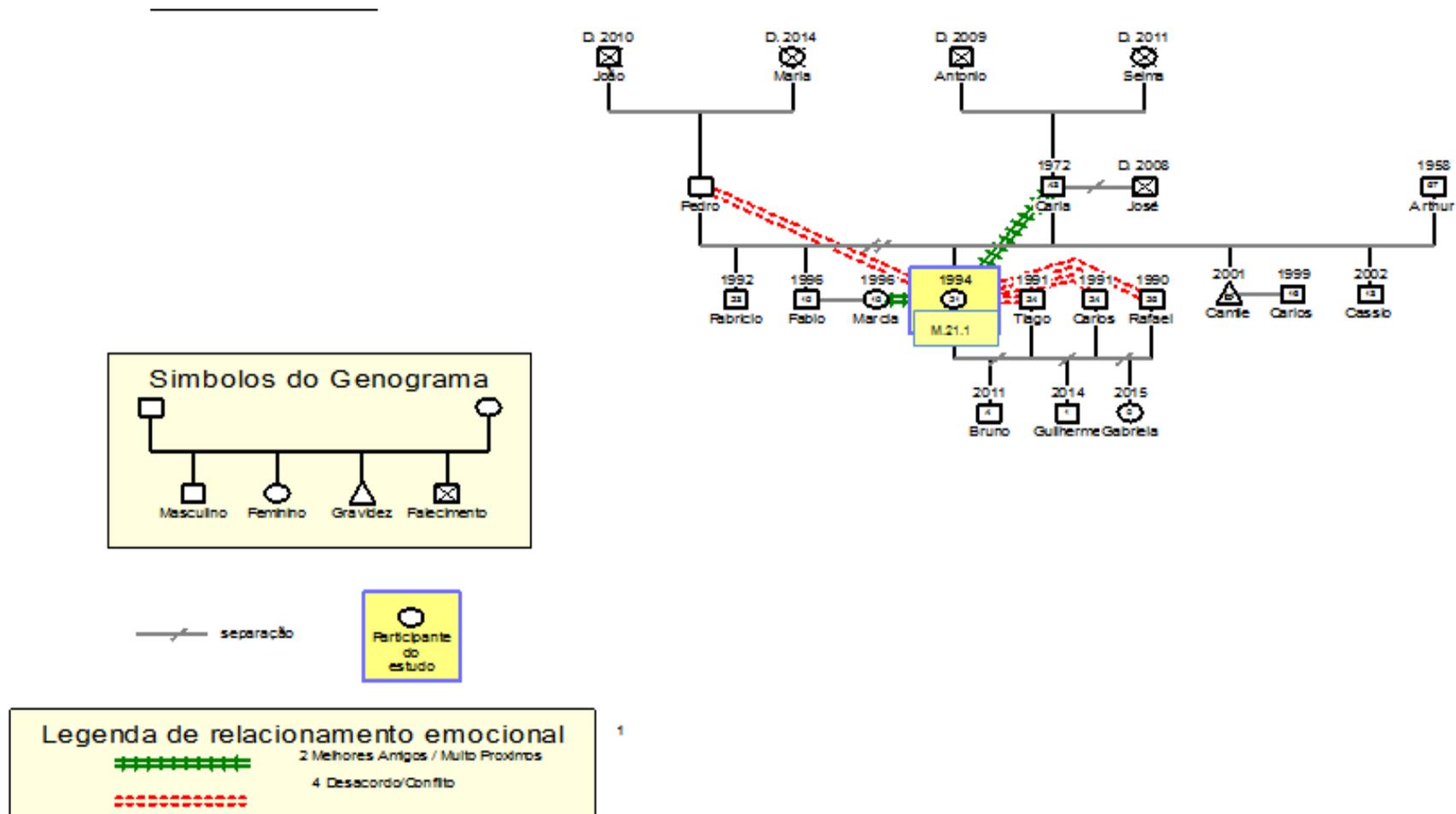


Figura 3 –Genograma da M.21.1. Pelotas, RS, 2015

M.21.1 morava com mais nove pessoas, dentre essas sua mãe e seu padrasto, vem de uma família de quatro irmãos, não tinha contato com o pai desde a separação, há 13 anos, referiu nunca ter tido uma boa relação com o mesmo. Suas gestações não foram planejadas, no entanto refere ter uma boa relação com a Unidade Básica de Saúde, cujo diz receber a ajuda necessária sempre que é preciso. Cada um de seus três filhos tiveram diferentes pais, e no momento nenhum dos mesmos têm contato com os filhos, pois não possuem uma boa relação com a participante. M.21.1 salientou no decorrer da entrevista que nunca recebeu informações sobre métodos contraceptivos e que este assunto sempre foi tabu na sua casa, mas recebeu apoio de sua mãe em todas as gestações e em todos os momentos de sua vida.

A seguir o ecomapa<sup>4</sup> da M.21.1:

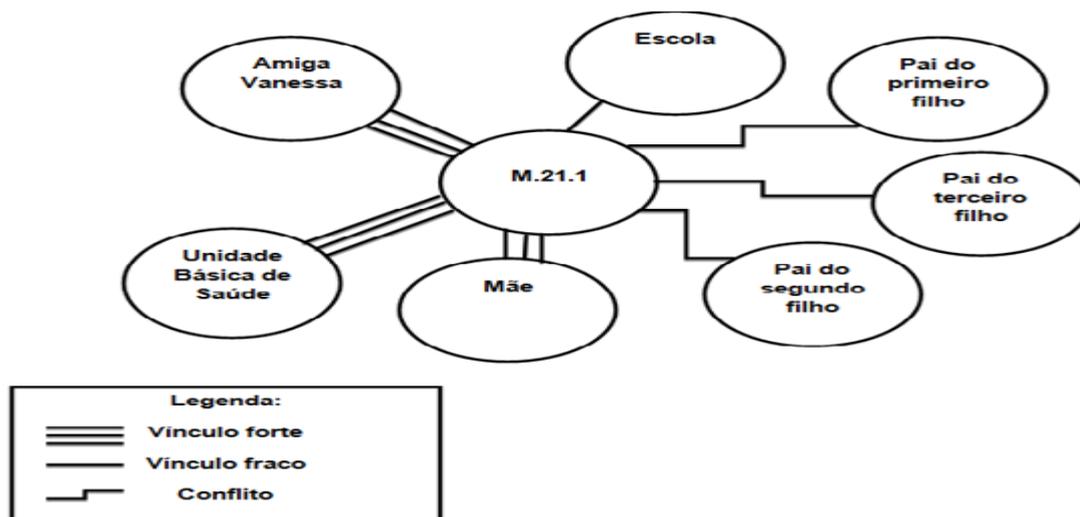


Figura 4- Ecomapa M.21.1. Pelotas, RS, 2015

<sup>4</sup> No que se refere à legenda do ecomapa cabe salientar que o relacionamento *forte* caracteriza os relacionamentos entre dois ou mais membros familiares que nutrem sentimentos positivos um para com o outro e que possuem interesses, atitudes ou valores recíprocos. O relacionamento *fraco* caracteriza os relacionamentos nos quais não há conflito explícito, no entanto evidenciam risco de ocorrência do conflito. Os relacionamentos *conflituosos* são aqueles que se caracterizam pelas relações nas quais existem freqüentes atritos que geram ansiedade e desavenças (WENDT, 2006).

**M.22.2:** 22 anos, duas gestações, três filhos vivos, nenhum aborto, menarca aos 13 anos, sexarca aos 15 anos, com companheiro, ensino fundamental completo, não trabalha e não possui religião, renda familiar de um salário mínimo. Vivenciou dois partos na adolescência, ambos não planejados, o primeiro (Gemelar) foi cesárea aos 16 anos, realizou cinco consultas de pré-natal, o segundo também cesariana aos 19 anos, realizou 6 consultas de pré-natal.

A seguir o genograma de M.22.2:

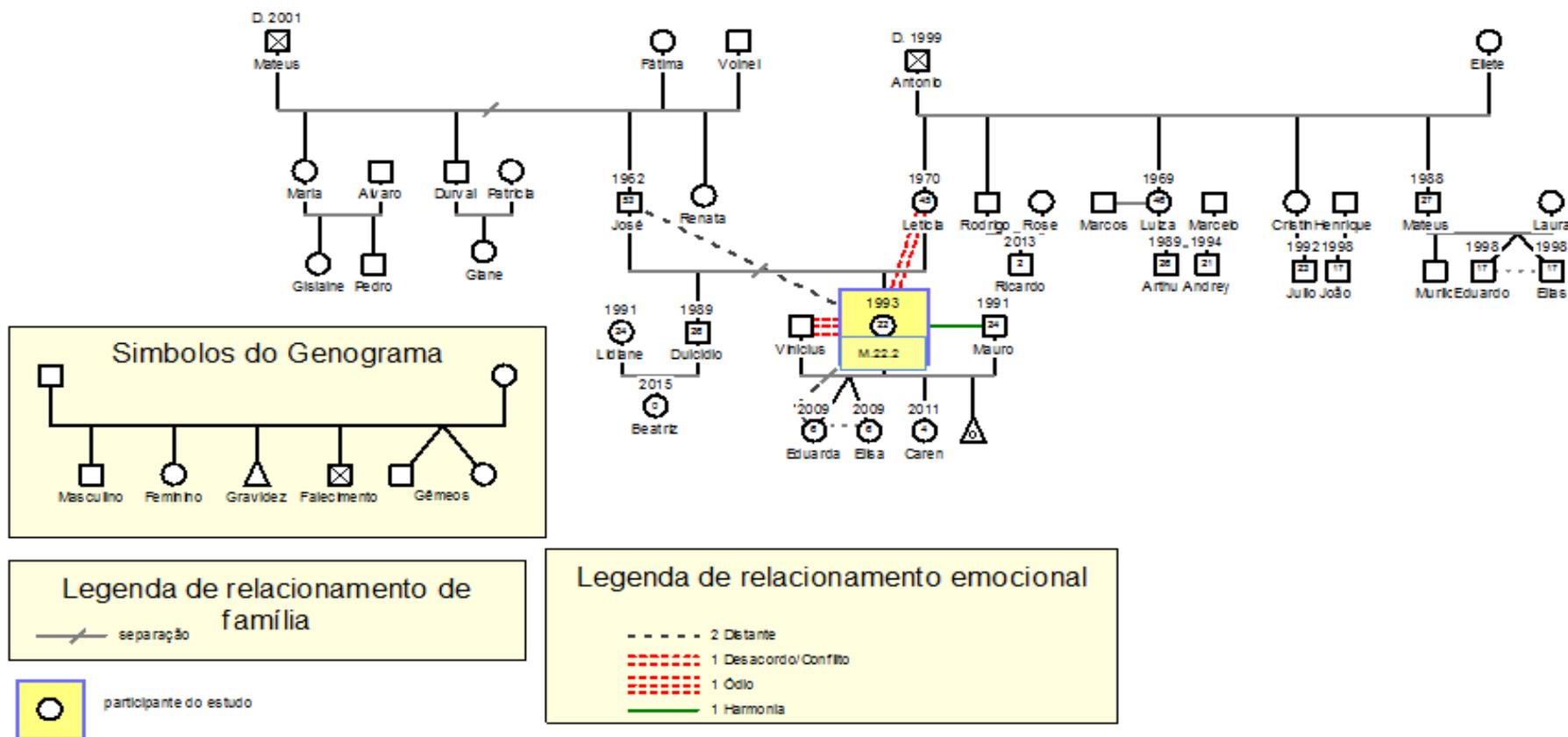


Figura 5—Genograma da M.22.2. Pelotas, RS, 2015

M.22.2 mora com o companheiro e duas filhas, sua primeira gestação foi gemelar, não planejada, e quando descobriu a gravidez já não namorava mais o pai das gêmeas, neste sentido no decorrer da entrevista salientou que optou por não contar ao ex namorado sobre a gravidez, pois entendia que o mesmo devia procurá-la para saber o que havia acontecido, como ele nunca à procurou, ela decidiu que seria mãe solteira e não deixou que ele registrasse as meninas. Já quando as meninas tinham um ano de idade a mesma conheceu o atual companheiro e foi embora da casa de sua mãe, devido sua ausência e de suas filhas a mãe acabou tendo uma depressão profunda, o que desencadeou que as duas brigassem e M.22.2 desse a guarda de uma das gêmeas para mãe com o intuito de suprir a ausência, este fato fez com que a relação com a mãe se tornasse conturbada. No que se refere ao seu pai a mesma referiu nunca ter tido contato com o mesmo, sua rede de apoio são sua sogra e uma amiga moradora do bairro.

A seguir o ecomapa de M.22.2:

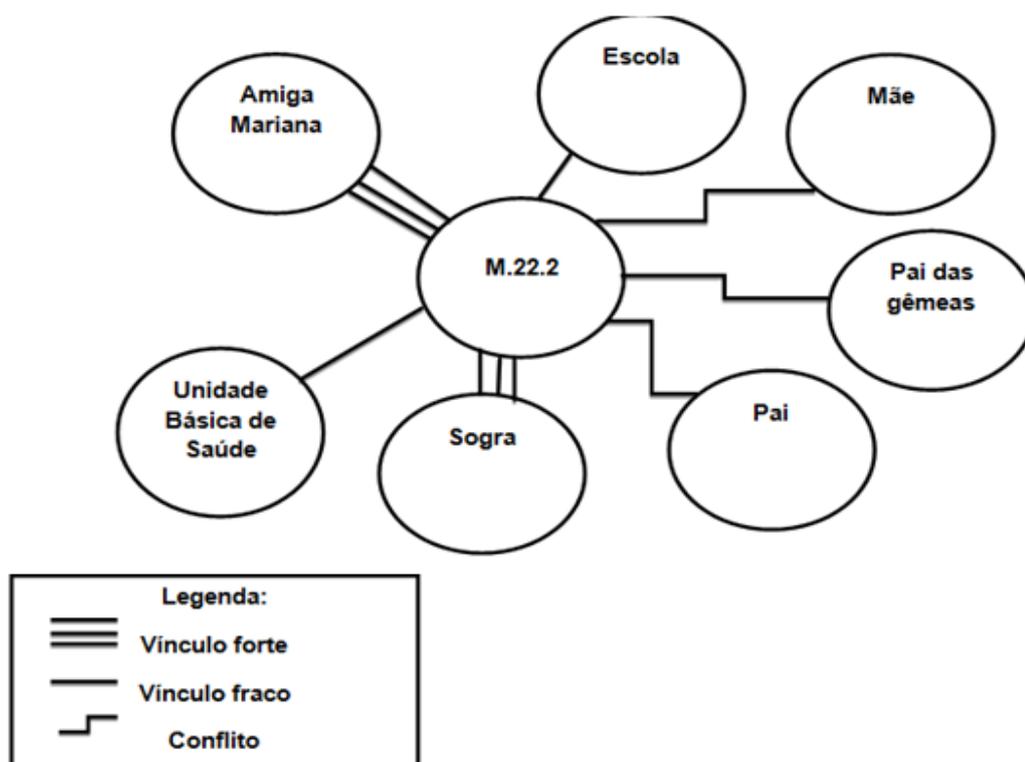


Figura 6- Ecomapa M.22.2. Pelotas, RS, 2015

**M.26.3:** 26 anos, duas gestações, dois filhos vivos, nenhum aborto, menarca aos 13 anos, sexarca aos 14 anos, com companheiro, ensino fundamental incompleto, não trabalha, é evangélica, renda familiar de um salário mínimo. Vivenciou dois partos normais na adolescência, ambos não planejados, o primeiro aos 18 anos, realizou 5 consultas de pré-natal, o segundo aos 19 anos, realizou 5 consultas de pré-natal.

A seguir o genograma de M.26.3:

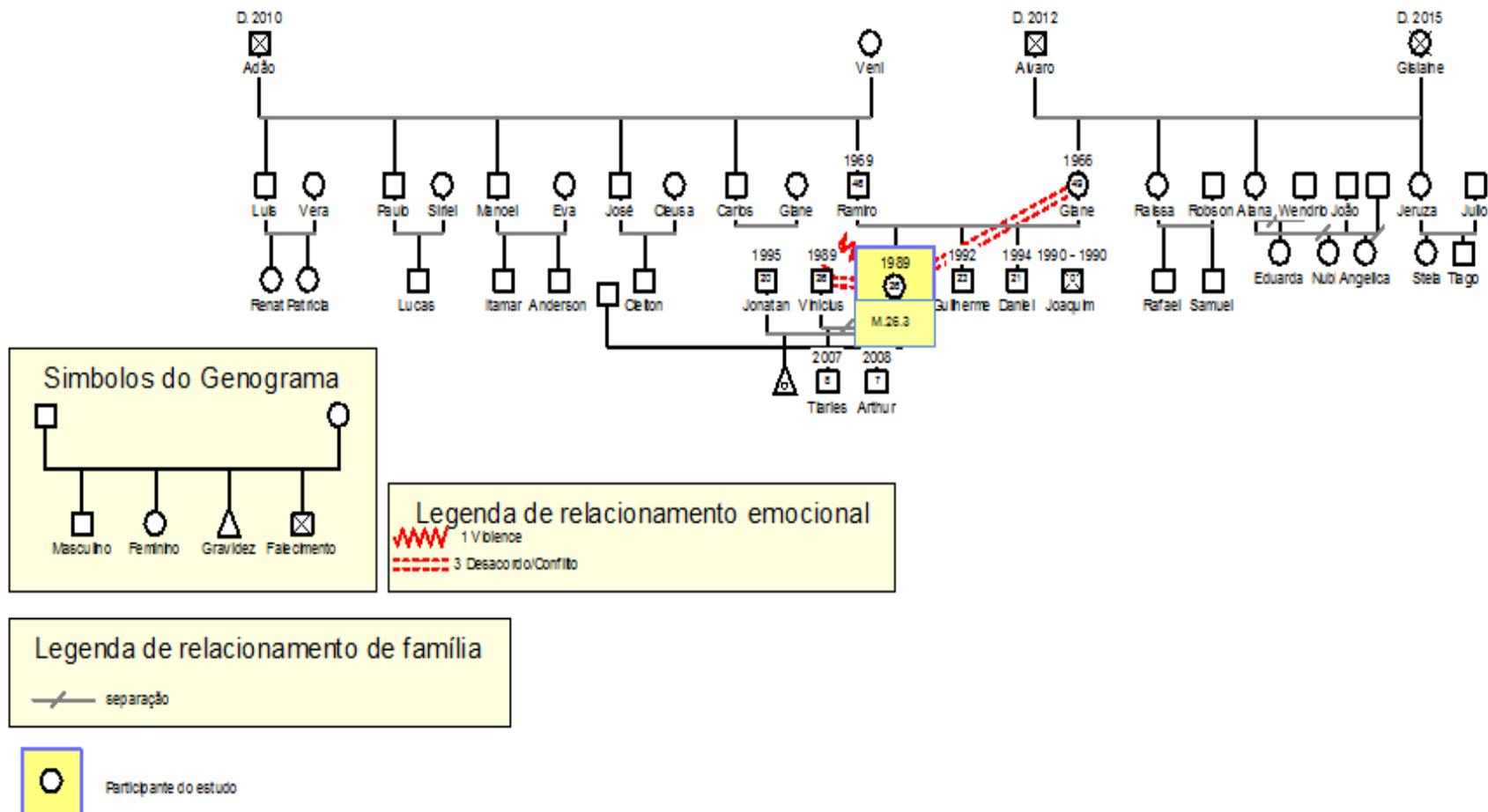


Figura 7–Genograma da M.26.3. Pelotas, RS, 2015

M.26.3 mora com o companheiro e os dois filhos, suas gestações na adolescência foram decorrentes do primeiro relacionamento, que segundo a participante era conturbado, pois seu ex marido não aceitava suas gestações e por este motivo a destratava, não demonstrava afeto pelos filhos, o que desencadeou a separação de ambos. Após a separação ele não procurou mais os filhos, hoje a M.26.3 está grávida do atual companheiro, e refere que pela primeira vez planejou a gestação e sente o quão é importante à presença do companheiro na vivência da gestação. Na relação com sua mãe, salientou que sempre pensaram muito diferente e que sua mãe nunca aprovou seu relacionamento com o primeiro companheiro, fato que fragilizou a relação de ambas, o relacionamento com a mãe só acontece quando necessário. Hoje sua rede de apoio é a UBS, seu marido e sua sogra.

A seguir o ecomapa de M.26.3:

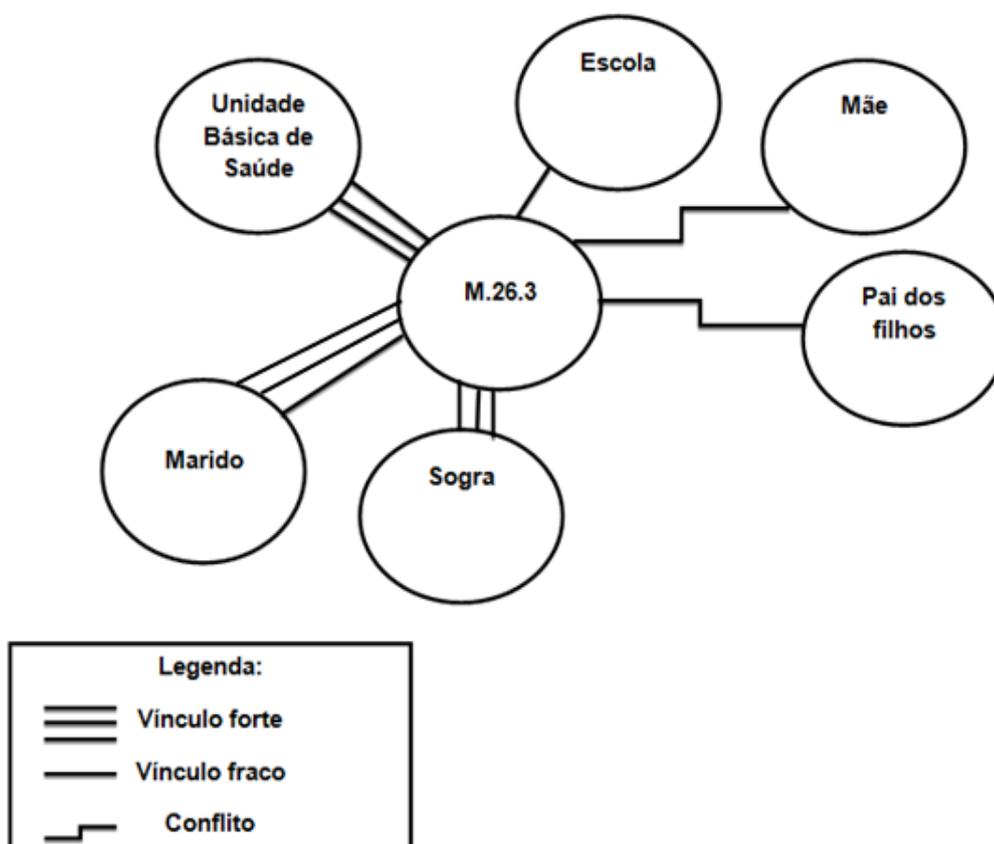


Figura 8- Ecomapa M.26.3. Pelotas, RS, 2015

**M.25.4:** 25 anos, quatro gestações, três filhos vivos, um aborto, menarca aos 14 anos, sexarca aos 13 anos, com companheiro, ensino fundamental incompleto, não trabalha, é umbandista, renda familiar de um salário mínimo. Vivenciou dois partos normais na adolescência, ambos não planejados, no primeiro aos 16 anos, realizou 7 consultas de pré-natal, no segundo aos 19 anos, realizou 8 consultas de pré-natal.

A seguir o genograma de M.25.4:

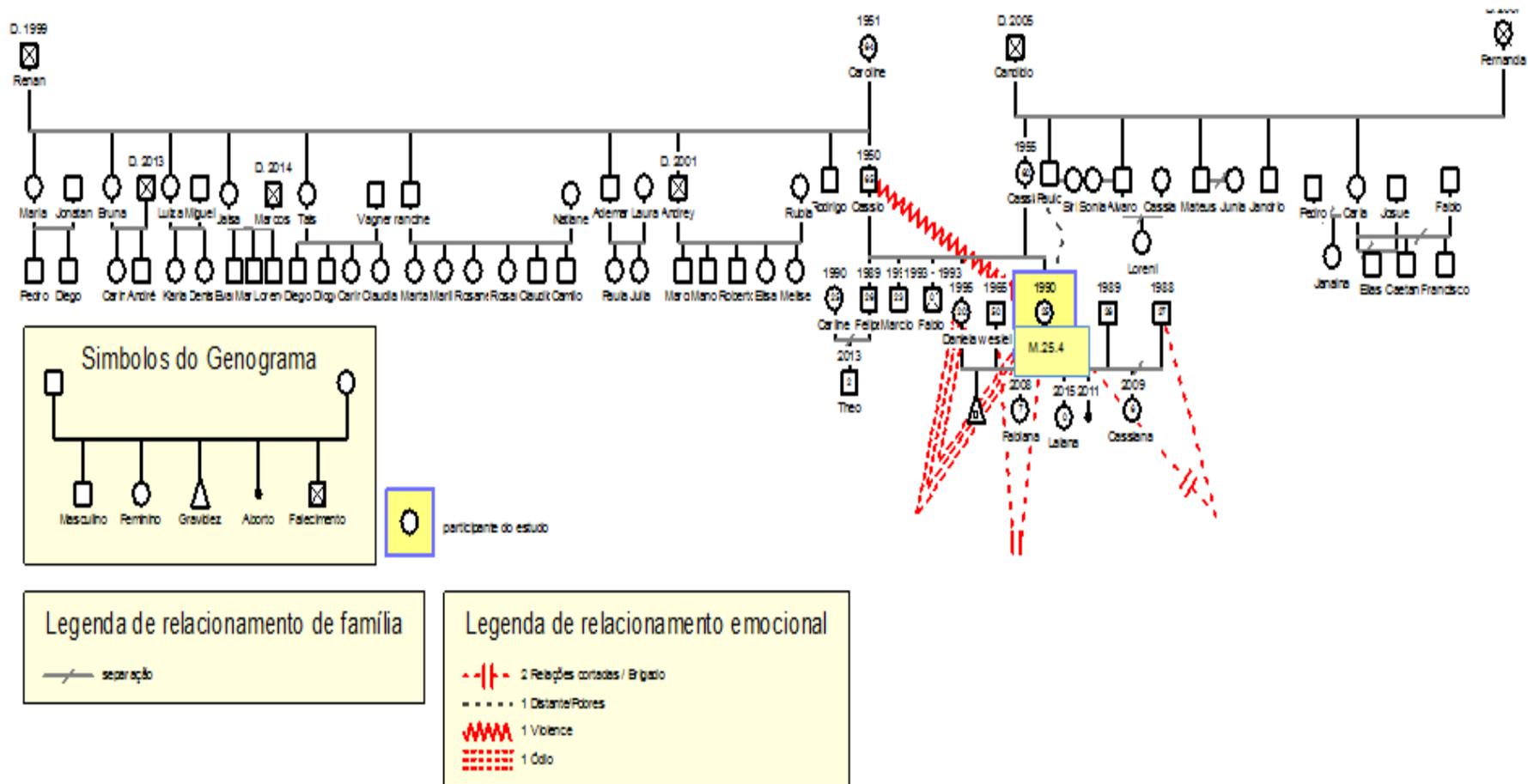


Figura 9 –Genograma da M.25.4. Pelotas, RS, 2015

Mora com o companheiro e as três filhas. M.25.4 definiu a gravidez na adolescência como “uma criança cuidando de outra criança”. Referiu que sua mãe nunca conversou com ela sobre métodos contraceptivos e que no início da adolescência foi morar com o pai e a madrasta e esta também nunca lhe tirou dúvidas sobre esta temática. Assim a participante pensa que engravidou na inocência, sem entender o que estava acontecendo com seu corpo, e caracteriza este período como conturbado em sua vida, pois o pai da primeira filha negou a gravidez e sumiu de sua vida, sem ajudá-la em nenhum momento; seu pai não aceitou a gravidez e por este motivo foi preciso voltar a morar com sua mãe. A segunda gestação foi fruto de um segundo relacionamento, também não foi planejada e durante a gestação. M.25.4 descobriu que o marido tinha um caso extra conjugal com sua própria irmã, o que desencadeou o fim do relacionamento e a ruptura de contato com sua irmã. Tem um bom relacionamento com o atual marido, sempre que precisa de ajuda procura sua sogra, e por vezes sua mãe; no entanto refere que a relação com a mãe ficou fragilizada após o ocorrido com sua irmã. No que se refere a UBS, afirmou que têm ótima relação com os profissionais que lá trabalham, cujo sempre esclarecem suas dúvidas e anseios

A seguir o ecomapa de M.25.4:

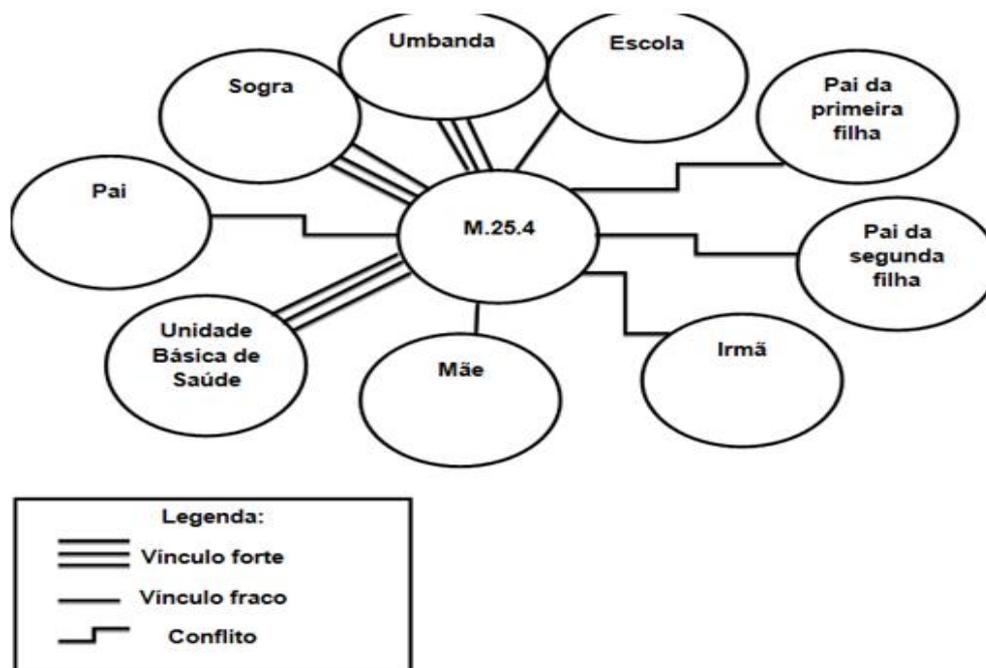


Figura 10- Ecomapa M.25.4. Pelotas, RS, 2015

**M.25.5:** 25 anos, quatro gestações, quatro filhos vivos, nenhum aborto, menarca aos 12 anos, sexarca aos 15 anos, com companheiro, ensino fundamental incompleto, não trabalha e não tem religião, renda familiar de um salário mínimo. Vivenciou dois partos normais na adolescência, ambos não foram planejados, no primeiro aos 17 anos realizou seis consultas de pré-natal, no segundo aos 18 anos, realizou 6 consultas de pré-natal.

A seguir o genograma de M.25.5:

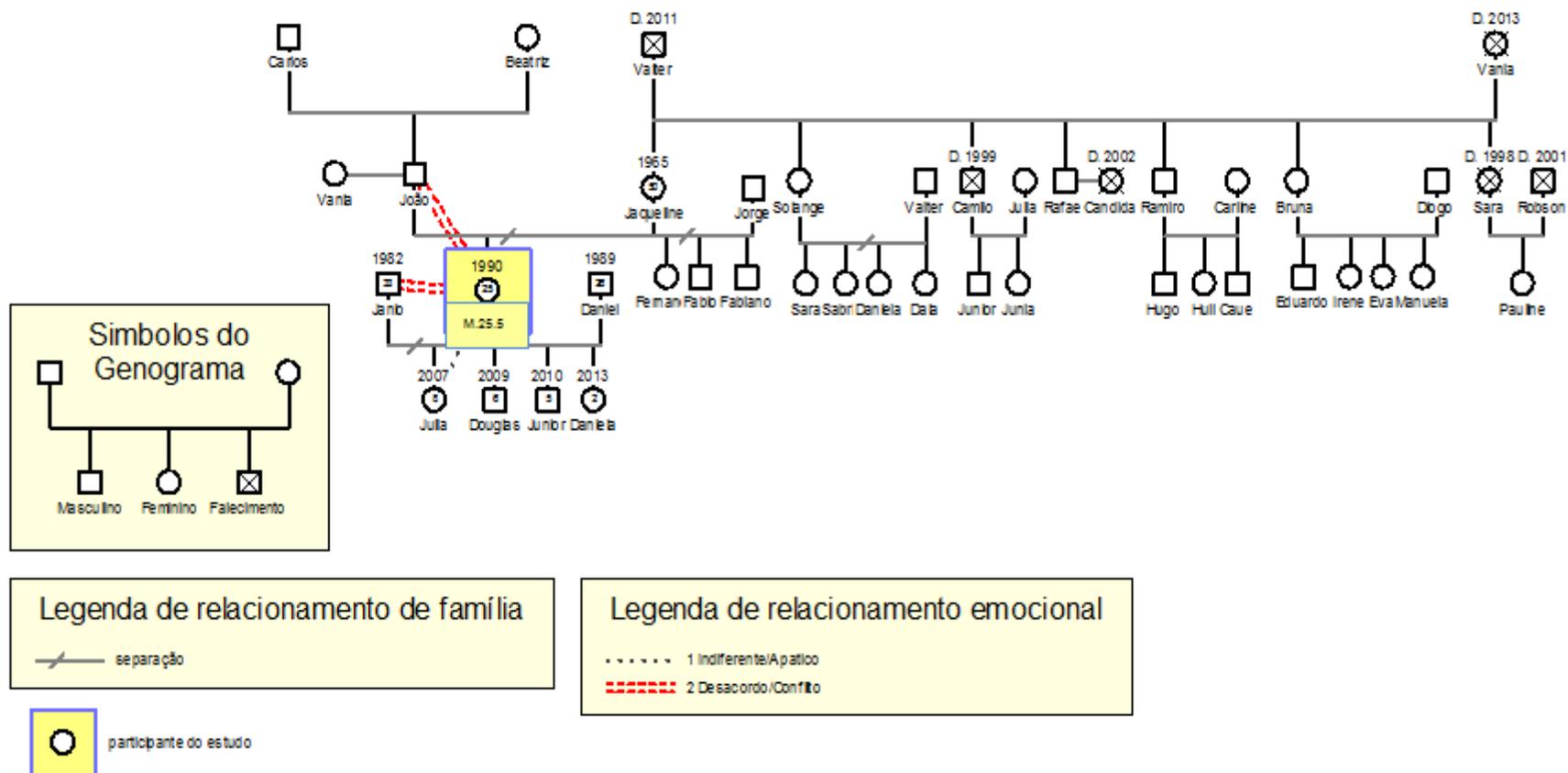


Figura 11–Genograma da M.25.5. Pelotas, RS, 2015

M.25.5 mora com o companheiro e três filhos. A participante relatou que não planejou suas gestações, e quando descobriu que estava grávida pela primeira vez foi um susto, pois tinha medo da reação de sua família, quem contou para sua mãe foi seu namorado que assumiu a paternidade e foram morar juntos. No entanto após o nascimento da filha acabaram se separando, devido a dificuldade de trabalhar e cuidar da filha, sua mãe assumiu a responsabilidade de criar a menina. M.25.5 mudou-se de bairro e foi morar sozinha. Diz que apesar deste fato sempre teve uma boa relação com a mãe, no entanto sua filha não a reconhece como mãe, mas sim como irmã. Nunca teve contato com seu pai. Na entrevista afirmou ter uma boa relação com o atual marido, pai dos outros filhos, e sua sogra é quem à ajuda sempre que precisa.

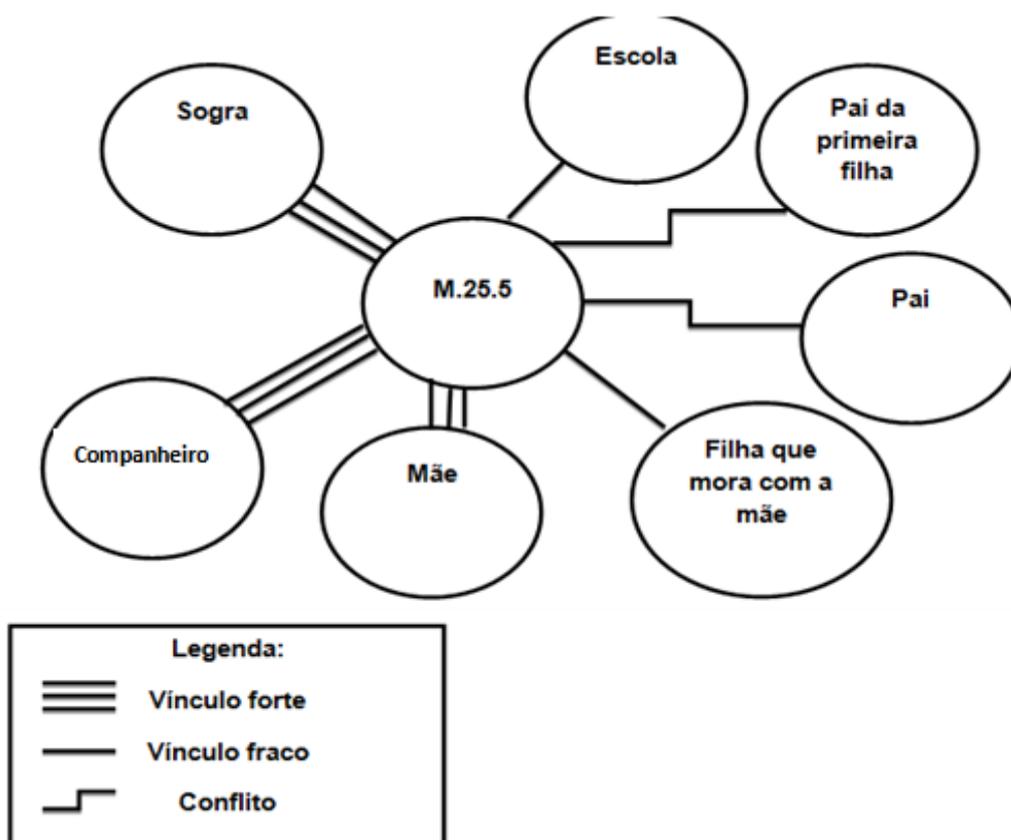


Figura 12- Ecomapa M.25.5. Pelotas, RS, 2015

**M.28.6:** 28 anos, seis gestações, cinco filhos vivos, nenhum aborto, menarca aos 14 anos, sexarca aos 16 anos, sem companheiro, ensino fundamental incompleto, não trabalhava, não tinha religião, renda familiar de 480,00. Vivenciou três partos normais na adolescência, todos não planejados, no primeiro aos 16 anos realizou 6 consultas de pré-natal durante a gestação, no segundo aos 17 anos realizou 6 consultas de pré-natal e o terceiro aos 18 anos realizou 6 consultas de pré-natal.

A seguir o genograma de M.28.6:



M.28.6 mora com seus filhos. A participante relatou que ficou grávida sem planejar, na verdade pensava que nunca ficaria grávida, pois havia perdido a virgindade de “birra” com sua mãe, pois sua mãe falava que ela mantinha relações sexuais escondido, assim diz ter se revoltado e transado com o namorado mesmo contra a vontade, o resultado foi a gravidez. Após este acontecimento sua mãe disse que ela precisaria casar com o namorado, pois não admitiria uma mãe solteira em sua casa. Segundo a M.28.6 seu maior arrependimento foi ter casado forçada, verbalizou que se tivesse assumido seu filho solteira poderia ter seguido os estudos e poderia ter tido um futuro melhor. Neste contexto a relação com sua mãe era fragilizada e sua maior magoa foi a de sua mãe ter aceitado que sua irmã fosse mãe solteira. Ela estava separada do pai dos seus filhos, mas apesar deste fato eles tinham um bom relacionamento. Seu maior apoio no momento era uma amiga moradora do bairro. Diz ter apoio dos profissionais da UBS, no qual sempre foi bem atendida quando necessitou de cuidados.

A seguir o ecomapa da M.28.6:

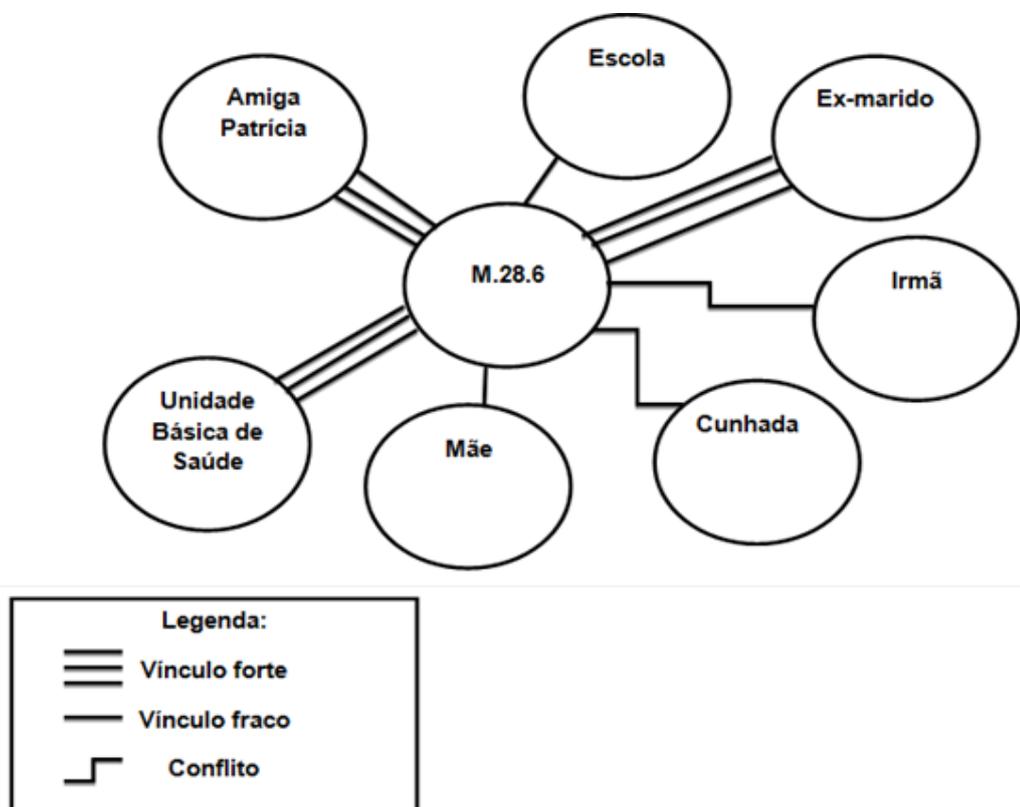


Figura 14- Ecomapa M.28.6. Pelotas, RS, 2015

**M.41.7:** 41 anos, seis gestações, quatro filhos vivos, um aborto, menarca aos 12 anos, sexarca aos 14 anos, sem companheiro, ensino fundamental incompleto, não trabalhava e não tinha religião, renda familiar de um salário mínimo. Vivenciou três partos normais na adolescência, todos não planejados, o primeiro aos 14 anos realizou 6 consultas de pré-natal, o segundo aos 15 anos realizou 6 consultas de pré-natal e o terceiro aos 18 anos realizou 6 consultas de pré-natal.

A seguir o genograma de M.41.7:

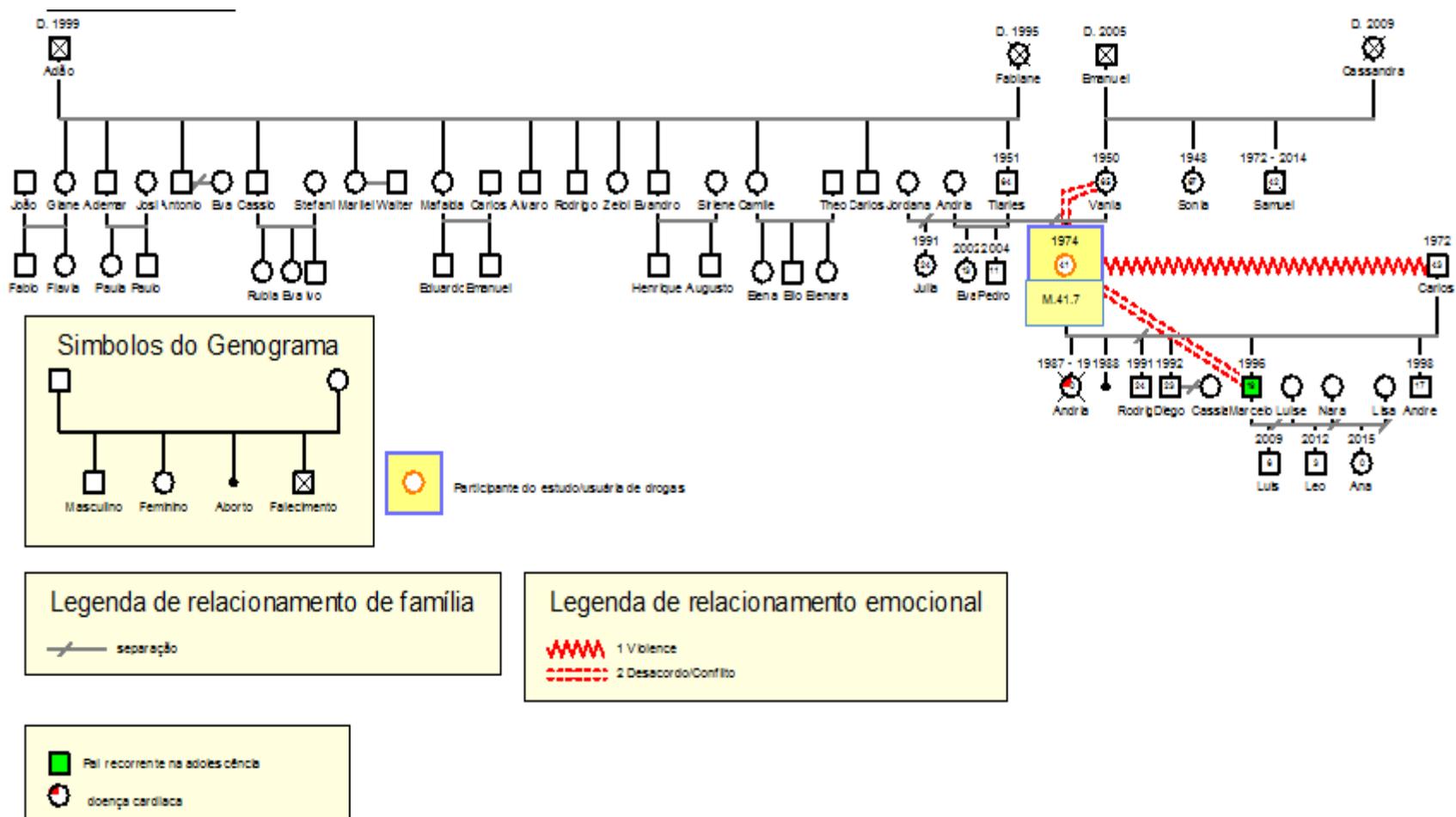


Figura 15 –Genograma da M.41.7. Pelotas, RS, 2015

M.41.7 mora com dois filhos. Quando descobriu que estava grávida aos 14 anos sua mãe queria obrigá-la a realizar um aborto, então fugiu de casa e foi morar com o namorado (pai de seus filhos), com o qual ficou casada durante 12 anos. Segundo a M.41.7 foram 12 anos de violência doméstica e muito sofrimento. Após conseguir a separação começou a usar drogas, e está em tratamento até o momento. Na entrevista relatou que tinha pouco contato com a mãe, e estava em desacordo com um dos filhos que não aceitou sua dependência química. Relatou receber um bom atendimento por parte dos profissionais da UBS de seu bairro.

