

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



Tese

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA REDE DE APOIO SOCIAL DE
ADOLESCENTES GRÁVIDAS**

Enf.^a Carolina Carbonell Demori
Orientadora: Enf.^a Dr.^a Marilu Correa Soares

Pelotas, 2017

Carolina Carbonell Demori

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA REDE DE APOIO SOCIAL DE
ADOLESCENTES GRÁVIDAS**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas como requisito parcial à obtenção do título de Doutor em Ciências. Linha de Pesquisa: Práticas, saberes e cuidado na saúde e enfermagem, no sistema familiar e contexto rural

Orientadora: Enf^a. Dr^a. Marilu Correa Soares

Pelotas, 2017

Universidade Federal de Pelotas / Sistema de Bibliotecas
Catalogação na Publicação

D386r Demori, Carolina Carbonell

Representações sociais da rede de apoio social de adolescentes grávidas / Carolina Carbonell Demori ; Marilu Correa Soares, orientador. — Pelotas, 2017.

130 f. : il.

Tese (Doutorado) — Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas, 2017.

1. Gravidez na adolescência. 2. Apoio social. 3. Adolescente. 4. Enfermagem. I. Soares, Marilu Correa, orient. II. Título.

CDD : 610.73

REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA REDE DE APOIO SOCIAL DE ADOLESCENTES GRÁVIDAS

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

Data da Defesa: 07/06/2017

Banca examinadora:

Dr^a. Marilu Correa Soares
(Orientadora)
Doutora em Enfermagem pela
Universidade Federal de São Paulo

Dr^a. Lúcia Beatriz Ressel
Doutora em Enfermagem pela
Universidade Federal de São Paulo

Dr^a. Geani Farias Machado
Fernandes
Doutora em Enfermagem pela
Universidade Federal de Santa
Catarina

Prof^a. Dr^a. Rosani Manfrin Muniz
Doutora em Enfermagem pela
Universidade Federal de São Paulo

Dr^a. Marcia Vaz Ribeiro
Doutora em Fisiologia Vegetal pela
Universidade Federal de Pelotas

Dr^a. Graciela Dutra Sehnem
Doutora em Enfermagem pela
Universidade Federal do Rio Grande
do Sul

Dr^a. Diana Cecagno
Doutora em Enfermagem pela
Universidade Federal do Rio Grande

Dr^a.Juliane Portella Ribeiro
Doutora em Enfermagem pela
Universidade Federal do Rio Grande

**Dedico este trabalho à minha filha Júlia, que nasceu no decorrer desta
caminhada de Doutorado.**

Contextualizando a caminhada e agradecimentos

Concomitante a este período de Doutorado, atuei como Docente na Universidade da Região da Campanha, em disciplinas de saúde da mulher, assistência de enfermagem, administração dos serviços de saúde e urgência e emergência. Orientei alguns trabalhos de conclusão de curso com temáticas relativas à gravidez, parto e puerpério. Desenvolvi projetos de pesquisa e extensão na área de saúde do adolescente. Em 2015/2016, ingressei no Exército Brasileiro a fim de compor a equipe do Hospital de Guarnição de Bagé, iniciei, mais uma vez meu trabalho como enfermeira assistencial, atuando em internação clínica, cirúrgica, emergência, maternidade e hoje, auditoria de contas médicas. Durante os quatro anos de doutorado, trabalhei parte na docência e parte na docência e no hospital militar. Em nenhum momento pensei em me desvincular de algum destes dois campos de atuação, pois me realizam, mesmo tendo uma filha pequena, mesmo estando no doutoramento e o tempo voar. Senti-me como uma malabarista, tentando segurar todas aquelas bolas no alto, sem deixar cair. Cair, nenhuma caiu, mas talvez não tenham alcançado a altura que poderiam. Talvez este trabalho não tenha atingido as expectativas, talvez os alunos não tenham gostado de muitas aulas devido ao cansaço e a presença apenas em corpo físico da professora, talvez o paciente tenha sentido falta de algo mais, e talvez minha filha, não só tenha chorado quando fechava mil vezes a porta, mas isso a tenha marcado fortemente na lembrança. Todas as decisões foram escolhas, escolhas conscientes, e todas as escolhas carregam consigo as consequências. Em suma, minha vivência até então tem sido fruto de escolhas e suas repercussões e estendo essa direção igualmente à intenção deste trabalho, que é trazer uma inquietação pessoal a respeito de um tema que tanto amo, de forma compreensível, objetiva e relevante.

Carinhosamente, agradeço à professora Dr^a Marilu, pela paciência e pelo voto de confiança que me foi dado.

Agradeço ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da UFPEL, por todas as oportunidades e acolhimento, e acima de tudo, aos conhecimentos adquiridos.

Às professoras doutoras que contribuíram na qualificação do meu estudo que aceitaram contribuir com os resultados deste estudo, disponibilizando seu precioso tempo.

Agradeço aos colegas da turma de Doutorado, pela parceria, amizade e compartilhamento de sentimentos. Um especial agradecimento à colega e amiga Raquel, que me acompanha desde a graduação e por ter me acolhido em sua casa em Pelotas.

Aos meus pais, Renato e Vera, por estarem sempre disponíveis e serem presentes em nossas vidas, mesmo estando longe.

Ao meu marido Alécio por segurar as pontas, muitas e muitas vezes.

À minha irmã Luthiana pelos pitacos e incentivo, sempre.

A Universidade da Região da Campanha, por facilitar a conclusão desta etapa.

Ao Hospital Militar de Bagé, nas figuras do Coronel Boemo e do Capitão Prado, por compreenderem este processo, apoiarem e incentivaram esta conclusão.

À Secretaria de Saúde de Bagé e as Unidades Básicas de Saúde, cenários desta pesquisa, por terem entendido a importância deste estudo e facilitado que fosse realizado.

Às adolescentes grávidas participantes deste estudo, que dividiram suas histórias comigo.

A minha filha Júlia, por tornar a caminhada mais doce e alegre.

Resumo

DEMORI, Carolina Carbonell. **Representações sociais da rede de apoio social de adolescentes grávidas**. 2017. 130f. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2017.

Ao chegar à adolescência, o ser humano sofre várias transformações para atingir a maturidade, dentre elas, destaca-se as relativas à sexualidade que podem resultar em gravidez na adolescência. É importante enfatizar que as adolescentes grávidas, como seres sociais, interagem com outros seres na mesma sociedade construindo e compartilhando representações referentes à temática gravidez. O presente estudo é qualitativo-descritivo e teve como objetivo geral compreender as representações sociais da rede de apoio social de adolescentes grávidas atendidas na rede básica do município de Bagé. Nesta investigação, o arcabouço teórico-metodológico está fundamentado na Teoria das Representações Sociais (TRS). As participantes do estudo foram 25 adolescentes grávidas que estavam em acompanhamento pré-natal na rede básica de saúde, no município de Bagé-RS. As adolescentes grávidas foram convidadas a participar do estudo na consulta de pré-natal, uma vez que a amostra foi intencional. Foram observadas as normas da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde – Ministério da Saúde, sendo a pesquisa aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade da Região da Campanha, sob número de CAAE 34000314.2.0000.5340. A coleta dos dados ocorreu no período de janeiro a junho de 2016, e se deu por meio da construção do Mapa Mínimo das Relações (MMR) e de entrevista semiestruturada. A análise dos dados pautou-se em Bardin. A partir da análise temática definiu-se o tema: “O encontro com o empírico: construindo as representações sociais das participantes sobre suas redes de apoio” e aos subtemas “O apoio ancorado nas relações afetivas maternas”; “Relações de apoio”; “Os profissionais de saúde como membro da rede de apoio” e “As representações sociais das formas de apoio recebido pelas adolescentes grávidas”. Conclusões: Evidenciou-se, neste estudo, a produção dos discursos de representações sociais das redes de apoio social de adolescentes grávidas. A representação social da rede de apoio mais significativo às gestantes foi evidenciada na figura materna e em outras figuras femininas, como amigas, irmãs, tias, avó e enfermeira. Assim como o pai da adolescente, o marido/namorado foi pouco citado como membro da rede de apoio. As redes familiares de apoio entre mulheres têm se consolidado, principalmente, entre parentes e amigas. O profissional enfermeiro aparece significativamente no estudo como membro da rede de apoio das adolescentes grávidas, contudo esse apoio se ancora fortemente na atenção e afeto recebidos. Destaca-se a necessidade de continuidade e fortalecimento dessa rede de apoio composta por enfermeiros e demais membros da equipe de saúde.

Palavras-chave: gravidez na adolescência; apoio social; adolescente; enfermagem.

Abstract

DEMORI, Carolina Carbonell. **Social representations of the social support network of pregnant adolescents**. 2017.130f. Thesis (Doctorate in Science) - Program Graduate Nursing, School of Nursing, Federal University of Pelotas, Pelotas, 2017.