A seguir o ecomapa de M.41.7:

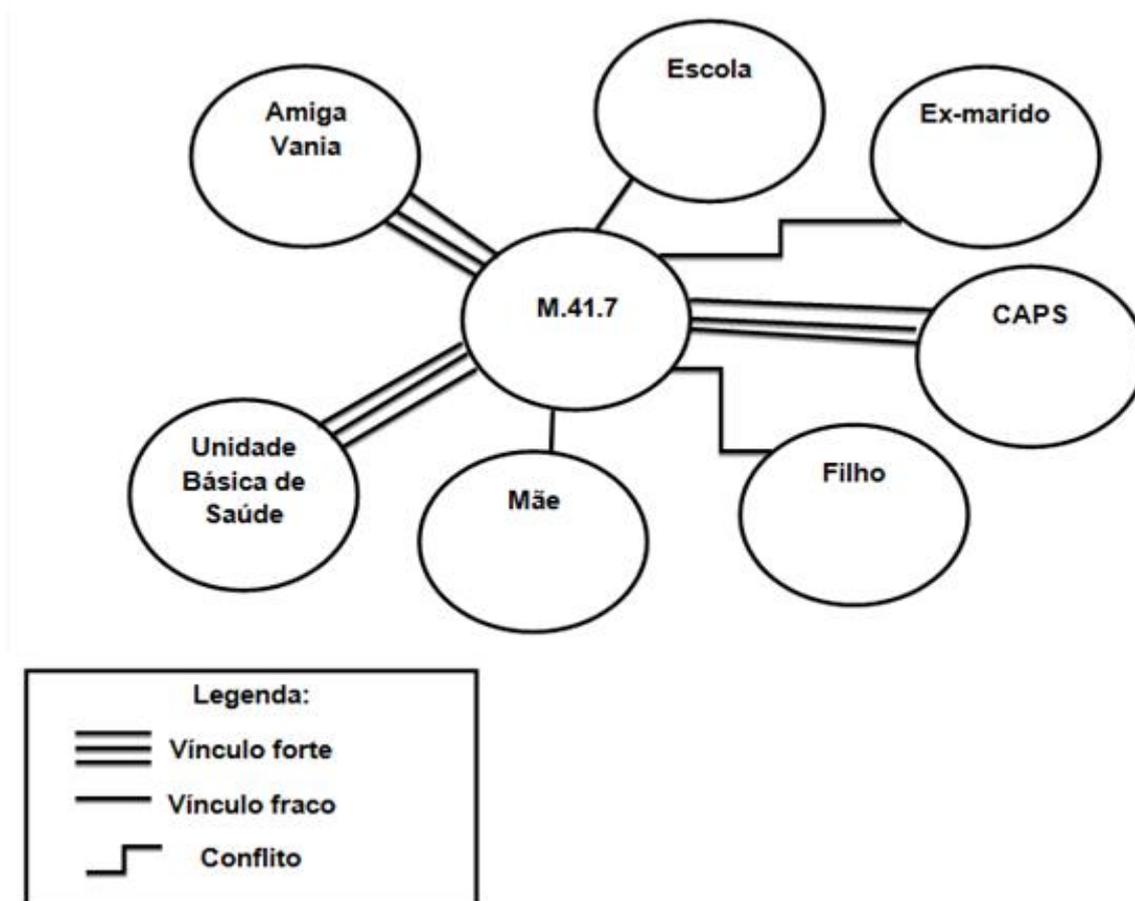


Figura 16- Ecomapa M.41.7. Pelotas, RS, 2015

**M.23.8:** 23 anos, três gestações, três filhos vivos, nenhum aborto, menarca aos 13 anos, sexarca aos 14 anos, com companheiro, ensino fundamental incompleto, não trabalhava, era umbandista, renda familiar de um salário mínimo. Vivenciou três partos normais na adolescência, todos não planejados, na primeira gestação aos 14 anos realizou 6 consultas de pré-natal, o segundo aos 15 anos e não realizou pré-natal e o terceiro aos 19 anos realizou 4 consultas de pré-natal. A seguir o genograma de M.23.8:

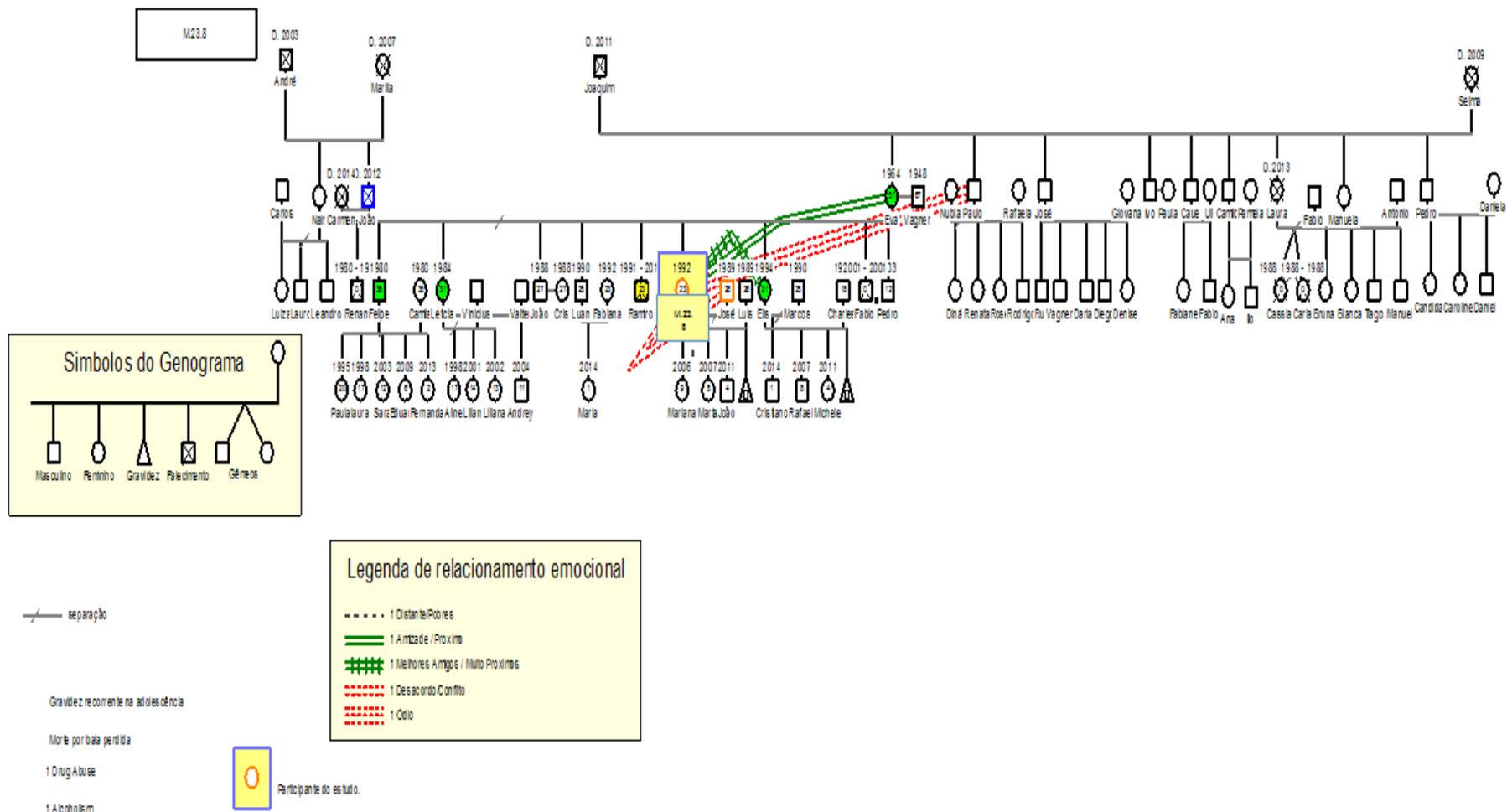


Figura 17–Genograma da M.23.8. Pelotas, RS, 2015

M.23.8 mora com o marido e duas filhas. Quando descobriu a primeira gestação, aos 14 anos, era usuária de drogas, morava com o namorado na casa da sogra, período marcado por violência doméstica, por uma relação conturbada com a sogra e a oscilação de sentimentos entre aceitar a gestação ou seguir usando drogas. Após o nascimento da filha teve problemas com o conselho tutelar por ser dependente química e menor de idade o que impossibilitava que ficasse responsável pela sua filha, assim uma tia adotou sua filha, e hoje ela não tem contato com esta menina. Após este período houve a separação, M.23.8 voltou a morar com a mãe e conheceu o atual companheiro (pai das outras duas filhas), tinha uma boa relação com o companheiro e não usar mais drogas há alguns anos. M.23.8 relata que sempre teve uma boa relação com a mãe e sua irmã. Enfatizou que sempre teve problemas com a UBS do bairro, pois sempre se sentiu discriminada por ser mãe adolescente e por utilizar drogas, justificando o fato de não ter realizado pré-natal na segunda gestação.

A seguir o ecomapa de M.23.8:

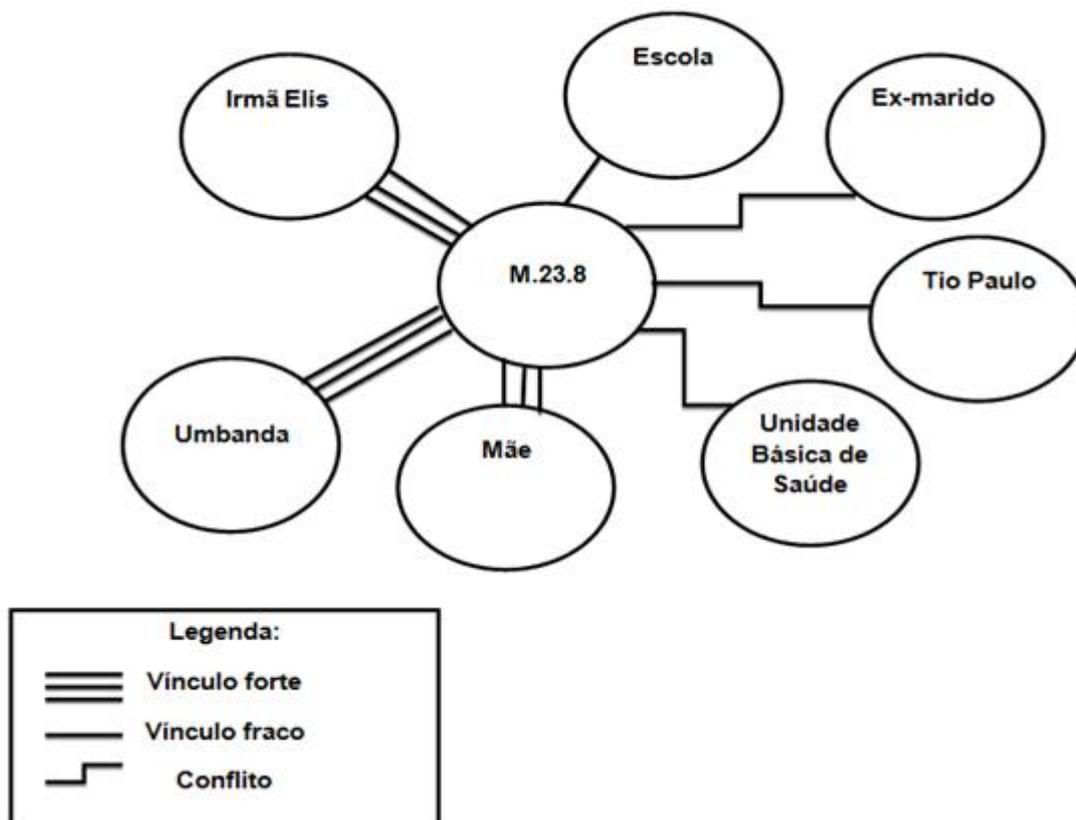


Figura 18- Ecomapa M.23.8. Pelotas, RS, 2015

**M.21.9:** 21 anos, três gestações, três filhos vivos, nenhum aborto, menarca aos 11 anos, sexarca aos 13 anos, com companheiro, ensino fundamental incompleto, não trabalhava e não tinha religião, renda familiar de R\$ 200,00. Vivenciou dois partos normais na adolescência, ambos não foram planejados, o primeiro aos 13 anos realizou 1 consulta de pré-natal, e o segundo aos 17 anos e não realizou pré-natal.

A seguir o genograma de M.21.9:

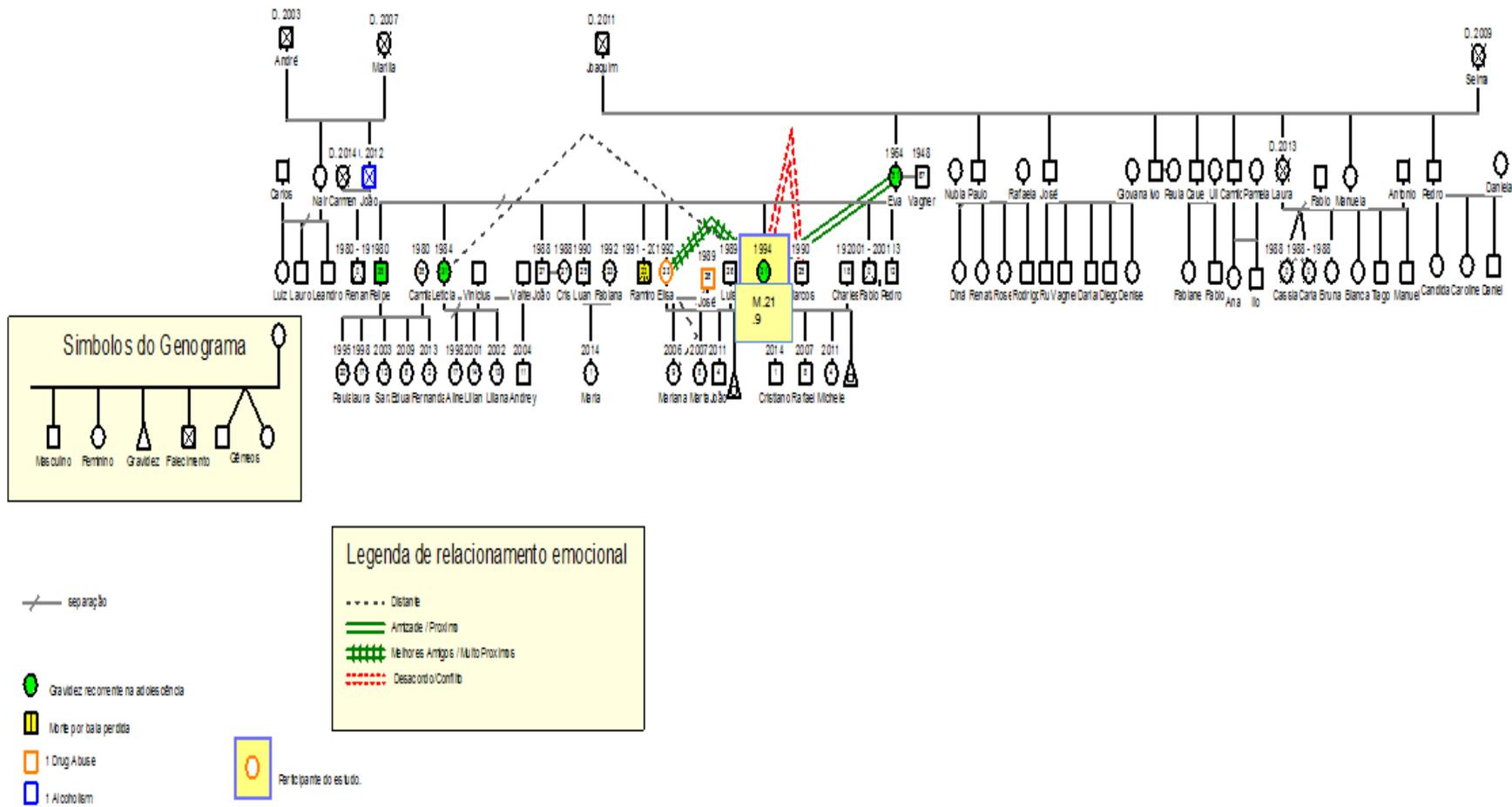


Figura 19 –Genograma da M.21.9. Pelotas, RS, 2015

M.21.9 mora com os três filhos. Esta participante enfatizou que nunca pensou que pudesse engravidar tão nova e por este motivo não utilizava nenhum método contraceptivo, quando a menstruação atrasou foi até a UBS realizar um teste de gravidez que deu resultado positivo. M.21.9 enfatizou que foi apenas à primeira consulta pré-natal e após optou por não freqüentar mais a UBS devido ao preconceito que sentia por parte dos profissionais daquele local. No momento M.21.9 estava grávida no momento da entrevista e havia separado-se há poucos meses, e vivencia uma relação conturbada com o antigo companheiro. Seu apoio é sua mãe e sua irmã pessoas que estavam ao seu lado em todos os momentos de sua vida.

A seguir o ecomapa de M.21.9:

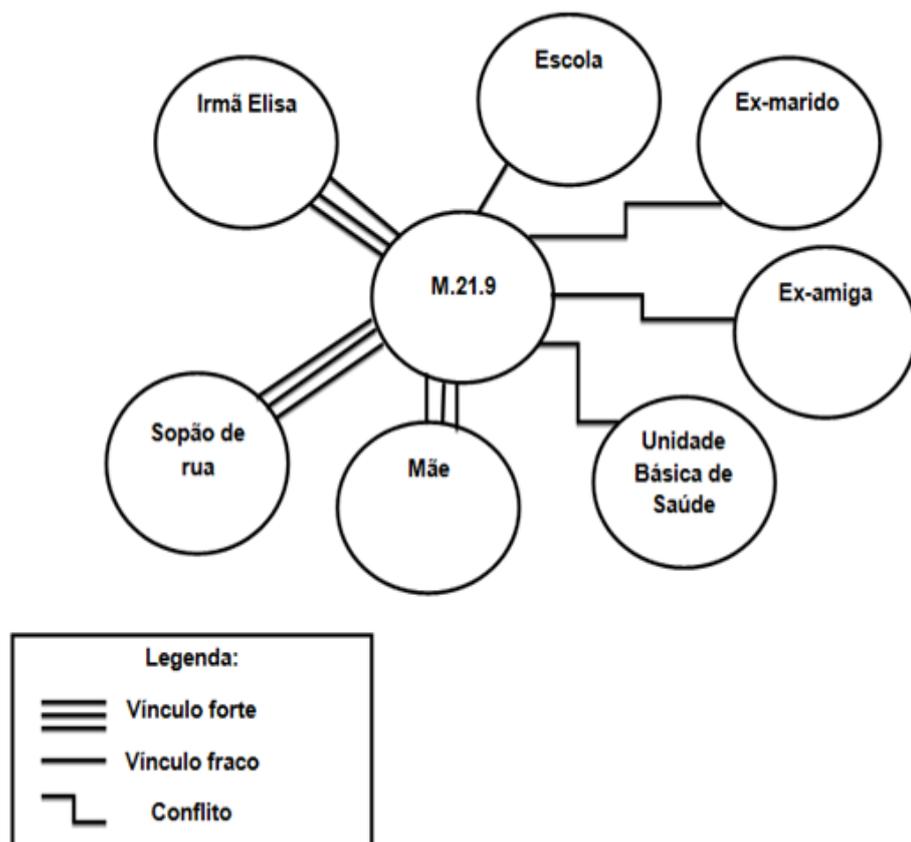


Figura 20- Ecomapa M.21.9. Pelotas, RS, 2015

**M.26.10:** 26 anos, duas gestações, dois filhos vivos, nenhum aborto, menarca aos 10 anos, sexarca aos 13 anos, com companheiro, ensino fundamental incompleto, não trabalhava, era umbandista, renda familiar de R\$ 2000,00. Vivenciou dois partos na adolescência, ambos não planejados, o primeiro foi cesariana aos 16 anos realizou 5 consultas de pré-natal, o segundo foi parto normal aos 17 anos, realizou 4 consultas de pré-natal.

A seguir o genograma de M.26.10:

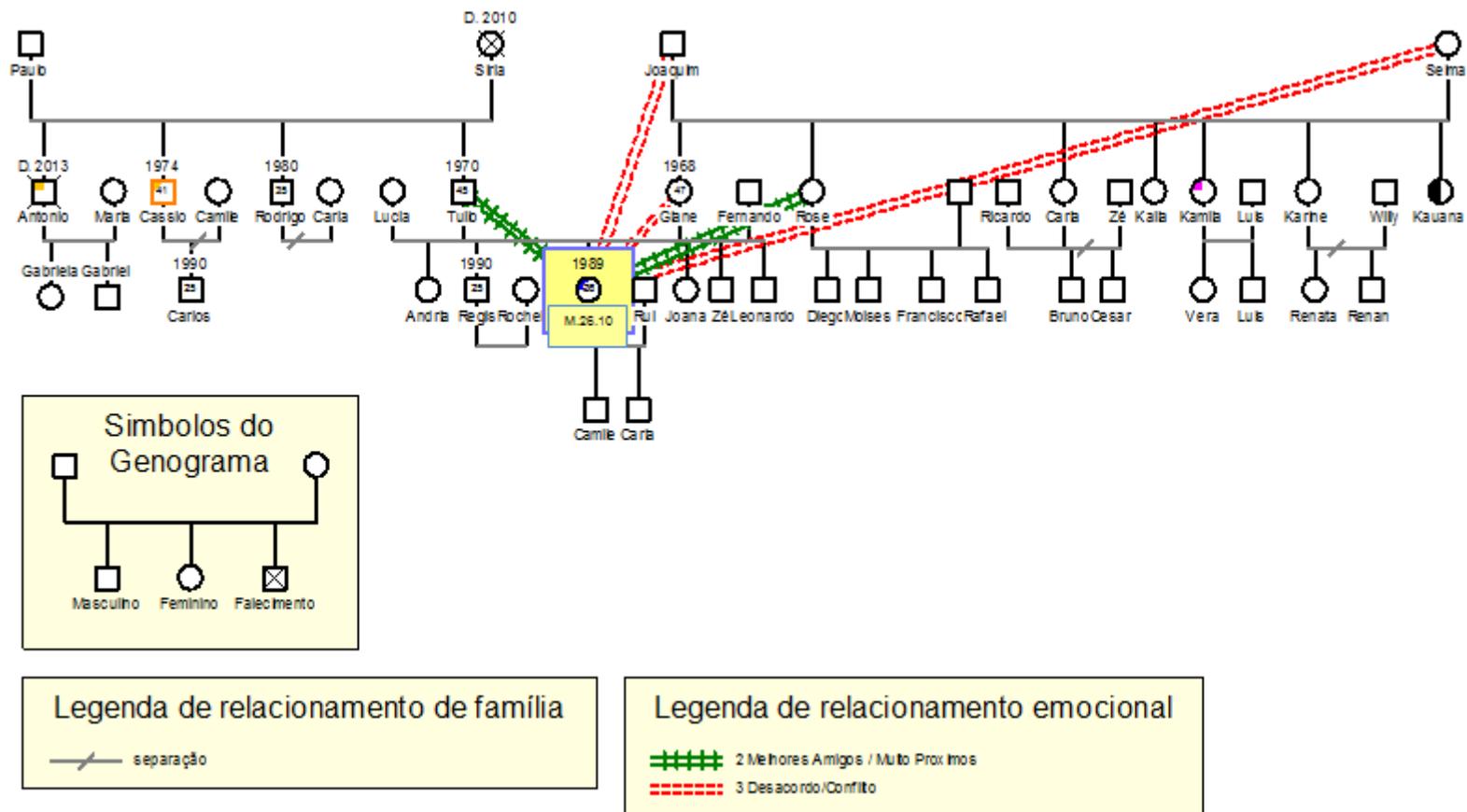


Figura 21–Genograma da M.26.10. Pelotas, RS, 2015

M.26.10 mora com o companheiro e as duas filhas. Durante a entrevista a participante relatou que não teve uma boa relação com a mãe e os avós maternos durante toda sua vida, pois foi criada pelo pai, no entanto logo no início da adolescência já foi morar com amigas e primas porque sempre foi um pouco rebelde, não aceitando a opinião de familiares em sua vida. Aos 13 anos foi viver com o atual companheiro e três anos depois descobriu a gravidez, foi um período difícil em suas vidas por estarem desempregados, por este motivo por muitas vezes dependeram da ajuda financeira da família de seu marido. No dia da entrevista relatou que seu maior arrependimento foi não ter dado valor aos ensinamentos de seu pai, e por este motivo não ter seguido os estudos, diferente de suas irmãs que possuíam ensino superior. M.26.10 diz que seu pai, sua irmã e seu marido eram seu porto seguro no momento.

A seguir o ecomapa de M.26.10:

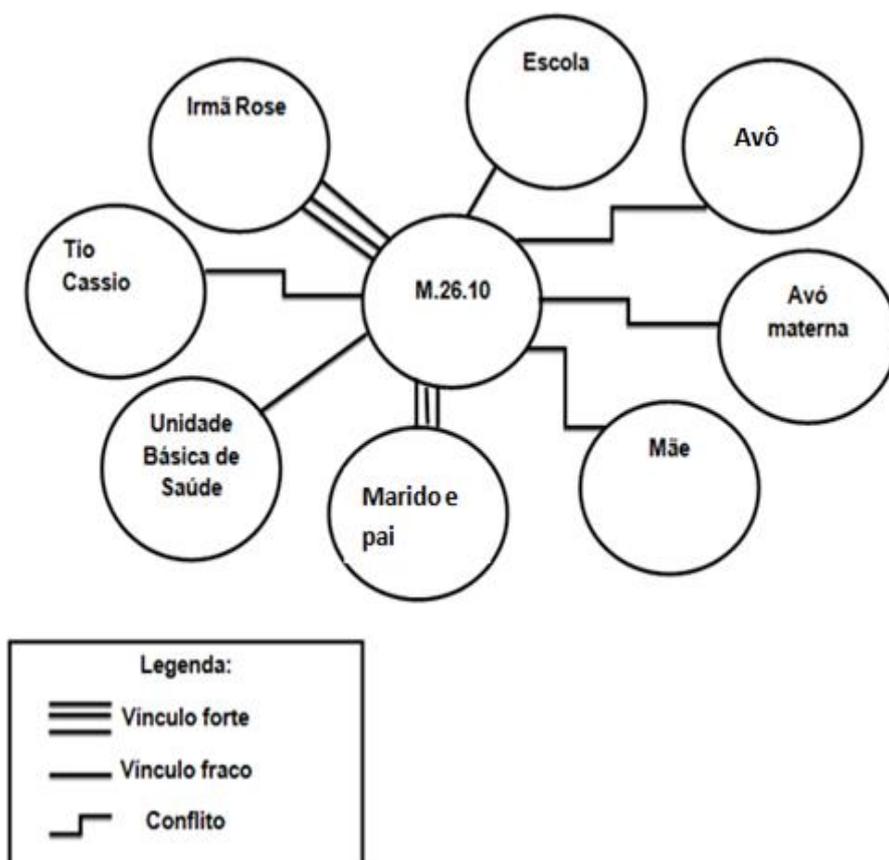


Figura 22- Ecomapa M.26.10. Pelotas, RS, 2015

**M.50.11:** 50 anos, dez gestações, sete filhos vivos, um aborto, menarca aos 12 anos, sexarca aos 12 anos, com companheiro, analfabeta, não trabalhava, era evangélica, renda familiar de um salário mínimo. Vivenciou três partos normal na adolescência, todos não planejados, o primeiro foi aos 13 anos, o segundo aos 14 anos e o terceiro também aos 16 anos, não realizou pré-natal durante suas gestações.

A seguir o genograma de M.50.11:

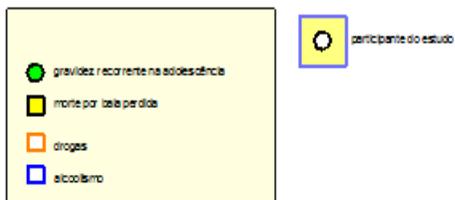
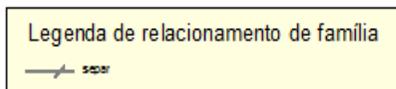
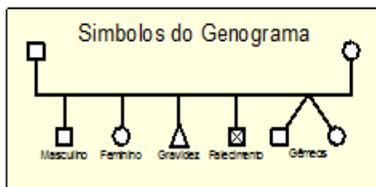
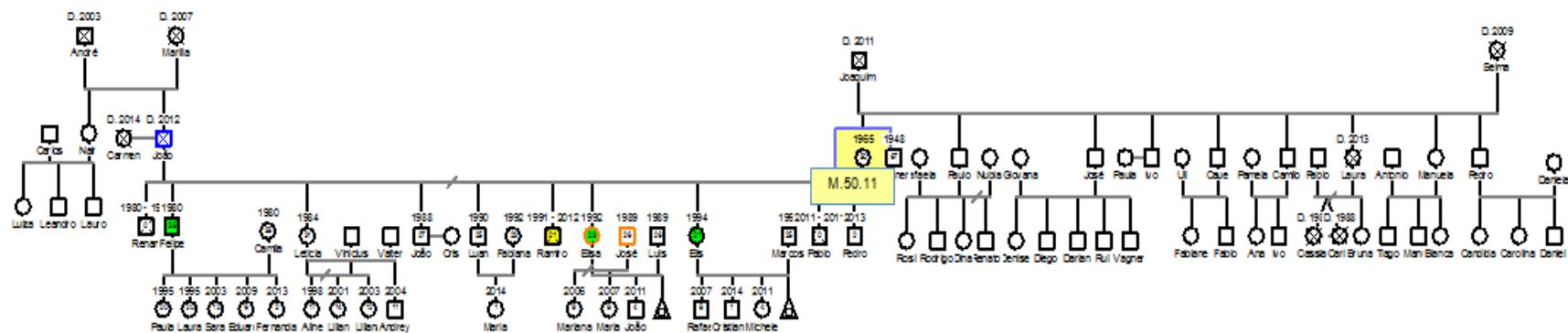


Figura 23—Genograma da M.50.11. Pelotas, RS, 2015

M.50.11 mora com o atual companheiro. M.50.11 relata a vivência de momento conturbado em sua vida ao descobrir que estava grávida, pois era a única filha que ajudava a mãe nas tarefas domésticas, e com a confirmação da gravidez saiu de casa e foi morar com o companheiro, sendo que esta escolha lhe trouxe muitas tristezas pois o marido não aceitava as gestações, era alcoólatra e à espancava todos os dias durante 19 anos, verbalizou: “eu vivi 19 anos apanhando de pau, que nem bicho, agüentei isso porque não tinha para onde ir com meus filhos”, após este período ela teve coragem e conseguiu se separar. No momento da entrevista relatou que o antigo companheiro já era falecido. Uma particularidade desta participante é que a mesma tem dois filhos falecidos, um faleceu com 3 meses de vida em decorrência de problemas respiratórios (SIC), e o outro era usuário de drogas e faleceu vítima de bala perdida. M.50.11 afirmou que apesar de ter engravidado cedo sempre teve boa relação com os pais, relatou apenas uma relação conturbada com um irmão devido problemas pessoais. Hoje seu porto seguro é sua filha e seu atual companheiro e refere estar começando a viver tudo que não conseguiu quando era jovem.

A seguir o ecomapa de M.50.11:

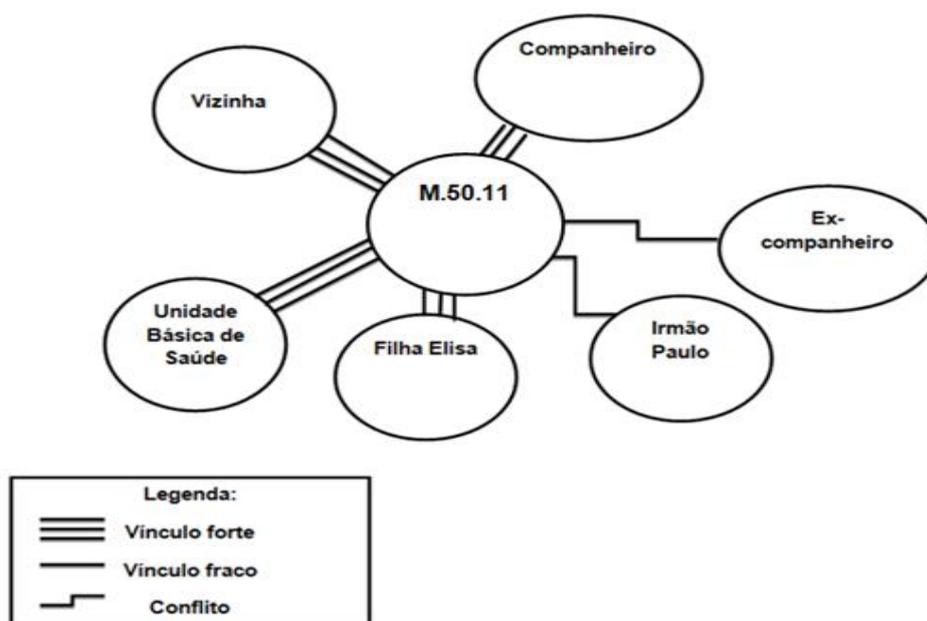


Figura 24- Ecomapa M.50.11. Pelotas, RS, 2015

**M.25.12:** 25 anos, cinco gestações, cinco filhos vivos, nenhum aborto, menarca aos 11 anos, sexarca aos 13 anos, com companheiro, Ensino Fundamental Incompleto, não trabalhava, era umbandista, renda familiar de R\$ 1000,00 reais. Vivenciou três partos normais na adolescência, todos não planejados, o primeiro aos 14 anos realizou 5 consultas de pré-natal, o segundo aos 16 anos e o terceiro aos 18 anos referiu ter realizado 4 consultas de pré-natal em ambos.

A seguir o genograma de M.25.12:

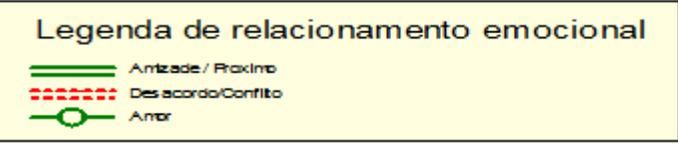
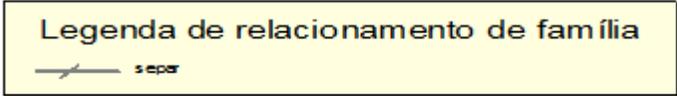
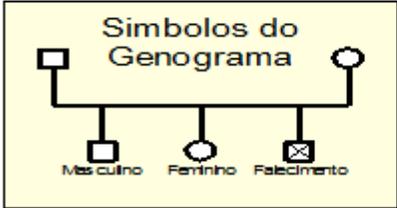
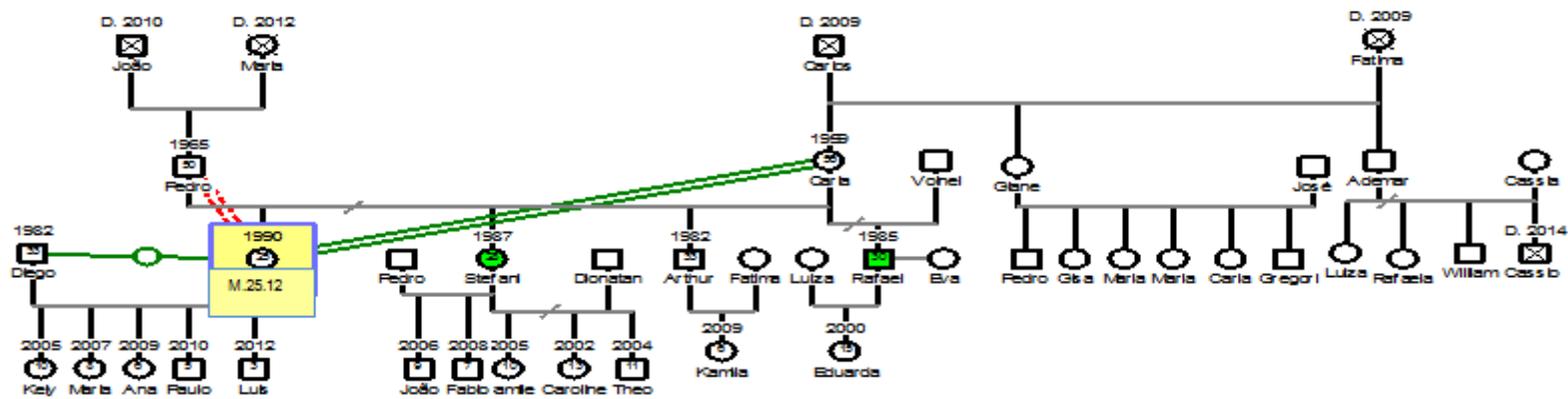


Figura 25–Genograma da M.25.12. Pelotas, RS, 2015

M.25.12 mora com o companheiro e seus cinco filhos. Quando descobriu que estava grávida pela primeira vez tinha ido embora de Pelotas com sua mãe, assim sua mãe era contra que ela voltasse para antiga cidade para morar com o namorado. No entanto, ela conseguiu convencer a mãe e retornou para Pelotas, indo morar com o companheiro, neste período resolveu parar de estudar para dedicar-se aos filhos. Após alguns meses sua mãe aceitou a gestação e sua mudança, estando presente em todos os momentos de sua vida. Quanto ao seu pai, refere não tem nenhum contato desde sua infância. Era dona de casa, diz dedicar-se apenas aos filhos e ao marido, não tendo momentos de lazer ou amizades no bairro. Relatou ter uma boa relação com os profissionais da UBS, no qual sempre encontrou apoio e carinho.

A seguir o ecomapa de M.25.12:

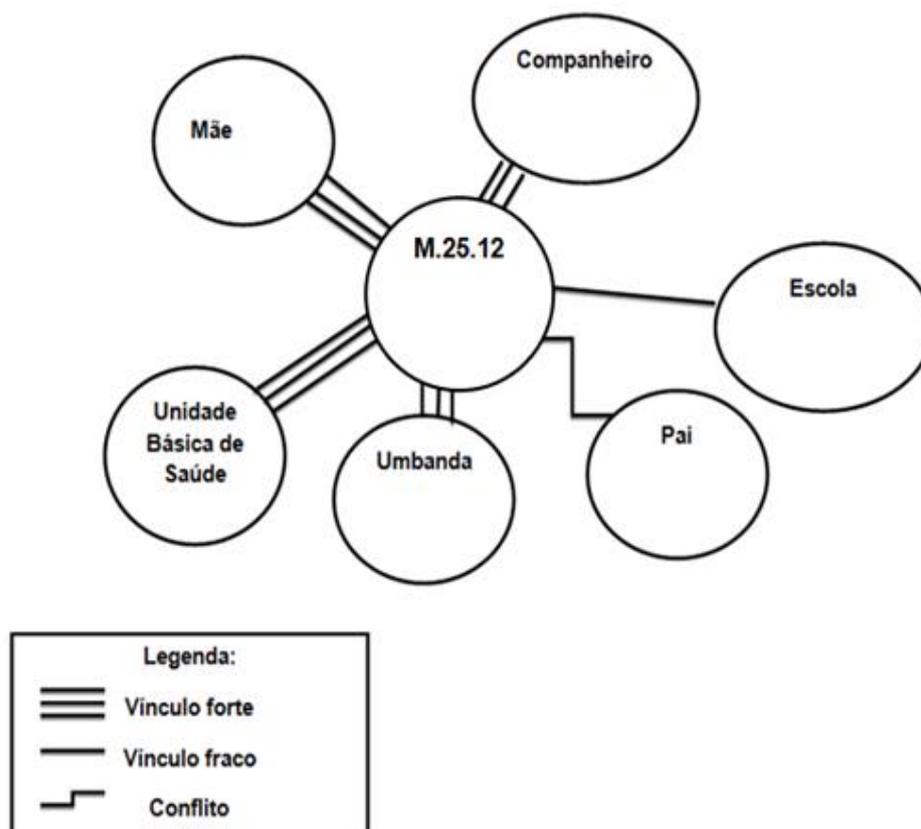


Figura 26- Ecomapa M.25.12. Pelotas, RS, 2015

**M.23.13:** 23 anos, três gestações, três filhos vivos, nenhum aborto, menarca aos 12 anos, sexarca aos 14 anos, com companheiro, Ensino Fundamental Incompleto, não trabalhava, não tem religião, renda familiar de um salário mínimo. Vivenciou dois partos normais na adolescência, ambos não planejados, no primeiro aos 16 anos realizou 6 consultas de pré-natal e no segundo aos 18 anos referiu ter realizado 6 consultas de pré-natal.

A seguir o genograma de M.23.13:

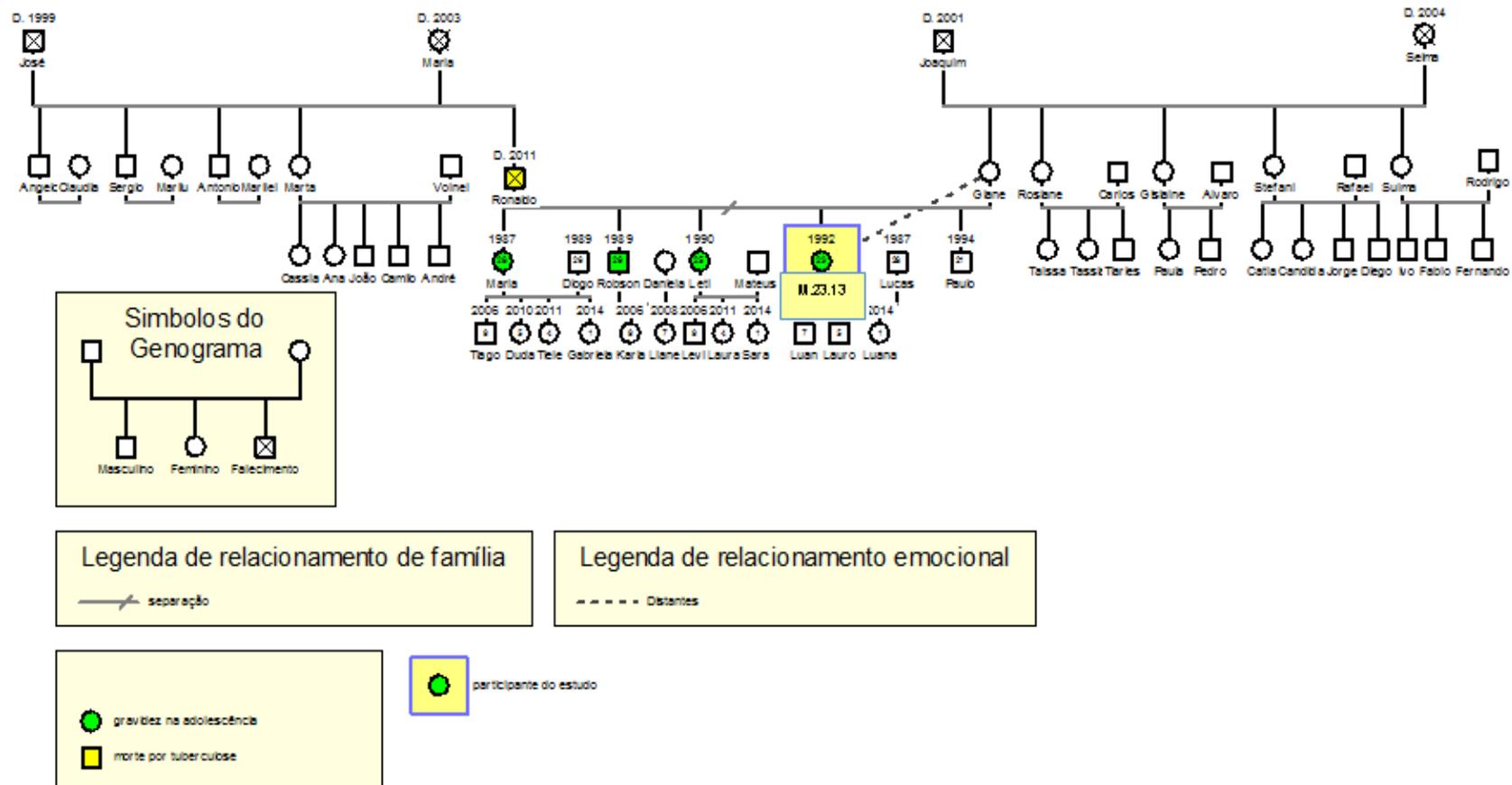


Figura 27–Genograma da M.23.13. Pelotas, RS, 2015

M.23.13 mora com o companheiro e os filhos. Ao descobrir que estava grávida já estava casada com o atual companheiro, fato que cooperou para vivência da gravidez na adolescência de forma mais tranqüila e prazerosa, seu único arrependimento foi ter parado de estudar quando descobriu a gravidez. Diz ter uma boa relação com a UBS, sempre que precisa é bem atendida pelos profissionais. Seu pai já é falecido desde 2011 devido tuberculose, e sua mãe não é muito presente na sua vida, por morar em outra cidade. Sua rede de apoio em Pelotas está atrelada à família do seu marido- sogra e cunhadas.

A seguir o ecomapa de M.23.13:

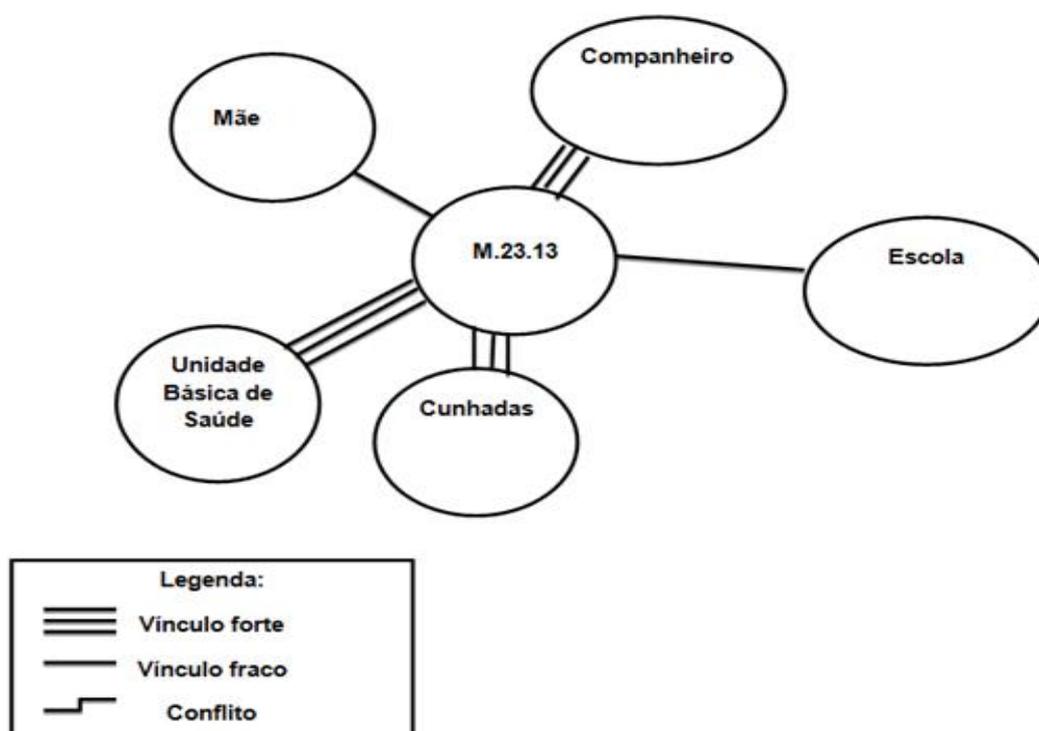


Figura 28- Ecomapa M.23.13. Pelotas, RS, 2015

**M.26.14:** 26 anos, três gestações, três filhos vivos, nenhum aborto, menarca aos 12 anos, sexarca aos 14 anos, com companheiro, Ensino Fundamental Incompleto, não trabalhava, não tinha religião, renda familiar de um salário mínimo. Vivenciou dois partos normais na adolescência, ambos não planejados, no primeiro aos 16 anos realizou 6 consultas de pré-natal e no segundo aos 18 anos referiu ter realizado 6 consultas de pré-natal.

A seguir o genograma de M.26.14:

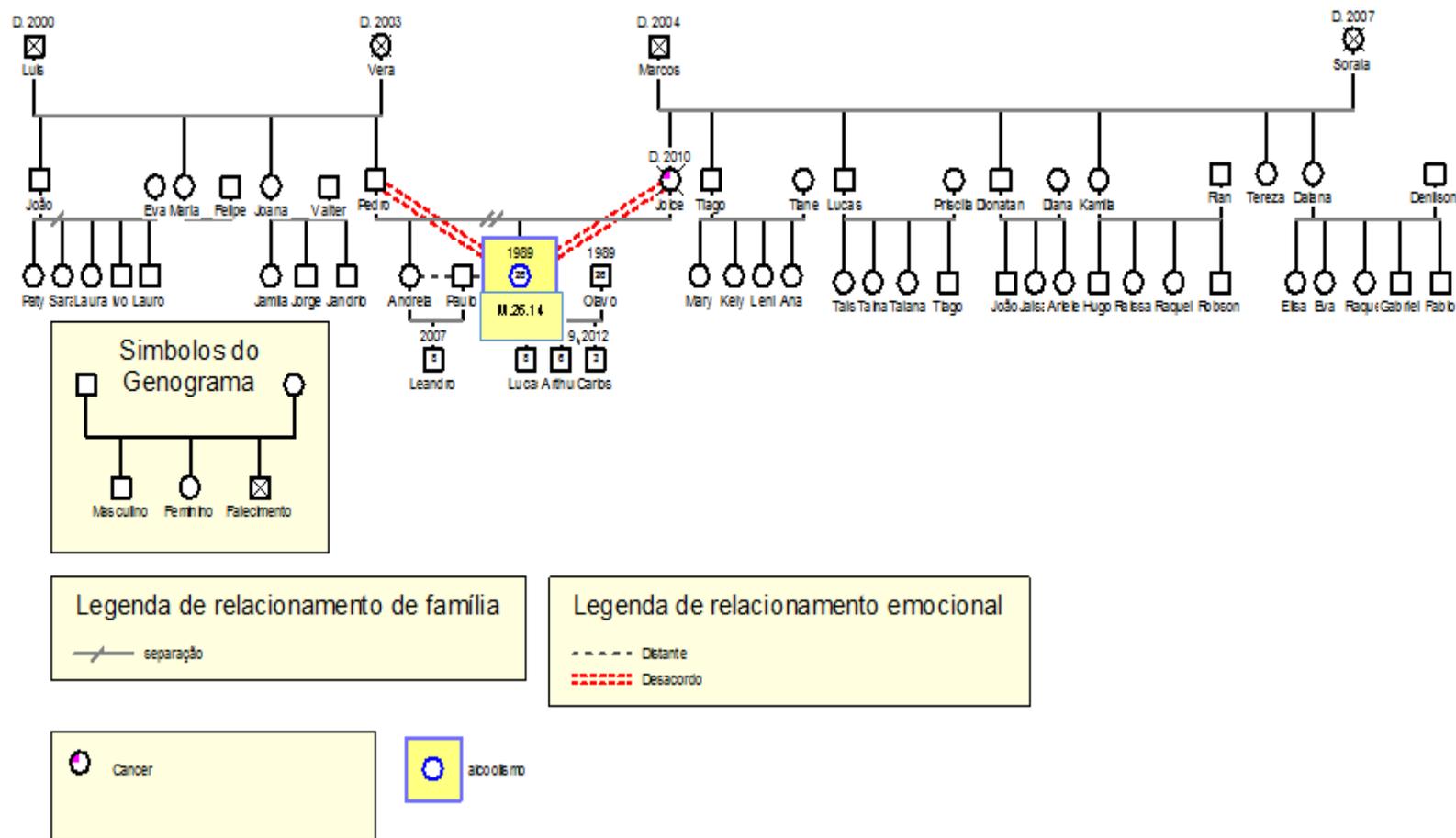


Figura 29–Genograma da M.26.14. Pelotas, RS, 2015

M.26.14 mora com os dois filhos e o companheiro, a participante relatou que engravidou quando perdeu a virgindade e este fato fez com que sua mãe não permitisse mais que morasse com a família. Assim o contato com a mãe e o pai foi rompido, e M.26.14 foi morar com o marido nos fundos da casa da família dele. A participante refere sempre ter tido problemas com alcoolismo, motivo pelo qual perdeu a guarda de seu filho mais novo para irmã, e por problemas pessoais rompeu contato com esta irmã e o filho. Seu maior arrependimento é não ter feito as pazes com sua mãe, que faleceu de câncer há alguns anos. Seu contato era apenas com a família do marido.

A seguir o ecomapa de M.26.14:

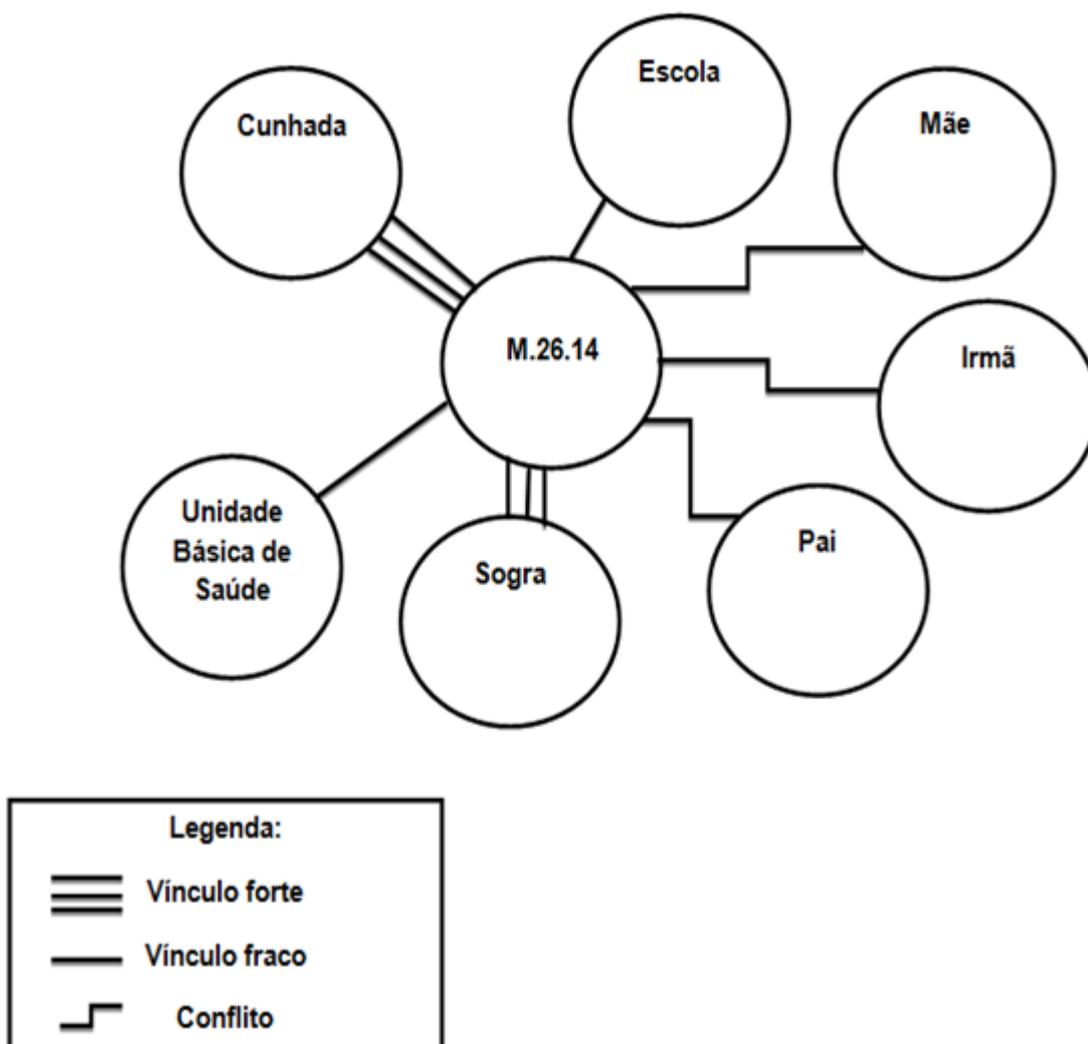


Figura 30- Ecomapa M.26.14. Pelotas, RS, 2015

**M.22.15:** 22 anos, duas gestações, dois filhos vivos, nenhum aborto, menarca aos 12 anos, sexarca aos 13 anos, com companheiro, Ensino Fundamental Incompleto, não trabalhava, era católica, renda familiar de um salário mínimo. Vivenciou dois partos na adolescência, ambos não planejados, no primeiro foi cesariana aos 13 anos realizou 4 consultas pré-natal e no segundo parto normal aos 16 anos referiu ter realizado 6 consultas de pré-natal.

A seguir o genograma da M.22.15:

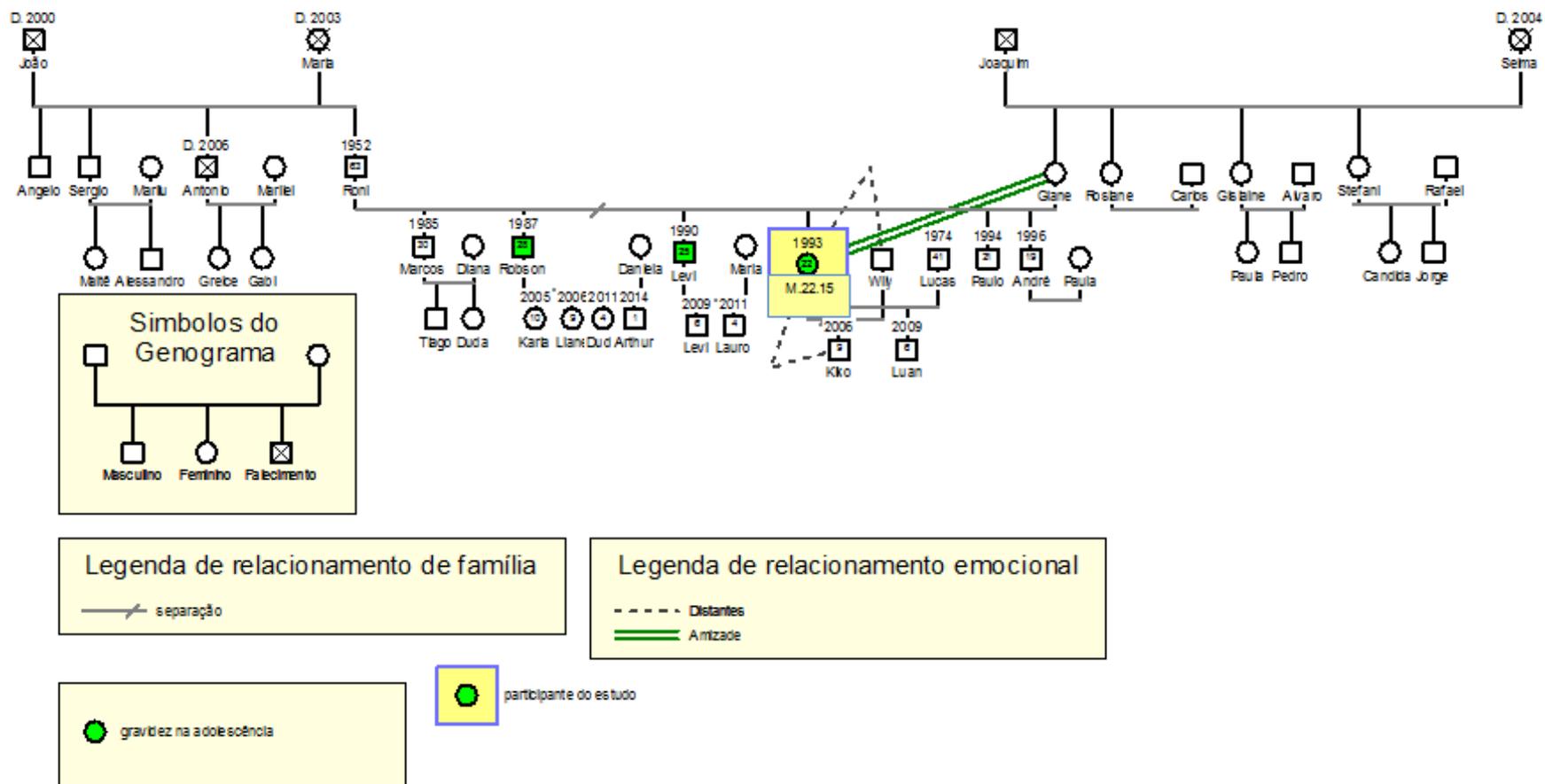


Figura 31–Genograma da M.22.15. Pelotas, RS, 2015

M.22.15 mora com o atual companheiro e um filho. A participante referiu que quando descobriu a gravidez teve o apoio de sua mãe, casou com o namorado e trancou os estudos em função da gestação. Três anos após o nascimento do filho ela se separou, deixando o filho ir embora com o marido, ela não tem contato com nenhum dos dois e diz preferir não saber como e onde estão. Quanto ao seu pai refere que a relação sempre foi conturbada e dificultou após a gestação. Seu apoio é sua mãe e seu atual companheiro.

A seguir o ecomapa da participante:

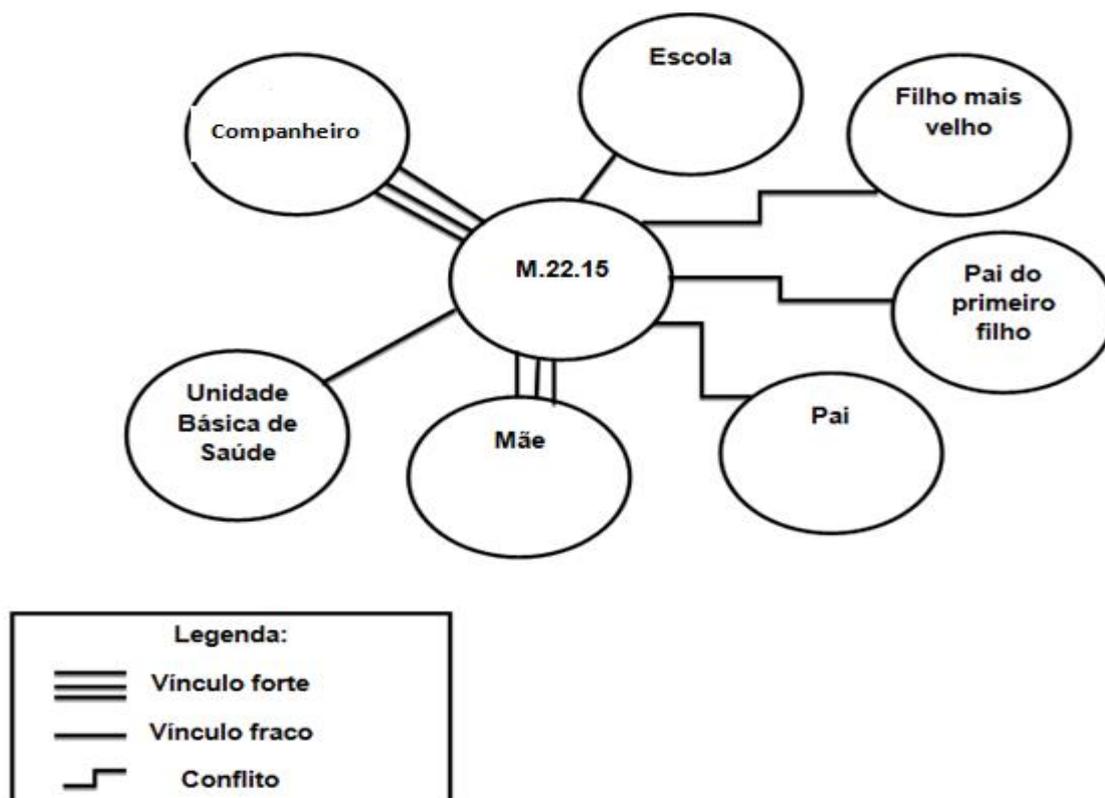


Figura 32- Ecomapa M.22.15. Pelotas, RS, 2015

**M.40.16:** 40 anos, cinco gestações, cinco filhos vivos, nenhum aborto, menarca aos 13 anos, sexarca aos 14 anos, com companheiro, Ensino Fundamental Incompleto, não trabalhava, era umbandista, renda familiar de 1500,00 reais. Vivenciou dois partos normais na adolescência, ambos não planejados, no primeiro aos 14 anos realizou 6 consultas pré-natal e no segundo aos 19 anos referiu ter realizado 6 consultas de pré-natal.

A seguir o genograma da M.40.16:

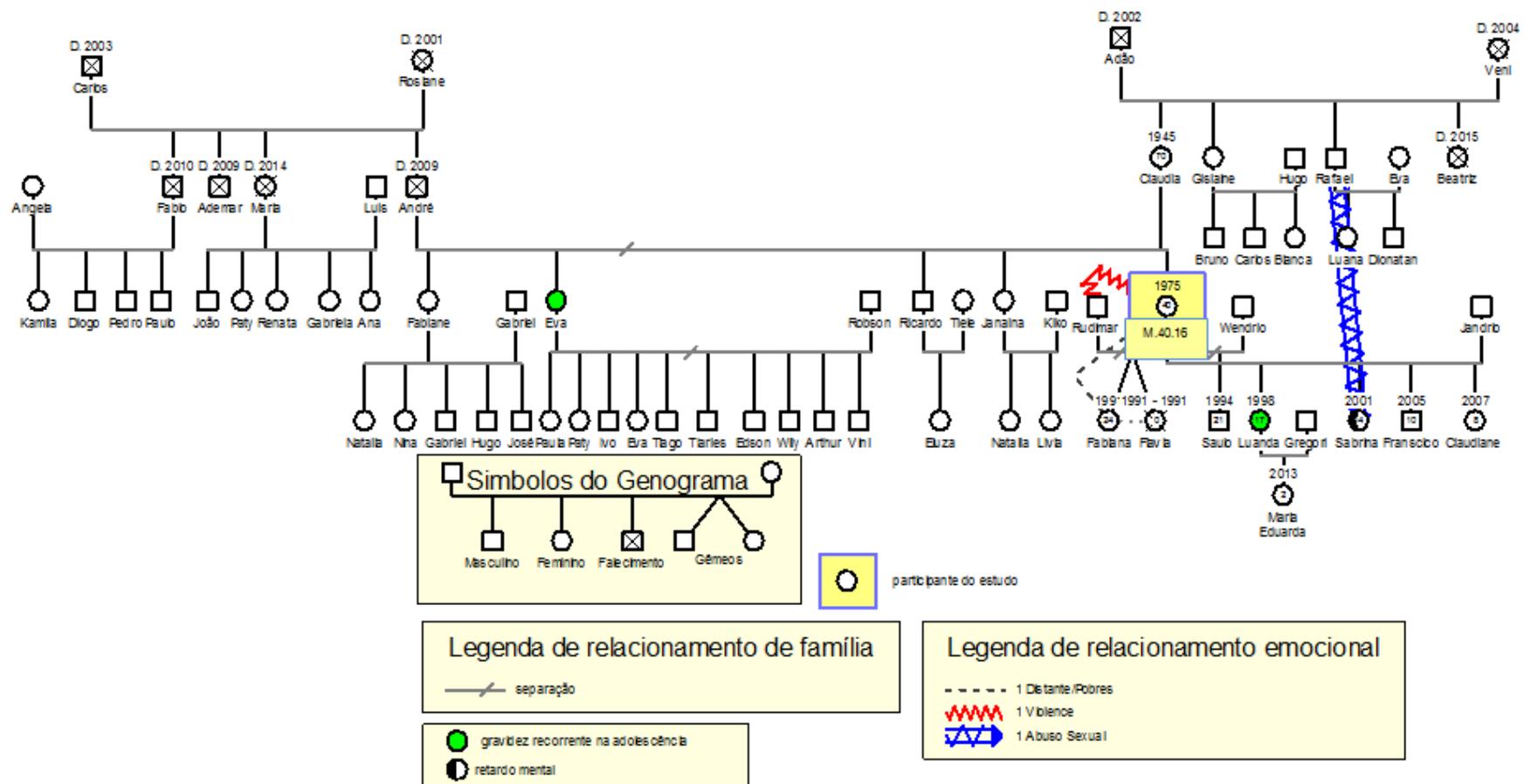


Figura 33–Genograma da M.40.16. Pelotas, RS, 2015

M.40.16 mora com o atual companheiro e seus filhos. Relatou que sofreu muito quando descobriu que estava grávida pela primeira vez, foi morar com o companheiro que a espancava e proibia que visitasse sua família, deixando-a trancada em casa por dias. Após o nascimento do filho optou por entregá-lo para adoção e assim romper o vínculo com o companheiro, voltando a conviver com sua família. Após constituir uma nova família, teve problemas com um tio que abusou sexualmente de sua filha com retardo mental, fato que abalou toda família. A participante diz estar feliz, tendo uma boa convivência com atual companheiro e com sua mãe que sempre tentou lhe mostrar o melhor caminho. A seguir o ecomapa da M.40.16:

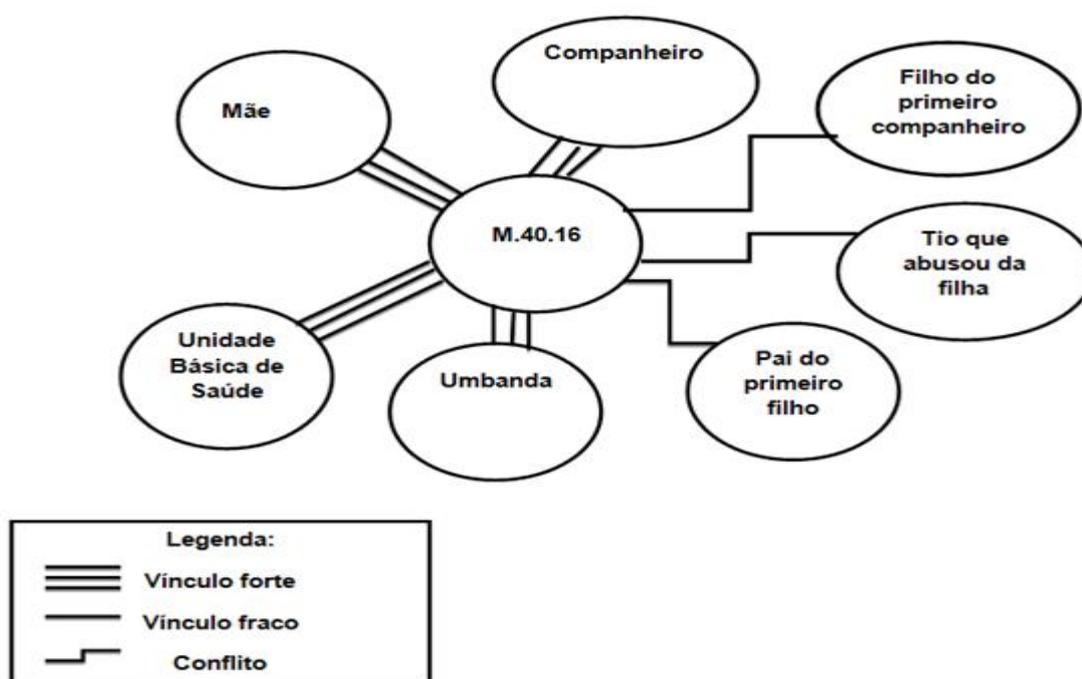


Figura 34- Ecomapa M.40.16. Pelotas, RS, 2015

**M.61.17:** 61 anos, nove gestações, sete filhos vivos, nenhum aborto, menarca aos 16 anos, sexarca aos 18 anos, com companheiro, Ensino Fundamental Incompleto, não trabalhava, não tinha religião, renda familiar de um salário mínimo. Vivenciou dois partos normais na adolescência, ambos não planejados, o primeiro aos 18 anos e o segundo aos 19 anos, não realizou pré-natal em nenhuma gravidez.

A seguir o genograma da M.61.17:

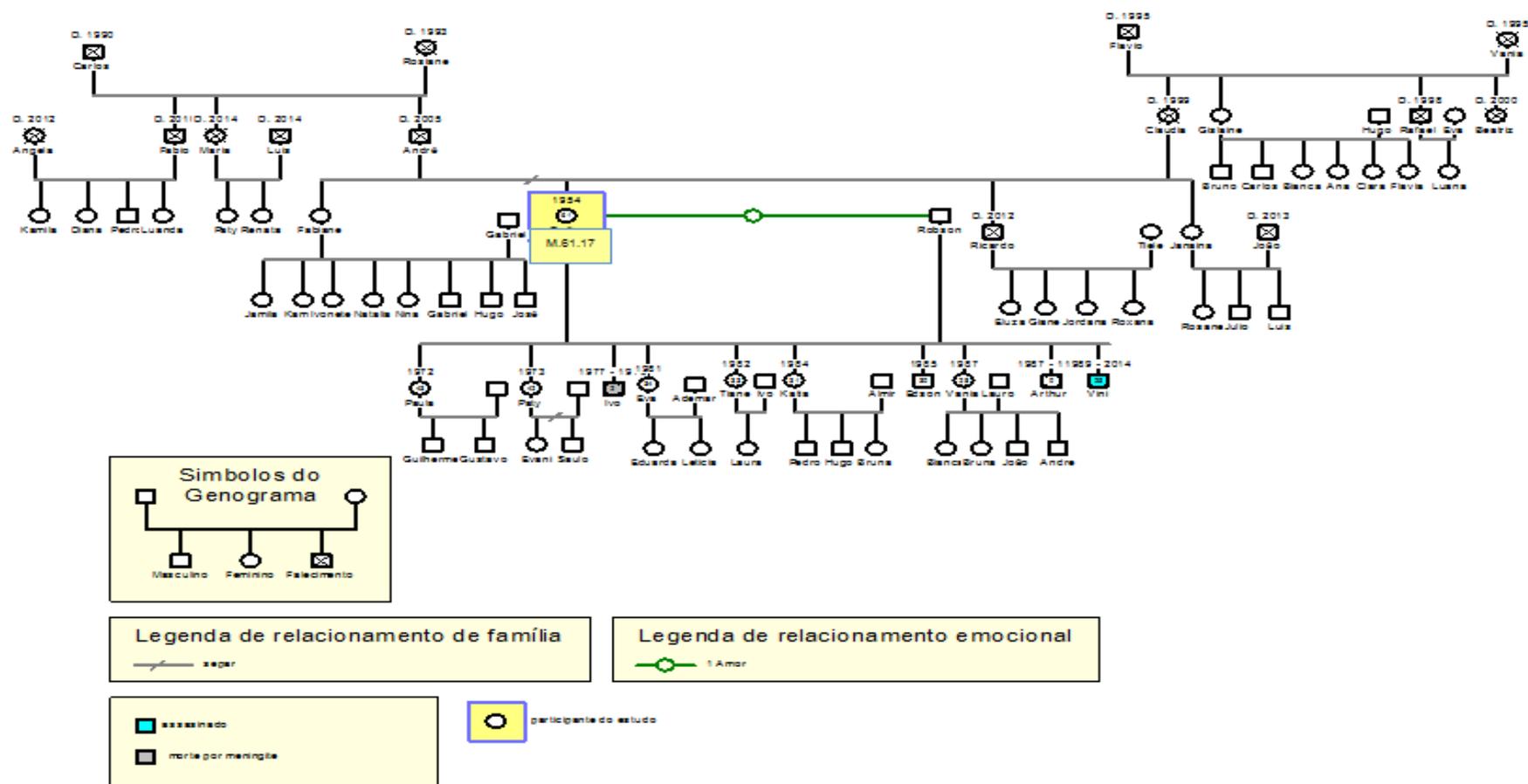


Figura 35–Genograma da M.61.17. Pelotas, RS, 2015

M.61.17 mora com o marido e um filho, relatou que não planejou engravidar e quando ficou grávida já estava casada, o que proporcionou vivenciar as gestações de forma plena e prazerosa. Seu único arrependimento é não ter tido a oportunidade de estudar para dar um futuro melhor aos seus nove filhos. A participante é referência no bairro e as adolescentes que ficam grávidas sempre à procuram para pedir conselhos e sanar dúvidas a respeito da gestação e do parto. Relata ter uma boa relação com a UBS do bairro, no qual sempre encontra atendimento quando necessário.

A seguir o ecomapa da M.61.17:

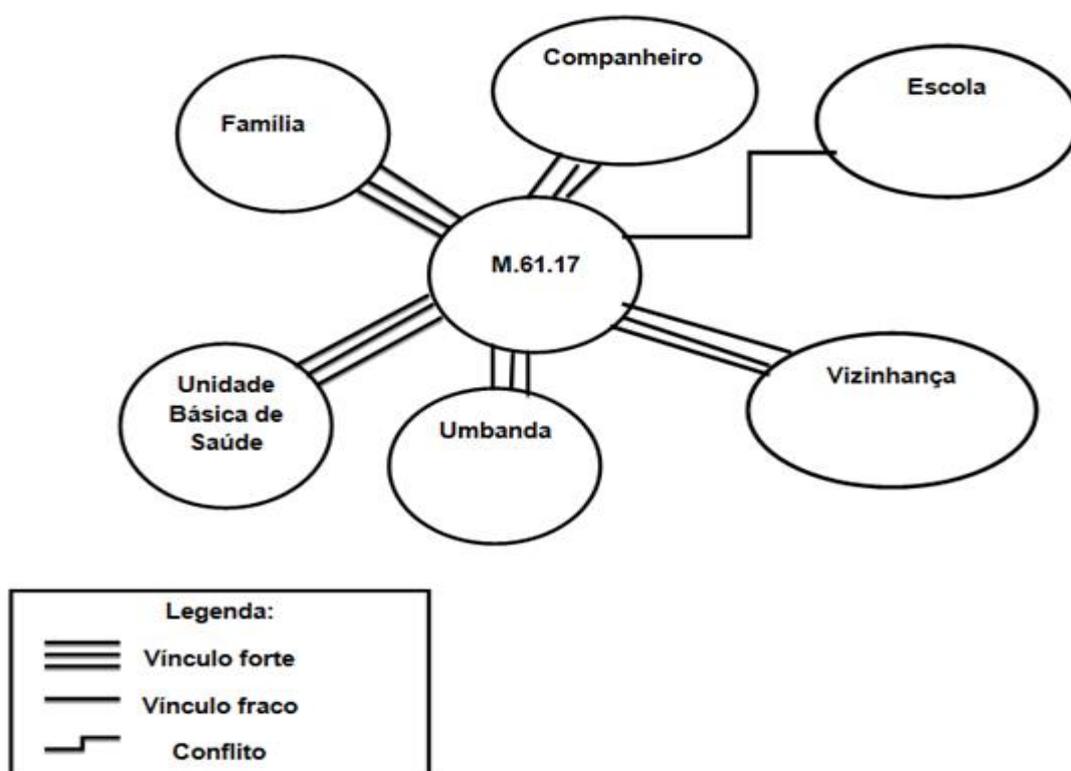


Figura 36- Ecomapa M.61.17. Pelotas, RS, 2015

**M.22.18:** 22 anos, duas gestações, dois filhos vivos, nenhum aborto, menarca aos 13 anos, sexarca aos 14 anos, com companheiro, Ensino Fundamental Incompleto, não trabalhava, era umbandista, renda familiar de um salário mínimo. Vivenciou dois partos normais na adolescência, ambos planejados, no primeiro aos 17 anos realizou 6 consultas pré-natal e no segundo aos 19 anos referiu ter realizado 3 consultas de pré-natal.

A seguir o genograma da M.22.18:

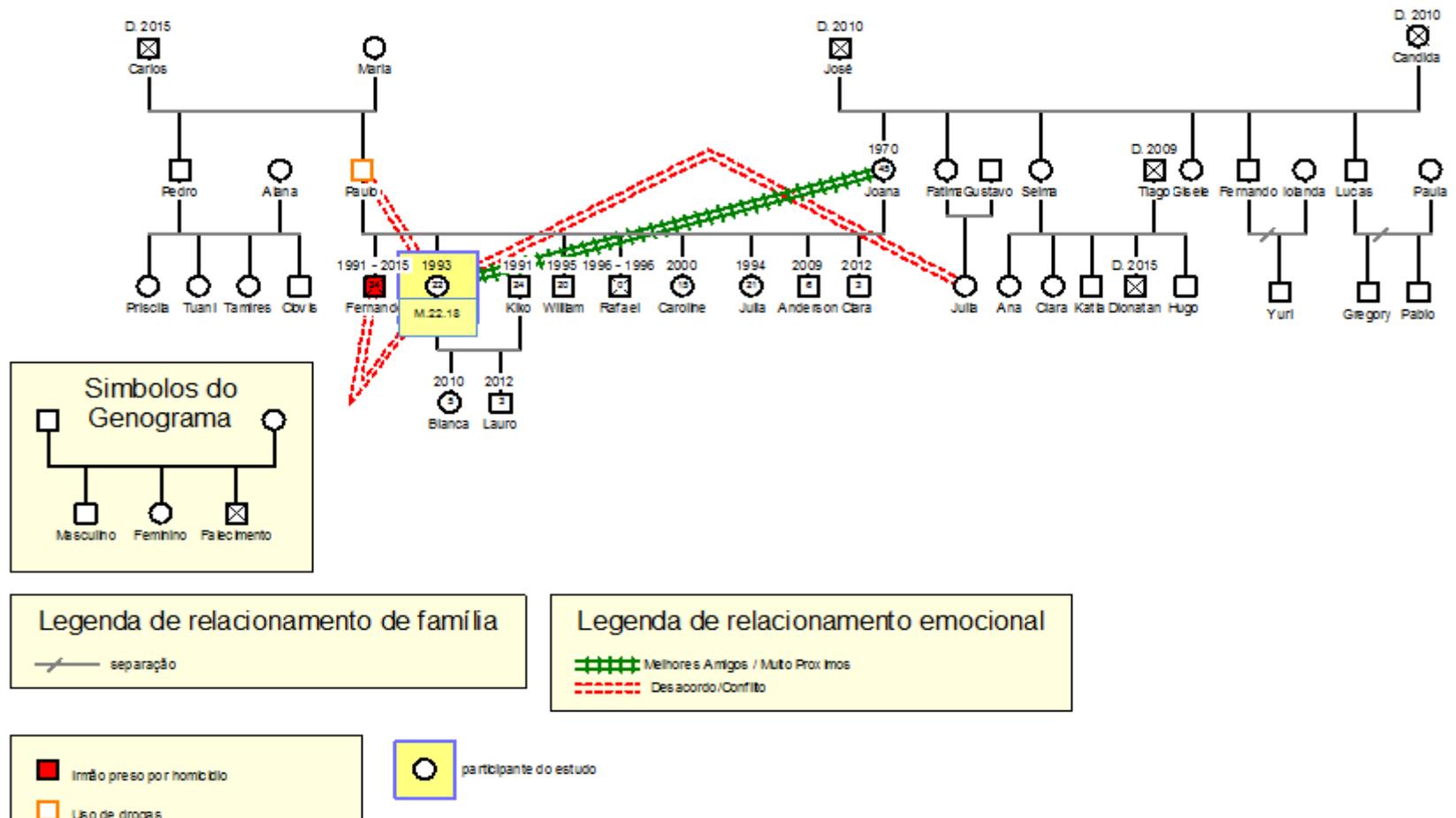


Figura 37–Genograma da M.22.18. Pelotas, RS, 2015

M.22.18 mora com o marido e seus dois filhos. Relatou que planejou suas gestações, pois já morava com o marido, assim ficou muito feliz quando descobriu que estava grávida. Diz sempre ter tido um bom relacionamento com sua mãe que esteve presente em seus partos, no entanto não tem um bom relacionamento com o pai que é usuário de drogas, relata não vê-lo há alguns anos. Refere relação conturbada com o irmão que está preso no momento. M.22.18 diz ter ótima relação com o companheiro, e relata não estar tomando anticoncepcional, pois pretende engravidar novamente ainda este ano.

A seguir o ecomapa de M.22.18:

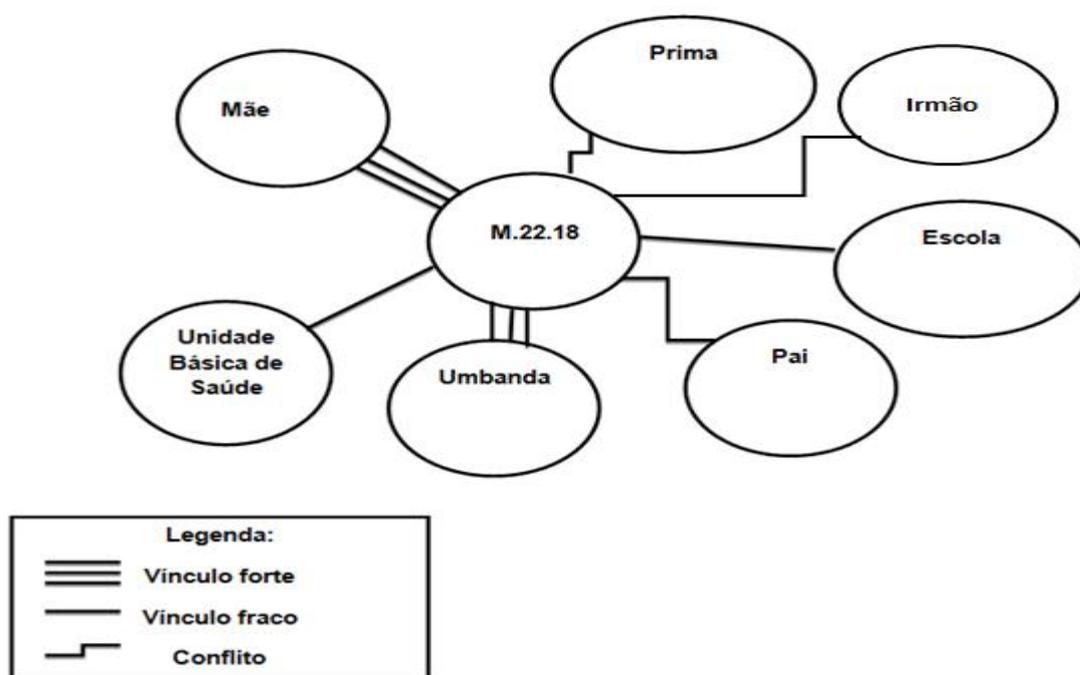


Figura 38- Ecomapa M.22.18. Pelotas, RS, 2015

**M.20.19:** 20 anos, três gestações, três filhos vivos, nenhum aborto, menarca aos 10 anos, sexarca aos 11 anos, sem companheiro, Ensino Fundamental completo, trabalhava no comercio, era evangélica, renda familiar de R\$ 1300,00 reais. Vivenciou três partos cesarianos na adolescência, todos não planejados, no primeiro aos 11 anos realizou 6 consultas pré-natal, no segundo aos 16 anos realizou 7 consultas pré-natal e no terceiro aos 19 anos refere ter realizado 4 consultas pré-natal.

A seguir o genograma da M.20.19:

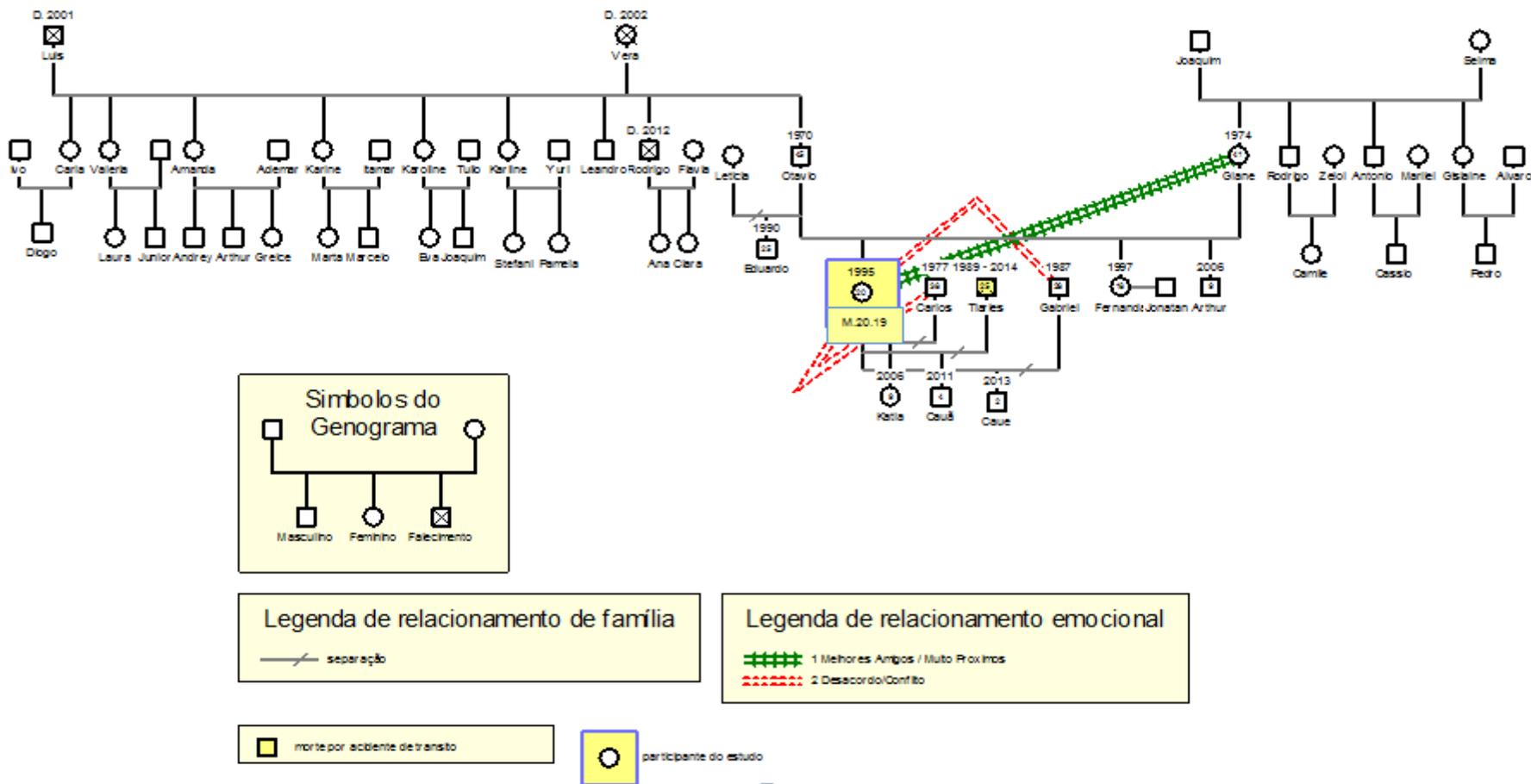


Figura 39–Genograma da M.20.19. Pelotas, RS, 2015

M.20.19 mora com seus pais, seus filhos e seus irmãos. Relatou não ter contato com nenhum dos pais de seus filhos, pois sempre optou por assumir a responsabilidade de seus filhos, mas sempre obteve o apoio de seus pais. Hoje M.20.19 trabalhava no supermercado da família e pretende seguir seus estudos para oferecer um futuro melhor a seus filhos. Relatou ter uma relação conturbada com a ACS da sua área, bem como não costuma freqüentar a UBS, devido ao preconceito por parte dos profissionais.

A seguir o ecomapa da M.20.19:

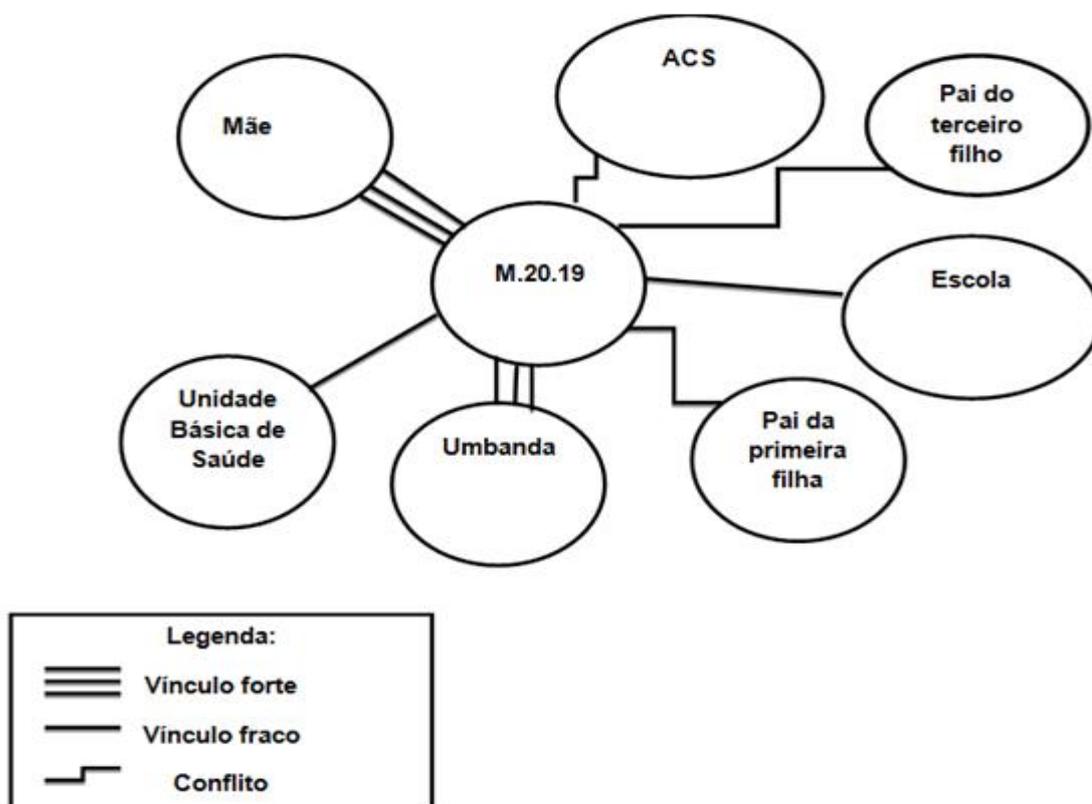


Figura 40- Ecomapa M.20.19. Pelotas, RS, 2015

**M.58.20:** 58 anos, oito gestações, seis filhos vivos, dois abortos, menarca aos 16 anos, sexarca aos 17 anos, com companheiro, Ensino Médio completo, não trabalhava, era evangélica, renda familiar de dois salários mínimos. Vivenciou dois partos normais na adolescência, ambos não planejados, no aos 17 anos realizou 3 consultas pré-natal e no segundo aos 19 anos referiu ter realizado 4 consultas de pré-natal.

A seguir o genograma da M.58.20:

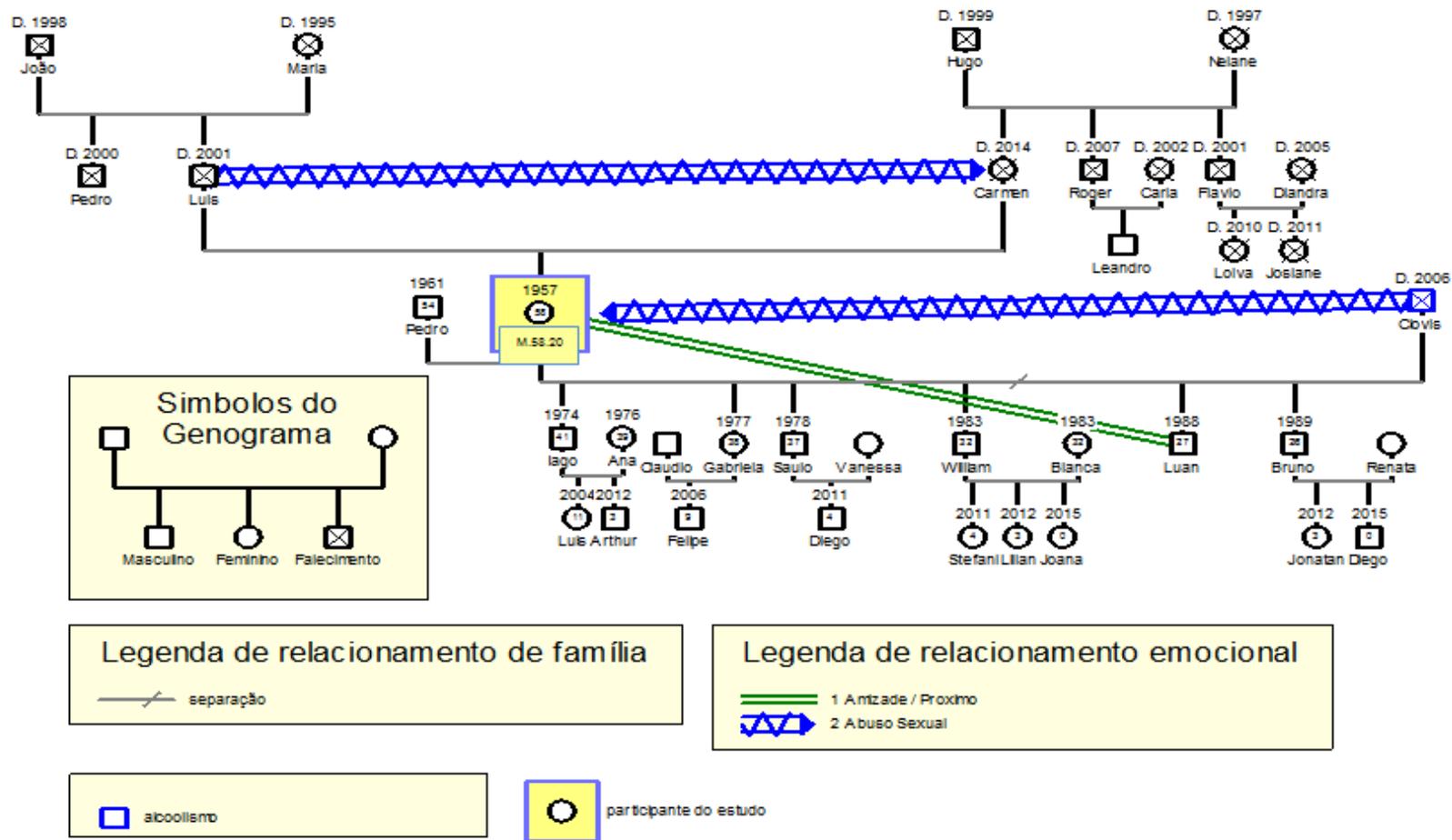


Figura 41–Genograma da M.58.20. Pelotas, RS, 2015

Morava com o atual companheiro e a família de sua filha. Relata uma vivência bem triste na sua primeira gestação, pois sofreu abuso sexual do companheiro daquela época e sua família a obrigou a casar com mesmo, mesmo contra sua vontade. Foram anos se submetendo às ordens do marido, sofrendo violência doméstica, diz somente ter começado a viver após o falecimento do marido em 2006, vítima de patologias decorrentes do abuso de álcool. M.58.20 relata que após alguns anos sua mãe começou a perceber tudo que ela sofria e pediu perdão por ter obrigado a mesma a casar, consolidando novamente a relação de ambas. M.58.20 diz que é o único membro da família viva, sendo seu apoio seus filhos e o atual companheiro que não mediam esforços para vê-la feliz. Além destes, encontra apoio na igreja que frequenta, bem como na Casa do Carinho- orfanato a qual trabalhou por muitos anos.