When reaching adolescence, the human being undergoes several transformations to reach maturity, among them, the ones related to the sexuality that can result in pregnancy in the adolescence stand out. It is important to emphasize that pregnant adolescents, as social beings, interact with other beings in the same society constructing and sharing representations referring to the issue of pregnancy. The present study is qualitative-descriptive and had as general objective Understanding the social representations of the social support network of pregnant adolescents assisted in the basic network of the municipality of Bagé. In this investigation, the theoretical-methodological framework is based on Social Representation Theory (SRT). The study participants were 25 pregnant adolescents who were under prenatal care in the basic health network, in the city of Bagé-RS. The pregnant adolescents were invited to participate in the study at the prenatal clinic, since the sample was intentional. The norms of Resolution No. 466/12 of the National Health Council - Ministry of Health were observed, and the research was approved by the Research Ethics Committee of the University of the Region of Campaign, under number of CAAE 34000314.2.0000.5340. Data collection took place from January to June 2016, and was done through the construction of the Minimum Relationship Map (MMR) and a semi-structured interview analyzed according to Bardin's. The thematic unit was: "The encounter with the empirical: building the social representations of the participants on their support networks" and the subtopics "The support anchored in the maternal affective relations"; "Support relationships"; "Health professionals as a member of the support network" and "The social representations of the forms of support received by pregnant adolescents". Conclusions: In this study, the production of social representation discourses of the social support networks of pregnant adolescents was evidenced. The social representation of the most significant network of support to pregnant women was evidenced in the maternal figure and other female figures, such as friends, sisters, aunts, grandmothers and nurses. The family support networks between women have been consolidated mainly between relatives and friends. The nurse practitioner appears significantly in the study as a member of the support network of pregnant adolescents, however this support is strongly anchored in the attention and affection received. The need for continuity and strengthening of this support network composed by nurses and other members of the health team stands out.

Keywords: pregnancy in adolescence; social support; adolescent; nursing.

Resumen

DEMORI, Carolina Carbonell. **Representaciones sociales de la red de apoyo social de adolescentes embarazadas**. 2017. 130f. Tesis (Doctorado en Ciencias) - Programa de Postgrado en Enfermería, Escuela de Enfermería de la Universidad Federal de Pelotas, Pelotas, 2017.

Ao chegar à adolescência, o ser humano sofre várias transformações para atingir a maturidade, dentre elas, destaca-se as relativas à sexualidade que podem resultar em gravidez na adolescência. É importante enfatizar que as adolescentes grávidas, como seres sociais, interagem com outros seres na mesma sociedade construindo e compartilhando representações referentes à temática gravidez. El presente estudio es cualitativo-descriptivo y tuvo como objetivo general comprender las representaciones sociales de la red de apoyo social de adolescentes embarazadas atendidas en la red básica del municipio de Bagé. En esta investigación, el marco teórico-metodológico está fundamentado en la Teoría de las Representaciones Sociales (TRS). Las participantes del estudio fueron 25 adolescentes embarazadas que estaban en seguimiento prenatal en la red básica de salud, en el municipio de Bagé-RS. Las adolescentes embarazadas fueron invitadas a participar del estudio en la consulta de prenatal, una vez que la muestra fue intencional. Se observaron las normas de la Resolución 466/12 del Consejo Nacional de Salud - Ministerio de Salud, siendo la investigación aprobada por el Comité de Ética en Investigación de la Universidad de la Región de la Campaña, bajo el número de CAAE 34000314.2.0000.5340. La recolección de los datos ocurrió en el período de enero a junio de 2016, y se dio por medio de la construcción del Mapa Mínimo de las Relaciones (MMR) y de entrevista semiestructurada analizada conforme al análisis de Bardin. Lo tema fué: "El encuentro con el empírico: construyendo las representaciones sociales de las participantes sobre sus redes de apoyo" y los subtemas "El apoyo anclado en las relaciones afectivas maternas"; "Relaciones de apoyo"; "Los profesionales de la salud como miembro de la red de apoyo" y "Las representaciones sociales de las formas de apoyo recibido por las adolescentes embarazadas". Conclusiones: Se evidenció, en este estudio, la producción de los discursos de representaciones sociales de las redes de apoyo social de adolescentes embarazadas. La representación social de la red de apoyo mássignificativa a las gestantes fue evidenciada en la figura materna y en otras figuras femeninas, como amigas, hermanas, tías, abuela y enfermera. Las redes familiares de apoyo entre mujeres se han consolidado principalmente entre parientes y amigas. El profesional enfermero aparece significativamente en el estudio como miembro de la red de apoyo de las adolescentes embarazadas, sin embargo ese apoyo se ancla fuertemente en la atención y afecto recibidos. Se destaca la necesidad de continuidad y fortalecimiento de esa red de apoyo compuesta por enfermeros y demás miembros del equipo de salud.

Palabras-clave: embarazo en adolescencia; apoyo social; adolescente; enfermería.

Lista de figuras

Figura 1- Mapa Mínimo de Relações da Adolescente Grávida 1. Bagé, Rio Grande do Sul, 2017.....	58
Figura 2- Mapa Mínimo de Relações da Adolescente Grávida 2. Bagé, Rio Grande do Sul, 2017.....	59
Figura 3- Mapa Mínimo de Relações da Adolescente Grávida 3. Bagé, Rio Grande do Sul, 2017.....	60
Figura 4- Mapa Mínimo de Relações da Adolescente Grávida 4. Bagé, Rio Grande do Sul, 2017.....	61
Figura 5- Mapa Mínimo de Relações da Adolescente Grávida 5. Bagé, Rio Grande do Sul, 2017.....	62
Figura 6- Mapa Mínimo de Relações da Adolescente Grávida 6. Bagé, Rio Grande do Sul, 2017.....	63
Figura 7- Mapa Mínimo de Relações da Adolescente Grávida 7. Bagé, Rio Grande do Sul, 2017.....	64
Figura 8- Mapa Mínimo de Relações da Adolescente Grávida 8. Bagé, Rio Grande do Sul, 2017.....	65
Figura 9- Mapa Mínimo de Relações da Adolescente Grávida 9. Bagé, Rio Grande do Sul, 2017.....	66
Figura 10- Mapa Mínimo de Relações da Adolescente Grávida 10. Bagé, Rio Grande do Sul, 2017.....	67
Figura 11- Mapa Mínimo de Relações da Adolescente Grávida 11. Bagé, Rio Grande do Sul, 2017.....	68
Figura 12- Mapa Mínimo de Relações da Adolescente Grávida 12. Bagé, Rio Grande do Sul, 2017.....	69
Figura 13- Mapa Mínimo de Relações da Adolescente Grávida 13. Bagé, Rio Grande do Sul, 2017.....	70
Figura 14- Mapa Mínimo de Relações da Adolescente Grávida 14. Bagé, Rio Grande do Sul, 2017.....	71
Figura 15- Mapa Mínimo de Relações da Adolescente Grávida 15. Bagé, Rio Grande do Sul, 2017.....	72

Figura 16- Mapa Mínimo de Relações da Adolescente Grávida 16.	73
Bagé, Rio Grande do Sul, 2017.....	
Figura 17- Mapa Mínimo de Relações da Adolescente Grávida 17.	74
Bagé, Rio Grande do Sul, 2017.....	
Figura 18- Mapa Mínimo de Relações da Adolescente Grávida 18.	75
Bagé, Rio Grande do Sul, 2017.....	
Figura 19- Mapa Mínimo de Relações da Adolescente Grávida 19.	76
Bagé, Rio Grande do Sul, 2017.....	
Figura 20- Mapa Mínimo de Relações da Adolescente Grávida 20.	77
Bagé, Rio Grande do Sul, 2017.....	
Figura 21- Mapa Mínimo de Relações da Adolescente Grávida 21.	78
Bagé, Rio Grande do Sul, 2017.....	
Figura 22- Mapa Mínimo de Relações da Adolescente Grávida 22.	79
Bagé, Rio Grande do Sul, 2017.....	
Figura 23- Mapa Mínimo de Relações da Adolescente Grávida 23.	80
Bagé, Rio Grande do Sul, 2017.....	
Figura 24- Mapa Mínimo de Relações da Adolescente Grávida 24.	81
Bagé, Rio Grande do Sul, 2017.....	
Figura 25- Mapa Mínimo de Relações da Adolescente Grávida 25.	82
Bagé, Rio Grande do Sul, 2017.....	

Lista de Quadros

Quadro 1- Caracterização das participantes da pesquisa. Bagé, Rio Grande do Sul, 2017.....	56
---	-----------

Sumário

Introdução.....	15
2 Objetivos.....	21
2.1 Objetivo geral.....	21
2.2 Objetivos específicos.....	21
3 Revisão de literatura.....	22
3.1 Adolescência: uma perspectiva geral.....	22
3.2 Gravidez na adolescência.....	27
3.3 Políticas públicas de saúde para as adolescentes.....	30
3.4 Redes sociais e gravidez na adolescência.....	33
4 Referencial teórico	38
4.1 Conceito da Teoria das Representações Sociais.....	38
5 Caminho metodológico.....	44
5.1 Caracterização do estudo.....	44
5.2 Local do estudo.....	45
5.3 As participantes do estudo.....	45
5.4 Critérios de inclusão das participantes.....	46
5.5 Critérios de exclusão das participantes.....	46
5.6 Princípios éticos.....	46
5.7 O trabalho de campo e a coleta dos dados.....	48
5.8 Análise e interpretação dos dados.....	50
6 Resultados.....	52
6.1 Caracterização das participantes.....	52
6.2 O Mapa Mínimo das Relações das participantes.....	57
6.3 O encontro com o empírico: construindo as representações sociais das redes de apoio.....	83
Considerações finais.....	104
Referências.....	109
Anexos.....	122
Anexo A- Parecer do Comitê de Ética e Pesquisa.....	123
Anexo B- Mapa Mínimo das Relações.....	125
Apêndices.....	126

Apêndice A- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	127
Apêndice B- Termo de Assentimento.....	129
Apêndice C- Roteiro de Entrevista.....	130

1 Introdução

Motivando o caminhar

Muitas foram as razões para o desenvolvimento desta pesquisa. Minha paixão pela temática vem desde a graduação, quando tive a oportunidade de participar do Projeto Adolescer¹, no qual pude me aproximar do universo da adolescência sem mesmo ter me desligado dele totalmente, pois não tinha mais que 20 anos na época. Naquele projeto aprendi muito além do que se vê quando pertencemos a um universo privilegiado, como estudar em boas escolas, praticar outros idiomas, frequentar lugares bacanas. Na minha graduação pude me aproximar do outro lado, tão próximo de mim e também tão distante. O lado em que o adolescente tem poucas oportunidades de frequentar escolas, que muitas vezes não levam em conta sua individualidade, suas condições de vida e de família, muito menos estudar idiomas ou frequentar lugares que frequentei.

Envolvida e já tocada com essas questões, iniciei os estágios em saúde da mulher, no sexto semestre do curso de graduação em Enfermagem, e pude conhecer a realidade da assistência pré-natal do Sistema Único de Saúde (SUS). Visualizei com meus próprios olhos a qualidade desse serviço que depende muito dos profissionais envolvidos e comprometidos com o andamento de todos os protocolos, diretrizes, portarias. Tive contato com bons profissionais para me inspirar e almejar ser um dia, dos quais lembro com muito carinho até hoje.

Nesse cenário da assistência pré-natal, passei a assistir muitas adolescentes gestantes. Algumas com a mesma idade que eu, naquele momento, e que almejavam tanto aquela gravidez, o que me deixava espantada. Contudo, com muitas leituras no grupo de pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem da Universidade Federal de Santa

¹Trata-se de um projeto de Extensão, do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria/RS, que realiza oficina lúdico-pedagógicas com adolescentes de escolas municipais da cidade, com as temáticas: sexualidade, gravidez na adolescência, prevenção do uso de drogas, violência, educação para a paz, entre outros.

Maria, conheci o escritor Clifort Geertz², e com ele aprendi que a cultura deve ser relativizada³, em suma, que o que pode ser bom para mim, pode não ser para outrem. Aproximando-me desses conceitos e depois de inúmeras discussões, compreendi que aquelas adolescentes poderiam estar grávidas por desejo, por escolha, por opção e que minha opinião sobre isso realmente não fazia a menor diferença para elas, e inclusive, poderia atrapalhar o cuidado por mim dispensado naqueles momentos.

Após a realização do trabalho de conclusão de curso (TCC) com a temática gravidez na adolescência, realizei durante o mestrado na Universidade Federal de Santa Maria, um estudo de orientação etnográfica a fim de compreender mais profundamente o significado da gestação para as adolescentes daquele serviço de pré-natal onde tive oportunidade de aulas práticas na graduação. Acompanhei, durante seis meses, oito gestantes adolescentes. Este estudo trouxe como resultado que a gravidez, para todas elas, foi a realização de um sonho, um desejo planejado e esperado, sendo que estas tinham idade entre 11 e 19 anos. A pesquisa revelou que o desejo e a vontade de ser mãe são idealizados como a realização de um sonho, mesmo não havendo condições prévias favoráveis para constituir uma família, por exemplo, ou condições financeiras estáveis e estabilidade conjugal. As adolescentes revelaram ser a maternidade de sua vontade plena. Contudo, encontrei também, sublinarmente, diferentes apoios a elas, neste período.

Ao final desta pesquisa, poderia me sentir satisfeita com as respostas que obtive e as reflexões que haviam suscitado ao tema, mas não foi bem assim. Surgiram novas indagações que me levaram a construir o presente estudo. Pensei que se existem adolescentes que desejam a gravidez, sonham com ela, quem são os envolvidos nesse evento? Qual a rede no entorno dessa adolescente que a faz decidir ser mãe? O que esta rede representa?

Neste sentido, ao ingressar no doutoramento, na Universidade Federal de Pelotas, não tive dúvidas sobre qual seria minha questão de pesquisa. Todas aquelas indagações poderiam ganhar respostas, ou ainda, ter alguns pressupostos confirmados ao final deste ciclo de Doutorado.

Destarte, pensa-se ser necessário saber quem são as adolescentes que estão engravidando, quais os aspectos emocionais, a estrutura familiar e as condições

² Antropólogo, autor do livro *A Interpretação das Culturas*, de 1989.

³Relativizar é não transformar diferença em hierarquia, em superiores e inferiores, em bem ou mal (GEERTZ, 1989).

econômicas e culturais delas. Além disso, acredita-se ser importante conhecer os subsídios e as ferramentas de conhecimentos disponíveis para que as adolescentes façam suas escolhas e como se sentem em relação à responsabilidade e às transformações advindas da gestação.

Tomar a gravidez na adolescência um evento social e cultural, conduz a um universo de infinitas possibilidades e de significações que envolvem esse fenômeno, sobretudo as redes sociais construídas na escola, na família e em outras instâncias sociais que poderão desempenhar papel importante na vivência das adolescentes grávidas.

A construção do objeto de estudo

A gravidez na adolescência não constitui um fenômeno novo no cenário brasileiro. Acompanhando uma tendência internacional, ela assume, principalmente nas últimas décadas, o *status* de problema social para o qual converge a atenção dos poderes públicos, de organismos internacionais e da sociedade civil (DRAGO, 2012).

A maternidade figura no contexto de vida da maioria das mulheres, assim refletir sobre essa ocorrência em fases precoces possibilitará entender como esse evento é interpretado e como influencia suas vidas e o processo de amadurecimento (ESCOBAL et al., 2016).

De acordo com Resta (2014), independente das delimitações etárias da adolescência, é necessário compreendê-la como uma maneira de viver construída historicamente, condicionada pelas particularidades dos diferentes meios sociais e culturais que são conformados em uma realidade múltipla e complexa.

A adolescência é delimitada por tempo de vida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como a segunda década de vida, dos 10 aos 19 anos (OMS, 1999). Já, no Brasil, o Estatuto da Criança e do Adolescente, Lei nº 8.069, circunscreve a adolescência como o período de vida que vai dos 12 aos 18 anos de idade (BRASIL, 1990) e o Ministério da Saúde toma por base o conceito da OMS, que define o público adolescente com idade entre 10 e 19 anos de idade (BRASIL, 2007). Neste estudo, tomou-se por base esse último conceito.

O ser humano, ao chegar à adolescência, sofre várias transformações para atingir a maturidade, o que muitas vezes gera conflitos, dúvidas e expõe os adolescentes pela vulnerabilidade própria dessa fase da vida (BIAZUS; RAMIRES,

2012). Para Danieli (2010), nessa fase, descobre-se o sexo, mas faltam orientações e acompanhamento que possibilitem aos adolescentes compreenderem sua sexualidade e vivenciar essa etapa com segurança.

Na perspectiva de vivência de uma gravidez na adolescência, estudos têm mostrado que a adolescente busca construir sua identidade e sentir-se mais adulta, mais mulher e com maior poder tendo seu próprio filho. O projeto de vida profissional, nesse caso, pode dar lugar a outro projeto, o de construir uma família ou, pelo contrário, o fato de ter um filho pode reforçar o plano de seguir estudando e buscar ascender socialmente (TRINDADE, 2005; MEINCKE; CARRARO, 2009; FONTOURA; PINHEIRO, 2010).

Para Nunes (2012), o desejo de ser mãe impulsiona a adolescente a vivenciar essa experiência em sua concretude, faz com que ela planeje sua gravidez ou não tome precauções para que esta seja impedida. 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. Contudo, a adolescente, ao engravidar, convive com dois eventos estressores, que ocorrem sinergicamente: a adolescência e a gestação. A adolescência implica investimentos pessoais e sociais para lidar com as mudanças físicas e emocionais, mas também com o posicionamento social, familiar e sexual (SCHWARTZ; VIEIRA; GEIB, 2011).

Em relação à gestação, a adolescente se vê desafiada a assumir maior grau de independência e de responsabilidade pela provisão de cuidados com o desenrolar da gravidez. Entretanto, a transição entre a posição de indivíduo que recebe cuidados para a de sujeito que oferece cuidados ocorre, geralmente, em um contexto de coabitação e dependência sociofamiliar (BRASIL, 2008).

Na prática médica, a gravidez na adolescência está associada à probabilidade de aumento das intercorrências clínicas, morte materna e implicações na saúde da criança (BRASIL, 2000). Quando indesejada, a gravidez na adolescência, frequentemente, leva à prática do aborto ilegal realizado sem condições necessárias de segurança à saúde e constituindo uma das principais causas de óbitos e problemas relacionados à gravidez (BRASIL, 2006).