A seguir o ecomapa da M.58.20:

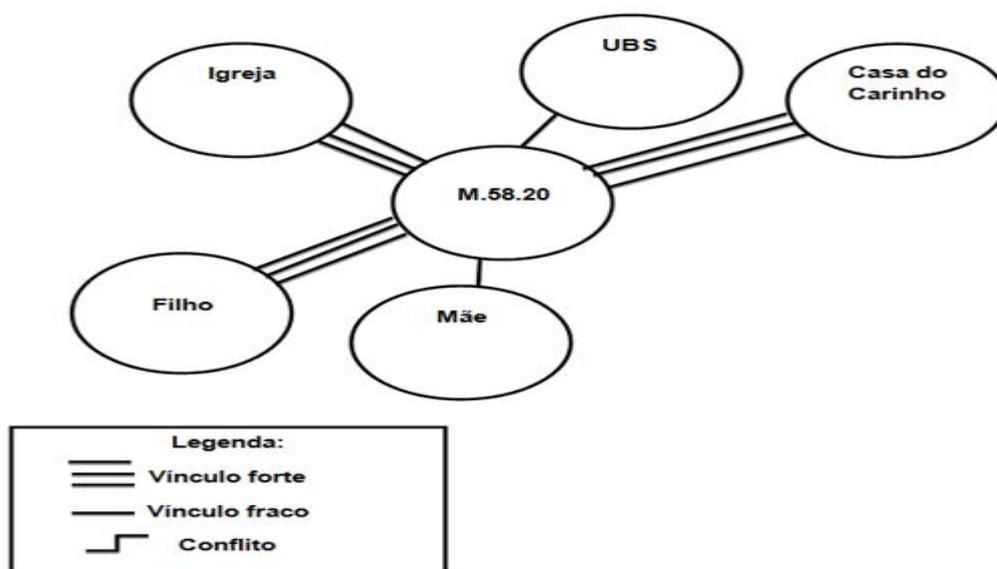


Figura 42- Ecomapa M.58.20. Pelotas, RS, 2015

**M.24.21:** 24 anos, duas gestações, três filhos vivos, nenhum aborto, menarca aos 12 anos, sexarca aos 14 anos, sem companheiro, Ensino fundamental incompleto, trabalhava no comercio, não tinha religião, renda familiar de um salário mínimo. Vivenciou dois partos cesarianos na adolescência, ambos não planejados, no primeiro aos 14 anos realizou 7 consultas pré-natal e no segundo aos 18 anos referiu ter realizado 5 consultas de pré-natal.

A seguir o genograma ecomapa da M.24.21:

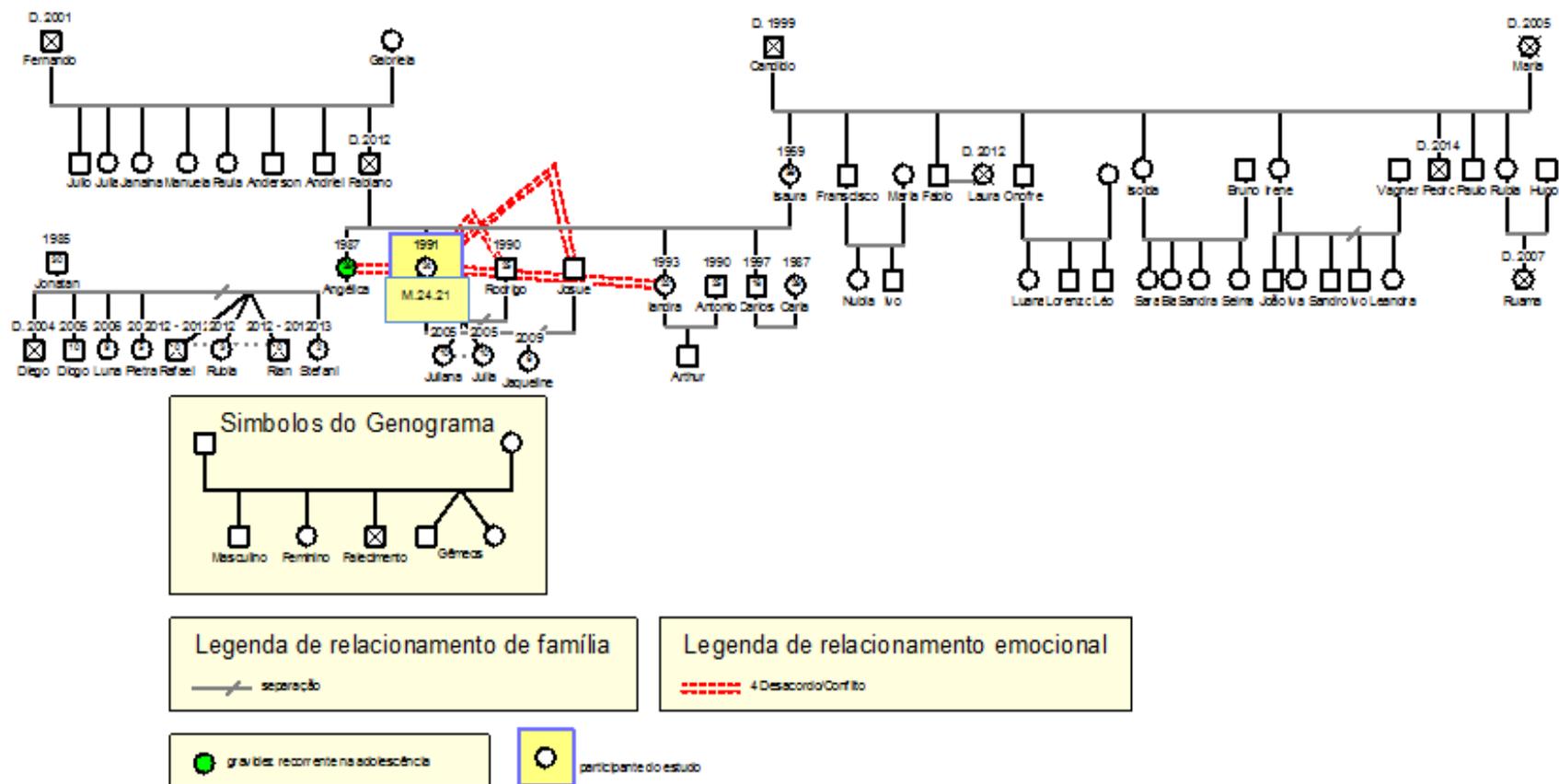


Figura 43—Genograma da M.24.21. Pelotas, RS, 2015

Mora com os filhos. Relata ter engravidado das gêmeas na sua primeira relação sexual aos 14 anos. Nesta época optou por assumir a responsabilidade de suas filhas sozinha, não deixando o ex-namorado conviver com as filhas, para tanto teve o apoio de sua mãe em todos os momentos de sua vida. Diz ter uma relação conturbada com suas duas irmãs por problemas pessoais da família. Sua segunda gestação foi fruto de outro relacionamento com quem conviveu até o início deste ano, no entanto após a separação, o companheiro não teve mais contato com a filha. M.24.21 trabalha em um comércio do bairro e diz pensar em seguir os estudos após ter seus filhos criados, quanto à UBS diz ter um bom relacionamento com os profissionais que lá estão inseridos.

A seguir o ecomapa de M.24.21:

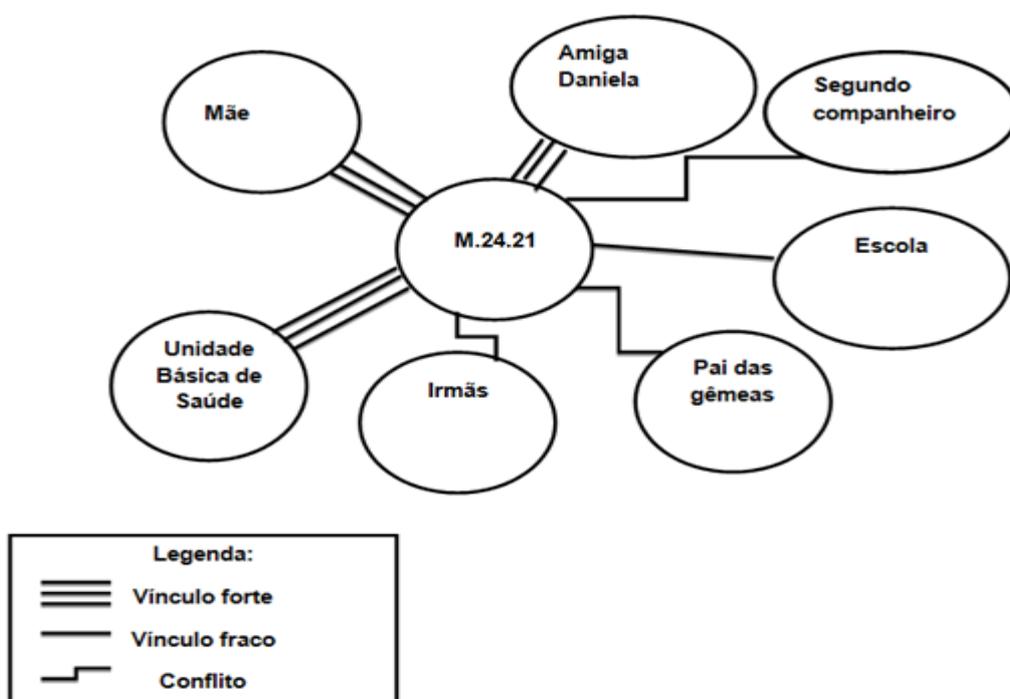


Figura 44- Ecomapa M.24.21. Pelotas, RS, 2015

**M.45.22:** 45 anos, seis gestações, cinco filhos vivos, um aborto, menarca aos 10 anos, sexarca aos 16 anos, com companheiro, Ensino fundamental incompleto, não trabalhava, não tinha religião, renda familiar de um salário mínimo. Vivenciou dois partos normais na adolescência, ambos não planejados. No primeiro aos 16 anos realizou 2 consultas pré-natal e no segundo aos 19 anos referiu ter realizado 4 consultas de pré-natal.

A seguir o genograma da M.45.22:

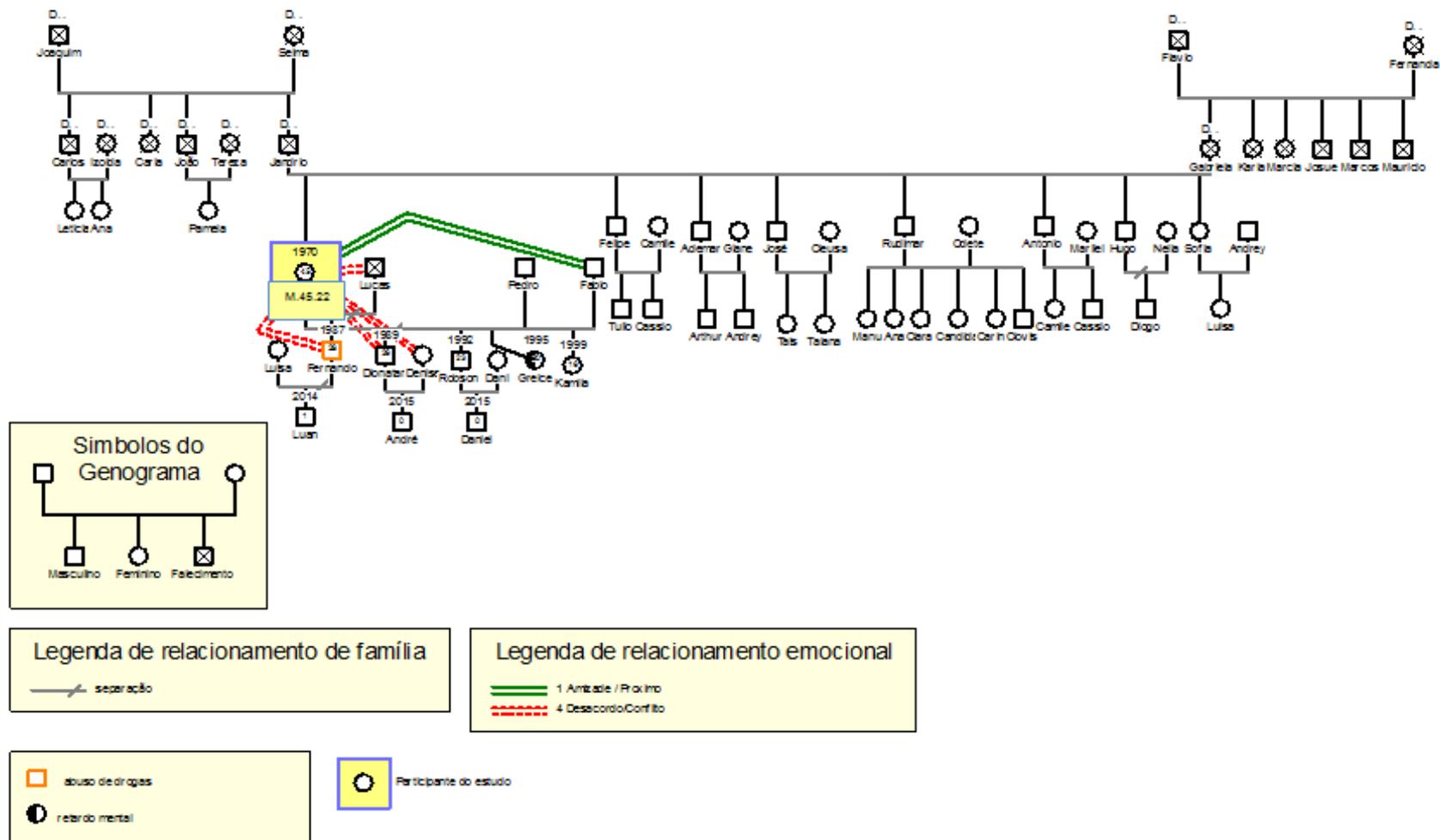


Figura 45–Genograma da M.45.22. Pelotas, RS, 2015

M.45.22 morava com duas filhas. que quando descobriu que estava grávida pela primeira vez assumiu o relacionamento com o companheiro, no entanto após 2 anos houve a separação do casal e o companheiro foi embora para Jaguarão, levando junto o filho do casal. M.45.22 diz não ter contato com o primeiro filho, no entanto relata saber que o mesmo é usuário de drogas e morador de rua. Seus pais já são falecidos, e no momento vivencia relação fragilizada com um filho e a nora por problemas pessoais, assim, seu apoio se concentra no companheiro e nos demais filhos, sendo que uma das filhas tem retardo mental, e necessita de cuidados 24 horas por dia, o que a impossibilita de trabalhar, dedicando-se exclusivamente aos cuidados da filha. Diz ter um bom contato com a UBS, no qual utiliza o serviço freqüentemente devido o problema de saúde de sua filha.

A seguir o ecomapa da M.45.22:

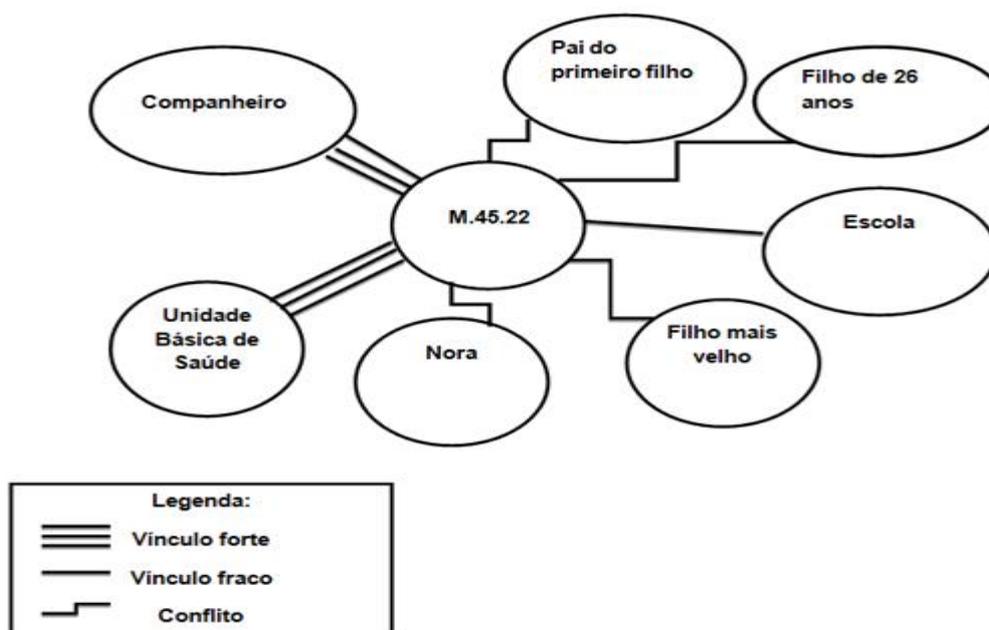


Figura 46- Ecomapa M.45.22. Pelotas, RS, 2015

**M.32.23:** 32 anos, sete gestações, sete filhos vivos, nenhum aborto, menarca aos 12 anos, sexarca aos 16 anos, com companheiro, Ensino fundamental incompleto, não trabalhava e não tinha religião, renda familiar de 272,00 reais. Vivenciou dois partos normais na adolescência, ambos não planejados, o primeiro aos 16 anos e o segundo aos 18 anos, em ambos a participante não realizou consultas de pré-natal.

A seguir o genograma da M.32.23:

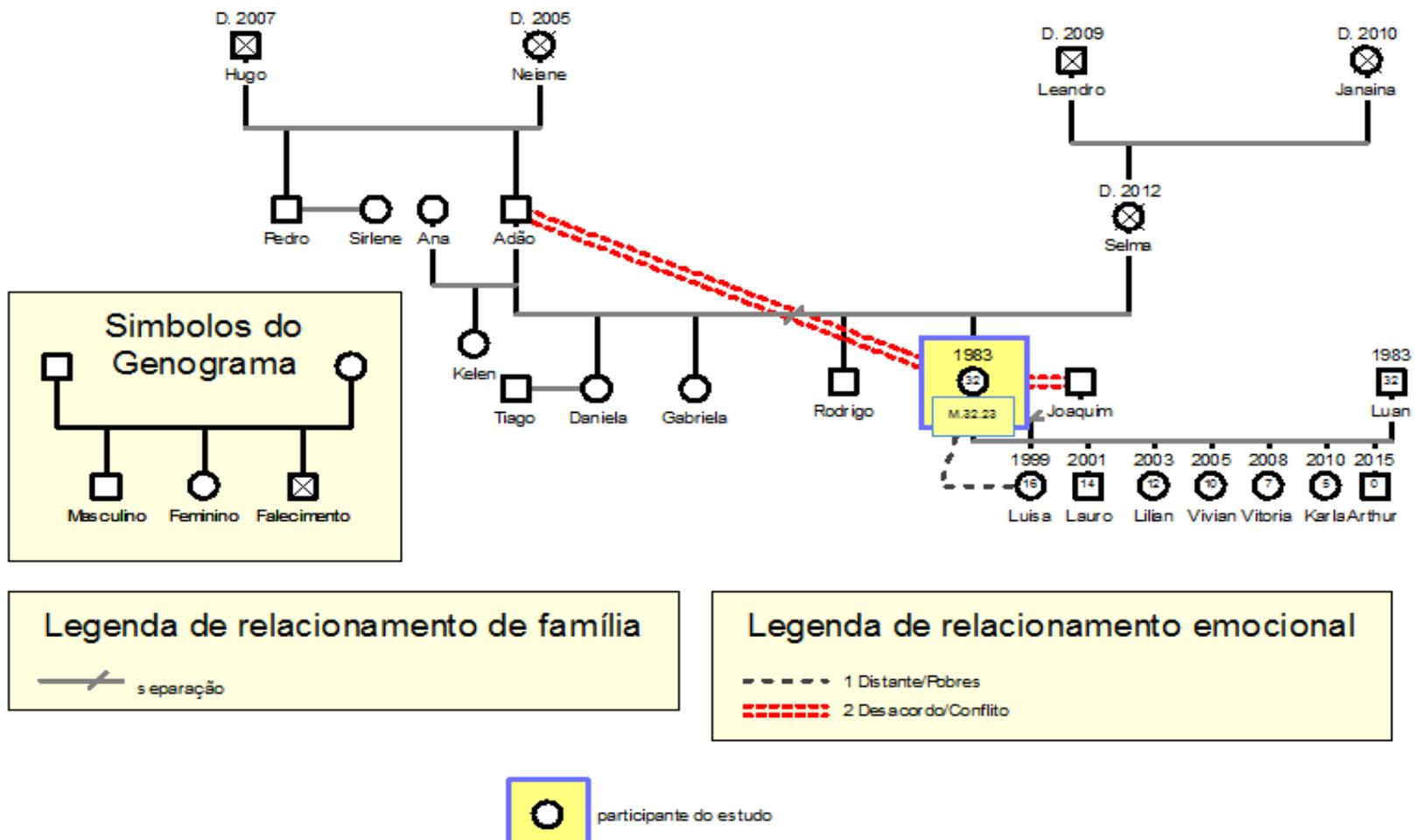


Figura 47–Genograma da M.32.23. Pelotas, RS, 2015

M.32.23 mora com o atual companheiro e os filhos. A participante relatou que ao descobrir que estava grávida morava com o companheiro, no entanto o mesmo não aceitou a gestação e à expulsou de casa. Assim, foi morar com o pai e a madrasta, mas optou com esconder a gestação da família, porém quando seu pai descobriu também à expulsou de casa, acabou morando na casa de vizinhas do bairro ate o final da gestação, e após o parto optou por entregar a filha para adoção, não tendo contato com a mesma até o dia da entrevista. Após, algum tempo conheceu o atual companheiro, com quem teve os demais filhos. Quando questionada sobre sua mãe, diz não ter tido contato com a mesma, pois foi criada pelo pai e pela madrasta. Hoje seu apoio é o companheiro, seus filhos e sua vizinha.

A seguir o ecomapa da M.32.23:

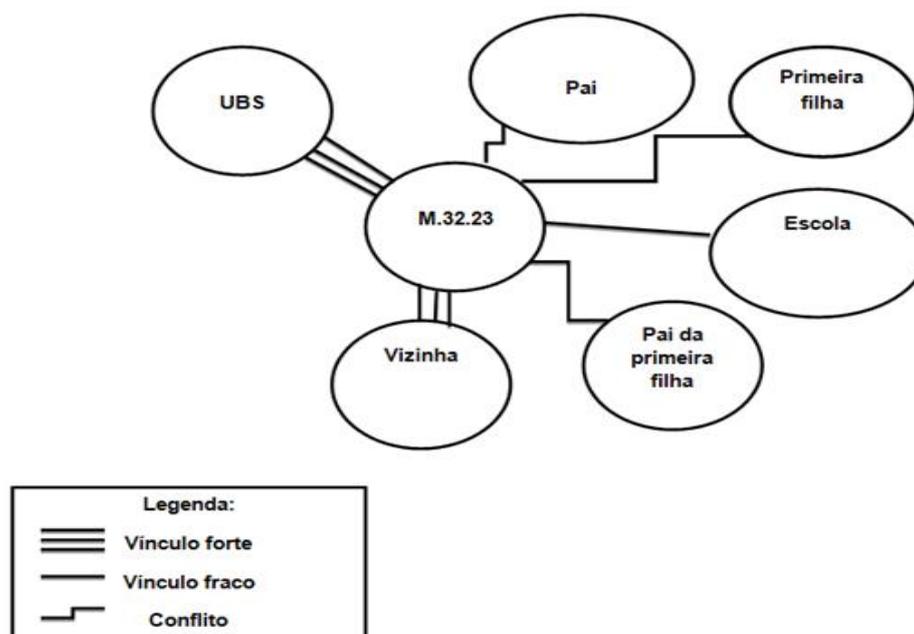


Figura 48- Ecomapa M.32.23. Pelotas, RS, 2015

**M.46.24:** 46 anos, dez gestações, dez filhos vivos, nenhum aborto, menarca aos 10 anos, sexarca aos 15 anos, com companheiro, Ensino fundamental incompleto, trabalhava com reciclagem, era umbandista, renda familiar de um salário mínimo. Vivenciou dois partos normais na adolescência, ambos não planejados, o primeiro aos 18 anos e o segundo aos 19 anos, em ambos a participante não realizou consultas de pré-natal.

A seguir o genograma da M.46.24:

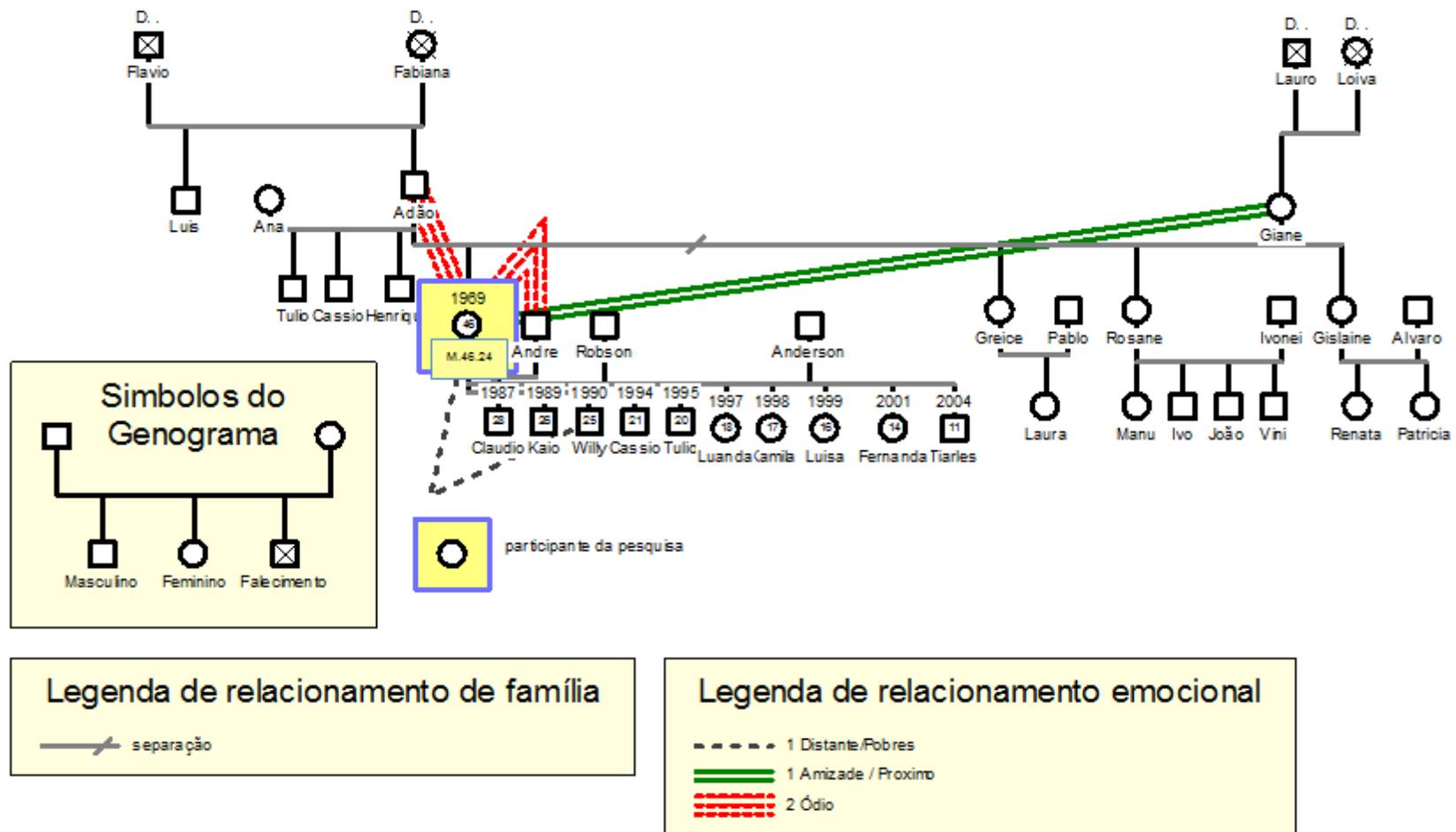


Figura 49–Genograma da M.46.24. Pelotas, RS, 2015

M.46.24 mora com o atual companheiro e os filhos. Relatou que quando descobriu que estava grávida foi embora da casa dos pais e resolveu assumir a responsabilidade de ser mãe sozinha, assim começou trabalhar com reciclagem, e viver sua vida. Seu pai não aceitava uma filha “mãe solteira”, o que fragilizou a relação de ambos. Já sua mãe sempre permaneceu presente em sua vida, buscando apoiar suas decisões. Seu maior arrependimento foi não ter estudado, e ter que trabalhar com reciclagem de lixo até os dias atuais, contudo diz mover o mundo para ver seus filhos felizes, e poder dar uma vida digna aos mesmos.

A seguir o ecomapa de M.46.24:

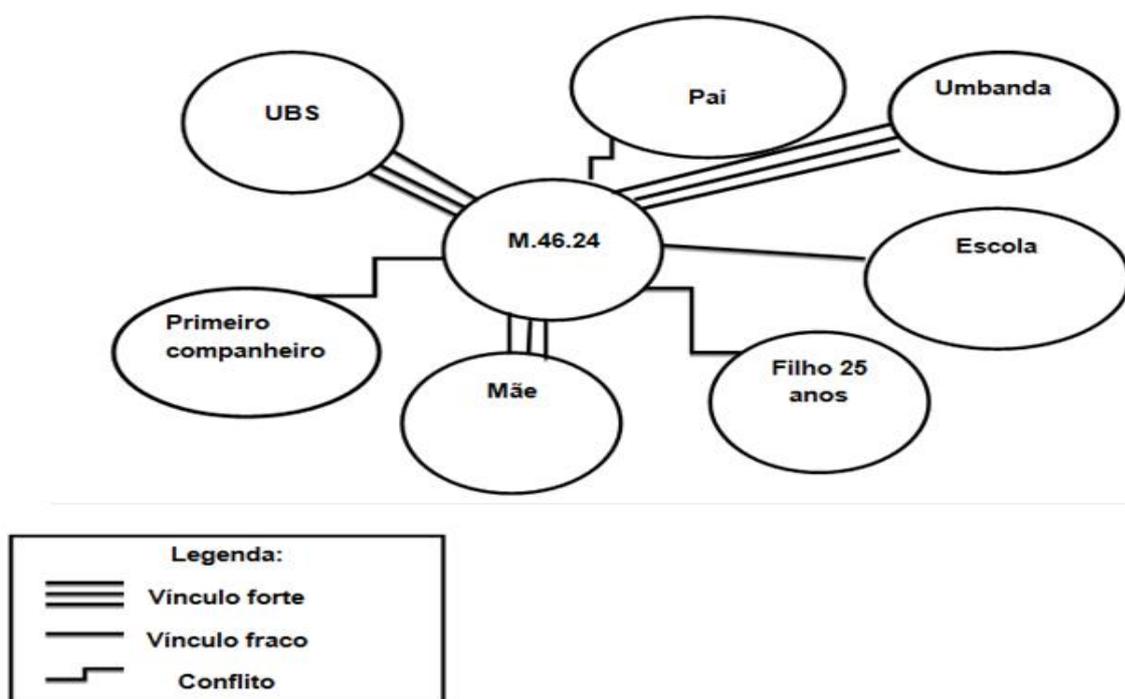


Figura 50- Ecomapa M.46.24. Pelotas, RS, 2015

**M.24.25:** 24 anos, sete gestações, cinco filhos vivos, dois abortos, menarca aos 12 anos, sexarca aos 14 anos, sem companheiro, Ensino fundamental incompleto, trabalhava como vendedora ambulante, não tinha religião, renda familiar de um salário mínimo. Vivenciou dois partos normais na adolescência, ambos não planejados, no primeiro aos 16 anos realizou 6 consultas pré-natal e no segundo aos 19 anos a participante referiu ter realizado 6 consultas de pré-natal.

A seguir o genograma da M.24.25:

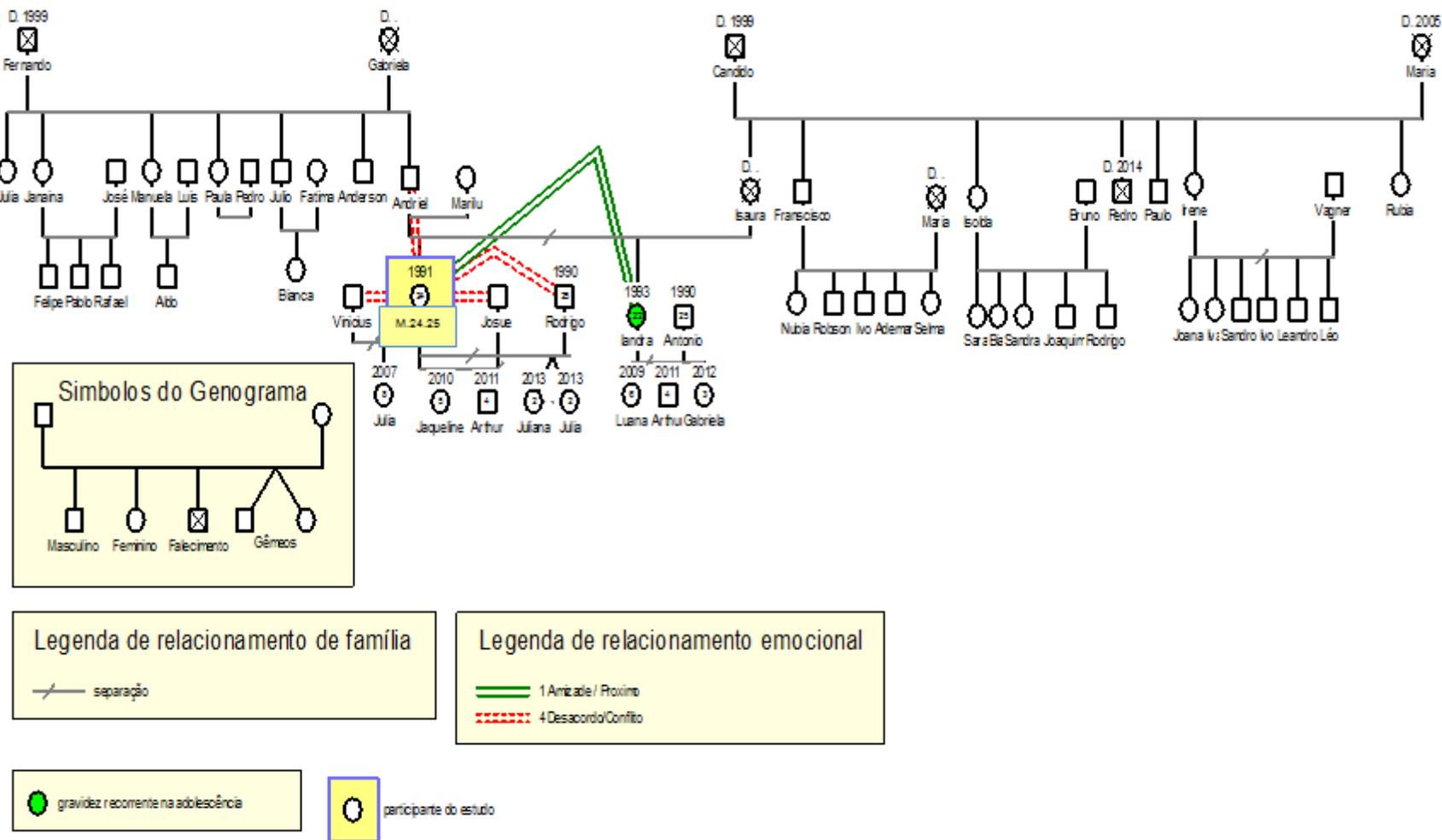


Figura 51 –Genograma da M.24.25. Pelotas, RS, 2015

M.24.25 mora com a irmã e os filhos. M.24.25 relatou que nunca teve contato com o pai e que sua mãe faleceu de doença cardíaca ainda quando ela era criança, por esse motivo foi criada por uma tia. No entanto quando descobriu que estava grávida resolveu ir embora da casa da tia e ter sua própria vida, levando consigo sua irmã mais nova. Hoje uma é o apoio da outra, e ambas optaram por não seguir os estudos para criar seus filhos. Quanto aos pais de seus filhos, M.24.25 diz não ter contato com nenhum. Diz ter um ótimo relacionamento com a UBS.

A seguir o ecomapa da M.24.25:

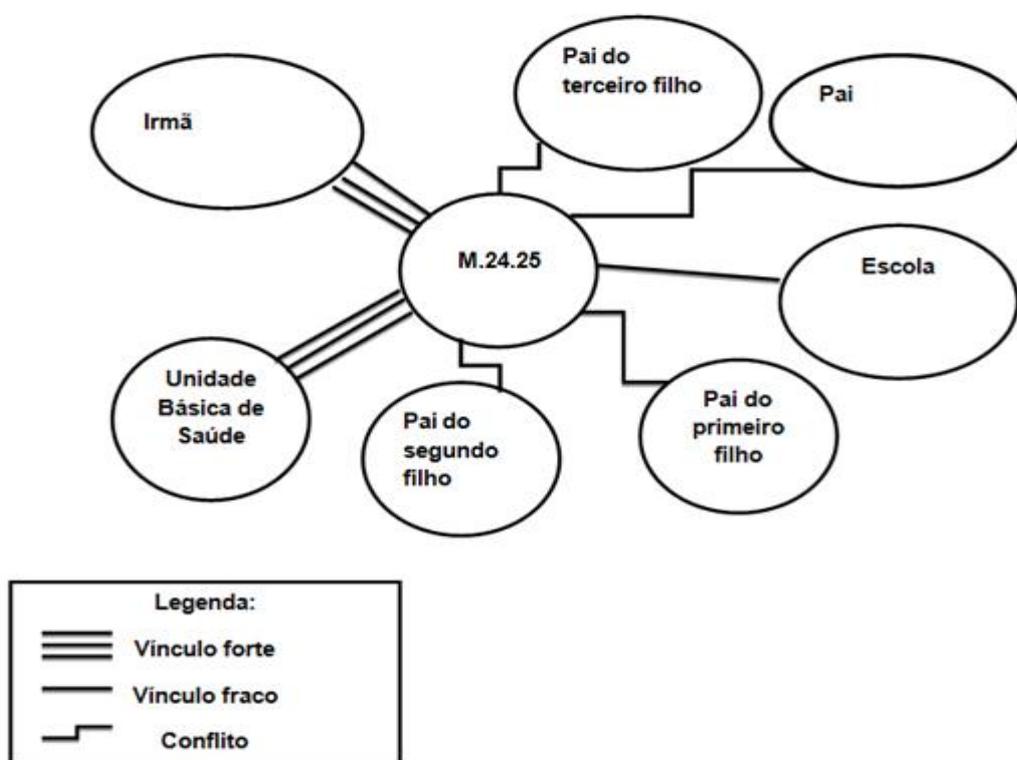


Figura 52- Ecomapa M.24.25. Pelotas, RS, 2015

**M.29.26:** 29 anos, sete gestações, seis filhos vivos, um aborto, menarca aos 13 anos, sexarca aos 15 anos, sem companheiro, Ensino fundamental incompleto, não trabalhava, era evangélica, renda familiar de 400,00 reais. Vivenciou dois partos normais na adolescência, ambos não planejados, no primeiro aos 15 anos realizou 4 consultas pré-natal e o segundo aos 17 anos no qual a participante referiu ter realizado 5 consultas de pré-natal.

A seguir o genograma da M.29.26:

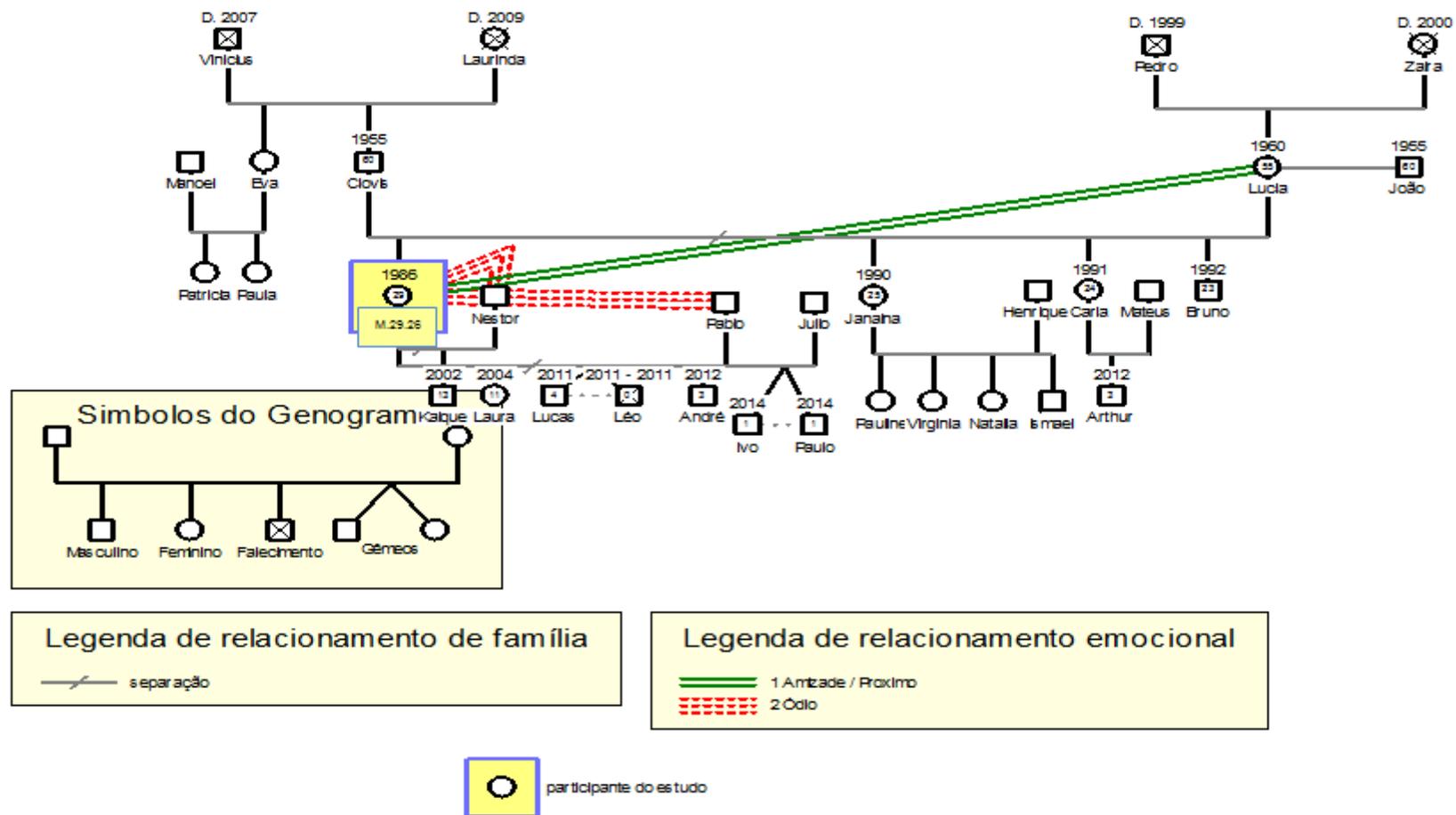


Figura 53–Genograma da M.29.26. Pelotas, RS, 2015

Mora com o atual companheiro e seus filhos. A participante relatou que sempre teve o apoio de seus pais na sua vida, que sua mãe sempre conversou sobre métodos contraceptivos e sobre a responsabilidade de uma gravidez precoce, no entanto acabou engravidando sem planejar, e passou por um momento muito delicado de sua vida, pois descobriu que o companheiro era casado, e a enganava há 2 anos, assim foi necessário muito apoio emocional de seus pais para viver este período de sua vida. Após este período M.29.26 teve outro companheiro, com quem teve três filhos, após a separação passaram ter uma relação conturbada devido problemas com a pensão dos filhos. A participante possuía outro companheiro, com o qual tinha dois filhos, diz estar bem e agradecer diariamente a presença de sua mãe em sua vida. Diz que encontrou apoio durante as gestações na UBS e no Primeira Infância Melhor (PIM), instituições que à ajudaram sempre que precisou.

A seguir o ecomapa da M.29.26:

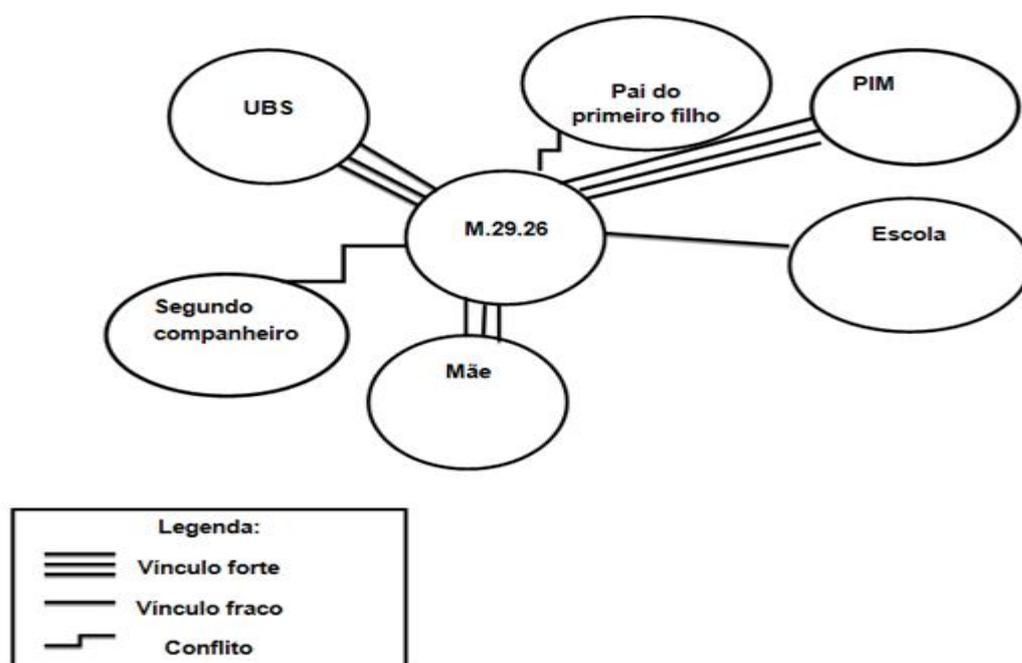


Figura 54- Ecomapa M.29.26. Pelotas, RS, 2015

**M.21.27:** 21 anos, quatro gestações, quatro filhos vivos, nenhum aborto, menarca aos 12 anos, sexarca aos 13 anos, com companheiro, Ensino fundamental incompleto, não trabalhava e não tinha religião, renda familiar de 450,00. Vivenciou quatro partos normais na adolescência, todos não planejados, no primeiro aos 13 anos realizou 5 consultas pré-natal, no segundo aos 14 anos, no terceiro aos 15 anos e no quarto aos 16 anos a participante referiu não ter realizado consultas de pré-natal.

A seguir o genograma da M.21.27:

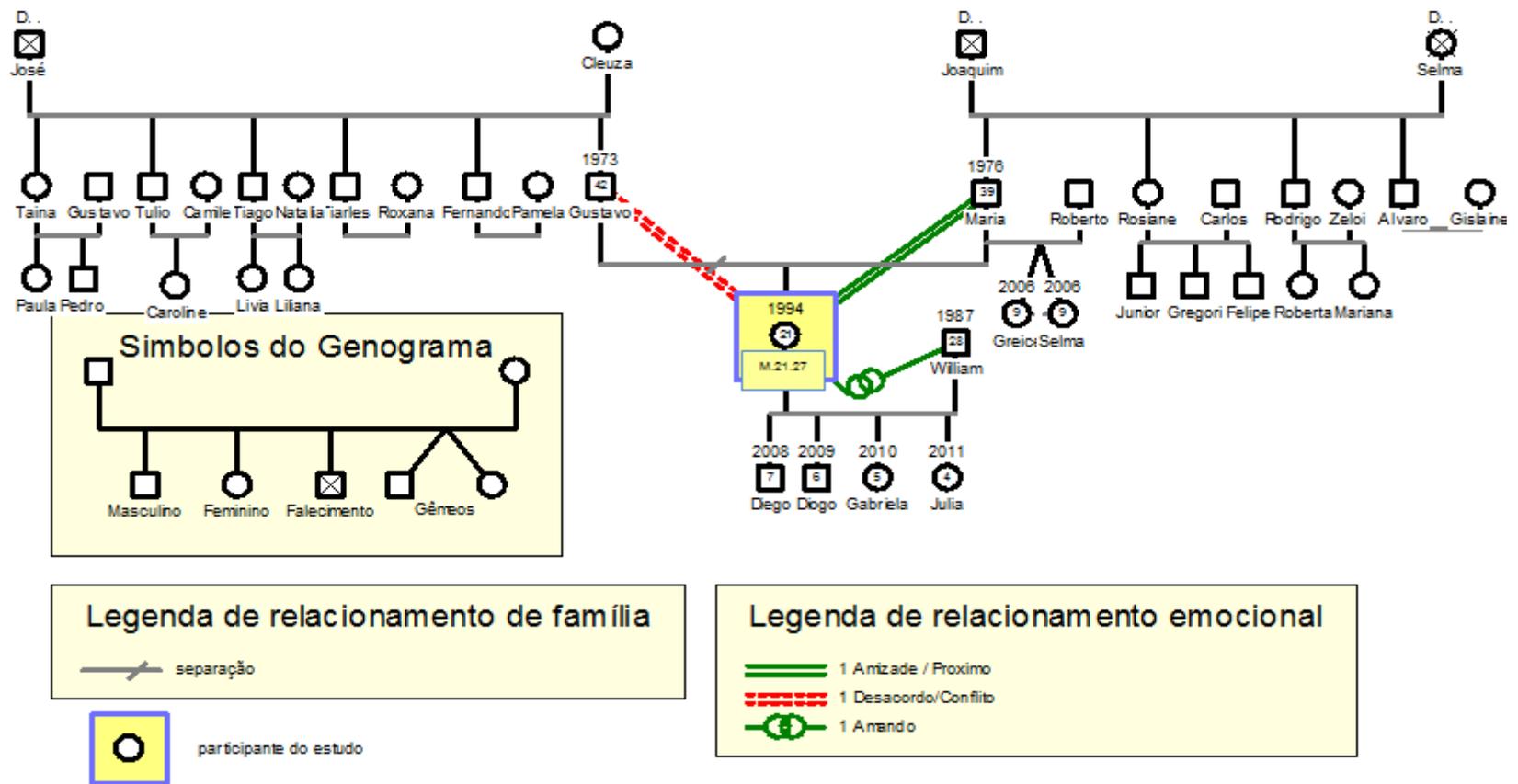


Figura 55–Genograma da M.21.27. Pelotas, RS, 2015

Mora com o companheiro e os filhos. A participante relatou que quando ficou grávida já morava com o atual companheiro e acredita que este fato tenha favorecido que suas vivências fossem positivas. Seu arrependimento é ter parado de estudar para poder se dedicar ao cuidado dos filhos, no entanto garante que assim que puder quer retomar os estudos e também começar trabalhar. M.21.27 diz que nunca teve contato com seu pai, mas a ausência do mesmo foi suprida por sua mãe, que sempre a apoiou e esteve do seu lado em todos os momentos de sua vida.