Segundo Santos (2013), é preciso considerar as diferenças culturais e as desigualdades socioeconômicas entre as adolescentes. A influência do meio e dos fatores socioculturais indicam que há crescimento nos índices da gravidez entre adolescentes, principalmente, entre as meninas menos escolarizadas, negras e mais

pobres, de regiões urbanas, levando ao aumento na contribuição relativa das mais jovens para a fecundidade em geral. No entanto, para Demori et al. (2016), a gravidez é um desejo da adolescente que demonstra, muitas vezes, ter responsabilidade e atitude para cuidar de si e dos seus filhos de acordo com o que considera melhor.

Já para Santos et al. (2014), a decisão de assumir a maternidade condiciona a adolescente, na maior parte dos casos, a aceitar o apoio familiar na dimensão material, de informação, afetiva, entre outras, que lhe permite enfrentar os desafios do percurso escolar-profissional e da convivência com o parceiro e sua família, sem implicar ruptura nas suas trajetórias de vida e no seu processo de individualização.

Contudo, algumas adolescentes, sentindo-se empobrecidas de cuidado intrafamiliar durante a gestação, podem reduzir os seus contatos sociais às amigas, com as quais dividem suas inquietações mais íntimas, vistas como fáceis de serem compartilhadas com pessoas da mesma idade e ambiente socioeconômico (BARRETO; RABELO, 2015).

Segundo Mombelli (2011), a rede de apoio social disponível em situação de necessidade é um redutor potente do estresse. Compreendê-la ameniza os efeitos patogênicos do estresse no organismo, estimulando a capacidade das pessoas para lidar com situações difíceis.

A rede de apoio social pode não ser percebida pela adolescente, o que, talvez, impeça-a de alcançar a sensação de bem-estar e de desenvolver a capacidade de enfrentamento dos problemas (SCHWARTZ; VIEIRA; GEIB, 2011).

Segundo Sluzki (1997), as redes sociais são compreendidas como um círculo social constituído por laços de afinidade e familiaridade, formando uma espécie de teia que une as pessoas, a qual pode ser alterada com o tempo e com as mudanças ocorridas na vida dos indivíduos. Quando confiáveis e sensíveis, as redes podem ofertar diferentes tipos de funções, como companhia social, apoio emocional, guia cognitivo e de conselhos no que se refere ao compartilhamento de ideias e posicionamentos; regulação social, ao cooperar na reafirmação das responsabilidades e resolver problemas; ajuda material e de serviços, seja intelectual ou física (SLUZKI, 1997).

Este estudo apoia-se na ideia de que a rede de apoio social é o conjunto de todas as relações que uma pessoa entende como significativas ou distinguidas da massa anônima que é a sociedade. A rede é o nicho interpessoal que pode colaborar para o reconhecimento, autoimagem e adaptação do indivíduo em novas situações.

Assim sendo, a rede de apoio social é composta pela família, escola, amigos e comunidade, e nessa última encontram-se os serviços de saúde, que podem auxiliar a adolescente grávida a encontrar a sustentação para uma efetiva estruturação individual e social (SLUZKI, 2010).

No contexto de formação de redes torna-se desafiador, para uma política nacional de atenção integral à saúde de adolescentes, programar ações de saúde que atendam especificidades dessa população, e respondam às demandas colocadas pelas condições decorrentes das distintas situações de vida como as desigualdades de gênero, raça/cor, orientação sexual e classe social das adolescentes, e, ainda, contribuir para superação dessas situações (BRASIL, 2006).

Alinhado ao referencial teórico das Representações Sociais de Moscovici (1976; 2010), o qual refere que as pessoas balizam suas ações por meio da elaboração de pensamentos e ideias fundamentados nas suas vivências, e para responder aos objetivos deste estudo, tem-se como questão de pesquisa “Quais as representações sociais da rede de apoio social de adolescentes grávidas atendidas na rede básica do município de Bagé”? A partir desta questão interrogativa, estabeleceu-se os seguintes pressupostos:

- A rede de apoio social possibilita à adolescente construir sua identidade materna e enfrentar as adversidades desse período, redesenhando, assim, seu percurso para a vida adulta;
- A adolescente grávida é preponderantemente apoiada pela figura da mãe;
- A gravidez na adolescência é um evento que aproxima as mulheres que estarão significativamente presentes nas redes de apoio das adolescentes;
- No último trimestre de gestação, a rede de apoio da adolescente poderá ser mais facilmente percebida e representada.
- A enfermeira que realiza o pré-natal da gestante adolescente é visualizada como membro da rede de apoio social, em vistas do acolhimento e atenção específica a esta gestante.

Com base nos pressupostos, defende-se a **tese** de que a adolescente grávida identifica sua rede de apoio baseada predominantemente na figura da mãe, e de outras mulheres de seu convívio, sendo que esta rede lhe oferece apoio emocional, afetivo e financeiro, representando-lhe, assim, segurança para gestar e tornar-se mãe adolescente.

2 Objetivos

2.1 Objetivo geral

Compreender as representações sociais da rede de apoio social de adolescentes grávidas atendidas na rede básica do município de Bagé.

2.2 Objetivos específicos

Identificar a rede de apoio social de adolescentes grávidas e suas representações sociais;

Contextualizar o suporte da rede de apoio social na vivência da gravidez na adolescência;

3 Revisão de literatura

Para embasamento e contextualização das representações sociais em relação a rede de apoio de adolescentes grávidas, realizou-se uma revisão de literatura acerca da adolescência, gravidez na adolescência, políticas públicas de saúde para adolescentes e redes sociais e gravidez na adolescência.

3.1 Adolescência: um resgate histórico

A palavra adolescência vem do latim “adolescere” que significa “fazer-se homem/mulher” ou “crescer na maturidade”, sendo que somente a partir do final do século XIX foi vista como uma etapa distinta do desenvolvimento (MUUSS, 1976).

A adolescência é um período da vida do ser humano caracterizado por transformações sociais, psicológicas, anatômicas e hormonais que, juntamente com as novas experiências vivenciadas, definem a construção da personalidade de um futuro adulto, contribuindo para seu padrão comportamental e valores pessoais que se estabelecerão durante toda a vida (SANTOS,2013).

Por ser um período de intensas contradições psicológicas e sociais expressas por uma posição de confronto e de oposição aos valores, tradições e leis da sociedade como forma de elaborar sua identidade e sua autonomia diante dos adultos, os adolescentes podem estar vulneráveis a comportamentos de vida não saudáveis, estando, portanto, mais expostos a danos à saúde (DEMORI et al.,2016).

Para Resta et al. (2014), a adolescência é a fase de transição entre a infância e a idade adulta e um período em que ocorrem importantes mudanças no contexto de vida dos adolescentes. O processo de adolescer está diretamente relacionado com o crescimento do indivíduo em direção à identidade adulta, determinando sua autoestima, relações afetivas e inserção na estrutura social.

O conceito de adolescência enquanto período particular, distinto da vida, situado entre a infância e a idade adulta, há pouco tempo foi reconhecido como um

período de desenvolvimento humano. Até o final do século XIX, a adolescência não era reconhecida socialmente pelos adultos como uma etapa do ciclo vital. Antes dessa época, o indivíduo passava diretamente da infância à idade adulta sem transitar por um estágio intermediário ou por uma fase com características tidas como diferenciadoras e significativas no plano desenvolvimental (FERREIRA; FARIAS; SILVARES, 2010).

Sabe-se pelos estudos históricos que, na Grécia Antiga, os jovens eram submetidos a um verdadeiro adestramento cujo fim seria inculcar-lhes as virtudes cívicas e militares. A maioridade civil era atingida aos 18 anos, ocasião em que eram inscritos nos registros públicos da cidade. Casavam-se aos 15 ou 16 anos. Via-se a fase da puberdade como um período de preparação para os afazeres da vida adulta: no caso do sexo masculino, a guerra ou a política; no caso do sexo feminino, a maternidade. Era possível que alguns jovens se dedicassem à filosofia, geralmente aqueles de famílias mais abastadas que não necessitavam explorar sua força de trabalho (GROSSMAN, 1998).

Na Idade Média, Áries (1993) afirma que o sentimento de infância não existia, a criança não se dispensava um tratamento específico correspondente à consciência infantil e as suas particularidades que a diferenciavam dos adultos. Para o autor, não havia distinção entre crianças e adultos. Afirma que a ideia de infância, relacionava-se exclusivamente com a noção de dependência, quando a criança adquiria a condição de viver sem o desvelo constante da mãe ou da ama, ingressava plenamente no mundo adulto, participando de todas as atividades sociais.

Na transição da Idade Média à Modernidade, de acordo com Grossman (2010), três fatores influenciaram na concepção que o homem tinha de si e de suas relações com o outro. O primeiro aspecto foi o novo papel do Estado, que passou a interferir e exercer controle da sociedade e da ordem pública. O segundo fato, foi o desenvolvimento da alfabetização, incentivando o gosto pelo privado e pela solidão. O terceiro acontecimento foi o estabelecimento de novas religiões ao longo dos séculos XVI e XVII, que exigiam dos fiéis uma devoção mais íntima. Esse conjunto de mudanças determinou a passagem de uma experiência anteriormente coletiva, quando a comunidade enquadrava e limitava o indivíduo em uma valorização do espaço privado. Ainda conforme a autora, a família, além de unidade econômica, passou a ser encarada como espaço de afetividade entre o casal e os filhos. De acordo com Áries (2003), surge, nesse momento, um novo sentimento dos pais

em relação aos filhos, criticado por moralistas que denunciavam o excesso de complacência e o exagero de mimos. Para combater essa atitude, o Estado e a Igreja retomaram a responsabilidade do sistema educativo, através da criação de colégios, destinados a indivíduos entre 10 e 25 anos, sem distinção. Não havia uma preocupação em separar os alunos em diferentes classes, divididas por um critério etário.

No século XIX, a sociedade se tornou uma vasta população anônima, e as pessoas já não se conheciam. Esse foi um período marcado pela redefinição dos papéis sociais de mulheres e crianças, pelo avanço acelerado da industrialização e da técnica e pela organização dos trabalhadores (ÁRIES, 1978).

No Brasil, nessa época, observa-se a criação de escolas para meninas, onde as jovens poderiam, por meio de uma educação intelectual, religiosa e moral, preparar-se para serem mães dignas e capazes de ensinar seus próprios filhos (SARAT; SARAT, 2007).

No início do século XIX, a adolescência passou então a ser objeto de interesse de médicos e de educadores. O século XIX se caracterizou pela redefinição dos papéis sociais das mulheres e das crianças, pelo avanço acelerado da industrialização e organização de trabalhadores. A infância passou a ser encarada como um momento privilegiado da vida, e aos filhos dedicava-se amor e investimento no futuro. Nesse momento, a figura do adolescente foi balizada com nitidez. A adolescência masculina foi definida como o período entre a primeira comunhão e o bacharelado ou serviço militar, e a feminina entre a primeira comunhão e o casamento (PERROT; MARTIN-FUGIER, 1993).

Ao longo do século XIX, a adolescência passou a ser reconhecida como um “momento crítico” da existência humana. E veio acompanhada de uma significação relacionada a uma fase de riscos em potencial para o próprio indivíduo e para a sociedade como um todo (GROSSMAN, 1998). A primeira referência à organização do atendimento clínico a adolescentes foi o acompanhamento de alunos em internatos na Inglaterra (SILBER, 1995).

Mais adiante, nos Estados Unidos, durante a década de 50 do século XX, apareceu o fenômeno denominado “juventude transviada” ou “rebelde sem causa” (GROSSMAN, 1998). Com isso, já começava a se delinear, de modo bastante claro, uma consciência etária com a oposição jovem / não jovem.

Esse foi um período em que as guerras marcaram o desenvolvimento da adolescência. Nos períodos que precederam a I e a II Guerra Mundial, a literatura enfatizava a indolência, a indisciplina e a preguiça dos adolescentes. Contudo, durante as guerras e nos anos seguintes, os pesquisadores demonstravam a importância do trabalho dos adolescentes para manter a sociedade tal qual eles conheciam (LERNER; STEINBERG, 2004).

Marty (2006) afirma que a adolescência está amalgamada na violência, entretanto esta não é exclusiva dos jovens, embora um determinado nível de violência seja próprio dessa fase do desenvolvimento. A autora considera a adolescência como um processo de arrombamento pubertário, tal como os bombardeios aéreos durante as guerras.

Os anos 60 inauguraram um novo estilo de mobilização e contestação social, os quais contribuíram para a percepção da adolescência como uma subcultura (GARROD et al., 1995). Os adolescentes passaram a negar todas as manifestações visíveis da sociedade. Este movimento transformaria a adolescência em um grupo, com um novo foco de contestação, surgindo então um termo novo: contracultura⁴. Inicialmente, o fenômeno seria caracterizado por seus sinais mais evidentes: cabelos compridos, roupas coloridas, misticismo, um tipo de música e drogas, significando uma nova maneira de pensar (GROSSMAN, 1998).

Para Brun (2007), muitos pais se ressentiam de certas amizades de seus filhos, pois, quando influenciados pelo grupo de pares, cometiam transgressões sociais ou sexuais. Entretanto, não eram todos os adolescentes que estavam em um ou outro movimento.

Ao mesmo tempo, a criança e o adolescente passaram a ser considerados sujeitos de direito e em fase especial de desenvolvimento, afirmando a ideia de proteção integral do estado (ESPINDULA; SANTOS, 2004).

À medida que os governos tomavam consciência da importância de se proteger o desenvolvimento do ser humano, a adolescência tornou-se um período mais identificável no ciclo vital (SPRINTHALL; COLLINS, 1999).

Alguns conceitos mais atuais trazem a adolescência como etapa evolutiva peculiar ao ser humano, sendo um momento crucial do desenvolvimento do indivíduo,

⁴ Práticas e manifestações que visam criticar, debater e questionar tudo aquilo que é visto como vigente em um determinado contexto sócio-histórico. Conceito extraído do livro "Contracultura" de David Platt (2015).

marcando não apenas a aquisição da imagem corporal definitiva, mas também a estruturação da personalidade (SANTOS; RESSEL, 2013).

Para Demori et al. (2016), dependendo do contexto em que está inserido, o adolescente passa por mudanças e enfrentamentos sociais que poderão, ou não, repercutir de forma mais ou menos intensa em sua vida, e a adolescência pode ser marcada por um comportamento resistente às orientações dos pais, uma vez que os adolescentes conjecturam a possibilidade de ter controle sobre si mesmo.

Estudos apontam a adolescência como um fenômeno único e diverso, circunscrito sociocultural e histórico, pois é construído no âmbito das sociedades, definindo-se e modificando-se na interação de diversos componentes biológicos, econômicos, institucionais, políticos, éticos, culturais e físico-ambientais (FERREIRA et al., 2007; RESSEL et al., 2009). E é na interação desses fatores que se definem os modos de vida e saúde dos adolescentes (SANTOS et al., 2012).

Na área da saúde, o processo de adolecer, como objeto de estudo, tem sido tratado, muitas vezes, como um processo universal, limitado a uma definição conceitual relacionada mais a um aspecto biológico de vivências orgânicas do que à articulação de suas várias dimensões (RESSEL et al., 2009). Tal abordagem, centrada meramente nas questões biológicas, homogeneíza e universaliza essa etapa.

Para Santos (2013), considerar a construção da adolescência arraigada no social e no cultural permite percebê-la como um processo que transcende o próprio adolescente e adentra em seu universo sociofamiliar, sendo, dessa forma, o adolecer considerado uma etapa do ciclo de vida familiar, visto que as mudanças envolvem todas as relações do ser que está adolecendo.

Tendo em vista a complexidade desse universo, pensar a saúde do adolescente implica olhar para os diversos modos de viver a adolescência e a vida. Sugere um movimento de repensar as práticas de saúde e de educação em saúde que se volte para essa parcela significativa da sociedade (FERREIRA et al., 2007).

Assim, acredita-se que a experiência de adolecer exige da família, dos profissionais de saúde e da educação, o conhecimento do mundo adolescente a fim de possibilitar atenção qualificada, contextualizada e comprometida, que leve em consideração as concepções, as vivências e as situações de vulnerabilidades dos adolescentes.

3.2 Gravidez na adolescência

A gravidez na adolescência pode ser enquadrada na cena da transição demográfica brasileira em curso desde meados dos anos 60, e caracterizada no final da década de 90 por uma redução expressiva da taxa de fecundidade no nível da reposição das gerações, e pelo aumento da taxa do uso de contracepção (BEMFAM, 1999). Entre 1965 e 1995, a fecundidade declina de quase seis crianças por mulher para um pouco mais de duas (BERQUÓ, 1998).

Melo (1996) indica que entre 1970 e 1991 houve variação nas taxas específicas de fecundidade entre as mulheres de 15 a 19 anos no país todo. As chances abertas às jovens, no que diz respeito à escolarização, à inserção profissional e o exercício da sexualidade desvinculado da reprodução, fundamentam uma nova sensibilidade quanto à idade ideal para se ter filhos (SANTOS; GUIMARÃES; GAMA, 2016).

Assim, quando o discurso biomédico foi sucedido, nos anos 70, a ênfase nos perigos advindos de uma gravidez precoce para a saúde materno-infantil cedeu espaço aos riscos psicossociais condensados na categoria de imaturidade psicológica das adolescentes (MELO, 1996).

A partir dos anos 80, consequências nefastas acarretadas pela gravidez na adolescência no contexto social foram pontuadas. O argumento utilizado foi o de que o incremento das famílias monoparentais, chefiadas por mulheres, implica no agravamento da pobreza das unidades domésticas, redundando no aumento da criminalidade (CABRAL, 2001). O abandono escolar por parte das mães adolescentes e sua decorrente inserção precária no mercado de trabalho foram também invocados para caucionar a tese de que, se a gravidez na adolescência não instaura uma situação de marginalidade social e econômica, ela certamente a agrava (HEILBORN, 2012).