A seguir o ecomapa da M.21.27:

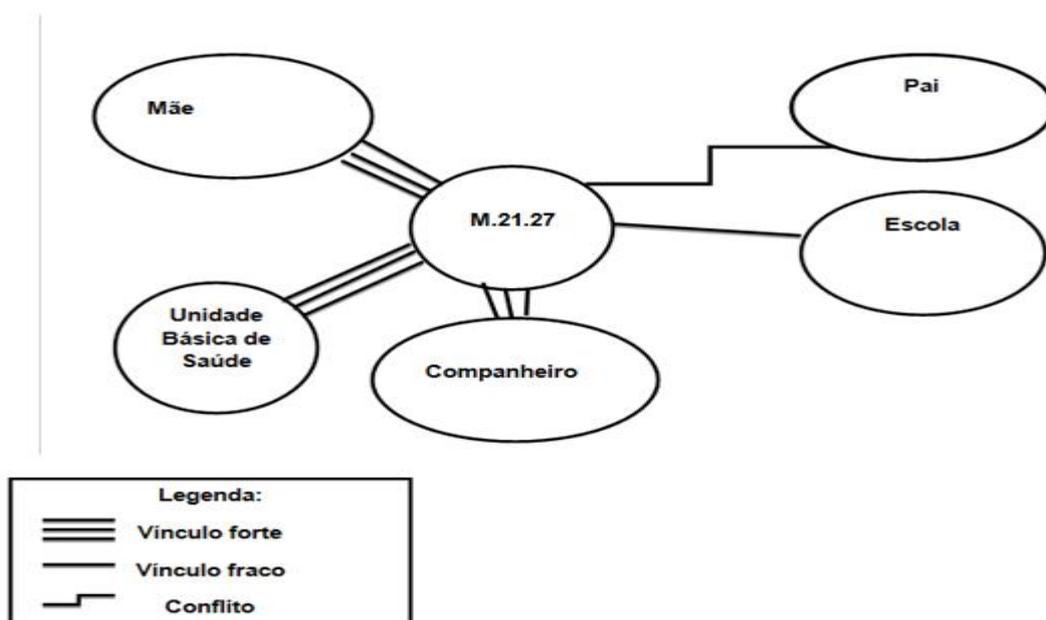


Figura 56- Ecomapa M.21.27. Pelotas, RS, 2015

**M.20.28:** 20 anos, duas gestações, dois filhos vivos, nenhum aborto, menarca aos 13 anos, sexarca aos 16 anos, com companheiro, Ensino fundamental incompleto, não trabalhava, não tinha religião, renda familiar de 350,00. Vivenciou dois partos na adolescência, ambos não planejados, o primeiro foi cesariana aos 16 anos realizou 5 consultas pré-natal, e o segundo foi parto normal aos 19 anos e a participante referiu ter realizado 6 consultas de pré-natal.

A seguir o genograma da M.20.28:

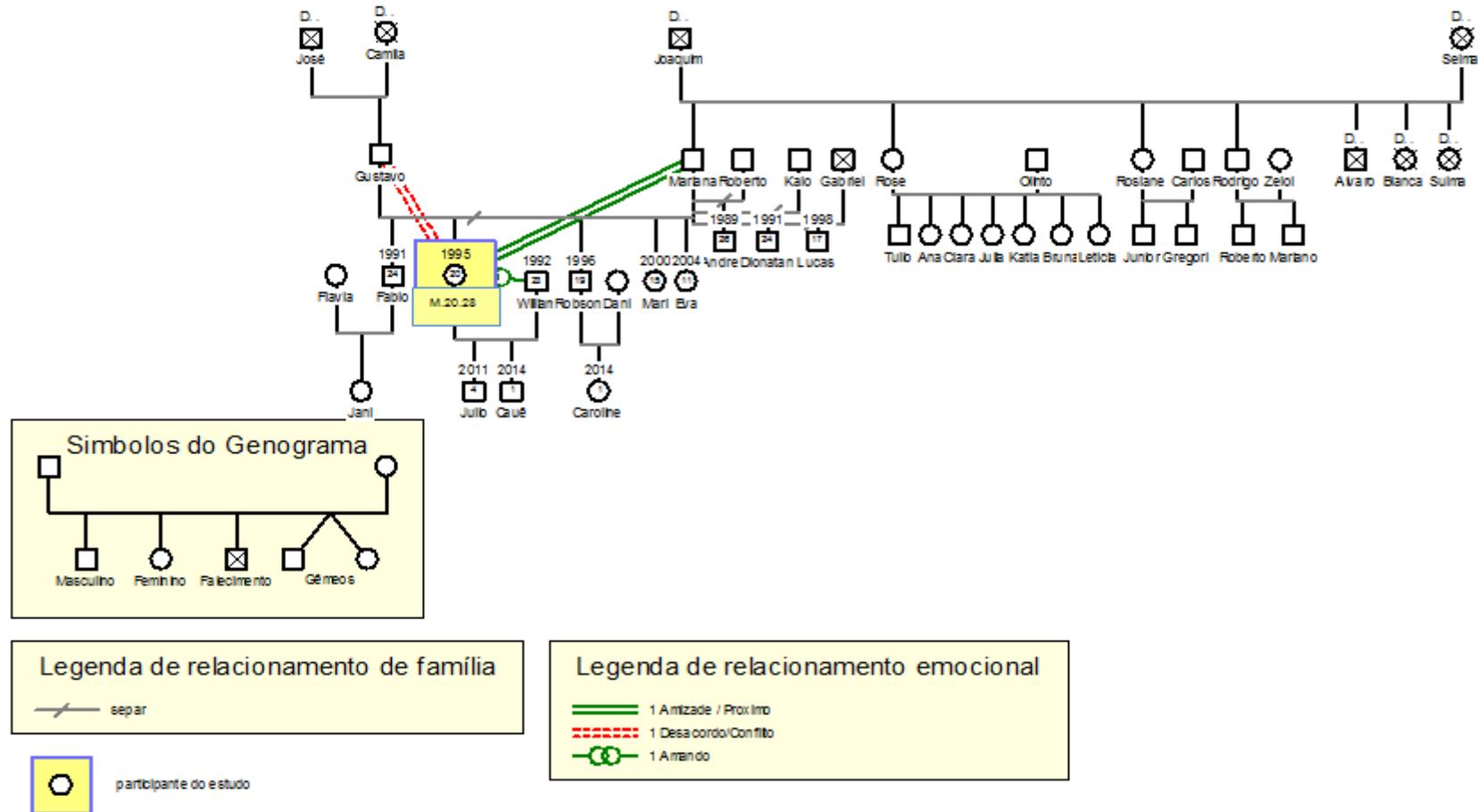


Figura 57–Genograma da M.20.28. Pelotas, RS, 2015

Mora com o companheiro e seus filhos. M.20.28 relatou que suas gestações não foram planejadas, porém foram muito desejadas, pois já era casada com o atual companheiro, seu único arrependimento é ter trancado os estudos e não trabalhar para cuidar dos filhos. M.20.28 não tinha contato com o pai biológico, no entanto tem uma ótima relação com sua mãe. Seu apoio é sua mãe e seu companheiro. No que se refere a UBS, a participante relatou ter um bom relacionamento com os profissionais do local.

A seguir o ecomapa da M.20.28:

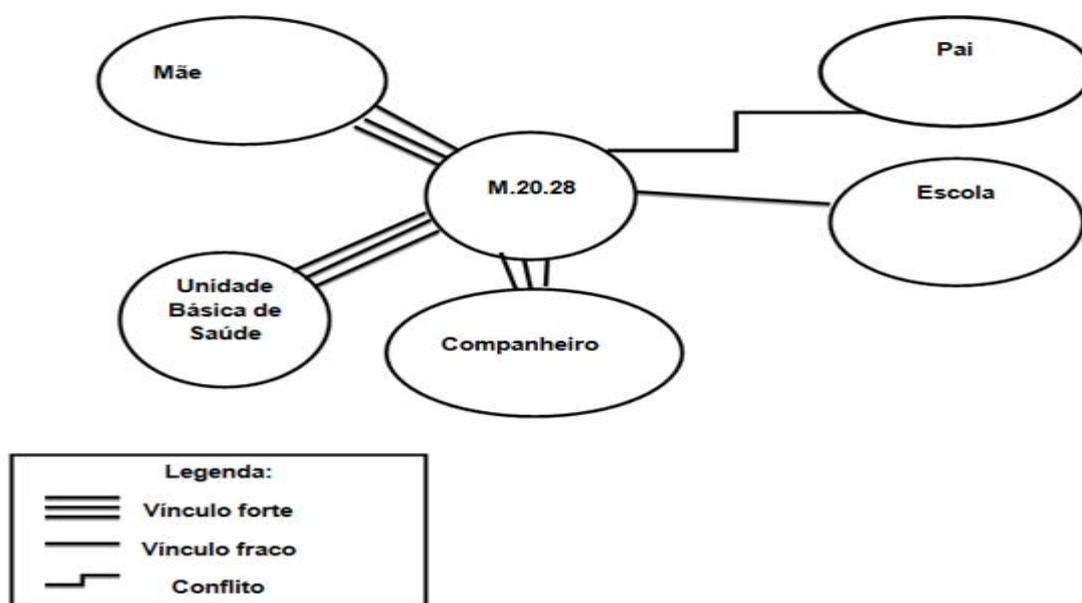


Figura 58- Ecomapa M.20.28. Pelotas, RS, 2015

**M.30.29:** 30 anos, quatro gestações, quatro filhos vivos, nenhum aborto, menarca aos 12 anos, sexarca aos 13 anos, com companheiro, Ensino superior incompleto, era cuidadora de idosos, espírita, renda familiar de 4000,00. Vivenciou dois partos normais na adolescência, ambos não planejados, no primeiro aos 13 anos não realizou pré-natal e no segundo aos 19 anos referiu ter realizado 6 consultas de pré-natal.

A seguir o genograma da M.30.29:

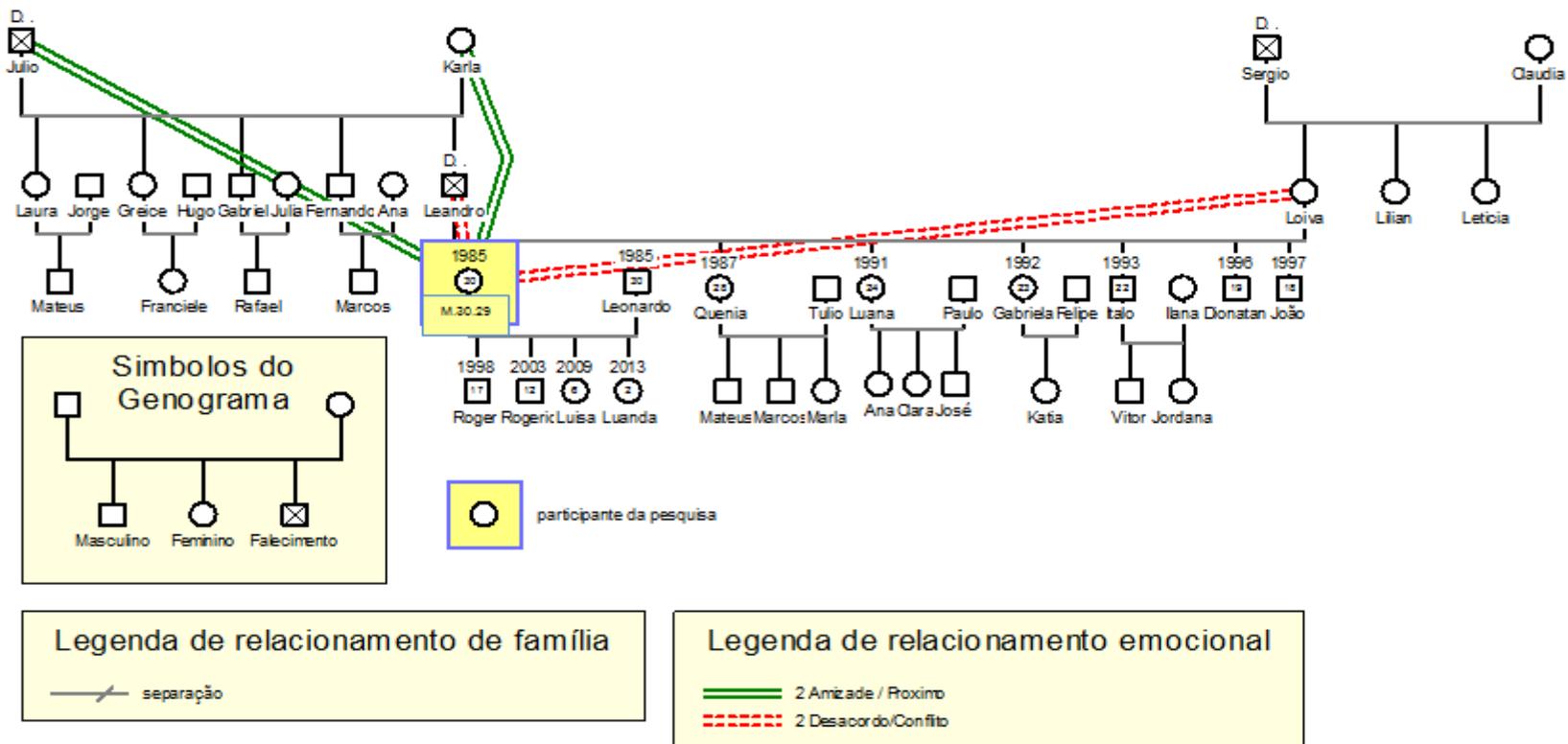


Figura 59–Genograma da M.30.29. Pelotas, RS, 2015

M.30.29 mora com o companheiro e seus filhos. M.30.29 relatou que foi rejeitada pelos pais quando nasceu e foi criada pelos avós paternos que eram seu porto seguro durante toda sua vida. Relata que sua primeira vivência de parto se deu aos 13 anos e acredita que não compreendia a responsabilidade de ser mãe, deixando todos os cuidados de seu filho para sua avó. Somente após três anos de vida de seu filho M.30.29 resolveu voltar estudar, bem como assumir o papel de mãe. Assim casou com o companheiro e teve seus outros dois filhos. A mesma se dedicava aos estudos no Ensino Superior, buscando dar uma boa qualidade de vida á sua família.

A seguir o ecomapa da M.30.29:

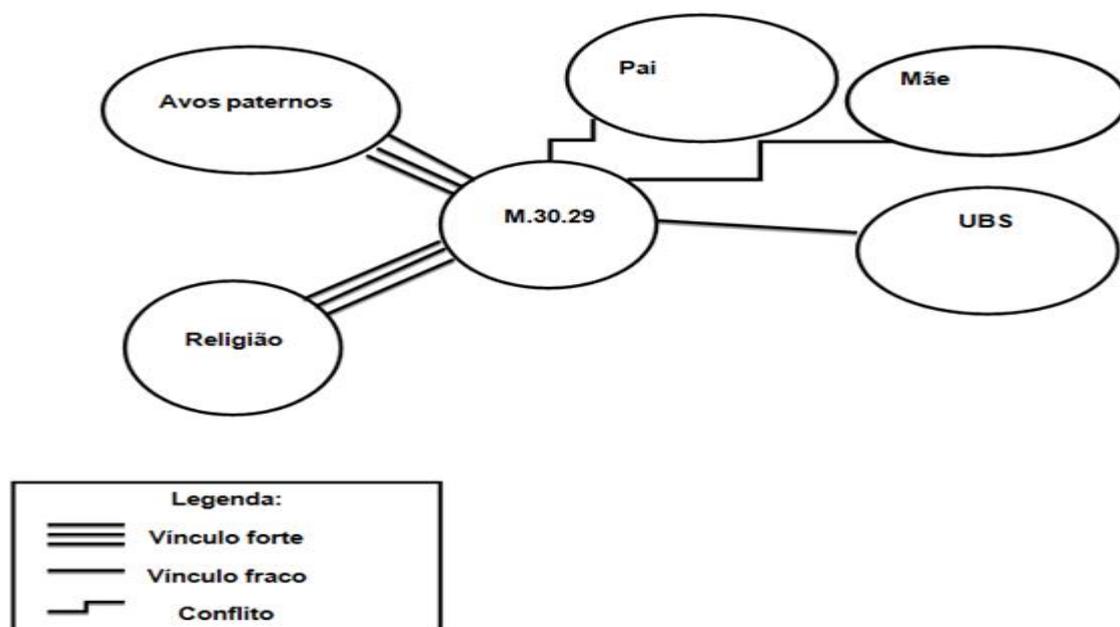


Figura 60- Ecomapa M.30.29. Pelotas, RS, 2015

**M.30.30:** 30 anos, três gestações, três filhos vivos, nenhum aborto, menarca aos 14 anos, sexarca aos 15 anos, com companheiro, Ensino médio completo, era agente comunitária de saúde, não tem religião, renda familiar de 2500,00. Vivenciou dois partos normais na adolescência, ambos não planejados, no primeiro aos 18 anos realizou 3 consultas de pré-natal e no segundo aos 19 anos referiu ter realizado 4 consultas de pré-natal.

A seguir o genograma da M.30.30:

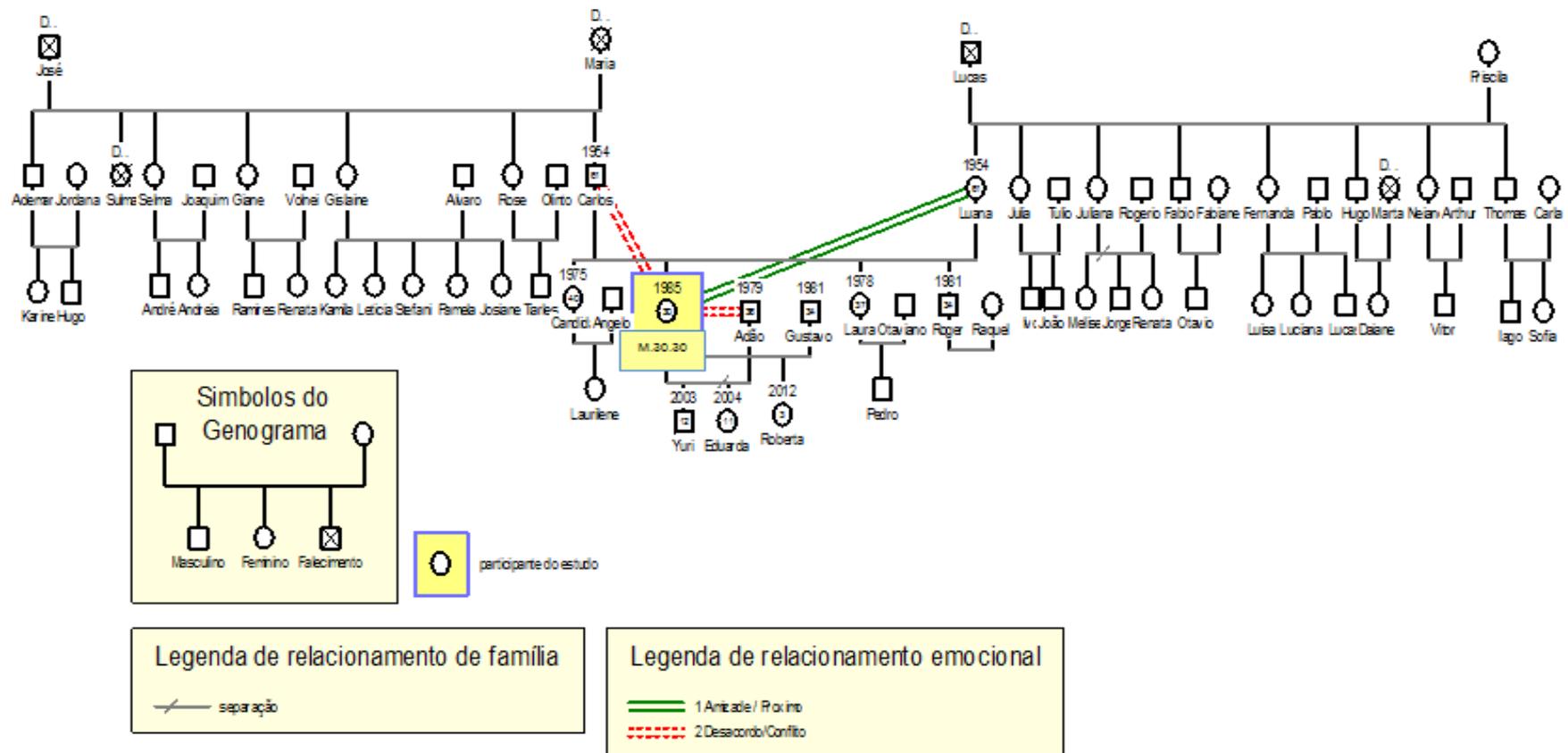


Figura 61–Genograma da M.30.30. Pelotas, RS, 2015

M.30.30 mora com o atual companheiro e seus filhos. A participante relatou que quando descobriu a primeira gestação foi obrigada a casar com o namorado, pois seu pai não aceitou a situação, fragilizando a relação de ambos até os dias atuais. Refere que foi um período difícil de sua vida pois precisou morar na casa da família do marido, que segundo ela era uma família desestruturada, o que desencadeou a separação do casal alguns anos após. M.30.30 optou em não ter contato com o antigo companheiro e batalhar para criar seus filhos sozinha. Sua mãe sempre esteve ao seu lado e ajudou no cuidado de seus filhos para que pudesse concluir os estudos e trabalhar como Agente Comunitária de Saúde.

A seguir o ecomapa da M.30.30:

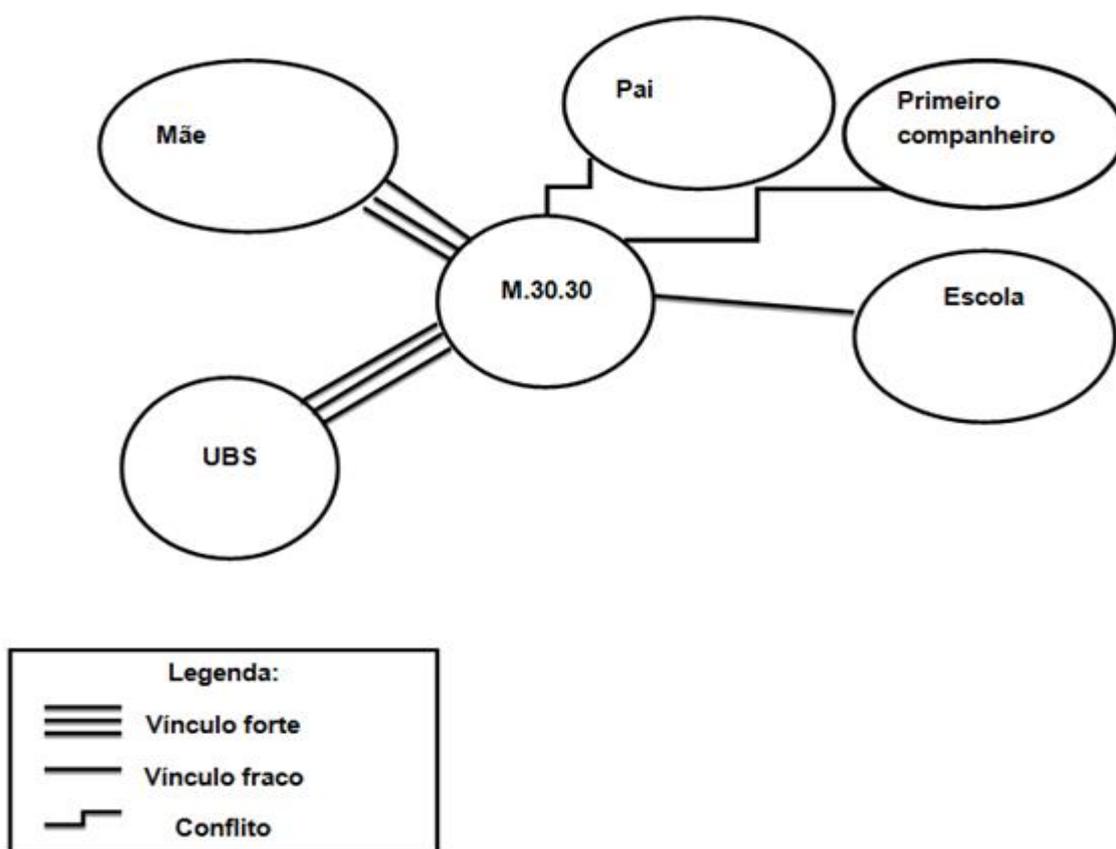


Figura 62- Ecomapa M.30.30. Pelotas, RS, 2015

Quanto à caracterização das mulheres apresentadas observa-se que a faixa etária variou de 20 a 61 anos; quanto ao número de gestações variou-se entre 2 e dez gestações; 22 respondentes afirmaram que apresentavam com

companheiro até o momento da entrevista. Quanto ao nível de escolaridade, uma era analfabeta, 22 tinham ensino fundamental incompleto, três cursaram o ensino fundamental completo, uma possuía ensino médio incompleto, duas com ensino médio completo e uma ensino superior incompleto. Das participantes do estudo apenas seis referenciaram estarem inseridas no mercado de trabalho. No que refere a renda familiar 15 mulheres relataram um salário mínimo (o salário mínimo considerado na entrevista foi de R\$ 788,00), sete recebiam menos que um salário mínimo e oito informaram renda superior à um salário mínimo.

Percebe-se que a caracterização social das mulheres corrobora com estudo de Dias e Teixeira (2010) com adolescentes, em que enfatizam a pobreza, a evasão escolar, o desemprego, o mercado de trabalho não-qualificado como contribuintes para a diminuição das oportunidades de mobilidade social. Estas complicações também são apontadas no estudo realizado por Silva et al. (2011) que comparou adolescentes primíparas e múltiparas e constatou menor escolaridade, menor acesso ao mercado de trabalho, menor frequência ao pré-natal e conseqüentemente maior vulnerabilidade social.

Para 29 participantes do estudo as gestações não foram planejadas, tanto na primeira experiência de parto, quanto nas recorrências o que foi representado nos seus genogramas em que a ocorrência e recorrência de parto na adolescência também esteve presente em outros membros de suas famílias. Neste sentido, os dados corroboram com o apontado em pesquisas que relatam que os filhos tendem a repetir a história reprodutiva de sua família-mães, tias e primas (FLORES;SULLCA; SCHIRMER,2006; PERSONA et al.,2004; PATIAS; GABRIEL; DIAS, 2013).

No que se refere a primeira experiência de parto a idade variou de 11 à 18 anos, o parto vaginal foi predominante para 23 mulheres, e 12 participantes realizaram mais de seis consultas pré-natal.

No que se refere à recorrência da gravidez surgiu entre 14 e 19 anos, predominando o parto vaginal para 25 mulheres, e o número de participantes que realizou no mínimo seis consultas pré-natal foi 13.

Em relação ao tipo de parto, percebe-se que em ambas vivências a maioria das mulheres demonstrou desejo e vivenciou o parto vaginal, o que vai em contraponto com as elevadas taxas de cesáreas do Brasil. Este fato corrobora

com o apontado no estudo de Costa et al (2006) cujo o desejo pelo parto vaginal por parte das mulheres, tendo como justificativa a recuperação mais rápida, sobrepôs os elevados índices de cesariana.

Neste cenário, percebe-se que a oferta de informações a respeito dos tipos de parto surge como fator essencial para redução dos índices de intervenções cirúrgicas, pois quando a mulher têm conhecimento, há empoderamento, com vistas a participar das decisões referentes a vivência de seu parto.

Quanto ao número de consultas pré-natal percebe-se que menos da metade das mulheres realizou o número mínimo de seis consultas pré-natal preconizado pelo MS (BRASIL,2005). Neste sentido acredita-se que é necessário a persistência dos profissionais de saúde, em especial aos da enfermagem no sentido de que sejam implementadas atividades que visem à melhoria da qualidade e cobertura pré-natal, promovendo continuamente o vínculo com a adolescente grávida, para que a mesma sinta-se acolhida pelo serviço, sem julgamentos ou preconceitos.

A seguir apresenta-se a análise e discussão dos dados coletados, tendo como pano de fundo o referencial teórico das Representações Sociais. Assim, a análise final do conteúdo das entrevistas resultou na construção de oito categorias: *Compreendendo a gravidez na adolescência, Rede de apoio de mulheres que vivenciaram o parto recorrente na adolescência; Vivências do parto na adolescência; Tomada de decisão a respeito do tipo de parto vivenciado; Sentimentos desencadeados pelo processo de parturição; Parto normal x Cesárea: conhecimento construído no meio social; De onde vem o conhecimento sobre o processo de parturição?; O nascimento de novas concepções sobre o processo de parturição.*

## **6.2 Compreendendo a gravidez na adolescência**

A adolescência compreende um período do desenvolvimento repleto de transformações biológicas, cognitivas, emocionais e sociais, sendo entendida como um fenômeno social, no qual surgem expectativas sociais da sociedade sobre o indivíduo adolescente, configurando o modo de vida e saúde deste ser,

que busca constantemente a auto-afirmação no espaço em que vive (RESSEL, et al., 2009; DIAS; TEIXEIRA, 2010).

Neste contexto surge a gravidez na adolescência também como um fenômeno social, consequência de fatores como maturação sexual precoce; pouco conhecimento do uso de métodos contraceptivos; retardo da idade para o casamento; fragilidade da tutela familiar e processo acelerado de urbanização, com mudança significativa no estilo de vida (ENDERLE et al., 2012).

Para Dias; Teixeira (2010), a maturação sexual precoce traz consigo uma ambiguidade que pode ser percebida tanto nas expectativas como no comportamento considerado apropriado para cada sexo. O meio social, no seu senso comum espera da mulher um comportamento passivo perante o sexo, enquanto do homem é esperado um comportamento ativo. A sociedade pensa que a mulher deve vivenciar sua sexualidade de forma inocente, movida pela paixão, no entanto tal atitude passiva, por parte da mulher, pode desencadear relações sexuais desprotegidas, e conseqüentemente, a gestação indesejada (DIAS; TEIXEIRA, 2010).

Ele devia ter dado o exemplo e usado camisinha, claro que eu tinha na mente que um dia ia perder a virgindade, que ia tomar pílula para não engravidar, ai lá na noite onde tudo aconteceu não passou nada disso na minha cabeça, não pensei em camisinha e o inteligente (namorado) não usou camisinha. (M.24.21)

O relato de M.24.21 expressa que a mesma tinha algum conhecimento sobre a necessidade do uso de método contraceptivo, no entanto preferiu que a responsabilidade da prevenção fosse do companheiro, talvez pela representação que a figura da mulher tem na sociedade- um agente passivo que não pode demonstrar suas vontades e desejos, pois pode ser interpretada como “experiente”. Ou ainda, este discurso justifica-se pelo fato do conhecimento sobre prevenção de gravidez ser insuficiente para uma adequada proteção por parte da M.24.21, o que vai ao encontro com o apontado por Guimarães; Witter (2007), quando afirmam que as adolescentes têm algum conhecimento sobre métodos contraceptivos, no entanto a informação não se traduz em comportamento efetivo, isto porque, o conhecimento não é suficiente para uma efetiva implementação.

Foi bom, mas não esperava ficar grávida naquela época, não aconteceu como eu planejei, eu sempre digo que os dois são filhos de pílulas, porque as duas vezes engravidei na troca da pílula por uma mais forte, e

resolvi que não ia abortar nem abandonar, porque penso que um filho é uma benção na vida da gente. (M.26.3)

Eu não planejei essa gravidez, não tomava anticoncepcional e não usava camisinha, simplesmente eu pensava que não ia acontecer comigo. (M.28.6)

Para mim ficar grávida cedo foi normal, eu morava com minha mãe e namorava ele há um ano já, quando a mãe descobriu ela ficou brava porque ela vivia me falando para me cuidar, só que na verdade ela nunca me levou numa médica ou me ensinou alguma coisa, só dizia que eu tinha que me cuidar usando camisinha sempre. (M.21.27)

Minhas amigas ainda não tinham filho, eu não sabia muita coisa, porque nem tinha curiosidade de saber e porque pensava que não engravidaria. E minha mãe nunca conversou comigo sobre nada, nem sobre a necessidade de tomar remédio para não engravidar, mas eu entendo ela, ela nunca imaginou que eu ia ter filho cedo, porque eu era uma “monga”, muito calma e tranquila, não saía de casa para fazer nada. (M.21.1)

Os discursos de M.26.3, M.28.6, M.21.27 e M.21.1 demonstram o despreparo das adolescentes para iniciação sexual, comprovam a inocência para compreender a transformação que uma gravidez precoce pode desencadear em suas vidas. M.21.1 salienta que não tinha curiosidade de saber sobre métodos contraceptivos porque acreditava que não engravidaria, afinal suas amigas ainda não eram mães. Este fato vai ao encontro do apontado por Vilella e Doreto (2006) quando afirmam que as adolescentes pensam que não engravidarão nesta etapa de suas vidas, pois nenhum de seus amigos adolescentes engravidou. Esta associação pode estar ligada a capacidade cognitiva ainda não adequada para avaliar conseqüências de uma gravidez precoce.

Neste sentido, o MS enfatiza preocupações em relação às complicações biológicas e sociais desencadeadas pela gravidez precoce para a saúde da díade mãe-bebê. Adolescentes menores de 14 anos de idade têm uma probabilidade de cinco a sete vezes maior de morrer durante a gravidez do que mulheres que são mães com mais idade (BRASIL, 2005).

Tal fato justifica a necessidade de uma atenção pré-natal de qualidade e humanizada. A assistência pré-natal de adolescentes necessita estar pautada num cuidado multidisciplinar e interdisciplinar, com a capacidade de amparar integralmente a gestante, buscando contemplar os procedimentos básicos, mas principalmente prevenindo as complicações físicas, sociais e emocionais próprias das adolescentes (CAMINHA et al., 2012).

No entanto, a partir do relato de algumas participantes foi possível verificar a não adesão ao pré-natal, justificado, aparentemente, por desconhecimento da importância do acompanhamento da gestação.

Foi uma gravidez que eu não planejei, na verdade nenhuma eu planejei, eu só comecei a fazer o pré-natal depois que passei mal pela primeira vez, acho que já estava com seis meses. (M.21.1)

Esperei ir crescendo a barriga, porque eu não fiz pré-natal, só fui numa consulta, e não me cuidava andava de bicicleta, jogava futebol, jogava taco na rua, eu tinha 13 anos não estava nem ai, eu namorava o meu mesmo marido de até hoje, nos separamos um tempo, mas agora estamos juntos. (M.21.9)

Meu companheiro não aceitou a gestação, meu pai me correu de casa, a última coisa que eu ia pensar era em fazer pré-natal, eu precisava procurar um lugar para morar. (M.32.23)

Os discursos das participantes M.21.1, M.21.9 e M.32.23 corroboram com o apontado por Caminha., et al (2012), que realizaram um estudo em que somente 64,3% das adolescentes referiram a primeira consulta de pré-natal até a 16ª semana de gestação, o que impossibilita um acompanhamento ideal. Estudo realizado em Portugal avaliou 10.656 partos e verificou que as adolescentes tiveram pior seguimento (46,4%) iniciando pré-natal após 120 dias gestacionais (METELLO et al.,2008).

Neste sentido os discursos sugerem que a inocência das adolescentes, por vezes, pode influenciar na maneira como as adolescentes vivenciam a gestação, pois “esperar a barriga crescer” (M.21.9) é sinal de que está tudo bem e não é preciso procurar o serviço de saúde. Frente ao exposto surge a necessidade da participação dos profissionais de saúde e familiares durante todo o processo contrapondo o olhar unilateral de risco, problema, precocidade, situação social indesejada e transgressora, para uma prática que possibilita às gestantes vivenciar a gestação de forma tranqüila e prazerosa e segura.

No entanto, este olhar unilateral de situação problema foi evidenciado nos discursos das participantes, que relataram a não aceitação da família frente às suas gestações.

Foi bem difícil porque minha mãe não queria, me internou no sanatório para me fazerem um aborto, eu fugi de casa primeiro porque não tinha liberdade, não me deixavam aproveitar a vida, eu era bem rebelde, ai depois quando ela descobriu que eu estava grávida, eu tive que fugir de

novo, porque ela queria de todo jeito que eu tirasse a criança, ai fui morar com meu namorado (pai da criança). (M.41.7)

Acho que fiquei mais responsável, fui corrida de casa, briguei com minha mãe, e como sou muito orgulhosa não tive a oportunidade de fazer as pazes antes dela falecer, acho que isso me deixa chateada, mas não me arrependo de ter tido meus filhos, eles são minha razão de viver. (M.26.14)

Eu entendo que ela queria fazer o papel de mãe, porque naquele tempo era tudo muito errado, ela fez o papel dela, e eu não posso julgar. (M.58.20)

Foi um choque, eu não esperava ficar grávida naquela época, e namorava um cara que me fez sofrer muito, por não ter escutado minha mãe acabei tomando muito na cara, sai de casa grávida, porque ela não aceitava meu relacionamento, e ai na mão dele eu apanhei. (M.40.16)

Foi um susto horrível, eu já era casada com meu marido, mas mesmo assim minha mãe não aceitava que eu estava grávida, mas ai com o passar do tempo ela aceitou, ate porque eu não ia abortar um filho por causa dela. (M.20.28)

Aquela era uma época que não podia engravidar cedo, foi difícil, muito difícil porque quando ficava grávida a mulher tinha que escolher em tirar a criança ou ir embora de casa, eu nem esperei me mandarem embora, fui fazer minha vida sozinha, aluguei uma casa e comecei a fazer faxina pra me sustentar, nunca precisei de outra pessoa para me ajudar. (M.46.24)

As participantes deste estudo, apontam para a representação social que a gravidez precoce representa na sociedade, imperando o conceito de “irresponsabilidade”, “problema”, “situação transgressora” (Grifos meus), e neste contexto os familiares ao ancorarem-se à estes conceitos acabam objetivando suas concepções de não aceitação da situação, talvez pela dificuldade de ir na contramão ao pensamento social.

Neste sentido, Moscovici afirma que “as representações são sempre um produto da interação e comunicação e elas tomam sua forma e configuração especifica a qualquer momento, como uma consequência do equilíbrio específico desses processos de influência social” (MOSCOVICI, 2010, p.21).

Neste pensar, é preciso trabalhar na vertente de romper com a influência social, buscando conscientizar os familiares sobre a necessidade do apoio à adolescente grávida, pois ao sentir-se protegida pode vivenciar o processo sem anseios e preocupações.

Ainda na dimensão familiar, a não aceitação e conseqüente ausência do companheiro têm sido apontada como um problema social obstétrico, pois a adolescente sente-se sozinha e fragilizada.

Ai quando fui contar para pai da criança que estava grávida, ele negou, disse que o filho não era dele, que ele nunca tinha deitado comigo, sendo que ficamos juntos durante três meses. (M.25.4)

Quando eu descobri que estava grávida eu fiquei louca, bem louca por toda situação que vinha pela frente, eu ainda adolescente e a única filha que ajudava minha mãe, a última coisa que eu queria naquele momento era barriga, eu estava junto com meu namorado, mas não morávamos juntos e não queríamos filho de jeito nenhum, eu queria era tirar mesmo, mas como a barriga já estava grande, não era possível; adolescente, bobinha e sem informação nenhuma, porque nunca ninguém me ensinou nada, ainda mais naquela época, minha mãe nunca falou nada, por isso fiquei tão apavorada. (M.50.11)

Quando ele descobriu que eu estava grávida ele não me quis mais e eu tive que voltar morar com meu pai e minha madrasta, ai foi difícil, ter que ficar sozinha sem ele. (M.32.23)

Neste contexto é preciso compreender que o pai faz parte do processo, e assim como a mãe adolescente, sofre influência do meio social no qual está inserido, por vezes censurado e julgado por suas escolhas. Assim é importante que os profissionais de saúde estendam o cuidado também a figura paterna, para que o mesmo sintase compreendido e conseqüentemente preste apoio a gestante.

Para Pariz, Mengarda e Frizzo (2012) o apoio do companheiro tem variado desde os que auxiliam financeiramente, até aqueles que participam do processo prestando apoio e carinho, e é nesta perspectiva de atenção e zelo dos pais que se têm os melhores prognósticos perinatais.

O apoio consolida-se na participação ativa durante o pré-natal, dividindo responsabilidades, compartilhando dúvidas e oferecendo amparo emocional nos momentos de crise (ANDRADE; RIBEIRO; OHARA, 2009).

No que se refere às complicações sociais desencadeadas pela gravidez na adolescência, Dias; Teixeira (2010) enfatizam a pobreza, a evasão escolar, o desemprego, o mercado de trabalho não-qualificado, a separação conjugal, situações de violência, negligência e diminuição das oportunidades de mobilidade social.

Mudou tudo na minha vida, eu parei de estudar, parei de trabalhar, enfim parei com tudo, acho que se eu tivesse outra oportunidade não teria filho tão cedo, teria me dedicado mais a meus estudos, e não teria

me entregado para uma pessoa que eu nem conhecia direito e que me enganava porque era casado. (M.29.26)

Eu parei de trabalhar, parei minha vida por causa dos filhos, eu sei que podia ter continuado, que podia ser diferente, mas meu primeiro marido e o atual preferiram que eu não trabalhasse para ficar só cuidando dos filhos. (M.26.3)

Mudou tudo porque eu não pude fazer mais nada, só casar e criar meus filhos, e eu sempre tive vontade de estudar, acho que esse é meu maior arrependimento, eu espero ainda estudar, mas só depois que eles ficarem grandes. (M.28.6)

Ai que foi um inferno, porque eu parei de estudar, e a mãe era contra que eu viesse para cá, ela queria que eu ficasse perto dela, porque ela era responsável por mim, e eu era uma guria sem responsabilidade, ou seja tudo ia contra mim. (M.25.12)

Nos discursos é possível constatar que muitas vezes as mulheres se acomodam com a situação vivenciada e mesmo compreendendo ser importante estudar e trabalhar, optam por ficar em casa e cuidar da família. Quase sempre justificam a obediência ao marido o que pode ser verificado no discurso de M.26.3 que mesmo entendendo que poderia trabalhar, resolveu “obedecer” o companheiro, e seguir a vida cuidando dos filhos, evidenciando novamente a atitude passiva da mulher frente a sociedade. Estas constatações também são apontadas no estudo realizado por Silva et al. (2011) que comparou adolescentes primíparas e multíparas que apontou menor escolaridade, menor acesso ao mercado de trabalho, menor frequência ao pré-natal e conseqüentemente maior vulnerabilidade social entre as multíparas.

Neste contexto, Ferreira et al (2007) enfatizam a necessidade de políticas sociais que contemplem as demandas das adolescentes, apoiam a construção de estratégias que promovam a redução da vulnerabilidade social, visando uma (re)inserção social com qualidade de vida para a díade mãe-bebê.

No contraponto ao problema social que a gravidez na adolescência representa na sociedade, surge este evento como uma escolha das adolescentes que vêem a gravidez como elemento reorganizador da vida e não desestruturador (SOUZA et al., 2010; MONTEIRO, 2010).

Ai cheguei na médica e disse que estava grávida, ela me examinou e disse que eu estava sim, mas que íamos tirar a prova, colocou aquele aparelho para escutar o coração e eu comecei a rir de alegria, imagina eu mãe , mãe é uma palavra muito forte, quando se é mãe tem que ser um exemplo pra seus filhos, e eu sempre fui meia louca, não me imaginava mãe (M.26.10).

Foi bom, eu já estava casada então queria ter um filho, assim todos ficaram felizes com a notícia, meu marido mesmo ficou radiante (M.61.17).

Cheguei no postinho e disse que queria fazer um teste de gravidez, quando saiu o resultado o enfermeiro disse “é infelizmente tu está grávida”, tive que xingar ele, quem ele pensa que é para me julgar, eu queria estar grávida, para mim aquilo era uma felicidade (M.23.8).

Já estávamos tentando ter filho há uns 2 anos, mas eu não conseguia engravidar, ai quando desistimos e eu voltei a tomar o remédio (ACO), eu engravidei, é que eu tomava meio errado, as vezes de manha, as vezes de noite, as vezes esquecia por uns dias, ai foi uma felicidade imensa (M.22.18).

Os discursos expressam a satisfação das mulheres em estarem grávidas, comprovando que existe planejamento da gestação ainda na adolescência, corroborando com estudos realizados com adolescentes grávidas que afirmam ser a gestação desejada e planejada. Ainda apontam que adolescentes com dificuldade de relacionamento intrafamiliar, rede de apoio desqualificada, baixa autoestima e mau rendimento escolar encontram na maternidade precoce um meio de construir sua própria família e conquistar seu papel de mulher na sociedade (MONTEIRO, 2010; MENESES, 2007).

Nesta conjuntura Andrade, Ribeiro e Ohara (2009) afirmam que ao desejar ser mãe a adolescente planeja a gestação, vivenciando esta experiência em sua concretude. Algumas vezes, a emergência de ter um filho pode ser influenciada pelo companheiro, o que faz aflorar a vontade, do que não era planejado para aquele momento, se tornar prioridade.

Na perspectiva de qualificar a atenção às adolescentes grávidas, o discurso de M.23.8 demonstra que, por vezes, os profissionais de saúde prestam seus cuidados de acordo com seus pré(conceitos), não levando em consideração o cuidado integral e individualizado. Talvez se o profissional que atendeu está participante conhecesse sua história prévia, ou ao menos tivesse acolhido a mesma sem julgamentos precipitados teria evitado a situação de conflito apresentado.

Neste pensar, para Rangel e Azevedo (2008), tal apontamento demonstra a necessidade dos profissionais de saúde proporcionarem autonomia na escolha do momento da gravidez e garantir os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, atentando sempre para a diversidade social-cultural-econômica.

Em outra perspectiva, ser mãe na adolescência apresenta-se como um ato difícil e conflituoso, no primeiro momento representa insegurança, despreparo, dependência e conflito de identidade, no segundo momento pode representar o alcance da maturidade e da apropriação do filho, possibilitando à adolescente apresentar-se na sociedade como uma nova mulher (FOLLE; GEIB,2004).

Tive que virar mulher de verdade cedo, deixei de brincar de boneca para brincar de verdade. (M.25.4)

Antes eu não tinha responsabilidade nenhuma, antes eu vivia pela droga e hoje eu vivo pelos meus filhos e estou limpa sem droga e sem correr risco de vida. Acho que hoje eu sou mulher de verdade, sou outra pessoa. (M.23.8)

No inicio foi um susto, como vocês já devem estar imaginando, é obvio que foi um acidente, mas também é obvio que eu não ia abortar, isso nunca passou na minha cabeça ou na cabeça da minha família, ele foi fruto de uma noite só, e tive que assumir sozinha uma nova família, mas foi bem fácil, eu já ajudava cuidar do meu irmão mais novo,só passei de irmã para mãe e mulher. (M.20.19)

Os discurso sugerem a maternagem<sup>6</sup> como a transformação de menina para mulher; no qual a mulher surge como um novo sujeito na sociedade, a qual deve assumir as responsabilidades de mãe, buscando constantemente a aceitação da sociedade acerca da gravidez precoce.