As abordagens acima estão ancoradas em alguns fundamentos compartilhados sobre a gravidez na adolescência. Versão homogênea, associada às noções de problema e de risco e construída por meio de uma identificação simplificadora entre gravidez na adolescência e as mães adolescentes pobres e solteiras, que passam a ser encaradas como a população-alvo de uma ação profilática (HEILBORN, 2002).

Para Berquó (1998), o impacto da maternidade sobre as carreiras femininas não é equivalente quando se compara pelo prisma da classe social. A maternidade

nas classes médias compromete projetos e trajetórias escolares, que, até então, se processavam de modo linear e sem interrupções significativas, contudo, não implicam em abandono. O mesmo não ocorre nas classes populares, pois as carreiras escolares nessas classes apresentam caráter mais errático, tendo em vista que as sucessivas entradas e saídas da escola antecedem amplamente a maternidade.

Na área de sociologia, tem sido questionado se a maternidade nas classes populares detém alguma especificidade no sentido de provocar a evasão escolar definitiva, sendo motivo de investigação por Heilborn (2012). A autora referida explica que a evasão escolar é mais provável nas situações em que a inserção feminina no mercado de trabalho revela-se imperiosa, em virtude, muitas vezes, do desemprego de seus parceiros. A dificuldade de conciliar os estudos com o trabalho e, mais ainda, essas atividades com as responsabilidades domésticas e maternas, complica ou impossibilita a retomada da carreira escolar para muitas adolescentes.

Sendo uma realidade em nossa sociedade, a gravidez na adolescência é vista há algumas décadas não somente como consequência de fatores como a falta de uma política de atenção expressiva e eficaz nessa faixa etária, ausência de educação sexual nas escolas e de programas de planejamento reprodutivo nos serviços públicos de saúde (SANTOS; NOGUEIRA, 2009), mas, mais também como opção das adolescentes como projeto de vida (XIMENES NETO et al., 2007; CARVALHO; MERIGHI; JESUS, 2009; ANDRADE et al., 2011; SOUZA et al., 2010; SANTOS, 2013).

Para Resta (2014), o descuido com a prevenção da gravidez, muitas vezes, é o caráter da novidade e da imprevisibilidade das relações sexuais, associado ao desejo de testar a virilidade ou a capacidade reprodutiva. Nessa perspectiva, a gravidez pode representar para a adolescente maior autonomia pessoal e a possibilidade de permanecer com o namorado (RESTA et al., 2014). Nesses casos, a maternidade aparece como uma ocupação, uma atividade que dá sentido à vida e que traz reconhecimento nos ambientes de convívio (FERNANDES; SANTOS JUNIOR; GUALDA, 2012)

Dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), nos últimos sete anos no Brasil, mostram que a incidência da gravidez na adolescência vai de 16,27 a 25,96% (BRASIL, 2010). Estudo que analisou dados relativos à América Latina apontou que entre os 25% mais pobres da população, um de cada três nascimentos originou-se de mãe adolescente, e nas áreas rurais, essa proporção foi de 40% (KLIKSBURG, 2006).

De acordo com Brandão (2009), a gravidez na adolescência é considerada como um fato precoce para essa etapa da vida, resultando em sérias implicações, como abandono das atividades escolares, riscos para o feto e para a mãe, conflitos familiares, discriminação social, afastamento de grupos de convivência, adiamento ou destruição de sonhos e planos. Sentimento de perda, tristeza, solidão, isolamento, preocupações, além de desemprego ou ingresso no mercado de trabalho não qualificado, podem surgir em consequência da gestação na adolescência (FIEDLER; ARAÚJO; SOUZA, 2015).

A gravidez na adolescência pode causar problemas de saúde tanto na gestante quanto no concepto. Esses problemas, para as mulheres, incluem eclampsia, anemia, trabalho de parto prematuro, complicações obstétricas e no recém-nascido o baixo peso. Além de fatores biológicos, também é possível acontecer repercussões no âmbito psicológico, sociocultural e econômico que afetam a jovem, a família e a sociedade (CERQUEIRA SANTOS, 2010). Além disso, o parto entre adolescentes responde por ser a primeira causa de internação hospitalar do sexo feminino, na faixa etária entre 10 e 19 anos durante o ano de 2012 no Brasil (BRASIL, 2013).

Diante do exposto, Resta et al. (2010) apontam que ao prestar assistência as adolescentes é importante que se reconheça a complexidade da situação, o impacto da gestação e o significado desta para as adolescentes. Esse grupo necessita de atendimento diferenciado nos serviços de saúde. Para isso, a equipe de saúde, especialmente os profissionais de Enfermagem, precisa desenvolver ações voltadas para a saúde reprodutiva no âmbito da atenção integral ao adolescente, em um espaço acolhedor de reflexão e discussão sobre educação sexual e planejamento reprodutivo, contribuindo para a realização de escolhas conscientes e autônomas pelas adolescentes.

Por outro lado, para o Ministério da saúde (MS), o reconhecimento do fato de que a gravidez pode expressar o desejo das adolescentes não significa retirar a importância das políticas de planejamento reprodutivo, uma vez que se trata de assegurar que a escolha possa acontecer no momento desejado e planejado pelos adolescentes (BRASIL, 2006).

3.3 Políticas públicas para os adolescentes

O marco legal, internacional, mais importante em relação à saúde de crianças e adolescentes, foi a Convenção Internacional dos Direitos da Criança, realizada pela ONU em 1989. Essa convenção reconheceu crianças e adolescentes como seres em desenvolvimento e sujeitos de direitos (BRASIL, 2003).

Outro evento importante na área foi a Conferência Mundial de População e Desenvolvimento (CMPD), realizada no Cairo em 1994, que trouxe importantes avanços, visto que seu plano de ação introduziu, na normativa internacional, o conceito de direitos reprodutivos, e inseriu os adolescentes como sujeitos desses direitos. Essa parcela da população, composta por indivíduos de 10 a 19 anos, deveria ser contemplada pelas normas, programas e políticas públicas de todos os países participantes da CMPD. Nesta conferência nasceu um novo paradigma sobre população, que deslocou a questão demográfica para o âmbito dos direitos reprodutivos, integrantes dos direitos humanos. Como resultado, estabeleceram-se as bases para um novo modelo de intervenção em saúde reprodutiva, ancorado em princípios éticos e jurídicos comprometidos como o respeito dos direitos humanos⁵.

No ano de 1995 em Pequim, aconteceu a IV Conferência Internacional sobre a Mulher, que consolidou as conquistas da Conferência Mundial do Cairo e promoveu avanço na definição dos direitos reprodutivos e sexuais como direitos humanos. Em sua plataforma de ação foi incluída a necessidade do abrandamento da legislação dos Estados quanto à criminalização do aborto, considerado grave problema de saúde.

Ter direitos significa a possibilidade de ter poder. Garantir direitos sexuais e reprodutivos para as mulheres significa romper com a visão de submissão da sexualidade da mulher à reprodução e promove uma nova relação de poder entre homens e mulheres. A saúde reprodutiva é um elemento importante na saúde das mulheres e dos homens, mas é mais crítica para as mulheres. Grande número de doenças que afetam as mulheres está relacionado às suas funções e ao seu potencial

⁵Organização das Nações Unidas. Declaração Universal dos Direitos Humanos. Adotada e proclamada pela resolução 217 A (III) da Assembleia Geral das Nações Unidas em 10 de dezembro de 1948 [Internet]. Ministério da Justiça; 1948 [2012 Out 4]. Disponível em: http://portal.mj.gov.br/sedh/ct/legis_intern/ddh_bib_inter_universal.htm.

reprodutivo e ao modo como as sociedades, influenciadas por questões de gênero, cuidam ou deixam de cuidar da mulher (ÁVILA, 2003).

Desde o final da década de 1980, há iniciativas para instituir programas de atenção à saúde do adolescente no Brasil, como o Programa de Saúde do Adolescente (PROSAD) (BRASIL, 1990), e estabelecer seus direitos por intermédio do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) (BRASIL, 1991).

Nos anos 90, a ideia de humanização começou a fazer parte do vocabulário da saúde como contraposição ao atendimento impessoal e desumanizado da assistência à saúde, estando vinculado ao paradigma dos direitos humanos (BRASIL, 2000).

Em 1999, foi criada a Área de Saúde do Adolescente e do Jovem (ASAJ), a qual visa promover a atenção integral à saúde da população na faixa etária de 10 a 24 anos e, ainda, em 2003, foi implementado o Programa Saúde e Prevenção nas Escolas, o qual visa reduzir a vulnerabilidade dos adolescentes e jovens às doenças sexualmente transmissíveis, à infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e à gravidez não planejada, com ênfase na promoção da saúde (BRASIL, 2007). No ano de 2005, o Programa “Saúde Integral de Adolescentes e Jovens” e o “Marco Legal- Saúde: um direito do adolescente” incorporam políticas de direitos sexuais e reprodutivos e educação em sexualidade.

Nesse mesmo ano, a “Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento” reforçou os preceitos do consentimento e destacou o direito ao sigilo, respeito, confiabilidade, à informação, acolhimento e atendimento humanizado. Pela Lei Federal 11.108/2005, todas as parturientes (inclusive adolescentes) ganharam o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde-SUS.