Para tanto, este é um período no qual os profissionais de saúde surgem para efetivação de um cuidado em que a escuta e o diálogo devem prevalecer, para que a adolescente supere o conflito de adolescente/mãe e construa uma nova identidade pessoal e materna no meio social a qual está inserida (FOLLE; GEIB, 2004).

Por fim, compreender a gravidez na adolescência é saber que esta não é apenas um problema de saúde pública, mas é um evento intimamente ligado ao meio social no qual as adolescentes estão inseridas. Saber que no senso comum ainda prevalece o preconceito frente às adolescentes grávidas e que surgem representações sociais de irresponsabilidade e imaturidade. No entanto, a vivência de um ato não planejado, como a gravidez recorrente na adolescência pode acontecer, contudo é preciso compreender que quando este ato passa a ser uma vivência concreta cabe a sociedade, principalmente, os profissionais de

---

<sup>6</sup> Maternagem são os cuidados prestados pela mãe aos filhos, os quais vão além da higiene corporal, alimentação. Englobam tudo o que uma mãe pode realizar, contribuindo para que o filho possa tornar-se sujeito (SALES, 2006).

saúde e os familiares, acolher esta adolescente grávida despidendo-se de julgamentos e preconceitos. Desse modo, a adolescente, naturalmente faça a adesão ao pré-natal e que a experiência de um parto seguro pode resultar, neste contexto, numa mulher capaz de dedicar-se à maternagem, aos estudos e ao mercado de trabalho e que para tanto uma rede de apoio é primordial.

### **6.3 Rede de apoio de mulheres que vivenciaram o parto recorrente na adolescência**

O apoio social auxilia na assistência das necessidades emocionais e físicas dos indivíduos, é considerado como parte fundamental da promoção da saúde com vistas a amenizar sentimentos negativos de vivências estressantes (BRAGA, 2011).

Ao considerar que a gravidez na adolescência pode desencadear uma sobreposição de crises (mesmo quando planejada), surge a necessidade da consolidação de rede de apoio social no decorrer deste processo como suavizadora de sentimentos e recursos para a adolescente vivenciar este período gestacional de maneira amorosa.

Rede de apoio social é entendida como um conjunto de sistemas e pessoas que compõem os elos de relacionamentos de um indivíduo (BRITO; KOLLER,1999). Está em constante construção e contribui para o bem estar do indivíduo na medida em que o mesmo se insere em novos e diferentes contextos e grupos sociais (SIQUEIRA et al.,2009).

Para Dessen e Braz (2000), ao vivenciar a gravidez na adolescência, a adolescente pode ter sua rede de apoio modificada em relação às pessoas que a compõe e as funções que exercem; pois o contexto sociocultural, o tempo, o histórico e a fase de desenvolvimento do ser humano são fatores que tendem a influenciar as redes de apoio.

Nesse sentido, adolescentes que possuem rede de apoio social qualificada, seja a família, a comunidade, a escola e/ou profissionais de saúde, aprendem a lidar com as dificuldades do processo gestacional com maior facilidade, vivenciando o período de forma plena e saudável (MOREIRA; SARREIRA, 2008).

Neste estudo, quando as participantes foram questionadas quanto ao apoio recebido durante o processo de parturição, observou-se que a presença da figura

materna foi considerada de extrema importância para que a vivência fosse definida como positiva, revelando-se nas falas a seguir:

Minha mãe sempre esteve comigo em todos os momentos, me ajudava e me cuidava tanto na gestação quanto lá na maternidade. (M.21.1)

O bom é que minha mãe ficou comigo todo o tempo, e isso me acalmava um pouco, mas ela dizia para eu não gritar, não respirar de boca aberta, ficou na minha volta me dando algumas dicas, aí os pouquinhos ela conseguiu ir me acalmando, então eu considero que foi ótimo ela estar lá comigo. (M.25.12)

Foi minha mãe que ficou comigo, ter ela ao meu lado nesse momento foi muito bom, saber que alguém que tu confia está ali do teu lado, te olhando, te cuidando, te passando uma tranquilidade, até porque este momento querendo ou não nos deixa muito nervosa. (M.22.2)

Sempre quem me apoiou nos partos foi minha mãe, ela que sempre foi quem me ajudou em todos os momentos de minha vida. (M.24.21)

Nessa história minha mãe sempre foi meu porto seguro, sempre conversou comigo sobre gravidez, mas aí por um descuido fiquei grávida e mesmo assim ela me ajudou em tudo que pode, e me ajuda até hoje. (M.29.26)

Minha mãe estar comigo foi essencial, ela teve muita calma e atenção comigo. (M.20.28)

Acho que meu porto seguro sempre foi minha mãe, quem esteve do meu lado em todos os momentos, por vezes me apoiando e outras me ajudando muito. (M.30.30)

Sabe-se que vivenciar o processo de parturição na adolescência traz consigo uma gama de sentimentos negativos e/ou positivos, a adolescente busca constantemente aceitação no meio social no qual está inserida. Assim percebe-se que a figura materna surgiu era o "porto seguro" (grifo meu) para que a adolescente pudesse vivenciar o processo de gestar e parir com tranquilidade. Nos discursos das participantes, a mãe é compreendida como uma figura amenizadora de sentimentos e de apoio idealizado pela adolescente.

Este fato corrobora com o estudo de Schwartz, Vieira e Geib (2011), realizado com 12 adolescentes, em que seis referiram a figura materna como apoio social possibilitando que a adolescente tenha a capacidade de enfrentar a sociedade repleta de desigualdades sociais, culturais e de gênero. Neste contexto, a figura materna surge como proteção para lidar com a vivência da gestação precoce, representando para a adolescente um refúgio para os

momentos de indecisão, insegurança e solidão. E quatro participantes referiram que além da mãe, encontram no companheiro o apoio necessário e constante.

Nesta linha de pensamento, foi possível constatar nos discursos das participantes do presente estudo que o companheiro (juntamente com a mãe) também surgiu como apoio.

Foi minha mãe e meu marido, acho que ter gente da família na volta deixa a gente mais tranqüila. (M.23.13)

Em todos os partos sempre foi meu marido que me levou para o hospital, e minha mãe, acho que são as pessoas mais importantes nesse momento, a mãe passa uma calma, uma confiança que nenhuma outra pessoa consegue superar. (M.61.17)

Sempre quem estive junto comigo foi minha mãe e meu marido que são tudo na minha vida. (M.22.18)

Acho que meu marido sempre ir comigo me ajudou, porque ele mandava eu ficar calma, e respirar fundo, ele dizia que não entendia muito o que estava acontecendo, mas que eu me acalmasse, já na segunda vez que minha mãe foi comigo foi um pouco melhor, porque mãe é mãe, eu acho que eu posso amar meu marido mil vezes, mas a minha mãe estando comigo eu fico mais aliviada, que ela vai me ajudar muito mais que ele com certeza. (M.23.8)

O discurso de M.23.8 apresenta o apoio do companheiro não só como rede de apoio, mas como participante ativo do processo de parturição, surgindo como figura de extrema importância para boa evolução do trabalho de parto.

Neste contexto salienta-se a importância dos profissionais de saúde acolherem o companheiro como parte do processo, para que o mesmo se sinta útil e possa vivenciar este momento positivamente e participar de forma mais ativa.

Andrade, Ribeiro e Ohara (2009) enfatizam que o companheiro surge como uma figura essencial para o apoio social da adolescente. O apoio consolida-se na participação ativa durante o pré-natal, dividindo responsabilidades, compartilhando dúvidas e oferecendo amparo emocional nos momentos de crise.

Além da mãe e do companheiro, foi possível verificar a presença do apoio de outros familiares no discurso de M.28.6, que aponta a sogra como pessoa de confiança.

Minha sogra, minha mãe e meu marido, mas na hora do parto só quem estava lá era minha sogra, acho que foi bom ela estar comigo sim, pois era uma pessoa da minha confiança. (M.28.6)

O discurso M.26.6 corrobora com o estudo de Dias e Aquino (2006) que trouxe a figura dos avós como destaque no cuidado nos netos, mesmo ainda na gestação, e a figura da sogra como apoio necessário e constante para a adolescente grávida. No presente estudo, outras pessoas foram apontadas pelas participantes como fonte de apoio.

Meu pai e minha mãe sempre estiveram presentes no parto e sempre na minha vida, hoje moro e trabalho com eles, ai sabe como é, empresa da família sempre dá brigas, problemas que trazemos para casa, mas no fim dá tudo certo e a gente se dá bem. (M.20.19)

Eu e minha irmã tivemos que virar gente grande bem cedo, mas uma ajuda a outra no que pode, e vamos seguindo a vida. (M.24.25)

Os discursos de M.20.19 e M.24.25 demonstram que independente do membro da família, quando a adolescente compreende que ao seu redor tem uma rede de apoio, relata sua vivência de maneira positiva, enfatizando o quanto o amparo e a companhia são de extrema relevância neste momento de suas vidas.

Para Dias e Aquino (2006), as adolescentes geralmente encontram na família a autonomia e o fortalecimento para se consolidarem frente à sociedade enquanto mulheres e mães. Independente da classe social, a família é entendida como o alicerce para o apoio social.

Wright e Leahey (2009) definem família como “grupo de pessoas cujos membros dizem fazer parte dela, podendo essas pessoas serem ou não ligadas por consanguinidade e aliança” (WRIGHT; LEAHEY, 2009, p.48).

O estudo de Hoga, Borges e Alvarez (2009) realizado com famílias de adolescentes grávidas, evidenciou que os vínculos afetivos e relacionais se fortaleceram após a gestação, concebendo um ambiente permeado pelo apoio e afeto.

Já o estudo realizado por Peres et al. (2008), enfatizou que mães adolescentes que não contam com apoio familiar durante a gestação tendem a ter maior número de intercorrências, assim como vivenciam o processo com maior vulnerabilidade.

Eu lá sozinha como sempre, e isso é difícil, tu não ter apoio de ninguém, alguém para se firmar, te ajudar, te apoiar, minha mãe até foi um dia me visitar dessa segunda vez, mas não ficou lá, porque era véspera de ano novo. (M.41.7)

No hospital eu me senti mais insegura, porque mesmo sabendo de como ia ser eu preferia que minha mãe tivesse lá comigo quando eu estava sentindo as dores. (M.21.27)

Eles descobriram minha gravidez e também me colocaram para fora de casa, aí fiquei morando na casa dos vizinhos, aí depois que a guria nasceu eu tive que dar ela porque não tinha como ficar cuidando. (M.32.23)

Meu primeiro parto foi um pouco triste porque minha mãe não estava por perto, como tínhamos brigado quando sai de casa, a gente voltou a se falar só depois que consegui me livrar do meu ex marido, aí fui para o hospital sozinha quando senti as dores do parto. (M.40.16)

Na minha gravidez na adolescência eu vivia sozinha, não tinha ninguém, não me dava com minha mãe, sempre vivi sozinha, guardando meus sentimentos pra mim, sem ter com quem dividir meus medos e preocupações. (M.26.3)

Os discursos caracterizam que a fragilidade na rede de apoio resulta em representações de gestar e parir embasadas na solidão, na insegurança e no medo de vivenciar o processo.

A fragilidade da rede de apoio estaria ligada às representações negativas que a gravidez na adolescência representa na sociedade e, conseqüentemente, a dificuldade da família em lidar com a situação? Ou estaria ligada à desestrutura das famílias das participantes?

Enfatiza-se que a maneira como a adolescente percebe o apoio ao seu redor resulta na maneira como a mesma vai lidar com suas adversidades. Se a percepção é de preconceito social com a gravidez na adolescência, esta adolescente reage com afastamento e auto-exclusão do grupo familiar (possível verificar no discurso de M.40.16 e, evidencia a vivência do parto atrelada a sentimentos negativos devido à falta de apoio (SCHWARTZ; VIEIRA; GEIB, 2011).

Neste sentido, Moreira e Sarrieira (2008) salientam que mesmo que a rede de apoio seja pequena, é de extrema relevância, pois o que importa é a intensidade do apoio recebido, é ter alguém para contar na hora da angústia e do desespero.

Assim, nesta categoria foi possível conhecer as redes de apoio social das mulheres que experienciaram a gravidez na adolescência. A família apresentou-se como principal rede de apoio, foi referenciada como importante suporte para a adolescente na vivência do parto. Esta constatação confirma o pressuposto inicial

deste estudo de que **a ausência de rede de apoio desencadeia, na adolescente, sentimentos negativos do processo de gestar e parir.**

Desta forma, enfatiza-se a necessidade de conscientizar o meio social (familiares, profissionais e educadores) sobre a importância do fornecimento de redes de apoio às adolescentes para que vivenciem a gravidez precoce de forma positiva e com objetivo de empoderá-las não somente para a vivência do processo de parturição, como também, fortalecê-las para o exercício de sua condição de cidadã ativa na sociedade.

#### **6.4 Vivências do parto na adolescência**

A gestação e o parto são momentos únicos na vida da mulher e que trazem consigo alterações fisiológicas, psicológicas e sociais. As alterações psicológicas que permeiam este momento se dão devido às expectativas acerca do parto, em que o medo e a ansiedade que acompanhavam a mulher durante o processo gestacional tornam-se reais com a efetivação do parto (GOMES; FONSECA; ROBALLO, 2011).

Na parturiente adolescente o nível de ansiedade e medo é ainda mais elevado, pois se soma a vivência do parto às alterações que cercam a adolescência. Assim, a adolescente vive um misto de sonhos e fantasias, rodeados por dúvidas e anseios que podem ser decorrentes do medo de morrer no parto, da dor do parto, medo que a criança nasça defeituosa e de não saber como identificar e agir frente aos sinais do trabalho de parto e parto (SILVA; LOPES; DINIZ, 2008).

Neste contexto, entende-se que a assistência ao parto de adolescentes necessita ser pautada na singularidade e integralidade, visando reduzir os sentimentos negativos da adolescente, tornando-a protagonista do processo de parturição. No entanto, neste estudo foi possível conhecer mulheres que vivenciaram o parto permeado por sentimentos de medo, solidão e exclusão pela gravidez precoce, o que pode ser observado nos discursos de M.21.9 e M.30.30:

Eu não parava de gritar, primeiro foram me examinar e queriam colocar um ferro de abrir e eu não deixava, ai me convenceram, olharam lá e depois me colocaram num quarto sozinha e ninguém ia me ver, eu olhava pro lado estavam todos tomando mate, conversando e eu lá sozinha louca de dor, na verdade sempre me disseram que quem não faz pré-natal e é adolescente não é bem tratada, eu pensei em ir embora dali, louca de dor não ia ficar naquele lugar, ai encontrei minha irmã na sala de espera, ela perguntou o que eu estava fazendo ali e eu disse que

já podia ir embora, que o medico tinha me liberado, ai viemos embora, eu morrendo de dor. (M.21.9)

Na hora do parto só passava besteira na minha cabeça, um monte de besteira, porque como ele era prematuro eu achava que ele não ia resistir, quando eu cheguei no hospital e a medica começou me examinar e eu estava sangrando eu achei que tinha perdido ele, eu achava que era um aborto e não que já ia ganhar, ai ela mandou eu me trocar e eu sai do banheiro chorando porque achava na minha cabeça que tinha perdido o bebê e não tinha coragem de perguntar, ai ela mandou eu ir pra sala de parto, foi ai que perguntei se não tinha perdido então, e ela disse pra mim que ela já tinha enxergado a cabeça dele, e que ele já ia nascer. (M.30.30)

O discurso de M.21.9 demonstra a insatisfação da adolescente frente ao atendimento recebido, o medo fez com que ela fugisse do hospital em pleno trabalho de parto. Este fato confirma o pressuposto do presente estudo de que **as representações sociais de mulheres que vivenciaram a primeira experiência de parto na adolescência estão ligadas a sentimentos negativos, devido ao problema social que a gravidez precoce representa na sociedade.**

Representando o parto precoce enquanto problema social, percebe-se que os profissionais ancoram-se às possíveis consequências desta vivência, e objetivam seu preconceito em um atendimento não humanizado, conforme o apresentado nas falas de M.21.9 e M.30.30.

Esta atitude vai ao encontro com o apontado por Moscovici (2010), quando afirma que na medida em que os sujeitos (neste caso os profissionais) categorizam as coisas do mundo, as localizam em uma determinada categoria e gradualmente as colocam como um modelo de determinado tipo, designando significados e definições a tudo que os cercam e, conseqüentemente, agindo perante essas definições.

Na prática, estudos também apontam pouca ou nenhuma singularidade no cuidado prestado à parturiente adolescente, no espaço de cuidado encontram-se práticas intervencionistas, medicalizadas e profissionais que desaprovam a gestação na adolescência, e por esta razão dispensam atitudes hostis para com as adolescentes gestantes (MCCALLUM; REIS, 2006; RANGEL; QUEIROZ, 2008; SILVA, 2011).

Nas ultimas décadas a utilização do espaço hospitalar trouxe avanços científicos e tecnológicos que proporcionaram benefícios aos partos considerados de alto risco, resultou na diminuição dos índices de mortalidade materna e

neonatal. No entanto, com o passar dos anos a assistência baseada na tecnologia começou a ser aplicada também, nos partos de baixo risco, sem indicação de cesariana, trazendo como consequência o aumento de atendimentos medicalizados e intervencionistas (VELHO et al., 2012).

Assim, a mulher em trabalho de parto passou a ser vista como “paciente”, e desta forma, tratada como doente e impedida de participar ativamente do seu processo de parturição. Neste sentido, surge a era do parto medicalizado, no qual as parturientes vivenciam sentimentos de medo, ansiedade e insegurança referentes às intervenções as quais estão expostas (KOETTKER, 2010).

Percebe-se neste estudo a presença de práticas ineficazes e claramente prejudiciais para a adolescente parturiente.

Cheguei no hospital, me colocaram um soro e fiquei lá naquela mesa de parto por horas e horas, e no início só umas dorzinhas, depois de um tempinho que começou as dores fortes, mas eu fiquei quietinha, sem fazer fiasco, mesmo tendo vontade de dar uns gritos, mas ela era pequeninha, não era uma criança grande, aí foi mais tranqüilo. (M.41.7)

Resolveram começar a induzir, e colocaram aquele soro horrroso, eu mordida uma fralda de tanta dor, eu sempre tive muito medo do parto normal, porque ouvia falar que se não faz as forças direito a criança pode morrer, eu tinha medo de perder as forças e perder meu filho, não perdi, mas desmaiei de dor e não sei se a culpa não foi minha dele ter trancado e terem que puxar a ferro. (M.29.26)

Aumentaram a dosagem do soro e também romperam a bolsa, foi um horror, eu tinha vontade de morrer de tanta dor. (M.25.4)

Cheguei no hospital me colocaram soro e aquelas pastilhas que colocam pra acelerar o parto, logo depois comecei a ter dor e dilatação, na madrugada eu ganhei a Mariana de parto normal. (M.25.5)

Os discursos de M.41.7, M.29.26, M.25.4 e M.25.5 relacionam o uso da ocitocina com o aumento da dor durante o trabalho de parto, o que vai ao encontro com o apontado por Busanello et al (2011), quando afirmam que o uso indiscriminado da ocitocina tem a finalidade de acelerar o trabalho de parto, no entanto não existem benefícios comprovados do uso de ocitocitos, mas existem efeitos relacionados como a hiperestimulação uterina e o aumento da dor.

Neste sentido, estudos apontam que muitas instituições ainda não contemplam na sua totalidade a Política de Humanização do Parto e Nascimento (PHPN), preconizado pelo MS, visto que o parto ainda tem sido alvo de intervenções tecnológicas e medicalizadas como o uso rotineiro da posição litotômica, infusão de soro com ocitocina, uso de episiotomia, além da restrição

alimentar e o uso rotineiro de amniotomia (BUSANELLO et al, 2011; SILVA et al.,2013; LEAL et al., 2014).

A PHPN prevê que o atendimento humanizado deve ser realizado com o reconhecimento dos direitos fundamentais das mulheres e das crianças. Pressupõe direito à escolha do local a ser realizado o parto, da forma de assistência, da posição para o parto; da presença do acompanhante e da preservação da integridade corporal da mulher e da criança (BRASIL, 2008).

Nesta perspectiva, o respeito ao parto como experiência pessoal, cultural, sexual e familiar e o fortalecimento do protagonismo da mulher no processo de parturição são pontos importantes para possibilitar a participação autônoma da mulher nas decisões de condutas e escolhas (BRASIL, 2011).

A presença de acompanhante durante o processo de parturição é assegurado pela lei 11.108 de 7 de abril de 2005, e ainda pelo Estatuto da Criança e do Adolescente que assegura que estabelecimentos de saúde devem permitir a presença em tempo integral de acompanhantes nos casos de internação de adolescentes (BRASIL, 1990; BRASIL, 2005). No entanto, muitas maternidades não cumprem a lei, e proporcionam momentos de solidão às adolescentes que acarretam consequências negativas no momento do parto (MERIGHI; CARVALHO; SULETRONI, 2007). Neste estudo a ausência do acompanhante foi vivenciada por algumas participantes.

Minha mãe não assistiu meu parto, e meu marido viu da porta porque a medica que estava lá não deixou ele entrar, me falaram que só tinha um medico lá do hospital que deixava o marido ficar junto na hora do parto. (M.25.4)

No dia do parto eu acordei com um pouco de dor, a bolsa estourou eu estava em casa, e não tinha ninguém de carro aqui perto pra me levar, tiveram que ligar para SAMU me buscar, cheguei no hospital e ele nasceu no mesmo dia no inicio da tarde, só não lembro a hora, foi bem fácil, claro que doeu bastante, mas eu queria que ele nascesse logo, nem me incomodava com aquela dor, não deixaram ninguém ficar comigo lá na hora não, acho que nunca pode né, mas eu passei bem, vim logo para casa. (M.26.14)

Como já te disse foi cesárea, cheguei no hospital e fizeram a cesárea, não tinha ninguém comigo na hora do parto, mas minha mãe ficou me esperando no quarto e foi quem me ajudou depois. (M.22.15)

O discurso de M.25.4 evidencia a falta de conhecimento da participante a respeito do seu direito de ter um acompanhante de sua escolha durante todo o

processo de parturição, corroborando com o apontado pelo estudo de Enderle et al. (2012), em que as adolescentes entrevistadas não puderam ter a presença de um acompanhante durante o processo de parturição, no entanto, quando questionadas sobre seus direitos, as mesmas expressaram pouco conhecimento.

Neste contexto, entende-se que quando a adolescente tem conhecimento acerca do processo de parturição pode reivindicar seus direitos de atendimento humanizado, bem como participar ativamente do processo de parturição. No entanto, os discursos abaixo demonstram falta de informação a respeito do processo.

Disseram que estava quase na hora de nascer, me levaram para uma sala e disseram que eu precisava ajudar meu filho nascer, que precisava fazer força, eu fazia, mas eles nunca achavam suficiente, é que eu não entendia de que força eles falavam, eu não sabia de nada, não tinha a experiência de como era dar a luz, foi aí que tiveram que usar aquele ferro para tirar meu filho. (M.26.3)

Eu fiz um baita de um fiasco, porque não sabia nada que ia acontecer, mas depois os outros foi mais tranqüilo, eu sabia como era aquela dor, como tinha que fazer as forças, tem aquele ditado que se entrou tem que sair né. (M.50.11)

A médica disse que ia me colocar um soro para induzir o parto, mas depois ela voltou e disse que eu não poderia ganhar de parto normal porque meu filho estava em sofrimento e ia ter que ser uma cesárea de emergência, mas eu não entendia nada do que estava acontecendo e estava morrendo de dor, eu sentia tanta dor que dava soco na parede. (M.20.28)

Minha burrice era tanta, que eu queria fazer cocô, o guri estava nascendo e eu não atinava, eu só pedia para ir no banheiro, eu dizia que estava com muita vontade, que tinha uma coisa empurrando para baixo, e na verdade era a criança nascendo, hoje a gente ri que na verdade ele não foi um parto, que ele veio ao mundo por um acidente (M.58.20).

Os discursos acima demonstram a desinformação a respeito da evolução do trabalho de parto e parto, a expressão “não entender” se sobressaiu, parecendo algo natural para as mulheres. No entanto M.50.11 enfatizou que a recorrência do parto trouxe consigo o “entender”, e a consequente tranquilidade para vivenciar o processo, corroborando com o pressuposto inicial deste estudo de que o parto recorrente representa sentimentos positivos, pois as mesmas ancoram-se à experiência previamente vivida.

Neste contexto, Moscovici (2010) afirma que as representações sociais oscilam entre o conhecimento cognitivo e o afetivo, assim ao deparar-se com um objeto (o parto), o sujeito (a mulher) ancora-se à experiência previamente vivida, a

tornando familiar, de modo que este conhecimento resulte em sentimentos positivos, não interferindo a estrutura social.

A desinformação a respeito da experiência do parto esteve presente no estudo de Velho et al (2012), as entrevistadas associaram a falta de informação sobre a evolução do trabalho de parto, a realização de exames, os medicamentos recebidos e o estado de saúde dos bebês à sentimentos de insegurança e exclusão durante o parto.

Entende-se que ao receber informações sobre o processo de parturição, bem como ao ter vivenciado a recorrência de gravidez é possível vivenciar o processo de maneira tranquila e saudável, mas qual seria a solução para tal problema? Com certeza a resposta está na conscientização dos profissionais de saúde, é necessário que entendam a dimensão do problema e utilizem o espaço da consulta de pré-natal na Atenção Básica para oferecerem às adolescentes informações sobre seus direitos e sobre o processo de gestação, trabalho de parto e parto. Aos profissionais de saúde do meio hospitalar cabe entender a importância da informação e possibilitar as mulheres participarem ativamente do processo de parturição, respeitando suas escolhas quanto à sua vida e à sua saúde.

No entanto, não foi este perfil de profissional citado em alguns discursos do presente estudo, pois quando as mulheres demonstraram ter alguma informação a respeito do processo de parturição, não receberam atenção por parte dos profissionais, os quais não deram valor para o conhecimento socialmente construído.

Os médicos lá pensam que a gente é burra, eu disse que queria fazer cocô, e ai não queriam deixar porque falaram que eu ia ganhar no vaso, mas eu sabia que era só coco mesmo, depois eu lá na cama senti as dores e sabia que agora sim era o nenê, eles na volta dizendo que ainda não era, que eu era muito teimosinha, achando que sabia das coisas, e saíram do quarto, me deixaram só com minha sogra, ai comecei a fazer um grito né, vieram correndo e mandaram eu segurar, e eu disse que não, que já estava saindo e eu ia deixar sair, acho que quase derrubei o hospital de tanto que gritei. Eu não achei ruim ter ganhado no quarto, eu achei ruim parto porque senti muita dor e porque ninguém me dava atenção, ninguém acreditava em mim, quando eu quis ir no banheiro não deixaram, e depois quando eu disse que ia nascer não acreditaram (M.28.6).

O médico disse para eu esperar um pouquinho porque tinha outra gritando muito e eu estava calma, ai eu disse para ele que não tinha como esperar, que eu estava sentindo a cabeça da minha filha saindo e ele não acreditava em mim, eu me levantei da cadeira e deitei na mesa

de exames e disse que dali só saia depois que eles tirassem minha filha, quando ele olhou e viu que ia nascer mesmo ficou apavorado, se perguntando o que fazia, hoje eu entendo que ele era novo e não entendia muito de parto, mas aquele dia eu morria de raiva, eu disse para ele, só comanda o espetáculo ai mandando eu fazer força e pega minha filha senão ela vai cair no chão (M.23.8).

As falas supracitadas vão na contramão do apontado no estudo de Malheiros et al (2012) com profissionais de saúde que demonstraram entender que a assistência humanizada está pautada no conhecimento técnico e científico do processo de parturição por parte dos profissionais, e principalmente na valorização da parturiente como “figura central” do evento parto, valorizando sempre seu conhecimento prévio, sua autonomia e seu protagonismo em detrimento das exigências profissionais e da instituição.

Acredita-se que neste espaço cada mulher surge como única, cada uma tem suas próprias necessidades e meios para supri-las, devendo o profissional ter conhecimento científico, e ser qualificado para prestar os cuidados de acordo com a filosofia de humanização.

É possível encontrar instituições que preconizam o saber médico e as intervenções medicalizadas desnecessárias, profissionais utilizam da sua posição frente à mulher para demonstrar poder, as intimidando perante um evento que é basicamente delas e de um significado particular para cada uma.

Assim, salienta-se novamente a necessidade da desconstrução do modelo tecnocrático, e construção de um modelo humanístico, que valorize o conhecimento prévio da mulher, bem como o conhecimento socialmente construído no meio em que a mulher está inserida.

Neste contexto, Moscovici (2010) salienta que o conhecimento construído socialmente é diretamente influenciado pela história e pelas práticas cotidianas sobre um determinado objeto (neste estudo o parto). Desta forma o parto é um evento social e está inserido em uma cultura, da mesma forma que os sujeitos (as mulheres) que o representam só o fazem porque participam de uma sociedade e porque desenvolveram mecanismos cognitivos e afetivos próprios a essa forma de conhecimento. Neste estudo foi possível identificar mulheres que trouxeram consigo este conhecimento adquirido no meio social.

Sempre ouvi falar que só é bom ir para o hospital no ultimo caso, quem teve filho de parto normal geralmente dá esse conselho, porque depois que chega lá, eles (profissionais), ficam fuxicando na gente, dizendo

para se acalmar que não está na hora, ai quando amanheceu que me levaram para o hospital, cheguei lá e ganhei bem rápido, sem sofrimento. (M.23.13)

Foi normal, eu fui para o hospital e ganhei, eu já sabia como tinha que respirar, sabia que tinha que caminhar bastante, o parto não é o bicho de sete cabeças que falam por ai, toda mulher tinha que ter parto normal para ficar mais forte, tanto minhas filhas como minhas noras eu sempre incentivei o parto normal, nada de ficar em cima de uma cama, sofrendo com dor nos pontos. (M.61.17)

Bem como foi possível identificar o conhecimento adquirido nas experiências anteriores.

O segundo parto foi mais fácil, também foi induzido, mas ai eu já sabia para que servia aquele soro, como tinha que respirar e fazer a força, foi tudo mais rápido e suportável, eu falava para minhas noras que parto normal é melhor, que tu vai ali sente as dores e deu já termina tudo. (M.45.22)

O primeiro parto foi muito difícil porque eu não sabia como era ganhar um filho, por isso fazia um fiasco, não deixava os doutores me examinarem porque eu não sabia o que eles queriam fazer comigo, foi uma dor horrível. No segundo parto eu já tinha me acostumado com a dor, já sabia como ia ser, foi mais fácil, eu até queria ganhar de parto normal para ficar livre de uma vez. (M.32.23)

Tanto o meio social bem como a recorrência da gestação, neste estudo, surgiram como amenizadores de sentimentos negativos. Assim, percebe-se que quando a mulher demonstra ter algum conhecimento, se beneficia para a vivência do evento o parto, pois os discursos apontam para diminuição da dor. Além disso, M.45.22 e M.61.17 relataram socializar seus saberes no meio social, difundindo a idéia de que o parto normal traz benefícios para saúde materna, fato que pode empoderar outras mulheres para tomada de decisão a respeito do tipo de parto vivenciado.

Estas vivências vão ao encontro do apontado por Moscovici (2003), quando afirma que as representações sociais são capazes de influenciar o comportamento das pessoas pertencentes a uma comunidade, “uma vez criadas, elas adquirem uma vida própria, circulam, se encontram, se atraem e se repelem e dão oportunidade ao nascimento de novas representações, enquanto velhas representações morrem” (MOSCOVICI, 2003, p. 41).

Desta forma, ao evidenciar representações positivas do processo de parturição, entende-se que podem circular na sociedade apontando para a

socialização do parto como um evento único de cada mulher, e fortalecendo o poder de decisão perante suas escolhas.

Ao salientar que a mulher tem poder de decisão, cabe apontar que esta escolha não depende do tipo de parto vivenciado conforme os discursos de duas participantes do estudo, em que uma evidenciou sua vivência de parto domiciliar e outra sua vontade de vivenciar a cesárea:

O parto foi aqui em casa mesmo, a gente que é mãe sabe quando vai nascer né, e eles gritavam desesperados para eu esperar, eu dizia que não ia dar, mandei pegarem uma toalha limpa e esperarem que estava vindo, ai nasceu e meu marido chorava, e perguntava o que fazia, eu disse que ele esperasse que ia sair mais uma coisa, e ele apavorado, e eu disse espera ai que ainda tem a placenta nesse tempo a SAMU chegou e fomos para o hospital, posso dizer que não sofri no parto, na verdade comandeí o espetáculo, acho que por já saber como era foi tudo mais fácil e não fiquei tão apavorada, porque sempre quis parto normal (M.40.16)

Sempre escolhi uma data com minha obstetra, fui para o hospital, ganhei e vim para casa, me recuperei bem rápido, sem toda essa ladainha que falam da cesárea, que pode infeccionar, que não consegue tomar banho em pé, eu fiz tudo sozinha no hospital mesmo (M.20.19)

Neste contexto cabe aos profissionais da área da saúde, a responsabilidade de orientar as mulheres sobre os tipos de parto, valorizando os benefícios do parto normal como um processo fisiológico, bem como, esclarecer sobre as indicações do parto cesáreo, salientando que não deve ser um evento rotineiro para as mulheres, pois pode tornar-se um procedimento de risco para mãe e para o recém-nascido. No entanto, a vontade da mulher deve ser respeitada em todos os momentos do processo de gestação, parto e pós-parto, buscando a efetivação do cuidado individualizado.

Assim, para que o processo de parturição ocorra de forma efetiva, é preciso conhecer a historia de vida das parturientes, bem como valorizar o conhecimento que as mesmas têm acerca do parto, como este foi construído e compartilhado no universo familiar e coletivo, qualificando o cuidado dispensado à adolescente, e promovendo a vivência positiva do parto recorrente na adolescência.

### **6.5 Tomada de decisão a respeito do tipo de parto vivenciado**

Decidir sobre a via de parto costuma desencadear discussão clinica, contudo a mulher não participa deste processo decisório, sendo apenas informada do mesmo. Desta maneira, o fato de tal decisão estar concentrada no

poder dos profissionais de saúde, sem considerar a opinião da parturiente, tem sido encarada como um fator para o elevado número de parto cirúrgico, bem como para representações negativas do processo de parturição (PEREIRA; FRANCO; BALDIN, 2011).

Entende-se que a participação da mulher na tomada de decisão do seu processo de parturição é de extrema relevância para que o parto seja humanizado e fisiológico, pois a presença da mulher no processo decisório está intimamente ligada ao seu conhecimento sobre o evento parto, bem como seu empoderamento para reivindicar seus direitos.

Neste estudo foi possível observar que algumas mulheres mostraram-se ativas perante a decisão sobre o parto normal.

Cesárea eles iam abrir a barriga e depois costurar como numa cirurgia, ai na minha cabeça eu construí um pensamento que eu queria parto normal.(M.28.6)

Depois de ganhar o primeiro eu tive ainda mais certeza que sempre queria ganhar de parto normal. (M.23.13)

No segundo foi mais fácil eu queria que fosse parto normal e fosse tranquilo que nem o primeiro, porque apesar do medo, meu parto foi muito bom. (M.25.12)

O parto normal sempre foi uma opção minha, acho que ninguém me influenciou, mas claro que como te falei já tinha ouvido falar mal da cesárea, mas também ouvi falar do parto normal e mesmo assim eu queria normal por ser mais rápido e se recuperar mais rápido também. (M.45.22)

Quando fiquei grávida a segunda vez eu queria sim que fosse parto normal novamente, porque é mais tranquilo e mais fácil. (M.24.25)

Quando eu fiquei grávida de novo eu queria que fosse parto normal também, ate porque do primeiro eu não senti nenhuma dor. (M.30.30)

A medica disse para mim que o parto normal seria bem melhor e mais fácil que a cesárea, porque no parto normal tu vai poder caminhar direito, vai poder pegar tua filha no colo e que a cesárea tem que ter aqueles cuidados, cuida dos pontos, não poder fazer as coisas em casa, ai eu decidi que queria parto normal. (M.23.8)

Os discursos relatam o desejo das mulheres em vivenciar o parto normal. Para esta decisão se ancoraram na experiência previamente vivida ou se apoiaram no fornecimento de informações durante o pré-natal. Esta constatação vai ao encontro com do apontado em um estudo realizado na Argentina com 29 mulheres grávidas sem indicação de parto cesárea, que constatou serem as taxas

de cesárea reais incongruentes com o modo de parto pelo qual as mulheres afirmaram ter preferência.

A maior parte das gestantes deste estudo demonstraram interesse pelo parto vaginal. As razões citadas incluem aspectos ligados à cultura, pessoais e sociais. O parto vaginal foi visto como normal, saudável, e um rito natural de passagem de feminilidade para a maternidade, no qual a dor foi associada a algo natural, sendo denominada como uma “luz com resultados positivos” (LIU et al., 2013).

No Reino Unido, foram entrevistadas 153 mulheres com o objetivo de investigar a tomada de decisão em torno do parto vaginal ou parto cesáreo. Os resultados apontam que a tomada de decisão em relação ao tipo de parto está relacionado a construção de conhecimentos (médicos, não-médicos, por escrito, verbal, visual), de múltiplas fontes (família, amigos, mídia, profissionais de saúde), com diferentes graus de influência em diferentes pontos de tempo, em um processo contínuo que começa antes da gestação e perdura até o momento do parto. O estudo também demonstrou que apesar de terem conhecimento a respeito dos tipos de parto, na prática a autonomia das mulheres acaba sendo limitada, ora pelos profissionais de saúde, ora por circunstâncias individuais. Muitas mulheres relataram não manifestar sua opinião a respeito do tipo de parto por confiarem nas decisões dos profissionais que lhes prestam cuidados (KINGDON et al., 2009).

Neste contexto, torna-se necessário dar ênfase às ações educativas durante a gestação, possibilitando a troca de informações sobre o evento fisiológico do parto, assim como os tipos de parto, indicações e complicações. O conhecimento anterior ao parto possibilitará as mulheres e seus familiares exporem suas opiniões nos momentos em que forem submetidas a procedimentos sem indicação.

Contudo, algumas participantes do estudo expressaram a falta de conhecimento sobre o processo.

Eu não sabia o que era parto, quem dirá escolher o parto que seria melhor, a doutora do pré natal me dizia que eu tinha todas as condições de ter um parto normal, ai eu acreditava nela. (M.41.7)

Na segunda gravidez foi um pouco diferente, porque eu pensava que podia ser parto normal, porque eu já sabia como era. E na verdade acho

que só fazem cesárea do segundo filho, se o primeiro foi cesárea. (M.26.3)

Eu não sabia nada de parto, só fiquei sabendo ainda na gestação que ser cesárea porque o medico disse que eu era muito garotinha para vivenciar uma parto normal. (M.24.21)

Eu nunca pensei como seria o parto, e naquela época nem falavam quase em cesárea, acho que só faziam cesárea se a mulher ou a criança corriam risco de vida, eu tinha na minha cabeça que ter que sofrer com as dores do parto, e isso era normal. (M.61.17)

Os discursos de M.41.7, M.24.21 e M.61.17 demonstram o (des)conhecimento das mulheres sobre o parto vivenciado, elas acabam confiando aos profissionais a decisão sobre seu processo de parturição.

Tal fato corrobora com o apontado no estudo de Pereira, Franco e Baldin (2011), o qual destaca que as mulheres não conhecem o processo de parturição, bem como seus significados e impactos na sua saúde e saúde de seu bebê. O desconhecimento contribui para que assumam uma postura passiva e sem o devido senso crítico sobre o conteúdo de outras fontes de informações, como telenovelas, histórias de outras mulheres construídas pelo meio social e a própria experiência em partos anteriores. Isso gera um comportamento de dúvidas e apreensões. Por vezes, sentimentos como medo e insegurança fazem com que as mulheres escolham e/ou se submetam a cesariana.

Eu só queria cesárea porque minha mãe teve sempre cesárea dos meus irmãos e dizia que tinha que ser cesárea, porque era melhor, eu não iria sentir dor, tive sorte porque durante o pré-natal o médico me disse que seria cesárea, porque eu já estava com a pressão muita alta e ia ser difícil de controlar a pressão. (M.21.1)

Eu não pensava em nada, no pré-natal o doutor me dizia que seria cesárea, ele não explicava claramente porque, mas em toda consulta ele sempre dizia para mim ir me preparando que provavelmente iria ser cesárea. (M.22.2)

O médico disse que eu era muito pequena e podia me traumatizar um parto normal, como não entendo muito disso e tinha medo da dor achei que era melhor mesmo. (M.22.15)

Os discursos demonstram que as mulheres transferem a decisão sobre o tipo de parto para o médico, ancorando-se na representação social de parto normal ser sinônimo de dor, assim acreditam fielmente que a cesárea é a melhor escolha do momento.

Neste contexto, o estudo de Tully e Ball (2013), realizado na Inglaterra com 115 mulheres em uma enfermaria pós-natal, relacionou a decisão de realizar

parto cesáreo aos profissionais médicos. Neste estudo as mulheres entenderam que ao serem submetidas ao parto cesáreo estavam sendo protegidas do estresse desnecessário que acreditavam ser o parto vaginal. Justificaram a preocupação dos profissionais com o bem estar materno-infantil e que a intervenção tecnológica era necessária para o nascimento de um recém-nascido saudável. Este estudo concluiu que as mulheres acreditavam fielmente no profissional que estava lhe prestando atendimento e que os médicos não fariam cesárea, caso não fosse necessário.

Em contraponto às mulheres que transferiram a decisão para o saber medico, surgem as que têm voz ativa perante o seu parto, e optam pela cesárea eletiva.

Durante minha primeira gravidez eu fiz um curso de gestantes, ai elas falaram sobre a importância do parto normal, que tem menos riscos de saúde para mãe e para o filho, mostraram a sala de parto, ensinaram a dar banho e limpar o umbigo, falavam que o parto normal era mais rápido pra gente ir embora, mesmo sabendo disso na hora do parto eu queria fazer cesárea porque eu tinha muito medo da dor. (M.25.5)

Outra diferença foi eu ter certeza que queria cesárea das outras vezes também, nunca cogitei a idéia de ter parto normal, e minha médica sempre respeitou minha decisão e da minha família. (M.20.19)

Percebe-se que as mulheres supracitadas parecem ter autonomia na tomada de decisão sobre a cesárea eletiva. Haja vista que demonstraram conhecimento a respeito dos benefícios do parto normal e mesmo assim manifestaram o interesse em vivenciar a cesariana eletiva.

Um estudo realizado com 14 mulheres australianas apontou o medo do parto, as questões de controle e segurança, e desvalorização do processo de corpo e nascimento do sexo feminino, como principais motivos que sustentaram os pedidos das mulheres pelo parto cesariano. As mulheres relataram que os discursos médicos apoiados aos seus conhecimentos prévios, auxiliaram na decisão pela cesariana eletiva que consideraram ser uma decisão segura e responsável com objetivo de proteger sua saúde e a saúde de seu bebê (FENWICK et al., 2010).

Neste sentido, em Taiwan foi realizado um estudo com 20 mulheres primíparas, visando compreender o processo de tomada de decisão na escolha de cesárea eletiva. As mulheres entrevistadas relataram que o parto natural

estava ligado à história e pensamentos negativos, a partir do valor cultural chinês da piedade filial, que constrói o parto como um esforço que as mães devem suportar e uma crise mortal para sublimar a grandeza das mães. No contraponto, a cesárea apresentou-se relacionado às famosas de filmes e televisão, denominando este método como uma maneira elegante de parto (HUANG et al., 2010).

Independente da escolha pelo tipo de parto vivenciado, entende-se que o pilar da tomada de decisão do processo de parturição está no fornecimento de informações à adolescente grávida, pois quando há conhecimento, o empoderamento surge naturalmente, e aí a expressão “garotinha demais para vivenciar o parto normal”, “és muito pequena para tanto sofrimento” não será motivo para decisão médica pelo parto cirúrgico.

Frente a essas justificativas para indicação de cesárea, salienta-se a necessidade de ações de educação em saúde na atenção básica, que surge como um espaço para práticas em prol da humanização do nascimento. Nas atividades desenvolvidas na Unidade Básica de Saúde (UBS) como consulta de pré-natal, grupo de gestantes, palestras em sala de espera é possível a troca horizontalizada do conhecimento entre os profissionais de saúde e a mulher com intuito de empoderá-la para a tomada de decisão no seu processo de parturição.

## **6.6 Sentimentos desencadeados pelo processo de parturição**

Vivenciar o processo de parturição na adolescência desencadeia um misto de sentimentos na mulher, os quais surgem pelo próprio período da adolescência somados ao evento de parir. Neste período há ambivalência de sentimentos, sensações de ansiedade, medo, insegurança, desinformação e felicidade.

Para Lopes et al. (2005) estes sentimentos são desencadeados por inúmeros motivos, primeiramente porque é chegado o momento de mãe e filho se conhecerem e, neste momento a adolescente sente a necessidade de mostrar a sociedade que é capaz de gerar uma criança, cuidá-la e ampará-la no mundo extrauterino. Além deste fato, não suportar a dor, ter retaliação dos seus órgãos genitais e não saber como agir são eventos que desencadeiam sentimentos de medo e insegurança.

Chorei, chorei, chorei muito por causa da dor. (M.23.13)

Eu tremia de medo na hora do parto, só pensava que nascesse de uma vez. Na hora do parto eu não lembro onde minha mãe ficou, acho que fiquei meio tonta com tanta gente na volta que nem vi onde ela estava. (M.25.4)

O medo me deixou mais tensa, e ai tudo foi mais difícil, rasgou tudo, tive que levar vários pontos depois. (M.22.18)

Porque na hora do parto eu senti muito medo, eu não sabia nem como me posicionar, a enfermeira que teve que dizer que eu tinha que colocar uma perna para cada lado, que era para fazer força como se fosse ir aos pés, e para mim isso era tudo novidade. (M.45.22)

Eu não sabia nada sobre parto, nem sabia como a criança ia sair de dentro de mim, acho que por isso eu tinha tanto medo. (M.32.23)

Acho que a única coisa que passava na minha cabeça naquele momento era o medo que me rasgassem, acho que fiquei traumatizada com isso. (M.30.29)

Os discursos estão relacionados ao medo durante o trabalho de parto e parto. A percepção da dor surge de diferentes maneiras, como intensidade da dor, conhecimento frágil do processo e medo da retaliação dos genitais.

Neste sentido, o estudo de Cavalcante et al (2007) aponta o medo como principal sentimento ligado ao trabalho de parto e parto, sentimento que pode ter sido construído ainda na infância, quando no meio social circulam informações sobre o parto, tais como: “o parto dói muito”, “filha, você só vai dar valor a sua mãe quando parir”. O autor ainda afirma que na Bíblia é possível encontrar a expressão “a mulher parirá com dor”. O medo surgiu ainda, nas falas de M.26.14, M.20.28 e M.50.11 que temiam pela saúde de seus filhos.

Eu sempre só penso que eles nasçam com saúde por causa da bebida, tinha medo do parto, e medo que eles não tivessem saúde. (M.26.14)

Eu tinha muito medo que ele não nascesse bem, mas no fim deu tudo certo; eu lembro de estar dentro da sala e ficar olhando para cima e uma luz girando e eu morrendo de medo que acontecesse alguma coisa. (M.20.28)

Passava só bobagem na minha cabeça, tinha medo de perder o bebê, dele não sobreviver, porque todas as minhas barrigas eu apanhava de pau, ai ficava a dúvida de como o bebê ia nascer, minha maior preocupação durante a gravidez era sempre isso. (M.50.11)

Nesta perspectiva, o estudo de Mota et al (2011), também associa o medo à saúde do bebê, sentimento que a mulher traz consigo durante a gestação com inúmeras indagações a respeito do filho que vai nascer, estas indagações

oscilando entre dúvidas sobre a normalidade do recém-nascido, seu bem-estar, e principalmente, o medo do mesmo não nascer com vida.

A ambivalência de sentimentos surgiu na fala de algumas depoentes, que associaram o momento do parto com expressões como “nascer logo”, “termine logo”, apontando para a ansiedade em vivenciar o processo de parturição sem intercorrências, o mais rápido possível:

Posso dizer que o que eu senti na hora do nascimento do meu filho era um pouco de alegria, misturado com um pouco de medo, eu não entendia aquela força, porque não sabia como era, e aí o medo se misturava na alegria, na verdade mais medo que faceira. (M.26.3)

Acho que quando se é novinha que nem eu, a gente só pensa que nasça de uma vez, faz aquela força, esperando que tudo termine logo, acho que só consegui viver o momento e ser mais feliz quando ganhei meu terceiro filho, já que o segundo também foi um pouco traumatizante. (M.40.16)

Acho que na hora do parto a gente só pensa que a criança nasça logo, com saúde, acho que o medo que eu tinha era esse, que algum dos meus filhos tivesse algum problema, mas graças a deus todos nasceram saudáveis e todos de parto normal. (M.61.17)

Eu só queria que minha filha nascesse, e eu pudesse vir para casa, na hora nem sabia o que pensar. (M.25.5)

Eu não pensava em nada, não tinha medo, só queria que nascesse logo. (M.22.15)

Eu não sei o que eu sentia, ou pensava porque passei a maior parte do parto fora de mim. (M.58.20)

A ambivalência de sentimentos surge neste período porque a adolescente sente que é chegado o momento de se tornar mulher frente à sociedade, assim os sentimentos oscilam entre a vontade de encerrar a gravidez e ter logo o bebê, mas também vontade de postergar a chegada do filho devido a todas as novas adaptações que o período sugere.

Nesta ótica, percebe-se que os discursos sobre o medo, a ansiedade, ou até a mesmo a ambivalência de sentimentos não estão ligados apenas ao parto, como evento fisiológico, existem outros fatores que influenciam a percepção das mulheres, como a interpretação do momento, o conhecimento socialmente construído e vivências anteriores. Todos estes elementos se interrelacionam e quando trabalhados podem resultar num bom preparo da mulher para o enfrentamento de tal vivência de maneira positiva. E como trabalhar na vertente de amenizar estes sentimentos negativos?

Pode-se encontrar no discurso de M.22.2 parte da resposta de tal questionamento, a relação de confiança surge como amenizadora de sentimentos negativos.

Eu senti uma paz, uma tranquilidade, porque eu estava nervosa com o outro doutor, que ele puxasse elas, machucasse, desnucasse, aí quando meu medico chegou e eu vi ele, eu senti uma paz, pensei que agora eu estava em boas mãos, que estava bem. (M.22.2)

Já M.26.8 traz o conhecimento prévio como amenizador de sentimentos.

Minha mãe ficou atrás da porta chorando, e eu lá bem tranquila, normal, tinha uma mulher lá que era mais parideira que disse que estava admirada de como eu era tranquila, na verdade acho que fiquei calma porque sabia como ia acontecer o parto, quando se sabe fica mais fácil. (M.28.6)

Assim, ambas as depoentes nos levam pressupor que a relação de confiança parturiente/profissional de saúde surge como amenizadora de sentimentos negativos durante o processo de parturição. Esta confiança pode estabelecer-se ainda no pré-natal quando o profissional fornece informações sobre o trabalho de parto e parto, orientando a mulher sobre seus direitos de parturiente, estendendo-se ao hospital no momento que se fornece medidas de conforto a parturiente, prestando um cuidado humanizado pautado na individualidade de cada mulher.

Neste sentido, Nassif (2009) aponta que ao realizar-se o cuidado individualizado, promove-se a humanização do parto, pois a mulher desempenha o papel central deste momento, sendo capaz de verbalizar suas queixas e dúvidas, e tem consciência de seus direitos e do seu valor como protagonista do evento de forma autônoma.

Já Cavalcante et al (2007) ressaltam que o profissional torna-se humanista quando se envolve no processo de parturição de forma efetiva, conhecendo as características individuais da parturiente, oferecendo à mulher o mesmo cuidado que gostaria que lhe prestassem nesta situação, contribuindo para que a mulher alcance a total plenitude desse momento.

### **6.7 Parto normal x Cesárea: conhecimento construído no meio social**

As representações sociais emergem da contribuição de cada individuo na sociedade, este constrói seu conhecimento no meio social no qual está inserido, estabelecendo seu comportamento perante a sociedade a partir de suas

representações. Moscovici (2010) aponta que as RS são expressões e interpretações que possuem vida própria, afinal existe comunicação entre as mesmas como se fossem objetos materiais uma vez que se atraem e se repelem por meio da interação dos indivíduos, construindo e reconstruindo o universo consensual. Assim as RS compõem o vocabulário e a interpretação dos indivíduos sobre os objetos do mundo.

Neste pensar, no presente estudo tem-se o indivíduo pertencente à sociedade, representado na figura da mulher que vivenciou o processo de parturição na adolescência, e o objeto inserido no mundo, o processo de parturição na adolescência. Assim, entende-se que as mulheres agiram e reagiram frente ao processo de parturição a partir das suas representações sociais tanto do parto normal, quanto da cesariana.

As RS não são apenas opiniões, mas um conjunto de proposições, reações e avaliações de sujeitos, sobre um determinado objetivo, e segue uma lógica própria para a qual contribuem as informações, as atitudes e o campo de representação ou imagem (MOSCOVICI,1978).

Para Moscovici (1978), o conhecimento que o grupo possui acerca de determinado objeto denomina-se a dimensão da informação. A dimensão das atitudes busca identificar os julgamentos que os sujeitos constroem a respeito de condutas, declarações ou crenças, sempre inseridas no campo social. Já o campo da representação remete a idéia de modelo social e de imagem.

Deste modo, as mulheres deste estudo, baseadas no senso comum, apresentaram suas representações sociais do processo de parturição, observando-se diferentes dimensões de RS. Ao falar de parto normal, constataram-se as seguintes RS: *percepções negativas, percepções positivas, ambivalência de sentimentos, o cuidar de si, do filho e da família, e a medicalização/intervenção desencadeada pela cesariana.*

As **percepções negativas** enquanto representações sociais do parto normal estiveram presentes nos discursos das mulheres que definiram o parto normal como dor, e expressaram seu medo.

Minha mãe teve sempre cesárea dos meus irmãos e dizia que tinha que ser cesárea, porque era melhor, eu não iria sentir dor, e meu medo era a dor do parto normal (M.21.1).

Eu tinha medo da dor, mas também pensava muito no que a gente escuta por aí, que as vezes os doutores esperam muito e passa da hora do bebê nascer, que as vezes não tem dilatação e eles insistem e a criança acaba morrendo, e aí eu tinha medo que isso acontecesse comigo, já que um dia aconteceu com alguém (M.22.2).

Eu sempre fui muito medrosa e morria de medo da dor que falavam do parto normal (M.24.21).

Ao falar de parto normal, na sociedade é muito comum que os indivíduos pensem e expressem sua opinião do processo fisiológico permeado por dor intensa, sendo uma idealização que tem sido passada de geração em geração (ROSSI et al., 2013). Este fato pode ser verificado nos discursos supracitados. Os três discursos relacionam a dor do parto com o conhecimento advindo do meio social, no discurso de M.21.1 percebe-se a confiança na informação recebida da sua mãe, assim, M.21.1 escolheu ancorar-se nesta informação para justificar sua escolha pela cesariana.

Neste contexto, é possível perceber que a dor está diretamente ligada ao contexto social, sendo um aspecto relacionado ao parto normal que ultrapassa os limites da fisiologia do corpo. Assim, é preciso trabalhar na vertente de fornecer informações às adolescentes ainda na gestação, bem como utilizar técnicas de alívio da dor no momento do trabalho de parto.

Neste sentido, estudos apresentam técnicas não farmacológicas de alívio da dor, como a presença de um acompanhante, a concentração da parturiente, a utilização de técnicas de respiração, a possibilidade de caminhar ou receber massagem, a utilização da água durante o trabalho de parto, seja no banho de aspersão ou imersão, e o uso mínimo de medicamentos (VELHO; SANTOS; COLLAÇO, 2014; PEREIRA; FRANCO; BALDIN, 2011).

As representações sociais do parto normal enquanto **percepções positivas** estiveram presentes nos discursos das mulheres que julgavam o parto normal como ideal, sendo este tranquilo, prático, simples e rápido.

Acho que tem muita mulher “fiasquenta” que fala do parto normal sem saber direito que a dor nem é tão forte assim, então eu não falo do que eu não sei, falo que o parto normal é melhor porque tive, e nem dói tanto assim, e o melhor é que tu sai da mesa caminhando, é uma dor que dá e passa. (M.23.8)

O parto normal é melhor porque vai lá, faz uma forçinha e deu. (M.21.9)

Eu sempre quis que fosse parto normal, pela recuperação ser mais rápida. (M.23.13)

Eu queria normal por ser mais rápido e se recuperar mais rápido também. (M.45.22)

As dores não foram tão fortes, eu sempre digo que dor do parto normal é uma dor que dá e passa, eu sempre ganhei meus filhos todos normal... Acho que eu sempre muita tendência para ganhar filho de parto normal tu recupera muito mais rápido e não precisa ficar pedindo ajuda para os outros. (M.46.24)

Os discursos de M.23.8, M.23.13, M.45.22, M.46.2 continuam a remeter o parto normal à representação social enraizada na sociedade de dor, dor esta necessária para a mulher tornar-se mãe perante o meio social. No entanto para as mulheres que tiveram percepções positivas, a dor foi representada como algo necessário, ancoraram-se na associação do parto normal com praticidade e rapidez.

Este fato vai ao encontro com o apontado no estudo de Gama et al (2009), no qual as entrevistadas apontaram a dor do parto como componente natural e essencial da maternidade. A dor não esteve associada apenas às sensações fisiológicas, mas ao seu significado perante o processo de nascimento de uma nova vida, em que o sofrimento é aceitável e tolerável para tornar-se mãe.

Para algumas participantes o parto normal foi representado como algo natural, evento no qual a protagonista é a própria mulher.

Sempre que me perguntam do parto normal eu digo que é muito bom, acho que às vezes as pessoas se assustam desse “muito bom”, mas foi a minha realidade. (M.21.27)

O parto natural, natural o nome já diz, dói só na hora e toda mulher nasceu pra suportar essa dor. (M.30.29)

O parto normal o nome já diz, é normal, não tem porque se desesperar e ir correndo para o hospital se eu mesma posso conduzir meu parto e ficar em casa sozinha. (M.46.24)

As participantes demonstram a representação social de percepção positiva do parto normal, como evento natural, a ausência de medo do parto surgiu como fator positivo para a mulher exercer seu protagonismo perante seu parto.

Neste pensar, quando as mulheres entendem o parto normal enquanto evento natural, e compreendem a importância da sua autonomia e protagonismo é possível romper com a cultura hegemônica de medicalização do parto. Para tanto, os profissionais de saúde precisam respeitar o parto como experiência pessoal, cultural, sexual e familiar, buscando prestar apoio e fornecer informações

para que o protagonismo e a autonomia das mulheres estejam presentes nas vivências de parto (PEREIRA; BENTO, 2011; BRASIL, 2011).

A influência do meio social, na figura da família, também esteve presente no discurso de M.25.12.

Eu acho que sempre quis parto normal porque minha mãe e minha irmã ganharam de parto normal, minha mãe teve meu irmão mais novo em casa, e porque eu vi minha comadre sofrendo por causa da cesárea, se me perguntarem sobre o parto, sempre vou dizer que o parto normal é melhor. (M.25.12)

Percebe-se o quanto o meio social influencia na forma como a mulher constrói a representação social do parto, desvelando a necessidade de compartilhar experiências positivas sobre o parto, pois o que não era familiar (parto), neste contexto torna-se familiar positivamente para a mulher que vivencia a maternagem.

Afinal, o universo consensual visa essa familiarização de objetos, pessoas ou acontecimentos até então não familiares - neste caso o parto -, com isto o que era distante torna-se próximo, o que parecia abstrato torna-se concreto. Portanto para tornar o parto como um objeto familiar, é preciso um processo de pensamento baseado em conclusões e recordações prévias, pois a mulher relaciona o vivido no meio social, as experiências prévias, as informações adquiridas, ancorando-se nestas e formando suas representações positivas e ou negativas do processo (MOSCOVICI, 2010).

Na representação social **ambivalência de sentimentos**, os discursos demonstraram o medo das intervenções durante o trabalho de parto, bem como o medo da dor em contraposição às facilidades da recuperação:

Tinha medo do soro que me falavam que doía bastante, porque eu estava com muito medo da dor, mas acabou sendo parto normal... Parto normal é melhor por causa da recuperação rápida (M.25.5).

Normal, porque eu já sabia como era muito mais rápido, chega lá, faz força e ganha de uma vez, dói muito, mas é uma dor fácil, que é só fazer uma forçinha, colocar pra fora e deu (M.41.7).

Neste contexto percebe-se que as duas depoentes associaram o parto normal ao medo da dor, mas ao mesmo tempo expressaram a vontade de vivenciar este tipo de parto, por entenderem que a dor faz parte da parturição e a menção da recuperação rápida surgiu como a ancoragem das mulheres para objetivarem seu desejo pelo parto normal.

Neste pensar, estudo com mulheres que vivenciaram o parto normal demonstrou a recuperação rápida como principal vantagem na escolha por esta via de parto, as mulheres descreveram o parto normal como evento simples, rápido e tranquilo, que possibilita a independência para caminhar, realizar as atividades domésticas, cuidar de si e do bebê apontados, também como fatores positivos da vivência (VELHO; SANTOS; COLLAÇO, 2014).

No presente estudo também foi possível presenciar esta representação positiva do parto normal, denominada de **o cuidar de si, do filho e da família**. As mulheres ancoraram-se no seu papel de mulher/mãe que precisa cuidar da família imediatamente após o parto, fortalecendo seu desejo pelo parto normal, o que pode ser evidenciado nas falas de M.26.3, M.28.6 e M.23.8.

No parto normal a criança nasce e já pode vir para casa fazer as coisas. (M.26.3)

No parto normal vim pra casa bem faceira no outro dia. (M.25.4)

Parto normal era mais rápido e eu já ia ficar livre e vim para casa no outro dia. (M.28.6)

Te falo que sempre quero parto normal porque eu quero poder fazer minhas coisas, me cuidar e cuidar no meu filho, as vezes olhava no quarto lá no hospital e as gurias que ganhavam de cesárea não conseguiam nem pentear o cabelo sozinha, os bebês chorando de fome porque o leite custa mais a descer, e as mulheres comendo um caldo, sem se lavar direito também, acho que por isso que não quero cesárea nunca na minha vida. (M.23.8)

Eu acho o parto normal muito melhor, tu vai para o hospital ganha, e vem para casa já podendo fazer tuas coisas, cuidar dos filhos. (M.50.11)

Acho que sempre vou querer parto normal, porque viemos para casa rápido e já se pode fazer tudo, a dor nem é tanta como falam por ai. (M.26.14)

Pensa-se que esta representação social do parto normal está ligada ao papel que a mulher representa perante a sociedade, aquela que deve cuidar do lar e família com amor e comprometimento, e neste caso quando a mulher é adolescente ainda é mais visível a cobrança por parte do meio social para que a menina assuma seu papel de mãe precoce, mostrando que é capaz de responsabilizar-se pelos seus atos.

Este pensar corrobora com o apontado por Oliveira (2015), quando afirma que está arraigado na sociedade que a mulher no pós parto deve assumir seu

papel “natural e obrigatório” de dedicação ao filho e ao lar, a essência de mãe deve surgir junto aos instintos de parir, alimentar e proteger.

E o cuidar de si? E o cuidar dela enquanto puérpera que também precisa de cuidados? Nos discursos apresentados apenas a M.23.8 sugeriu a necessidade de cuidar de si no pós parto enquanto real necessidade, justificando seu desejo pelo parto normal. Este discurso trás a tona a necessidade do olhar singular à mulher não só no trabalho de parto e parto, mas também no pós parto. Os profissionais e familiares precisam demonstrar preocupação não só com a saúde do bebê, mas também da adolescente, e dos sentimentos despertados pelo novo momento de suas vidas, talvez uma expressão “como você se sente?” ou “você precisa de ajuda?” possa mudar significativamente a vivência da mulher neste período.

No que se refere às representações sociais do parto normal, ainda obteve-se a dimensão **medicalização/intervenção desencadeada pela cesariana**, surgiram discursos que evidenciaram o desejo pelo parto normal.

O parto normal é muito melhor, que ela vem para casa no outro dia, sem estar torta, com dor, ou com risco de infecção que nem a cesárea, sem falar na terrível agulha. (M.40.16)

O parto não é o bicho de sete cabeças que falam por ai, toda mulher tinha que ter parto normal para ficar mais forte, tanto minhas filhas como minhas noras eu sempre incentivei o parto normal, nada de ficar em cima de uma cama, sofrendo com dor nos pontos. (M.61.17)

Não sabia nada sobre parto, mas eu queria que fosse parto normal por ser mais rápido, e por poder ver meu filho na hora do nascimento, sei lá sempre tive um pouco de receio da cesárea, acho que pelos cuidados que se deve ter depois do parto e pela anestesia também, para falar a verdade na primeira gestação eu não me preocupava muito. (M.30.30)

Os discursos de M.40.16, M.61.17 e M.30.30 denotam que as mulheres optaram pelo parto normal por entenderem que é um processo rápido e natural, pois os procedimentos que permeiam a cesariana surgiram como principal ancoragem das mesmas para objetivação de seu desejo pelo parto normal.

Moscovici (2010) aponta que quando nos ancoramos, buscando categorizar os objetos do mundo, conseguimos transformar o que não era familiar em familiar, e assim podemos avaliar, comunicar e rerepresentar. Desta forma, não há neutralidade neste processo, pois as representações desencadeiam regras e comportamentos que fazem com que os sujeitos estabeleçam suas vivências em consonância com as mesmas.

Neste sentido, o estudo de Gama et al (2009) aponta que as mulheres associam a cesárea à algumas desvantagens no pós parto, a dor, o desconforto, e o cuidado com a sutura são eventos que incomodam a mulher. Muitas optam por “tolerar” a dor do parto normal e aceitam viver a experiência para ter autonomia no pós parto. Este fato demonstra novamente que a dor não é apenas fisiológica, mas fundamentalmente ligada aos significados e definições que a mulher constrói e reconstrói sobre o processo de parturição.

No que se refere à cesárea, constatou-se as seguintes representações sociais: *ambivalência de sentimentos, dependência, preferência pela cesárea, hospitalização e cuidados no pós-parto.*

A **ambivalência de sentimentos** enquanto representação social da cesárea esteve presente no discurso de duas participantes que ora ancoraram-se na cesárea enquanto procedimento indolor, ora ancoraram-se aos cuidados necessários no pós parto:

Cesárea que não sente dor, mas precisa cuidar dos pontos depois (M.25.5).

A cesárea não dói na hora de ganhar, mas depois a mulher custa a se recuperar (M.22.2).

Os discursos expressam os aspectos positivos da cesárea dando ênfase à ausência de sofrimento durante o procedimento. Porém, as depoentes ressaltam que o desconforto surge na recuperação, é preciso ter cuidados para não ter intercorrências no pós-parto.

Nesta vertente, um estudo apontou que a dor se faz presente em ambas as vias de parto. Os autores relatam que no parto normal a dor é suportável, por ser única, o que permite o retorno as atividades diárias, enquanto na cesárea a dor surge após a volta ao lar, por vezes a mulher precisa contar com o auxílio de familiares para cuidar da casa, de si e do bebê (VELHO; SANTOS; COLLAÇO, 2014).

A segunda representação social construída pelas mulheres a respeito da cesariana é **a dependência**, que está ancorada na necessidade de ter ajuda de familiares no pós-parto de cesárea. As mulheres relatam que precisam de ajuda e por este motivo objetivaram seu desejo pelo parto normal.

A cesárea é uma cirurgia, não um parto de verdade, primeiro um corte enorme, depois os pontos, fica dependendo das pessoas depois, tem uma amiga que fez cesárea e deixaram restos dentro dela, e ela quase morreu por causa da infecção, ai foi tudo acumulando na minha cabeça,

minha amiga, minha Irma, minha mãe, eu sempre optei pelo parto normal. (M.23.13)

A cesárea não, tem que depender dos outros ate para te alcançar um copo de água, parto normal tu te cuida uns 4 dias, e ai já pode se levantar e fazer tudo. Minha mãe quando fez cirurgia da minha ultima irmã sofreu um monte, teve infecção, chorava em cima de uma cama de dor, ai quando eu fiquei grávida eu pensava nisso. (M.50.11)

Na cesárea eu ia ter que cuidar, limpar para não apodrecer, ficar de cama sem fazer as coisas de casa, ai tem que ter sempre alguém da família pra te cuidar. (M.23.8)

Eu pelo menos achei muito difícil ter que cuidar aqueles pontos e ter que ficar dependendo dos outros. (M.46.24)

Neste contexto percebe-se novamente a preocupação da mulher de “não dar trabalho” para as pessoas. A opção pelo parto normal, ao mesmo tempo em que fortalece a possibilidade de independência mostra novamente a influencia do meio social, onde se ancoraram as experiências próprias ou de outrem para justificar suas escolhas, ou seja, familiarizar o processo de parturição em suas vidas.

A **preferência pela cesárea** foi uma representação construída por apenas por M.20.28 e M.20.19.

Se me perguntarem ou se eu tiver outro parto com certeza vou querer a cesárea, tudo porque não dói, mesmo eu tendo sofrido com a infecção, eu sempre fui muita medrosa se tratando de dor. (M.20.28)

Sempre optei pela cesárea, pela dor do parto normal ser horrível, e que fazem um corte lá em baixo, prefiro muito mais o corte da cesárea, que eu to vendo na minha barriga, eu sei que tem campanhas para o parto normal, mas não pensem que eu defendo, que não, eu acho horrível. (M.20.19)

Ambas participantes ancoraram-se na dor que o parto normal representa na sociedade, objetivando desta forma seus desejos pela cesariana. O discurso de M.20.19 demonstra seu medo de ser julgada por sua escolha pela cesariana evidenciada pela expressão “eu sei que tem campanhas para o parto normal, mas não pensem que eu defendo”. Neste contexto seria importante que aos profissionais de saúde ofertassem informações a respeito das reais indicações da cesariana, bem como os benefícios do parto normal, respeitando a autonomia da mulher na escolha pela via de parto desejada.

A maioria das mulheres deste estudo, expressaram o desejo pelo parto normal, o que corrobora com o apontado por Pereira, Franco e Baldin (2011), que

nos dias atuais tem-se o dilema entre o parto normal (desejo materno) versus cesárea (modelo biomédico). Nesta dicotomia a mulher surge como coadjuvante, transferindo a responsabilidade de escolha pela via do parto para o profissional, pois entende que o mesmo tem conhecimento científico e preservará sua saúde, surgindo neste contexto os profissionais que acreditam que a via cirúrgica é o procedimento mais seguro de parir.

Neste espaço surgem questionamentos: Os médicos não vêem diferença entre as vias de parto? Se preocupam com os medos e temores das mulheres?

Existe um aumento de cesarianas desnecessárias em todo o mundo. Segundo a Organização Mundial da Saúde (2005) quinze países com cerca de 12 milhões de nascimentos por ano têm taxas de cesárea em mais de 30%. Na América Latina, 9 dos 12 países têm taxas acima do limite de 15% recomendado pela OMS, dados de 2015 apontam o Brasil como líder em cesáreas no mundo.

Para Liu et al. (2013), estas taxas continuam a subir, e não estão associadas à melhoria das taxas de mortalidade materna e perinatal, ao contrário, esta via de parto quando utilizada sem indicação necessária, pode aumentar o risco de complicações maternas como hemorragias, infecções puerperais, embolia pulmonar, riscos anestésicos e para os bebês pode acarretar problemas respiratórios, icterícia fisiológica, prematuridade iatrogênica, hipoglicemia e anoxia.

Nesta linha de pensamento, o Ministério da Saúde revela que no Brasil, os índices de nascimentos por cesariana vêm aumentando gradativamente, relacionado a fatores como medo da dor, a influência cultural e familiar, o desejo em realizar a laqueadura tubária e a escassez de informações durante o pré-natal (BRASIL, 2012). Estudos ainda descrevem que muitas cesarianas são realizadas em função da comodidade dos médicos e das instituições de saúde, justificado pelas altas taxas de lucros em um curto espaço de tempo (MELCHIORI et al., 2009; CARDOSO; BARBOSA, 2012).

A **hospitalização** também surgiu como representação social da cesariana, as mulheres associaram os procedimentos invasivos da cesárea à vivências negativas, justificando suas escolhas pelo parto normal:

Já a cesárea não, tu entra no bloco cirúrgico e se submete a uma cirurgia, cheia de médicos na tua volta e tu não tem noção do que pode acontecer, e depois ela ainda pode causar problemas porque se tu não

lavar bem, não higienizar pode te infeccionar tanto por dentro quanto por fora, eu fiquei 10 dias em casa me cuidando e infeccionou um ponto e tive que voltar para o hospital, e fazer tratamento com antibiótico por 10 dias em casa, para depois ficar boa 100%. (M.30.29)

Cesárea era preciso ficar internada mais uns dias, e às vezes podia infeccionar os pontos, eu não ia poder tomar banho sozinha porque é difícil ficar em pé. (M.24.25)

Cesárea é pior, é preciso ficar mais tempo no hospital, tem que ser cortada e depois costurada. (M.26.3)

Os discursos acima demonstram o conhecimento das mulheres construído no meio social, elas optaram pelo parto normal porque ancoraram-se na definição de cesariana enquanto uma cirurgia que necessita da permanência no ambiente hospitalar, tem possibilidade de infecção.

Neste sentido, no estudo de Velho, Santos, Collaço (2014) as mulheres também associaram a cesariana a um procedimento cirúrgico que necessita de cuidados especiais, pois tem maior gravidade e traz consigo riscos para saúde da mãe e do bebê.

Além da hospitalização, **os cuidados no pós-parto** também surgiram como representação social negativa da cesariana.

Os pontos incomodam bastante, e tem que ficar de repouso por um tempo, tenho uma amiga que os pontos arrebentaram e ela teve que voltar para o hospital, acho que se tivesse outro filho queria que fosse normal para poder ficar bem mais rápido. (M.29.26)

A cesárea tem toda função do corte, te abrem toda e depois tem que cuidar os pontos e te colocam para dormir também. (M.21.9)

A cesárea, tem que ficar ali deitada durante 12 horas, não consegue se mexer direito, tem que cuidar os pontos, e eu ainda tive infecção na última cesárea, tive que tomar antibiótico, fazer curativo. (M.21.1)

A cesárea precisa fazer aquele repouso, meu último parto foi cesárea, e os pontos infeccionaram porque eu não fiz repouso direito, porque ele ficou internado na UTI, eu ia daqui até lá a pé todos os dias, aí já viu como ficou minha barriga, tive que tirar uns pontos depois para curar a infecção, desmaiei um dia de dor, acho que por tudo isso que eu não gosto e não recomendo a cesárea. (M.41.7)

Só de pensar em ter um corte na barriga e ter que se cuidar depois já me arreio, minha amiga mesmo infeccionou, teve que abrir de novo, e tem mais a injeção que te dão na coluna, que é um risco para ficar sem caminhar. (M.25.12)

Porque na cesárea vão cortar a barriga, é mais difícil da mulher se recuperar. (M.25.4)

Os discursos demonstram que as mulheres se ancoraram à procedimentos invasivos da cesariana, como a ferida operatória, a raquianestesia, para objetivar a decisão de não parir por esta via de parto, o meio social surgiu novamente como influenciador de decisões e formador de opiniões. O medo dos procedimentos ligados ao ato cirúrgico é apontado em outros estudos, nos quais as mulheres demonstram aversão a inflamação dos pontos, infecção puerperal, hemorragias e cefaléia pós-raquianestesia (PEREIRA; BENTO, 2011; VELHO; SANTOS; COLLAÇO, 2014).

As representações sociais **hospitalização e cuidados pós-parto** aproximam as mulheres do universo reificado- conhecimento científico, as mesmas demonstram conhecimento sobre o procedimento cirúrgico, justificando sua escolha pelo parto normal. No entanto, tal procedimento traz benefícios para a dupla mãe-bebê, mas quando utilizado de forma indiscriminada pode trazer riscos significativos, devendo ser utilizado indicações precisas (BRASIL, 2011).

Nesta categoria foi possível conhecer as representações sociais do processo de parturição constatadas por representações positivas e negativas de ambas as vias de parto. As mulheres compreendem os benefícios do parto normal, bem como as indicações da cesárea.

No que se refere ao parto normal foi possível perceber que ainda está arraigado na sociedade a representação de evento dolorido, em que ao sentir as dores do parto a mulher assume seu papel de mãe na sociedade, também observou-se a influência constante do meio social na escolha por esta via de parto.

As representações sociais das participantes do presente estudo ligadas a cesariana nos permitem pressupor que o conhecimento das mulheres está muito próximo ao universo reificado, pois, elas compreendem as reais indicações de tal procedimento cirúrgico, exteriorizando até mesmo possíveis complicações, o que, talvez, justifique que as mulheres desde estudo vão na contramão aos altos índices de cesariana eletiva, pois apenas duas mulheres optaram por tal procedimento.

Neste pensar surge a necessidade de conscientizar os profissionais de saúde de seu papel de educadores e transformadores do conhecimento no meio social. Ao fornecerem informações sobre os tipos de parto ainda na gestação da

adolescente, aproveitando o cenário da consulta de pré natal pois quando a mulher recebe informações, constrói e reconstrói suas representações sobre o processo de parturição e nascimento de seu filho, e empodera-se de tal representação social construída.

### **6.8 De onde vem o conhecimento sobre o processo de parturição?**

Existem duas maneiras de efetivar o conhecimento e a comunicação na sociedade, o universo consensual relacionado ao cotidiano permeado pela conversação informal e o universo reificado ligado ao espaço científico pautado em regras e hierarquias (MOSCOVICI, 2010).

No universo consensual a sociedade é contínua, permeada pelo sentido e a finalidade, os sujeitos podem manifestar suas opiniões e concepções sobre qualquer assunto, agindo e reagindo como um ser humano. Já o universo reificado é um sistema de entidades sólidas, básicas e invariáveis que são indiferentes à individualidade. Neste universo a opinião e participação do sujeito dependerão de sua qualificação profissional, na qual cada circunstância exigirá comportamentos e informações adequados a esta (MOSCOVICI, 2010).

Para Moscovici (2010), os limites entre os dois universos dividem a realidade física, bem como a coletiva, resultando num impacto psicológico. Assim, o universo reificado está embasado na ciência, enquanto o universo consensual relaciona-se às representações sociais.

Por entender que o parto é um processo que traz consigo elementos culturais, sociais, bem como históricos permeados pela dicotomia do saber científico e as representações sociais arraigadas na sociedade, torna-se importante não apenas compreender o conhecimento e a vivência de adolescentes no processo de parturição, mas entender de onde vem este conhecimento, pois a fonte de informação pode influenciar a construção das representações sociais, assim como as decisões sobre o processo de parturição.

Nesta vertente as mulheres deste estudo foram questionadas quanto à fonte de informação sobre o processo de parturição, e apontaram a família-representada em grande parte na figura materna- como principal meio de informação.

Minha mãe falava que o primeiro parto dela foi normal e foi horrível, que ela sofreu bastante. (M.28.6)

Eu sempre quis que fosse parto normal, pela recuperação ser mais rápida, essa minha escolha se deu porque minha irmã mais velha ganhou todos os filhos de cesárea, e eu vi tudo que ela passou e sofreu, acho a cesárea horrível pela recuperação ser mais demorada, por ela ter que ter ficado se cuidando muito tempo depois. Minha mãe também sempre dizia que normal era melhor, e realmente pude perceber que é sim a melhor opção. (M.23.13)

Eu queria que fosse parto normal, porque minha mãe dizia que a cesárea tem que se cuidar muito, podia ter infecção. (M.22.15)

Minha mãe vivia dizendo que eu me cuidasse para poder ganhar meu filho de parto normal, porque parto normal é melhor, se recupera mais rápido, e graças a Deus ganhei todos de parto normal como eu queria. (M.21.27)

Olha...minha mãe sempre conversou comigo e com minhas irmãs sobre todos esses assuntos, de como não engravidar, sobre como era o parto, ela nos sentava na volta de uma mesa redonda lá de casa e falava sobre tudo” eu já sabia que as dores eram fortes, que eu ia sofrer, mas ela sempre dizia que era uma dor que podia ser suportada, e que o parto normal era muito melhor que fazer cesariana, ela e minha vó ficavam na nossa volta, falando que a agulha da anestesia da cesárea é enorme, e agente podia ate ficar sem caminhar quando o médico erra o lugar de fazer na coluna, então eu sempre tive na cabeça que o parto normal ia ser melhor para mim e para o meu filho. (M.40.16)

Os discursos demonstram o conhecimento ligado ao universo consensual, as mulheres se ancoram na representação social de dor e recuperação rápida do parto normal, porém é possível perceber que o universo reificado, por vezes, faz parte do conhecimento das mulheres que representam a cesárea como procedimento que requer cuidados específicos no pós-parto, com o intuito de prevenir possíveis complicações.

Para Moscovici, a memória e a comunicação precisam estar atreladas para que aconteça o processo de formação das RS. Nossa memória vive permeada pelo que gerações passadas nos comunicaram. Somos, por meio dela, capazes de reconstruir muitos passos importantes para compreendermos parte do que somos e do que pensamos (MOSCOVICI, 2010).

Neste sentido o discurso da M.28.6 demonstra seu medo pelo parto normal devido as informações repassadas por outra geração (sua mãe), assim percebe-se que quando o conhecimento é disseminado de maneira errônea, pode influenciar de maneira negativa a escolha pelo tipo de parto, podendo levar a

mulher decidir por uma cesariana eletiva apenas porque sua mãe sofreu demais no parto normal.

Neste sentido o estudo de Moraes et al (2012) afirma que quando a informação é repassada de maneira superficial ou errada, sem debates, não há reflexão e resignificação por parte da adolescente que apenas recebe a informação e constrói sua representação sobre o objeto- neste caso a dor no parto normal- agindo e reagindo frente está representação, sem questionamentos.

Pior do que agir e reagir frente a informações superficiais, é receber o conhecimento por parte de familiares que reprimem o parto na adolescência e desta forma repassam informações às adolescentes que desencadeiam sentimentos de medo e insegurança frente ao processo de parturição.

Morria de medo porque minha vó dizia que iam me rasgar toda, que depois do parto eu ia ficar deformada, então quando começou ficar próximo dos 9 meses eu entrei em pânico, não por ser mãe, mas porque ela falava que iam me deformar. (M.30.29)

Não sabia sobre parto, minha mãe era daquele tipo que nunca conversava com as filhas sobre essas coisas, ela trabalhava muito durante a semana e fim de semana precisava descansar, ela só sabia dizer que não engravidássemos cedo. (M.46.24)

Nesta conjuntura Almeida (2008) afirma que a falta de diálogo entre cuidadores/ adolescentes surge como fator negativo, pois os cuidadores tendem a reprimir assuntos ligados a sexualidade na adolescência, impondo aos adolescentes apenas o que deve ou não ser feito. No entanto, este tipo de discurso opressor não educa, apenas fragiliza a relação de ambos e prejudica a vivência da adolescente que por sua vez, sente-se oprimida frente a um processo, no qual não encontra apoio e informação necessária.

Quando a adolescente não encontra na família o suporte necessário acaba buscando informações no meio em que está inserida, geralmente representado na figura de mulheres consideradas amigas da adolescente.

Nunca falei sobre o parto com ninguém, acho que só minha amiga que me dizia para que eu não fizesse cesárea que ela teve e precisou ficar de cama, não podia fazer nada em casa, e doía bastante. E tem a história da agulha que te falei, que dizem que é enorme. (M.26.14)

Conversava com minha amiga quando estávamos tomando mate, e ela dizia que a dor de guri ia ser muito pior, mas que é uma dor que dá na hora de nascer, e a da guria incomoda por dias, ela dizia que a dor dá para abrir todos ossos para o bebê nascer, mas que eu tinha que

agüentar a dor do parto normal, porque a cesárea ia ser pior ainda, que iam enfiar uma agulha nas minhas costas. (M.21.9)

Os achados deste estudo corroboram com o apontado por Pereira, Franco e Baldin (2011) de que as informações fornecidas no meio social geralmente partem de mulheres jovens que disseminam informações sobre o processo fisiológico do parto, muitas vezes sem terem gestado, mas por entenderem que emitir opinião sobre o processo de parturição determina seu papel feminino na sociedade.

Percebe-se nos discursos que na falta de informações científicas ou até mesmo de educação em saúde sobre o parto faz com que a mulher acredite nas informações fornecidas no meio social e tenha interpretações ligadas à mitos imbuídos na sociedade, bem como representações ligadas à experiências de outrem, muitas vezes, marcadas pela dor e pelo sofrimento.

Algumas participantes do estudo relataram que não conversavam com ninguém sobre o processo de parturição, demonstrando a falta de conhecimento sobre o assunto.

Eu não sabia nada, só morria de medo porque as pessoas me olhavam e diziam que ia doer muito, eu lembro que quando minha irmã estava grávida e foi para o hospital ganhar minha sobrinha, ela chorava muito, reclamava muito da dor, isso eu lembrava e ficava com mais medo. (M.25.12)

Eu não sabia nada de parto, só fiquei sabendo ainda na gestação que ia ser cesárea porque eu tinha pressão alta. (M.24.21)

Eu não sabia nada sobre parto, nem sabia como a criança ia sair de dentro de mim, acho que por isso eu tinha tanto medo. (M.32.23)

Eu nunca pensei como seria o parto, e naquela época nem falavam quase em cesárea, acho que só faziam cesárea se a mulher ou a criança corriam risco de vida, eu tinha na minha cabeça que ia ter que sofrer com as dores do parto, e isso era normal, porque se entrou tem que sair. (M.61.17)

Eu não sabia nada sobre o parto, minha mãe nunca conversou comigo, para tu teres uma noção quando minha mãe me ganhou ela disse que voltou no médico depois que eu já era até mãe, eu que depois comecei me preocupar com a saúde dela, levar na ginecologista, minha mãe também foi estuprada, acho que por ela ter uma historia triste que ela também nunca me contou nada, nunca conversou comigo sobre nada. (M.58.20)

Os discursos demonstram que a falta de conhecimento sobre o parto desencadeou nas mulheres sentimentos de medo e insegurança que vão

influenciar na vivência das mesmas, e até mesmo na construção da representação social sobre o processo de parturição. É visível que a falta de conhecimento as torna fragilizadas e suscetíveis a intervenções desnecessárias, pois se não há conhecimento, conseqüentemente não há empoderamento.

Nesta vertente Morais et al (2012) afirmam que o conhecimento fragilizado sobre o processo fisiológico do parto pode desencadear na adolescente uma subordinação aos profissionais de saúde, transferindo a estes a necessidade de escolha sobre o tipo de parto. Este fato faz com que a mulher perca o controle sobre seu próprio corpo e se submeta a medicalização do parto. A medicalização do parto pode surgir tanto na falta de conhecimento sobre o processo, quanto na confiança depositada na equipe de saúde.

Esta relação de confiança depositada na figura do médico foi por duas participantes deste estudo. M.23.8 afirma que a médica durante a realização do pré-natal forneceu informações sobre os benefícios do parto normal, bem como salientou a necessidade de filtrar as informações adquiridas no meio social, explicando que é necessário compreender que o limiar de dor é diferente de mulher para mulher, e que as experiências não se repetem.

A medica disse pra mim que o parto normal seria bem melhor e mais fácil que a cesárea, porque no parto normal tu vai poder caminhar direito, vai poder pegar tua filha no colo e que a cesárea tem que ter aqueles cuidados, cuidar dos pontos, não poder fazer as coisas em casa. Ai sempre acreditei mais na médica, e queria que fosse parto normal, ela sempre me dizia para não acreditar nas pessoas e nas historias que contam de parto porque cada pessoa é diferente e vai sentir uma dor diferente. (M.23.8)

Esta mesma relação de confiança foi expressa por M.20.19, no entanto o discurso demonstra o conhecimento fragilizado sobre o processo de parturição e a participante optou por transferir para a medica a decisão sobre o seu processo de parturição, desencadeando uma cesariana eletiva.

Eu não pensava nisso, até porque por ser muito nova e magrinha, minha médica sempre falou que seria cesárea, acho que por isso não pensava muito nisso, já estava decidido que seria cesárea, então não tinha porque eu ficar pensando. (M.20.19)

Percebe-se nos discursos que as mulheres confiam fielmente nas informações fornecidas pelos profissionais de saúde, principalmente no profissional médico, assim os profissionais de saúde podem aproveitar esta aproximação para fornecer informações fidedignas sobre o processo de

parturição, exaltando os benefícios do parto normal, e as indicações da cesariana. Como já foi evidenciado neste estudo, quando a mulher tem conhecimento próximo ao universo reificado torna-se autônoma e protagonista do processo.

O desafio da atualidade é desmitificar a cesárea enquanto via de parto. Desmistificar é trabalhar na vertente da valorização do parto normal como via de parto vital para o bem estar da mãe e do bebê, implica trabalhar para formação de profissionais mais humanistas, bem como na transparência no fornecimento de informações nas diversas fontes disseminadoras, sejam estas escolas, mídia e instituições de saúde (PEREIRA; FRANCO; BALDIN, 2011).

Acredita-se que desta forma em longo prazo poderemos ter o controle da epidemia do parto de forma cirúrgica.

Esta categoria permitiu conhecer de onde vem o conhecimento das mulheres acerca do processo de parturição, evidenciou-se a família- na figura materna- como principal meio de informação, seguida de amigas inseridas no meio social das participantes.

Cabe destacar que a escola não foi citada por nenhuma participante, o que denota a necessidade de utilizar este espaço como disseminador de conhecimento, por meio da implementação de políticas públicas ligadas a gravidez precoce e o processo de parturição. Os profissionais de saúde foram citados pela minoria das participantes, no entanto destacou-se a relação de confiança que pode se estabelecer entre ambos e a necessidade de utilizar esta relação para benefícios à saúde materna.

Pensa-se que os resultados apontados demonstram que o conhecimento da mulher é muito ligado ao universo consensual, a mesma age e reage frente às representações arraigadas no meio social, justificando a necessidade da circulação de informações fidedignas na sociedade.

### **6.9 O nascimento de novas concepções sobre o processo de parturição**

A repetição da gravidez pode ser definida como gestações sucessivas, ou ainda outras expressões encontradas na literatura, como: multigravidez, múltiparas, multigestas, repetição da gravidez, gravidez recorrente ou recorrente, gravidez subsequente e gestações sucessivas (ROSA et al., 2007).

Neste estudo optou-se por utilizar a expressão recorrência. Cada vez mais adolescentes têm vivenciado a recorrência da gestação na adolescência e na maioria das vezes não planejada. Delatorre, Dias e Patias (2011) utilizam a expressão "gestações de rápida repetição", sendo aquelas que ocorrem entre 12 e 24 anos.

Nery et al. (2011) ressaltam que a recorrência da gravidez na adolescência está diretamente relacionada a fatores socioeconômicos, dando ênfase a baixa escolaridade, falta de conhecimento acerca dos métodos contraceptivos pós-parto o que desencadeia uma chance de 9 a cada 10 adolescentes de experienciarem a recorrência da maternidade no primeiro ano pós parto .

Frente ao exposto denota-se a necessidade de estudos acerca da recorrência, pois é escassa a literatura referente a esta temática, bem como é de extrema importância trabalhar na vertente de políticas públicas direcionadas a esta população.

O presente estudo buscou conhecer as representações sociais do processo de parturição de mulheres que vivenciaram o parto recorrente na adolescência e os pressupostos iniciais do estudo eram de que apesar da recorrência estar ligada a problemas socioeconômicos, quando ligada ao processo de parturição pode surgir como fator atenuante, pois as mulheres representam sentimentos positivos referentes às experiências recorrentes, porque ancoram-se aos partos previamente vividos, além disso pode tornar-se capaz de expressar sua opinião sobre o tipo de parto que deseja vivenciar.

Estes pressupostos puderam ser evidenciados nos discursos das participantes que verbalizaram o nascimento de novas concepções sobre o processo de parturição.

Eu tive cesárea do primeiro filho e passei bem, não senti dor, e ai queria que fosse cesárea, mas minha amiga teve parto normal e me disse que era muito melhor, que tinha dor, mas que já saia do hospital bem, caminhando normal, sem precisar estar se cuidando, ai resolvi querer que fosse parto normal. (M.21.1)

Eu já tinha tido uma cesárea, e foi tudo muito tranquilo, deu tudo certo, mas eu aprendi nos grupos de gestantes que o parto normal é melhor, que apesar da dor a recuperação é mais rápida, que depois que a criança nasce tu já consegue sair caminhando, se recupera bem, já a cesárea não dói na hora de ganhar, mas depois a mulher custa a se recuperar, resolvi querer parto normal. (M.22.2)

Mudei de opinião quando fiquei grávida de novo queria que fosse parto normal, porque descobri que o parto normal é melhor. (M.20.28)

As participantes que vivenciaram a cesariana na primeira experiência de parto, vivências positivas segundo as mesmas, no entanto na segunda experiência de parto demonstraram interesse pelo parto normal, seja por influência do meio social ou pela influência de profissionais de saúde, afinal é possível perceber na fala de M.22.2 que sua opinião sobre o parto foi renovada nos grupos de gestantes. Neste contexto o grupo de gestantes surge como um espaço no qual a mulher pode preparar-se para o processo de parturição, pois as informações e as trocas de experiências oferecem e reforçam os subsídios para suas escolhas e tomada de decisão em relação ao nascimento do seu filho. Neste espaço o profissional de saúde tem o papel de fornecer informações e favorecer o conhecimento construído de forma recíproca, em clima de confiança e aprendizado (MATOS, 2013).

Para Lundgren et al (2012), o parto vaginal após cesariana é uma questão importante a ser discutida, pois o crescente aumento no número de cesáreas no mundo traz preocupações. Profissionais de Saúde e mulheres precisam estar conscientes que o parto normal é sempre mais recomendado e seguro, podendo ser a melhor opção de parto pós cesariana, pois é uma prática segura que está relacionada a redução de complicações com a dupla mãe-bebê, como a redução das taxas de mortalidade materna e neonatal.

Ainda, ao questionar as mulheres desde estudo quanto ao tipo de parto desejado na recorrência evidenciou-se que as mulheres que vivenciaram o parto normal na primeira gestação demonstraram interesse pelo parto normal nas demais experiências, talvez pela desmistificação da dor como representação social do parto normal.

Na segunda gravidez o médico chegou a me dizer no pré-natal que podia ser parto normal, eu também queria que fosse porque eu já tinha passado bem da primeira vez, não tinha sentido dor. (M.25.4)

Na segunda gestação foi diferente porque meu medo de parto normal já tinha sido superado, e eu sabia que ia ficar bem mais rápido, ia poder me vestir e tomar banho sozinha, e vir para casa com meu filho logo depois do parto. (M.25.5)

Eu tinha tido parto normal da primeira vez, e passei muito bem, ai eu pensava isso, que fosse parto normal e eu pudesse vir para casa logo, sem sofrer, sem ter nenhum problema. (M.22.18)

No segundo parto eu já tinha me acostumado com a dor, já sabia como ia ser, foi mais fácil, eu até queria ganhar de parto normal para ficar livre de uma vez. (M.32.23)

Quando fiquei grávida a segunda vez eu queria sim que fosse parto normal novamente, porque é mais tranquilo e mais fácil, porque minha irmã sofreu muito no parto cesárea dela. (M.24.25)

Quando eu fiquei grávida de novo eu queria que fosse parto normal também, ate porque do primeiro eu não senti nenhuma dor, ele era muito pequeno, e por ouvir varias historias na família que a cesárea era pior. (M.30.30)

Percebe-se que as mulheres agiram durante sua experiência de parto normal a partir da dor como representação social elaborada anteriormente por meio de concepções culturais, sociais e psicológicas, assim ao superar esta “terrível dor”, que está arraigada em sucessivas gerações, foi possível ver os benefícios do parto normal e a escolha desta via de parto na recorrência.

Neste pensar Davim, Torres e Dantas (2008) afirmam que os indivíduos relatam seus sentimentos cognitivos e sociais por meio do senso comum, construindo e reconstruindo representações sociais, assim a dor é socialmente compartilhada como representação do processo de parturição.

Este fato aponta para a necessidade dos profissionais de saúde trabalharem a dor, bem como as técnicas de alívio da dor, com primigestas, pois sabe-se que quando a mulher é empoderada de conhecimento sua vivência pode ser transformada em sentimentos positivos. Nesta dada conjuntura surge às participantes que optaram pelo parto normal na segunda experiência por estarem imbuídas de conhecimento.

O segundo parto foi mais fácil, porque eu já sabia como era, ai senti as dores e fiquei em casa, tomei banho, esperei um pouco para ir para o hospital, cheguei lá e ele já nasceu. (M.26.14)

Depois do terceiro parto tudo ficou mais fácil, eu já era dona de mim, eu já sabia como respirar, como fazer as forças. (M.58.20)

Eu já sabia para que servia aquele soro, como tinha que respirar e fazer a força, ai foi tudo mais rápido e suportável, eu falava para as minhas noras que parto normal é melhor, que tu vai ali sente as dores e deu já termina tudo. (M.45.22)

O segundo foi bem mais rápido, cheguei lá e já ganhei, acho que porque eu já sabia como tinha que fazer a força, como precisava respirar. (M.29.26)

No segundo eu já tinha mais noção, eu queria que fosse parto normal, dizia para médica durante o pré-natal que queria que fosse parto normal porque nessa fase na minha vida eu já pesquisava, queria ter conhecimento sobre as coisas, pesquisei na internet um vídeo de cesárea, e um vídeo de parto normal, e acho que por ter sido fácil o primeiro parto, eu quis que fosse normal, e foi deu tudo certo. (M.30.29)

Nos discursos de M.26.14, M.58.20, M.45.22, M.29.26 e M.30.29 a segunda vivência de parto foi representada por sentimentos positivos, esta representação é justificada pela produção de conhecimento despertada a partir da primeira vivência de parto. É possível perceber no discurso de M.30.29 seu empoderamento, demonstrando sua preocupação em ter o conhecimento suficiente para participar da tomada de decisão do seu processo de parturição.