No documento “Marco Teórico e Referencial: Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva de Adolescentes e Jovens”, produzido em 2006, o Ministério da Saúde apresentou propostas de diretrizes para atuação articulada nas ações relativas ao tema. E, em 2009, o MS criou a Caderneta de Saúde de Adolescentes, com o objetivo de instrumentalizar os profissionais de saúde e disponibilizar informações qualificadas sobre saúde, direitos e relações afetivas saudáveis (BRASIL, 2012).

Com a insuficiente aderência do PROSAD no contexto nacional de saúde, emerge o Programa de Saúde da Família (PSF), posteriormente denominado Estratégia de saúde da Família (ESF), e os adolescentes passam a ser vistos como

membros da família e redirecionados para o atendimento geral, desconsiderando suas especificidades (CABRAL; OLIVEIRA, 2010).

Para Santos; Ressel (2013), embora existem programas de atenção ao adolescente implantados no Brasil, há quase três décadas, mudanças significativas no perfil de morbimortalidade nesse grupo populacional têm sido observadas, com aumento de problemas que poderiam ser evitados por medidas de promoção de saúde e prevenção de agravos.

Ademais, outros entraves estão presentes na saúde dos adolescentes evidenciados pela ESF, dentre eles a ausência de jovens nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e/ou a procura apenas por agravos físicos, demonstrando descaso e rejeição às atividades educativas e preventivas desenvolvidas na UBS (MENDONÇA, 2012).

Nesse sentido, acredita-se que os entraves citados anteriormente possam ser amenizados pelo uso de metodologia das atividades desenhada para além da informação e da prescrição, abrangendo o cuidado, o diálogo reflexivo centrado no respeito às individualidades e ao contexto sociocultural para a efetivação da educação em saúde.

Nesse contexto, Nogueira, Modena e Schall (2008) apontam que nas UBSs os profissionais de saúde sentem-se despreparados para o atendimento ao adolescente, uma vez que a formação e a capacitação são deficitárias, visualizadas em uma perspectiva biomédica, contribuindo para o desconhecimento das dificuldades juvenis. Perpetua-se, portanto, o distanciamento de abordagem e comunicação da unidades de saúde e os adolescentes percebidos e imaginados como difíceis, irresponsáveis e desinteressados.

Entretanto, estudo mostra que para o alcance da complexidade do *ser* adolescente, é imprescindível uma abordagem interdisciplinar e intersetorial, trabalhando-se em rede, no intuito da integralidade (RAUPP; MILNITSKY-SAPIRO, 2009).

De acordo com Fiedler; Araújo e Souza (2012), na direção da promoção da saúde do adolescente, no Brasil, é função da atenção primária implementar o acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento, no qual inclui-se a abordagem à saúde reprodutiva de maneira integral e permanente, envolvendo educação em saúde, atividades em grupo e atendimento individual. No entanto,

observa-se que as ações são pontuais, prevalecendo apenas a distribuição de métodos contraceptivos.

Acredita-se que para o alcance de atenção qualificada aos adolescentes é necessário buscar técnicas de abordagem que estimulem o interesse destes na discussão da temática sexualidade.

Confirmando esse entendimento, Teixeira; Silva e Teixeira (2013) apontam que o desconhecimento dos profissionais de saúde no trato com a sexualidade deixa os adolescentes desassistidos nas UBSs, pois apenas informações sobre funcionamento do aparelho reprodutor e a prevenção de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) não são suficientes para o conhecimento reflexivo da temática.

Nesse aspecto, para Alves; Brandão (2009), a absorção das informações é deficiente e a sexualidade é praticada de forma espontânea e pouco reflexiva. Trata-se de um contexto que segue o fluxo na contramão para efetividade da Política de Planejamento Reprodutivo, pois, para haver efetividade nessa política na adolescência, deve-se considerar a heterogeneidade, a subjetividade e o ambiente sociocultural.

Assim, são diversos os entraves às políticas públicas para os adolescentes, como a heterogeneidade das juventudes, suas subjetividades; concepção singular e ampliada de cidadania nessa faixa etária; aspectos sociais inerentes a cada "*tribo*" (grupo juvenil); compartilhização das ações e falta de avaliação dos projetos; atitudes prescritivas e educativas em detrimento da autonomia dos sujeitos; e prioridade das ações aos jovens pobres, vistos como "*ameaça*" ou "*risco*" social (HORTA, 2010, p.476).

Pensa-se que apesar do intenso movimento de institucionalização de políticas nacionais voltadas para os diversos segmentos populacionais específicos, ainda há limitações nas políticas governamentais para assegurar a atenção integral à saúde dos adolescentes, considerando as especificidades de suas demandas de cuidado e atenção.

3.4 Redes de apoio social e Gravidez na adolescência

A rede social é entendida como um conjunto complexo de relações entre membros de uma família ou de um sistema social como a escola, instituições de saúde e de assistência social, dentre outras. É uma ferramenta importante para o

desenvolvimento e a proteção da saúde do adolescente e da população em geral (COSTA et al., 2015).

De acordo com Guará (2010), a ideia de rede expressa a articulação intencional de pessoas e grupos humanos, sobretudo como uma estratégia organizativa que ajuda os atores e agentes sociais a potencializar suas iniciativas para promover o desenvolvimento pessoal e social, em uma realidade complexa. As redes de apoio difundem novos valores e habilidades.

A noção de redes sociais nasceu na Antropologia social e na Sociologia. Na década de 50, destacam-se os trabalhos de John Barnes que tratou das relações informais de parentesco, amizade e vizinhança em uma comunidade norueguesa de pescadores e camponeses. Barnes introduziu a ideia de rede social como um recurso de análise. Para ele, as redes seriam o conjunto de vínculos interpessoais entrecruzados, conectados às ações das pessoas e às instituições da sociedade. Barnes adotou ainda a imagem de rede social como um conjunto de pontos conectados por linhas, em que os pontos representam os indivíduos ou grupos e as linhas indicam a interação entre as pessoas (BARNES, 1987).

De acordo com Martins (2005, p.133), na literatura são utilizados diversos termos para a denominação de rede social. **A rede social de apoio** pode ser definida como a presença de ligações humanas estruturadas em um sistema de apoio, baseadas nos recursos partilhados entre os membros desse sistema. **A rede de suporte** visa fornecer uma ajuda concreta às pessoas. **A rede de apoio formal** é caracterizada pela relação com os serviços estatais e organizados pelo poder local. E **a rede de apoio informal** é composta por famílias, amigos e vizinhos.

Para o mesmo autor, o termo **rede social** refere-se “às relações e as suas características morfológicas e transacionais, sendo que a forma como tais relações estruturam os comportamentos cotidianos e são mobilizadas em cada circunstância específica caracteriza a integração social da pessoa” (MARTINS, 2005, p.133).

Para Silva (2010), as redes sociais podem ser classificadas em formais e informais. A primeira abrange tanto as organizações sociais como hospitais, programas governamentais, serviços de saúde e os profissionais, médicos, assistentes sociais, psicólogos e enfermeiros, que estão organizados para prestar assistência; e a segunda inclui os indivíduos da família, amigos, vizinhos, padres e grupos sociais, como clubes e igreja.

A rede social pode ser definida ainda como um grupo de pessoas com as quais o indivíduo estabelece contato ou alguma forma de vínculo social (BOWLING, 1997). Soares (2002) define rede social como um conjunto de pessoas, organizações ou instituições sociais que estão conectadas por algum tipo de relação.

Nesse sentido, entende-se que as redes sociais não são necessariamente um sistema de apoio social. Nessa lógica é importante o estabelecimento de investigações mais aprofundadas sobre a influência destas redes no mundo e na vida das pessoas.

A compreensão dos condicionantes do ambiente psicossocial de uma pessoa é de grande relevância, uma vez que a saúde individual ou coletiva resulta de complexas relações entre fatores biológicos, psicológicos e sociais. Assim, no campo da saúde, nota-se uma tendência à inclusão de questões referentes à rede e apoio social em instrumentos de investigação sobre as condições de saúde populacional (CHOR et al., 2001).

Devido ao termo rede social ser utilizado por diversas áreas do conhecimento e receber destaque nas ciências sociais, há uma polissemia em sua definição conceitual. Assim, adotar-se-á, neste estudo, a conceituação de Sluzki (1997) por considerar-se mais apropriada ao foco deste trabalho.

Para Sluzki (1997, p. 41), “a rede social pessoal pode ser definida como a soma de todas as relações que um indivíduo percebe como significativas ou define como diferenciadas da massa anônima da sociedade”. Essa rede é representada por Sluzki através de um Mapa Mínimo das Relações (MMR), que leva em consideração todos os indivíduos que interagem com o sujeito. Sua operacionalização está explicitada na metodologia deste estudo.

Desde a década de 1970, há pesquisas que relacionam laços sociais e saúde (CASSEL, 1976) e mostram que uma rede social atuaria tamponando a resposta do organismo em forma de doença, como também fortalecendo a sensação de controle sobre a própria vida com efeitos positivos para a sua saúde.