Os discursos desta categoria reforçam a afirmação de que parto normal representado por sentimentos positivos é aquele que a mulher é ativa e possui conhecimento do processo, o que corrobora com o estudo de Progianti e Costa (2012), quando afirmam que realizar educação em saúde durante a gestação tem repercussões positivas na vivência do parto, as mulheres tornam-se empoderadas e demonstram a demistificação da dor como fator positivo para vivenciar o processo. No contraponto, a falta de conhecimento reflete em atitudes passivas e redução da capacidade de suportar a dor.

Um aspecto que chama a atenção nos discursos das mulheres deste estudo, é que nenhuma mulher optou pela cesariana após ter uma vivência de parto normal, o que nos leva a pressupor que o desejo das mulheres pelo parto normal vai na contramão dos elevados índices de cesarianas. Esta constatação vai ao encontro dos resultados do estudo de Liu et al (2012) no qual as mulheres também manifestaram o desejo constante pelo parto normal, e as razões citadas para esta escolha incluíam aspectos ligados à cultura, pessoais e sociais.

Na perspectiva de qualificação da atenção às mulheres em processo de parturição e, principalmente, no tocante as orientações quanto a recorrências de gravidez na adolescência, foco deste estudo, acredita-se necessário trabalhar a formação de profissionais de saúde na conscientização de que os benefícios do parto normal para o bem estar da mãe e do bebê são importantes para a saúde de ambos. Também é necessário empoderar as mulheres ainda na gestação,

durante as consultas pré-natal e nos grupos de gestantes, a fim de que elas participem de forma ativa e autônoma do seu processo de gestar e parir.

## **7 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

No presente estudo os objetivos foram alcançados, pois permitiu conhecer as representações sociais do processo de parturição na adolescência, sendo estas concepções, valores e hábitos culturais ancorados nos aspectos históricos atrelados ao conhecimento atribuído ao parto normal e a cesariana que foram elaborados e compartilhados no cotidiano das relações do meio social as quais as mulheres pertenciam.

Neste estudo a gravidez na adolescência surgiu não apenas como um problema de saúde pública, mas como um evento intimamente relacionado ao meio social, cujas representações sociais de irresponsabilidade e imaturidade ligadas à gravidez precoce circulam continuamente no senso comum.

Por vezes os discursos das mulheres deste estudo sugeriram a maternagem como transformação de menina para mulher; como um novo sujeito na sociedade, que precisa assumir responsabilidades de mãe, buscando constantemente a aceitação da sociedade acerca da gravidez precoce.

Na construção dos genogramas das participantes percebeu-se que a ocorrência e recorrência de gravidez na adolescência está ligada a outros membros da família, perpassando as gerações e conseqüentemente resultando na circularidade de problemas sociais que tal evento desencadeia na sociedade.

Os ecomapas das mulheres evidenciaram a figura materna como principal rede de apoio, sendo esta identificada pelas adolescentes como um “porto seguro” para que as mesmas tenham a capacidade de enfrentar a sociedade repleta de desigualdades sociais, culturais e de gênero.

No que se refere ao apoio recebido na vivência do parto, a família apresentou-se como principal forma de apoio, a presença da mesma durante a vivência do parto foi pronunciada atreladamente a discursos positivos,

confirmando o pressuposto inicial deste estudo, já a ausência de apoio trouxe consigo discursos negativos do processo.

Neste pensar cabe aos profissionais de saúde e familiares, acolher esta adolescente grávida despindo-se de julgamentos e preconceitos, para que naturalmente ocorra a adesão ao pré-natal por parte da adolescente e a experiência de um parto tranqüilo, surgindo neste contexto uma mulher que pode sim dedicar-se aos estudos e ao mercado de trabalho, para tanto a rede de apoio é primordial.

Os discursos das mulheres acerca dos sentimentos despertados no processo de parturição apresentaram ambivalência de sentimentos que não estão ligados apenas ao parto, como evento fisiológico, mas também à interpretação das mesmas do momento do parto, o conhecimento socialmente construído e as vivências anteriores. Todos estes elementos se interrelacionam e quando trabalhados podem preparar a mulher para enfrentar tal vivência.

No que se refere a participação da mulher na tomada de decisão durante os partos recorrentes na adolescência percebeu-se que o pilar está no fornecimento de informações à adolescente durante a gravidez, pois quando houve conhecimento, o empoderamento surgiu naturalmente.

Os resultados da pesquisa mostraram que as representações sociais do processo de parturição de mulheres que vivenciaram partos recorrentes na adolescência se traduziram num discurso que confirma pressuposto inicial deste estudo de que as mulheres que vivenciaram partos recorrentes na adolescência não receberam informações relacionadas ao parto durante o pré-natal. O conhecimento das mesmas está atrelado ao universo consensual, ou seja, as informações são adquiridas no espaço em que vivem e na troca de experiências que o meio social proporciona, desta forma, as mulheres constroem representações sociais negativas do processo de parturição que vão perpassando as gerações.

Constatou-se representações positivas e negativas de ambas as vias de parto. Foi possível perceber que as mulheres compreendem os benefícios do parto normal, bem como as indicações da cesariana.

No que se refere ao parto normal é possível perceber que ainda está arraigado na sociedade a representação de evento dolorido, em que ao sentir as

dores do parto a mulher assume seu papel de mãe na sociedade, neste pensar observou-se a influência constante do meio social na escolha por esta via de parto.

Nas representações sociais ligadas à cesariana pressupõe-se que o conhecimento das mulheres está muito próximo ao universo reificado, as mesmas compreendem as reais indicações de tal procedimento cirúrgico, exteriorizando até mesmo possíveis complicações. Ainda nesta opção por via de parto foi possível observar que as mulheres desde estudo vão na contramão dos altos índices de cesariana eletiva, pois duas mulheres optaram por tal procedimento.

No contraponto surge a recorrência como amenizadora destas representações, pois a vivência prévia resultou na reconstrução de suas concepções e no nascimento de novas representações do processo de parturição.

Sabe-se que a interação social permite que novas representações nasçam na sociedade e orientem o pensamento e comportamento dos sujeitos, pois estas não são estáticas, sofrem alterações intergeracionais, ao mesmo tempo em que são partilhadas pelo grupo social. Assim, torna-se relevante conscientizar os profissionais de saúde, principalmente os enfermeiros, que estes podem sim serem fonte de conhecimento no meio social, sendo de extrema importância fornecer informações sobre os tipos de parto ainda na gestação da adolescente primípara, pois quando a mulher recebe informações, constrói e reconstrói suas representações sobre o processo e age perante seu trabalho de parto e parto empoderada de tal representação social (re) construída.

No presente estudo constatou-se que a Teoria das Representações Sociais foi importante referencial para conhecer as representações sociais do processo de parturição na adolescência com vistas a traçar estratégias para qualificar o cuidado prestado a esta população, e também subsidiou a confirmação dos pressupostos.

As limitações deste estudo foram a dificuldade de acesso às participantes, pois em muitas vezes os nomes fornecidos pelos profissionais de saúde não coincidiam com o endereço indicado, o que desencadeou atraso na coleta de dados.

Recomenda-se que novos estudos sejam realizados, aprofundando as representações sociais do processo de parturição na vertente de profissionais de

saúde, bem como familiares de mulheres que foram mães na adolescência, pois entende-se que ambos são a fonte primária para a reconstrução, recriação e reapresentação de representações sociais do processo de parturição na adolescência.

## 8 Referências<sup>7</sup>

ABERASTURY, A.; KNOBEL, M. **Adolescência normal: um enfoque psicanalítico**. 10. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992. 92p.

ABRIC, J.C. **Abordagem estrutural das representações sociais: desenvolvimentos recentes**. In P.H.F. Campos & M.C.S. Loureiro (Orgs.). Representações sociais e práticas educativas. (pp.37-57). Goiânia: Ed. da UCG.2003.

ALMEIDA, M.C.C.; AQUINO, E.M.L.; BARROS,P. School trajectory and teenage pregnancy in three Brazilian state capitals. **Cadernos de Saúde Pública**, v.22, p.1397-1409, 2006.

ALMEIDA, I.S.; RODRIGUES, B.M.R.D.; SIMÕES, S.M.F. O adolescer... um vir a ser. **Adolescencia & Saúde**. v.4, n.3, p.24-28, 2007.

ALMEIDA, H. **A enfermeira no contexto da educação sexual dos adolescentes e o olhar da família**. Dissertação ( Mestrado em Enfermagem)- Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Paraná, Curitiba,2008.

ANDRADE, P.R.; RIBEIRO, C.A.; OHARA C.V.S. Maternidade na adolescência: sonho realizado e expectativas quanto ao futuro. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v.30, n.4, p.662-668, 2009.

AQUINO, E. M. L.; ALMEIDA, M. C.; ARAUJO, M. J.; MENEZES. G. **Gravidez na adolescência: a heterogeneidade revelada**. IN: HEILBORN, M. L. et al. (Org.). O aprendizado da sexualidade: reprodução e trajetórias sociais de jovens brasileiros. Rio de Janeiro: Garamond; Fiocruz, 2006. p. 309-360.

BARBASTEFANO, P.S.; GIRIANELLI, V.R.; VARGENS, O.M.C. O acesso à assistência ao parto para parturientes adolescentes nas maternidades da rede SUS. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, v.31,n.4, p.708-714, 2010.

BICCHIERI, T.; SILVA, L.R. A percepção dos acadêmicos de enfermagem sobre o cuidado à mulher no trabalho de parto e nascimento:uma abordagem qualitativa. **Esc Anna Nery R Enferm**; v.10, n.2, 2006.

---

<sup>7</sup> Este estudo foi formatado de acordo com o Manual para elaboração de Trabalhos Acadêmicos da Universidade Federal de Pelotas- Pelotas, RS.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **Coordenação de Proteção Materno-Infantil. Programa de Saúde Materno-Infantil.** Brasília: Ministério da Saúde. 1975.

BRASIL. Ministério da Saúde (BR). **Assistência Integral a Saúde da Mulher.** Brasília: A. Coordenação; 1980.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM).** 1983.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 8.069. **Estatuto da Criança e do Adolescente**, Brasília, DF 1990. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/ccivil/LEIS/L8069.htm>>. Acesso em: 23 jun. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação da Saúde da Criança e do Adolescente. **Programa Saúde do Adolescente.** Brasília: Ministério da Saúde, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde –SPS. **Assistência Pré-natal: Manual técnico-** Brasília: Ministério da Saúde, 2000. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04\\_11.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_11.pdf)> Acesso em: 15 Jun 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Humanização do Pré Natal e Nascimento** de 01 de junho de 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica da Mulher. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher.** – Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04\\_13.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_13.pdf) Acesso em: 20 Jun 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à **Saúde Política Nacional de Atenção Integral à Mulher: princípios e diretrizes**/Ministério da Saúde, Secretarias de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde integral de adolescentes e jovens: orientações para a organização de serviços de saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada.** Secretaria de Políticas de Saúde, Saúde da mulher. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Saúde da mulher. **O modelo de atenção obstétrica no setor de saúde suplementar no Brasil: cenários e perspectivas.** Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. **Política Nacional de Humanização.** Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Rede Cegonha.** Secretaria de Políticas de Saúde, Saúde da mulher. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 466 de 2012.** Dispõe sobre pesquisa com seres humanos. Brasília; 2012. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 24 jun 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica **Atenção ao pré-natal de baixo risco** – Brasília :Editora do Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Conselho Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).2014. Disponível em: [http://cnes.datasus.gov.br/Mod\\_Equipes.asp?VCo\\_Unidade=4314402253607](http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Equipes.asp?VCo_Unidade=4314402253607) Acesso em: 05 out 2014.

BREHENY, M.; STEPHENS, C. Irreconcilable differences: health professionals constructions of adolescence and motherhood. **Social Science & Medicine**, n.64, p.112-24, 2007.

BRITO R.C; KOLLER, S. H. **Desenvolvimento humano e redes de apoio social e afetivo.** In: CARVALHO, A.(Org.). O mundo social da criança: natureza e cultura em ação. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.p.115-129.

BRUNO, Z.V; FEITOSA, F.E.L; SILVEIRA,K.P et al. Reincidência de gravidez em adolescentes. **Rev Bras Ginecol Obstet**, v.31, n.10, p.480-484, 2009.

BUENO, .M.E.N.; MEINCKE,S.M.K.;SCHWARTZ,E.;SOARES,M.C.; CORRÊA,A.C.L. Paternidade na adolescência: a família como rede social de apoio. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.21, n.2, p.313-319, 2012.

BUENO, M. E. N. **Redes de apoio à paternidade na adolescência: uma abordagem sistêmica na enfermagem.** 2010. 75f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2010.

BUSANELLO,J.; KERBER, N.P.C.;LUNARDI FILHO,W.D.; LUNARDI,V.L.; MENDOZA-SASSI,R.A.; AZAMBUJA,E.P. Parto humanizado de adolescentes: concepção dos trabalhadores da saúde. **Rev enferm UERJ**. v.19, n.2, p.218-223, 2011.

CAMINHA, N.O.; FREITAS, L.V.; LIMA, T.M.; GOMES, L.F.S.; HERCULANO, M.M.S.; DAMASCENO, A.K.C. Gestação na adolescência: descrição e análise da assistência recebida. **Rev Gaúcha Enferm.** v.33, n.3, p.81-88, 2012.

CARDOSO, J.E.; BARBOSA, R.H.S. O desencontro entre desejo e realidade: a "indústria" da cesariana entre mulheres de camadas m dias no Rio de Janeiro, Brasil. **Physis Revista de Saúde Coletiva.** v.22, n. 1, p.35-52, 2012.

CATHARINO, T.R.; GIFFIN, K. Gravidez e Adolescência – investigação de um problema modern. XIII Encontro da Associação Brasileira de Estudos Populacionais, realizado em Ouro Preto, Minas Gerais, 2002. Disponível em: [http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/anais/pdf/2002/Com\\_JUV\\_ST7\\_Catharino\\_texto.pdf](http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/anais/pdf/2002/Com_JUV_ST7_Catharino_texto.pdf) Acesso em: 27 set 2014.

CAVALCANTE, F.N.; OLIVEIRA, L.V.; RIBEIRO, M.M.O.M.; NERY, I.S. Sentimentos vivenciados por mulheres durante trabalho de parto e parto. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 21, n. 1, p. 31-40, 2007.

COARD, S.I.; NITZ, K.; FELICE, M.E. Repeat pregnancy among urban 15 adolescents: sociodemographic, family and health factors. **Adolescence**, v.35, n.137, p.193-200, 2000.

CONSELHO Federal de Enfermagem. **Código de  tica dos Profissionais de Enfermagem.** Resolução COFEN N . 311/2007.

COSTA, N.D.L.; PAES, N.A.; RAMOS, P.C.F.; et al. Desejo, intenção e comportamento na saúde reprodutiva: a prática da cesárea em cidade do Nordeste do Brasil. **Rev Bras Ginecol Obstet.** v.23, n.7, p.388-96, 2006

COSTA, A.M. Participação social na conquista das políticas de saúde para mulheres no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva.** v.14, n.4, p.1073-1083, 2009.

CURY A.F.; MENEZES P.R. Fatores associados à preferência por cesariana. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n.2, p.227, 2006.

DAVIM, R.M.B.; TORRES, G.V.; DANTAS, J.C. Representação de parturientes acerca da dor de parto. **Rev Electr Enf**, v.10, n.1, p:100-109, 2008.

DAVIM, R.M.B.; GERMANO, R.M.; MENEZES, R.M.V. et al. Adolescente/adolescência: revisão t orica sobre uma fase crítica da vida. **Rev. Rene. Fortaleza**, v. 10, n. 2, p. 131-40, 2009.

DELATORRE, M.Z.; DIAS, A.C.G.; PATIAS, N.D. Vivência da gestação, parto e maternidade: percepções de jovens mulheres m ltiplaras. **Revista de Ciências Humanas**, v.45, n.1, p. 117-133, 2011.

DESSEN, MA.; BRAZ, M.P. Rede social de apoio durante transições familiares decorrentes do nascimento de filhos. **Psic Teor Pesq**, v.16, n.3, p.221-231, 2000.

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

DIAS, M.A.B.; DOMINGUES, R.M.S.M. Desafios na implantação de uma política de humanização da assistência hospitalar ao parto. **Ciência e Saúde Coletiva**. v.10, n.3, p. 699-705, 2005.

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

DINIZ, C.S.G. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Interface Comun Saúde Educ**. v.3, n.1, p.595-602, 2009.

DUVEEN, G. Introdução. O poder das idéias. In.: MOSCOVICI, S. **Representações sociais: investigações em psicologia social**. Petrópolis: Vozes, 2003, p. 7-28.

ENDERLE, C.F.; KERBER, N.P.C.; SUSIN, L.R.O.; GONÇALVES, B.G. Parto de adolescentes: elementos qualitativos da assistência. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v.46, n.2, p.287-94, 2012.

FERREIRA, M.A; ALVIM, N.A.T; TEIXEIRA, M.L.O. et al. Saberes de adolescentes: estilo de vida e cuidado à saúde. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.16, n.2, p.217-224, 2007.

FENWICK, J.; STAFF, L.; GAMBLE, J.; CREEDY, D.K.,; BAYES, S. Why do women request caesarean section in a normal, healthy first pregnancy? **Midwifery**, v.26, n.4, p:394-400, 2010.

FLORES SULLCA, T.; SCHIRMER, J. Violência intrafamiliar na adolescência na cidade de Puno-Peru. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v.14, n.4, p.578-85, 2006.

FIOCRUZ. Fundação Oswaldo Cruz. ENSP – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Projeto - **Nascer no Brasil: Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento**. São Paulo, 2014.

FREITAS, H.C.L. A reforma universitária no campo da formação dos profissionais da educação básica: as políticas educacionais e o movimento dos educadores. **Educ. Soc.**, Campinas, v. 20, n. 68, p.17-44, 1999.

FREITAS, G. L; VASCONCELOS, C.T.M; MOURA, E.R.F. et al. Discutindo a política de atenção à saúde da mulher no contexto da promoção da saúde. **Rev. Eletr. Enf**. v. 11, n. 2, p. 424-428, 2009.

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

FONTANELLA, B.J.B; RICAS, J; TURATO, E.R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad. Saúde Pública**.v.24, n.1, p.17-27, 2008.

GAMA.; *et al.* Representações e experiências das mulheres sobre a assistência ao parto vaginal e cesárea em maternidades pública e privada. **Cad. Saúde Pública**. v.25, n.11, p. 2480-2488,2009

GODINHO, R. A. et al. Adolescentes e grávidas: onde buscam apoio? **Rev. Latino-am.Enferm**, v.8, n. 2, p. 25-32, 2000.

GOODMAN, L. A. **Snowball Sampling. Annals of Mathematical Statistics.** ISECETSIAM, v.32, n.1, p.148-170, 1999.

GOMES,V.L.O.;FONSECA,A.D.;ROBALLO,E.C. Representações sociais de adolescentes acerca do parto. **Esc Anna Nery (impr.)**, v.15, n.2, p.300-305, 2011.

GUIMARÃES,E.A.;WITTER, G. P.Gravidez na adolescência: Conhecimentos e prevenção entre jovens. **Boletim Academia Paulista de Psicologia**,v.27,n.2,p: 167-180,2007.

HARDEN,A.; BRUNTON,G.; FLETCHER,A.; OAKLEY,A. Teenage pregnancy and social disadvantage: systematic review integrating controlled trials an qualitative studis. **British Medical Journal**. v.339, n.4254, 2009.

HEILBORN, M.L. 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. **Revista APS**, v.9, n.1, p. 29-38, 2006.

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

HUANG,S.Y.; SHEU, S.J.; TAI,C.J.; CHIANG,C.P.; CHIEN,L.Y. Decision-Making Process for Choosing an Elective Cesarean Delivery Among Primiparas in Taiwan. **Matern Child Health J**,v.17,p:842–851,2013.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo demográfico 2007**. Brasília: 2007.

JODELET, D. **Representação Social: um domínio em expansão**. In: As representações sociais. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2001. p.17-44.

KINGDON, C.; NEILSON,J.; SINGLETON,V.; GYTE, G.;HART,A.; GABBAY,M.; LAVENDER, T. Choice and birth method: mixed-method study of caesarean delivery for maternal request. **BJOG**, v.116,n.7,p:886-95,2009.

KOETTKER, Joyce Green. **Parto domiciliar planejado assistido por enfermeiras**. 2010.135 p. Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Santa Catarina, 2010.

LEAL, M.C.; PEREIRA, A.P.E.; DOMINGUES, R.M.S.M.; FILHA, M.M.T.; DIAS, M.A.B.; PEREIRA, M.N.; BASTOS, M.H.; GAMA, S.G.N. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. **Cad. Saúde Pública**, V.30 Sup:S17-S47, 2014.

LEISTER, N.; RIESCO, M.L.G. Assistência ao parto: história oral de mulheres que deram à luz nas décadas de 1940 a 1980. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.22, n.1, p.166-174, 2013.

LIU, N.H; MAZZONI, A; ZAMBERLIN, N. et al. Preferences for mode of delivery in nulliparous Argentinean women: a qualitative study. **Reprod Health**. v.14, n.10, p.1-2, 2013.

LOPES, R.C.S.; DONELLI, T.S.; LIMA, .CM.; PICCININI, C.A. O antes e o depois: expectativas e experiências de mães sobre o parto. **Psicol Reflex Crit**. v.18, n.2, p.247-54, 2005.

LUNDGREN, L.; BEGLEY, C.; GROSS, M.M.; BONDAS, T. 'Groping through the fog': a metasynthesis of women's experiences on VBAC (Vaginal birth after Caesarean section). **BMC Pregnancy Childbirth**. v. 12, p:85, 2012.

MALHEIROS, P.A.; ALVES, V.H.; RANGEL, T.S.A.; VARGENS, O.M.C. Parto e nascimentos: saberes e práticas humanizadas. **Texto Contexto Enferm**, 2012, v.21, n.2, p. 329-37, 2012.

Manual para elaboração de Trabalhos Acadêmicos da Universidade Federal de Pelotas- Pelotas, RS.

MATOS, G.C. Grupos de gestantes: espaço de troca de saberes e práticas na atenção ao parto. 2013. 73f. (Trabalho acadêmico) -Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2013.

MCCALLUM, C.; REIS, A.P. Re-significando a dor e superando a solidão: experiências do parto entre adolescentes de classes populares atendidas em uma maternidade pública de Salvador, Bahia, Brasil. **Cad Saude Publica**. v.22, n.7, p.1483-1491, 2006.

MELCHIORI, L.E; MAIA, A.C.B; BREDARIOLLI, R.N. et al. Preferência de Gestantes pelo Parto Normal ou Cesariano. **Interação em Psicologia**, v. 13, n. 1, p. 13-23, 2009.

MELO, M.C.P.; COELHO, E.A.C. Integralidade e cuidado a grávidas adolescentes na Atenção Básica. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.16, n.5, p.2549-2558, 2011.

MELHADO,A; SANT'ANNA,M.J.C; PASSARELLI, M.L.B. et al. Gravidez na adolescência: apoio integral à gestante e à mãe adolescente como fator de proteção da reincidência. **Adolescência & Saúde**. v.5, n.2, p.45-51, 2008.

MENESES, Celise Regina Alves da Motta. **Gravidez na adolescência: sempre indesejada?** Tese de doutorado apresentada ao Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. 2008. 126p.

MENESES, M.P.R. **Redes sociais - pessoais: conceitos, práticas e metodologia**. 2008 136f. Tese (Doutorado em Psicologia) – Faculdade de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007.

MERIGHI, M.A.B.; CARVALHO,G.M.; SULETRONI, V.P. O processo de parto e nascimento: visão das mulheres que possuem convênio saúde na perspectiva da fenomenologia social. **Acta paul. enferm**. v.20, n.4, 2007.

METELLO, J.; TORGAL, M.; VIANA, R.; MARTINS, L.; MAIA, C,E.; et al . Desfecho da gravidez nas jovens adolescentes. **Rev Bras Ginecol Obstet**, v.30,n.12,p:620-5,2008.

MINAYO, M. C. de S; GOMES, S. F. D. **Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade**. 30ª ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2011.

MINAYO, MCS. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12ª ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MONTEIRO, R.F.C. **MATERNIDADE NA ADOLESCÊNCIA: motivos para planejá-la**, 2010. 64f. Trabalho acadêmico – Faculdade de Enfermagem. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas.

MORAES, R.; GALIAZZI, M. C. **Análise textual discursiva**. Ijuí (RS): Ed. Unijuí, 2011.

MORAIS, F.R.R; NUNES, T.P; VERAS, R.M.et al. Conhecimentos e expectativas de adolescentes nuligestas acerca do parto. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 17, n. 2, p. 287-295, 2012

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

MOSCOVICI, S. **A representação social da psicanálise**. Rio de Janeiro (RJ): Zahar; 1978.

MOSCOVICI, S. **Representações Sociais: investigação em psicologia social**. Trad. Pedrinho A. Guareschi. 7. ed. Petrópolis: Vozes, 2010.

MOTA, E.M.; OLIVEIRA, M.F.; VICTOR, J.F.; PINHEIRO, A.K.B. Sentimentos e expectativas vivenciados pelas primigestas adolescentes com relação ao parto. **Rev Rene**, v.12, n.4, p.692-8, 2011.

NASCIMENTO, J.A.; RESSEL, L.B.; SANTOS, C.C. et al. Adolescentes gestantes: o significado da gravidez em suas vidas. **Adolescência & Saúde**, v. 9, n. 3, p. 37-46, 2012.

NASSIF, A.A. **O acompanhante na maternidade: concepções dos profissionais de saúde**. 2009. Dissertação (Programa de Pós-Graduação em Enfermagem). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 2009.

NAGAHAMA, E.E.I, SANTIAGO, S.M. Práticas de atenção ao parto e os desafios para humanização do cuidado em dois hospitais vinculados ao Sistema Único de Saúde em município da Região Sul do Brasil. **Cad Saúde Pública**. v.24, n.8, p.1859-1868, 2008.

NERY, I.S. et al. Reincidência da gravidez em adolescentes de Teresina, PI, Brasil. **Rev Bras Enferm**, v. 64, n.1, p.31-37, 2011.

NETO, E.T.S.; ALVES, K.C.G.; ZORZAL, M.; LIMA, R.S.D. Políticas de Saúde materna no Brasil: os nexos com indicadores de saúde materno-infantil. **Saúde Soc**. v.17, n.8, p.107-119, 2008.

OLIVEIRA, T.C; CARVALHO, L.P; SILVA, M.A. et al. O enfermeiro na atenção à saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes. **Rev Bras Enferm**. Brasília. v. 61, n. 3, p. 306-311, 2008.

OLIVEIRA, T.D.C.M. Representação social do parto para a mulher diante da primeira gestação. **Psicologia**. p.1-24, 2015.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Convenção Internacional sobre os Direitos da Criança**. Nova York: 1989.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Relatório Mundial da Saúde. Recém-nascidos nunca mais passarão despercebidos**. Geneva: 2005.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas**. Genebra: 2015.

OSIS, M.J.M.D. PAISM: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. **Cad saúde pública**. v.14, n.1, p.25-32, 1998.

PADILHA, M.A.S. **As representações sociais da evasão escolar para mães adolescentes: contribuição para a enfermagem**. 2011. 93f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas, 2011.

PARIZ, J.; MENGARDA, C.F.; FRIZZO, G.B. A Atenção e o Cuidado à Gravidez na Adolescência nos Âmbitos Familiar, Político e na Sociedade: uma revisão da literatura. **Saúde Soc.** São Paulo, v.21, n.3, p.623-636, 2012.

PATIAS, N.D.; GABRIEL, M.R.; DIAS, A.C.G. A Família como um dos fatores de risco e de proteção nas situações de gestação e maternidade na adolescência. **Estudos e pesquisas em Psicologia**, v.13, n.2, 2013

PEREIRA, A.L.F.; BENTO, A.D. Autonomia no parto normal na perspectiva das mulheres atendidas na casa de parto. **Rev Rene**, v.12, n.3, p:471-7, 2011.

PEREIRA R.P.; FRANCO S.C.; BALDIN N. A dor e o protagonismo da mulher na parturição. *Rev Bras Anesthesiol.* V.61, n.3, p.376-88, 2011.

PERES, C.A.; RUTHERFORD, D.; BORGES, G. et al. Family structure and adolescent sexual behavior in a poor area of São Paulo, Brasil. **Journal of adolescent health**, v.42, p.177-183, 2008.

PERSONA, L.; SHIMO, A.K.K.; TARALLO, M.C. Perfil de adolescentes com repetição da gravidez atendidas num ambulatório de pré-natal. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.12, n.5, p.745-50, 2004.

PRATTA, E.M.M.; SANTOS, M.A. Família e adolescência: a influência do contexto familiar no desenvolvimento psicológico de seus membros. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 12, n. 2, p. 247-256, 2007.

PREFEITURA MUNICIPAL DE PELOTAS. **Plano municipal de saúde 2007-2009**. Disponível em: [http://www.pelotas.rs.gov.br/politica\\_social/saude/arquivos/plano\\_municipal\\_saude.pdf](http://www.pelotas.rs.gov.br/politica_social/saude/arquivos/plano_municipal_saude.pdf) Acesso em: 27 set 2014.

PROGIANTI, J.M.; COSTA, R.F. Práticas educativas desenvolvidas por enfermeiras: repercussões sobre vivências de mulheres na gestação e no parto. **Rev Bras Enferm**, v.65, n.2, p: 257-63, 2012.

POLIT, D. F.; BECK, C.T. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem**. 7 ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

PORTO, M. S. G. Crenças, valores e representações sociais da violência. **Sociologias**, Porto Alegre, v. 8, n. 16, p. 250-273, 2006.

RANGEL, D.L.O.; QUEIROZ, A.B.A. Representação social da gravidez na adolescência. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, v.12, n.4, p.780-788, 2008.

RESSEL, L. B; SEHNEM, G.D; JUNGES, C.F. et al. Representações culturais de saúde, doença e vulnerabilidade sob a ótica de mulheres adolescentes. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, v.13, n.3, p. 552-557, 2009.

RESSEL,L.B; ALMEIDA,B.B; SANTOS,C.C.et al. A vivência de acadêmicos de enfermagem como oficinairos em grupos de adolescentes.**REME-Rev. Min. Enferm**, v.15, n.2, p.290-95, 2011.

ROSA, A.J.; REIS,A.O.A.; TANAKA,A.C.A. **Gestações sucessivas na adolescência**. v.17, n.1, p. 165-172,2007.

SÁ, C. P. Representações Sociais: o conceito e o estado atual da teoria. In: SPINK, M. J. (Org.) **O conhecimento no cotidiano: as representações sociais na perspectiva da psicologia social**. São Paulo: Brasiliense, 2004. p. 19-45.

SALES, Léa Maria Martins; BARROS, Carolina Valério; SAMBES, Volanda Gemma Moraes; COSTA, Auzy Cleyce Martins da; MOURA, Marilena Barroso Sousa de; PEREIRA, Ana Carla Silva; BONNA, Márcia Amaral. **Colóquio do LEPSI IP/FE-USP- Psicanálise, infância e educação**. 2006.

SANTOS,C.A.C.;NOGUEIRA,K.T. Gravidez na adolescência: falta de informação? **Adolescencia & Saúde**. v.6, n.1, p.48-56, 2009.

SCHWARTZ, E.; LANGE, C.; MEINCKE, S.M. K.; HECK, R. M.; KANTORSKI, L. P.; GALLO, C. C. Avaliação de famílias: ferramenta de cuidado de enfermagem. **Cienc Cuid Saude**, v. 8, suplement., p. 117-124, 2009.

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

SILVA, J.M.O.; LOPES, R.L.M.; DINIZ, N. M. F.; **Vivência do parto na adolescência**. Maceió: EDUFAL, 2008.

SILVA, S.K; ROSENBERG, R; BONAN,C.et al. Gravidez recorrente na adolescência e vulnerabilidade social no Rio de Janeiro (RJ, Brasil): uma análise de dados do Sistema de Nascidos Vivos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n.5, p.2485-2493, 2011.

SILVA,R.C. **Operacionalização da política de atenção ao parto humanizado em adolescentes**. 2011.109f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2011.

SILVA, J.O. **Medidas de conforto às parturientes adolescentes em um hospital de ensino de Pelotas/RS**. 2012. Monografia (Graduação de Enfermagem) - Faculdade de Enfermagem. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas,RS,2012.

SILVA, R.C; SOARES,M.C; JARDIM, V.M.R.et al. O discurso e a prática do parto humanizado de adolescentes. **Texto contexto - enferm**. 2013, v.22, n.3, p. 629-636,2013.

- SIQUEIRA, A.C; TUBINO, C.L; SCHWARZ,C. et al. Percepção das figuras parentais na rede de apoio de crianças e adolescentes institucionalizados. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, v. 61, n. 1, 2009.
- SODRÉ,M.T.; LACERDA,R.A. O processo de trabalho na assistência ao parto em Londrina-PR. **Rev Esc Enferm USP**, v. 41,n.1,p.82-89, 2007.
- SOUZA.C. Políticas Públicas: uma revisão da literatura. **Sociologias**, Porto Alegre,v. 8, n.16, p.20-45, 2006.
- SOUZA, M.L; BURGARDT, D; FERREIRA, L.A.P. et al. Meninas Catarinas: a vida perdida ao ser mãe. **Rev. esc. enferm. USP** [online]. v.44, n.2, p. 318-323, 2010.
- SOUZA, T.G.; GAIVA, M.A.M.; MODES, P.S.S.A humanização do nascimento: percepção dos profissionais de saúde que atuam na atenção ao parto. **Rev. Gaúcha Enferm.** v.32, n.3, p. 479-486, 2011.
- SURITA, F.G.C.;SUAREZ, M.B.B.;SIANI, S.;SILVA,J.L.P. Fatores associados ao baixo peso ao nascimento entre adolescentes no Sudeste do Brasil. **Rev Bras Ginecol Obstet.** v.33, n.10, p.286-291, 2011.
- VALLA, J.; MONTENEGRO, M. B. **Psicologia social**. 4ª edição. Lisboa Fundação. Calouste Gueben-Kiam, 2000.
- VELHO,M.B.;SANTOS,E.K.A.;BRUGGEMANN,O.M.;CAMARGO,B.V. Vivência do parto normal ou cesáreo: revisão integrativa sobre a percepção das mulheres.**Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.21, n.2, p.458-466, 2012.
- VELHO,M.B.; SANTOS,E.K.A.; COLLAÇO,V.S. Parto normal e cesárea: representações sociais de mulheres que os vivenciaram. **Rev Bras Enferm.** v.67,n.2, p.282-89,2014.
- VENTURA, M. **Sexualidade e reprodução na adolescência: uma questão de direitos**. In: ADORNO, R. C. F.; ALVARENGA, A. T.; VASCONCELLOS, M. P. C. Jovens, trajetórias, masculinidades e direitos. São Paulo: Fapesp, Edusp, p.31-52, 2005.
- VILLELA, W.V.;DORETO, D.T. Sobre a experiência sexual dos jovens. **Cadernos de Saúde Pública**,v.22,p: 2467-2472,2006.
- TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 2009.
- TORRES, T. L. **Pensamento social sobre envelhecimento, idoso e rejuvenescimento para diferentes grupos etários**. 2010, 392 f. Tese (Doutorado em Psicologia) – Programa de PósGraduação em Psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis – SC, 2010.

TULLY, K.P.; BALL, H.L. Misrecognition of need: Women's experiences of and explanations for undergoing cesarean delivery. **SocSci Med**, v.85, n.103-11, 2013.

WENDT, Naiane Carvalho. **Fatores de risco e de proteção para o desenvolvimento da criança durante a transição para a parentalidade**. 2006. 199 f. Dissertação (Mestrado) - Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Programa de Pós-graduação em Psicologia, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2006.

WHO. World Health Organization. **Definitions. 2010**. Disponível em: <<http://www.who.int/reproductive-health>>. Acesso em: 20 jun 2014.

WRIGHT L. M.; LEAHEY, M. **Enfermeiras e famílias: um guia para avaliação e intervenção na família**. 3ª. ed. São Paulo: Roca; 2009.

## **Apêndices**

**APÊNDICE A – Anuência das Instituições para desenvolvimento da  
pesquisa<sup>8</sup>  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS  
FACULDADE DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Enf<sup>a</sup> Marilu Correa Soares**

**Orientanda: Greice Carvalho de Matos**

Pelotas, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2015.

Ilm<sup>a</sup> Sr<sup>a</sup>

Ao cumprimentá-la cordialmente, vimos por meio deste, solicitar a V.S<sup>a</sup> permissão para desenvolver o projeto de pesquisa da dissertação de mestrado (cópia em anexo), requisito para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas.

A pesquisa intitulada **Representações sociais do processo de parturição de mulheres que vivenciaram partos recorrentes na adolescência** tem por objetivo conhecer as representações sociais do processo de parturição de mulheres que vivenciaram partos recorrentes na adolescência. Assumimos desde já, o compromisso ético de resguardar todas as participantes envolvidas no estudo, em consonância com a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional da Saúde, que trata de Pesquisa envolvendo Seres Humanos e com o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem de 2007, capítulo III, artigos 89, 90,91 e artigos 94 e 98.

Na certeza de contar com seu apoio, desde já agradecemos e nos colocamos à disposição para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessários.

---

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Marilu Correa Soares

E-mail: [enfmari@uol.com.br](mailto:enfmari@uol.com.br)

Fone: (53) 91479691

---

Greice Carvalho de Matos

E-mail: [greicematos1709@hotmail.coi](mailto:greicematos1709@hotmail.coi)

Fone: (51)98930075

---

<sup>8</sup> Como forma de preservar as instituições e garantir o anonimato as cartas de anuência assinadas pelos responsáveis das instituições não serão apresentadas, ficando arquivadas sob posse da autora.

**APÊNDICE B – Carta ao Comitê de Ética e Pesquisa  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS  
FACULDADE DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**Orientadora: Profª Drª Enfª Marilu Correa Soares  
Orientanda: Greice Carvalho de Matos**

Pelotas, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2014.

Ilustríssimos Membros do Comitê de Ética

Ao cumprimentá-los cordialmente, vimos por meio desta, solicitar a apreciação desse órgão para desenvolver a pesquisa Representações sociais do processo de parturição de mulheres que vivenciaram partos recorrentes na adolescência.

A pesquisa tem por objetivo conhecer as representações sociais do processo de parturição de mulheres que vivenciaram partos recorrentes na adolescência.

Assumimos, desde já, o compromisso ético de resguardar todos os participantes envolvidos no estudo, em consonância a Resolução 466/2012 do Ministério da Saúde a qual trata de pesquisa envolvendo seres humanos e o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, especialmente o capítulo III, artigos 89, 90 e 91 bem como os artigos 94 e 98.

Na certeza de seu apoio, desde já, agradecemos, bem como colocamo-nos à disposição para eventuais esclarecimentos.

Atenciosamente

---

Profª Drª Marilu Correa Soares

E-mail: [enfmaril@uol.com.br](mailto:enfmaril@uol.com.br)

Fone: (53) 91479691

---

Greice Carvalho de Matos

E-mail: [greicematos1709@hotmail.com](mailto:greicematos1709@hotmail.com)

Fone: (51)98930075

**APÊNDICE C - Carta Convite aos Participantes**  
**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS**  
**FACULDADE DE ENFERMAGEM**  
**PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**Orientadora: Profª Drª Enfª Marilu Correa Soares**  
**Orientanda: Greice Carvalho de Matos**

Pelotas, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2015.

Prezada Senhora

Vimos, respeitosamente, por meio do presente, solicitar a sua colaboração no sentido de participar da pesquisa intitulada Representações sociais do processo de parturição de mulheres que vivenciaram partos recorrentes na adolescência, que será realizada com mulheres que vivenciaram partos recorrentes na adolescência. Esta pesquisa tem como objetivo conhecer as representações sociais do processo de parturição de mulheres que vivenciaram partos recorrentes na adolescência.

O estudo será desenvolvido por meio de entrevista realizada pela enfermeira Greice Carvalho de Matos em um local de livre escolha da senhora e agendada de acordo com sua disponibilidade de horário.

Asseguramos-lhe manter todos os preceitos ético-legais da Resolução 466/2012 do Ministério da Saúde sobre pesquisa envolvendo Seres Humanos e do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem principalmente anonimato, individualidade e privacidade dos participantes.

Desde já agradecemos sua disponibilidade.

---

Profª Drª Marilu Correa Soares

E-mail: [enfmaril@uol.com.br](mailto:enfmaril@uol.com.br)

Fone: (53) 91479691

---

Greice Carvalho de Matos

E-mail: [greicematos1709@hotmail.com](mailto:greicematos1709@hotmail.com)

Fone: (51)98930075

**APÊNDICE D - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido da mulher  
participante da pesquisa**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS  
FACULDADE DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**Orientadora: Profª Drª Enfª Marilu Correa Soares**

**Orientanda: Greice Carvalho de Matos**

Pelotas, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2015.

**Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

Vimos, respeitosamente, por meio do presente, solicitar a sua colaboração no sentido de participar da pesquisa intitulada Representações sociais do processo de parturição de mulheres que vivenciaram partos recorrentes na adolescência, que será realizada com mulheres que vivenciaram parto recorrente na adolescência. Esta pesquisa tem como objetivo conhecer as representações sociais do processo de parturição de mulheres que vivenciaram partos recorrentes na adolescência.

**PROCEDIMENTOS:** Serão realizadas entrevistas com as mulheres que vivenciaram parto recorrente na adolescência. Os resultados serão utilizados apenas para fins científicos e estarão à sua disposição sempre que solicitar.

**RISCOS:** O estudo não desencadeará riscos físicos, pois não será realizado nenhum procedimento doloroso ou coleta de material biológico, ou experimento com seres humanos. No entanto a entrevista poderá acarretar desconfortos de ordem moral, desta forma as perguntas poderão ser ou não respondidas na sua totalidade, podendo haver desistência da participação em qualquer momento, sem prejuízo para Senhora. A entrevista será gravada com seu consentimento.

**BENEFÍCIOS:** Os benefícios as participantes envolvidas no estudo serão as informações e a troca de conhecimentos entre as mesmas e a pesquisadora, almejando-se a construção de uma assistência humanizada ao processo de parturição de adolescentes. Além do exposto, será fornecido à senhora a árvore genealógica da mesma a qual será construída no dia da entrevista, e entregue ao final do estudo.

**PARTICIPAÇÃO VOLUNTÁRIA:** Como já lhe foi dito, sua participação neste estudo será voluntária e poderá interrompê-la a qualquer momento, se assim o desejar, sem que esta decisão lhe traga prejuízo algum.

**CONFIDENCIALIDADE:** estou ciente que a minha identidade permanecerá confidencial durante todas as etapas do estudo. Sendo que os resultados serão transcritos e analisados com responsabilidade e honestidade e usados exclusivamente para fins científicos.

**CONSENTIMENTO:** Pelo presente consentimento informado, declaro que fui esclarecida, de forma clara e detalhada, livre de qualquer forma de constrangimento e coerção, dos objetivos, da justificativa e benefícios da presente pesquisa. A pesquisadora respondeu todas as minhas perguntas até a minha completa satisfação. Portanto, estou de acordo em participar do estudo. Este formulário de Consentimento Livre e Esclarecido será assinado por mim, em duas vias ficando uma em meu poder e a outra com o pesquisador responsável pela pesquisa.

Assinaturas:

---

Participante da Pesquisa

---

Profª Drª Marilu Correa Soares

E-mail: [enfmari@uol.com.br](mailto:enfmari@uol.com.br)

Fone: (53) 91479691

---

Greice Carvalho de Matos

E-mail: [greicematos1709@hotmail.com](mailto:greicematos1709@hotmail.com)

Fone: (51)98930075

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



- Você poderia me contar como foi sua primeira vivência de parto? (abordar os sentimentos).
- Como ocorreu a escolha pela via de parto vivenciada? (questionar a participação na tomada de decisão).
- Agora poderia me contar como você imaginava que seria seu segundo (terceiro, quarto...) parto?
- E você pode me contar como foi quando você vivenciou a segunda (terceira, quarta...) experiência de parto?
- Como ocorreu a escolha pela via de parto vivenciada nas gestações subsequentes?
- Antes da primeira gestação você conversava com alguém sobre os tipos de parto? Com quem você conversava? O que vocês conversavam?
- Após a vivência da primeira gestação você conversava com alguém sobre os tipos de parto? Com quem você conversava? O que vocês conversavam?
- Você acredita que sua mãe, amigas ou familiares podem ter influenciado você, sobre os tipos de parto que vivenciou? Você poderia me contar sobre essa situação?
- Quem auxiliou ou acompanhou você no momento do nascimento de seus filhos? Você poderia me contar como essas pessoas contribuíram?
- Houveram mudanças, depois de ter vivenciado o primeiro parto? E o que mudou nas demais experiências?

## **Anexos**

## Anexo A – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa

FACULDADE DE MEDICINA DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
PELOTAS



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Representações sociais do processo de parturição de mulheres que vivenciaram partos recorrentes na adolescência

**Pesquisador:** Greice Carvalho de Matos

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 43861015.7.0000.5317

**Instituição Proponente:** Faculdade de Enfermagem

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.066.085

**Data da Relatoria:** 30/04/2015

#### **Apresentação do Projeto:**

Enquanto muito se fala sobre os prejuízos da gravidez na adolescência, os autores lançam um novo olhar sobre as vivências positivas da gestação nessa fase da vida. Com a hipótese de que ocorreu uma segunda gestação por opção, se propõem a estudar os riscos e benefícios dessa escolha. Com base na Teoria da Representação Social buscam entender melhor a lógica da gestação recorrente na adolescência e como essa realidade foi vivenciada pelas mulheres entrevistadas que no momento da entrevista se encontram na idade adulta.

#### **Objetivo da Pesquisa:**

##### **OBJETIVO GERAL**

Conhecer as representações sociais do processo de parturição de mulheres que vivenciaram partos recorrentes na adolescência

##### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

Investigar a construção do conhecimento das mulheres acerca do processo de parturição vivenciado;

Descrever os sentimentos das mulheres na vivência dos partos recorrentes na adolescência;

Averiguar a participação da mulher na tomada de decisão durante os partos recorrentes na adolescência;

**Endereço:** Rua Prof Araújo, 485 sala 301

**Bairro:** Centro

**CEP:** 96.020-360

**UF:** RS

**Município:** PELOTAS

**Telefone:** (53)3284-4960

**Fax:** (53)3221-3554

**E-mail:** cep.farmed@gmail.com

FACULDADE DE MEDICINA DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
PELOTAS



Continuação do Parecer: 1.066.005

Identificar as redes de apoio das mulheres na vivência dos partos recorrentes.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**Riscos:**

O estudo não desencadeará riscos físicos, pois não será realizado nenhum procedimento invasivo, coleta de material biológico ou experimento com seres humanos, no entanto poderá desencadear desconfortos durante a entrevista os quais serão minimizados, uma vez que as perguntas poderão ou não ser respondidas na sua totalidade. Também será assegurado as mulheres a desistência da participação em qualquer momento, sem prejuízo as mesmas.

**Benefícios:**

Os benefícios para as participantes envolvidas no estudo serão as informações e a troca de conhecimentos entre as mesmas e a pesquisadora, almejando-se a construção de uma assistência humanizada ao processo de parturição de adolescentes.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Estudo de abordagem qualitativa, exploratória descritiva. As participantes serão mulheres adultas que vivenciaram parto recorrente na adolescência. A coleta de dados se dará por meio de genograma, ecomapa e entrevista semiestruturada, individual e gravada. Após a entrevista os dados serão agrupados e analisados de acordo a perspectiva da análise textual discursiva (ATD), atrelado ao referencial teórico das Representações Sociais, proposto por Serge Moscovici. Optou-se por realizar o estudo em Unidades Básicas de Saúde (UBS) da zona urbana de Pelotas que façam parte da Estratégia de Saúde da Família e tenham vínculo acadêmico com a Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas. Farão parte do sorteio as seguintes unidades: Barro Duro, Dunas, Santa Terezinha, Simões Lopes, Sítio Floresta e Sanga Funda. As participantes deste estudo serão mulheres adultas que vivenciaram parto recorrente na adolescência. A escolha por entrevistar mulheres, e não adolescentes, justifica-se por acreditar que o tempo é primordial para a realização de reflexões acerca dos fatos vivenciados, e a maturidade poderá expressar de maneira mais concreta as representações sociais acerca do parto recorrente.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

OK

**Recomendações:**

OK

Endereço: Rua Prof Anaujo, 465 sala 301  
Bairro: Centro CEP: 96.020-360  
UF: RS Município: PELOTAS  
Telefone: (53)3284-4960 Fax: (53)3221-3554 E-mail: cep.farmed@gmail.com

FACULDADE DE MEDICINA DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
PELOTAS



Continuação do Parecer: 1.000.005

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

OK

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

PELOTAS, 17 de Maio de 2015

Assinado por:  
Patrícia Abrantes Duval  
(Coordenador)

Endereço: Rua Prof. Araújo, 465 sala 301  
Bairro: Centro CEP: 96.020-360  
UF: RS Município: PELOTAS  
Telefone: (53)3284-4960 Fax: (53)3221-3554 E-mail: cep.farmed@gmail.com