As redes sociais são importantes ferramentas de comunicação e auxílio social entre os seus membros. De acordo com Meira et al. (2013), as funções das redes sociais se dividem em apoio emocional – que inclui disponibilidade de alguém com quem se possa falar e que fomenta sentimentos de afeto; apoio material e instrumental – que se caracteriza por ações ou materiais proporcionados por outras pessoas para

facilitar ou diminuir tarefas cotidianas; e o apoio de informação – que se refere às informações e orientações recebidas, que ajudam na compreensão do mundo.

Em consonância com o descrito anteriormente, para Simon (2014), as redes sociais presentes na vida das pessoas podem contribuir com ajuda material e de serviços; com apoio emocional e companhia social; e com guia cognitivo e de conselhos.

Segundo Marques (2010), as redes podem ser entendidas como elementos de destaque para o entendimento das condições de pobreza e da reprodução dos padrões de desigualdade social no Brasil, possuindo padrões complexos de relações de diferentes tipos, acumulados ao longo das trajetórias vividas e sujeitas a constantes transformações.

Para Chor et al. (2001), é importante desenvolver estudos a respeito das redes para o planejamento e o desenvolvimento de políticas e programas de saúde que priorizem o ambiente psicossocial e considerem os fatores biológicos e psicológicos dos indivíduos.

No que concerne ao meio social econômico de mães adolescentes, estudo revela que a prevalência de gravidez na adolescência é exponencialmente maior em classes mais desfavorecidas economicamente do que em classes sociais médias ou altas (HEILBORN et al., 2006). Como possível explicação para essa diferença, os estudos afirmam que em ambientes fortemente marcados pela desigualdade de gênero e classe social, a maternidade não representa um problema na vida da jovem, mas um reconhecimento social entre elas, que desprovidas de projetos educacionais e laborais, seguem as expectativas tradicionais em relação ao papel de gênero (HEILBORN et al., 2006).

Para Silva; Tonete (2006), as relações sociais se expressam por meio do significado dos vários papéis familiares: mãe, esposa, filhos, pais, e no próprio ciclo de vida do lar, em que as trajetórias de vida individuais devem ser conciliadas aos projetos coletivos que permeiam toda a vida doméstica. Quando os planos individuais tomam rumos diferenciados da trajetória de vida familiar ocorrem divergências entre o que é estabelecido como objetivo grupal e os desejos individuais (ROMANELLI, 2002). Os projetos da família são formulados de acordo com a tradição, formada pelos hábitos e padrões que moldam os comportamentos (SARTI, 2002).

Quanto à percepção da rede social na gestação, estudo realizado com mães adolescentes e adultas mostrou que possuir uma rede social permitiu a estas

sentirem-se amparadas (PICCININI, 2002). Em outro estudo realizado com adolescentes grávidas, a rede social é enfatizada como apoiadora pelas participantes. O apoio emocional estava ligado a sentimentos como amor, afeto, carinho, estar junto e a quaisquer demonstrações de atenção explicitadas com palavras amigas, seja por pessoas próximas da família ou relações sociais cotidianas (MEIRA et al., 2013).

A rede estabelecida com os membros da família é importante para a compreensão do suporte social porque representa a estrutura na qual tal suporte poderá ou não ser encontrado. É importante salientar a possibilidade de redes que não proporcionem suporte adequado, ou seja, não proporcionem o suporte esperado. Não existe, no entanto, suporte sem rede, uma vez que o suporte é a manifestação de apoio de um indivíduo a outro indivíduo (ESTEVES; SILVA; SILVA, 2010).

Em relação aos profissionais de saúde, Meira et al. (2013) apontam em seu estudo que o profissional de saúde ainda não é visto pelas gestantes como parte integrante da rede de apoio. Nesse contexto, para Martins (2009), o atendimento às necessidades da gestante e de seus familiares pode ser prestado na assistência pré-natal. Em algumas circunstâncias, é necessário incorporar recursos complementares, como os grupos de educação e promoção à saúde, para que haja correspondência a todas as demandas por cuidados, sejam estas de informação, material ou emocional. Nesta direção, indica-se a especificidade da atenção ao adolescente como um aspecto de relevância na criação de um programa eficaz, apresentando-se como desafio aos profissionais de saúde para o acionamento de recursos que atendam tal necessidade (BRASIL, 2008).

Nesta perspectiva autores da área de enfermagem aludem que na formação acadêmica dos profissionais da saúde, raramente os educadores incluem temas relativos a sexualidade do adolescente. Ressalvadas as exceções, os conteúdos são discutidos de forma eventual, associados ao ensino de procedimentos técnicos, o que acaba reforçando o ocultamento da temática no cuidado (SEHNEM et al., 2013).

Para tanto, há necessidade de adequação da linguagem e da forma de atuação dos profissionais de saúde no nível de compreensão dos vários segmentos que constituem essa população, pois as necessidades de saúde desta parcela da população não podem ser encaradas de forma isolada, visto que estão intrinsecamente relacionadas com o contexto no qual está inserido e podem ser ativadores da rede social de apoio aos adolescentes, aqui incluídas as gestantes adolescentes.

4 Referencial teórico

Esta investigação traz seu arcabouço teórico-metodológico fundamentado na Teoria das Representações Sociais (TRS) de Serge Moscovici com vistas a compreender as representações sociais da rede de apoio social de adolescentes grávidas.

4.1 Conceito da Teoria das Representações Sociais

Em um primeiro sentido, representação significa o “conteúdo concreto apreendido pelos sentidos, pela imaginação, pela memória ou pelo pensamento; é, em síntese, a reprodução daquilo que se pensa” (SPINK, 1993, p.302).

As representações sociais são elementos simbólicos que os homens expressam mediante o uso de palavras e de gestos. No caso do uso de palavras, utilizando-se da linguagem oral ou escrita, os homens explicitam o que pensam, como percebem esta ou aquela situação, que opinião formulam acerca de determinado fato ou objeto, que expectativas desenvolvem a respeito disso ou daquilo e assim por diante. Essas mensagens, mediadas pela linguagem, são construídas socialmente e estão, necessariamente, ancoradas no âmbito da situação real e concreta dos indivíduos que as emitem (MOSCOVICI, 1976; SÁ, 1996).

Teoria das Representações Sociais na vertente Moscoviana

A Teoria das Representações Sociais (TRS) foi proposta por Serge Moscovici em sua obra “La psychanalyse, son image et son public”, em 1961. Psicólogo social romeno naturalizado francês nasceu em 1928 e experenciou a II Guerra Mundial. Em 1948, na França, estudou Psicologia. Investigou e divulgou a Psicanálise. (SANTOS, 2010). Faleceu em novembro de 2014, em Paris, na França.

Moscovici parte dos trabalhos de Durkheim para chegar à noção de representação social, mas ele também reconhece as contribuições de Levy-Bruhl, Piaget e Freud para construir seu arcabouço teórico.

Moscovici (2013) retoma e redimensiona os conceitos de representação coletiva de Durkheim, concebidos como formas de pensamentos e saberes compartilhados e impostos socialmente que, irredutíveis à experiência individual, seriam responsáveis por manter os laços entre os membros de uma sociedade através de gerações.

Ao contrário das representações coletivas de Durkheim, as representações sociais envolvem um processo criativo, de elaboração cognitiva e simbólica, que se dá no âmbito da interação social. Nas representações sociais, o individual e o coletivo estão presentes e têm como objetivo identificar como indivíduos e grupos constroem um mundo estável e previsível: “são fenômenos específicos que estão relacionados com um modo particular de compreender e comunicar, um modo que cria tanto a realidade como o senso comum. É para enfatizar essa distinção que uso o termo social em vez de coletivo” (MOSCOVICI, 2007, p.49).

A partir de Moscovici, outras perspectivas de estudo foram desenvolvidas em função da importância relativa que concebem à questão social na construção das representações sociais. Jodelet, uma das principais colaboradoras do trabalho de Moscovici, propõe uma definição amplamente aceita, enfatizando que 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” (JODELET, 2001, p.22).

As representações tornam-se sociais, dependendo das relações entre membros do grupo. Elas podem ser partilhadas por todos os membros de um grupo estruturado, como uma cidade ou nação, sem terem sido produzidas pelo grupo (MOSCOVICI, 2013).

Quanto à função, Moscovici (2009, p.28) aponta que as representações têm um papel fundamental na dinâmica das relações sociais e nas práticas e respondem a quatro funções essenciais:

1. Saber prático do senso comum que permite compreender e explicar a realidade.
2. Função identitária que define a identidade e permite a proteção da especialidade dos grupos.

3. Função de orientação que guia os comportamentos e as práticas.

4. Função justificadora que permite, a posteriori, a justificativa das tomadas de posição e dos comportamentos.

Ainda para Moscovici (2009), as representações sociais são entidades quase tangíveis. Elas circulam, entrecruzam-se e cristalizam-se continuamente por meio de uma palavra, gesto ou reunião em nosso mundo cotidiano. Elas impregnam a maioria de nossas relações estabelecidas, os objetos que produzimos ou consumimos e as comunicações que estabelecemos.

Assim, as representações sociais precisam ser compreendidas como forma particular de adquirir conhecimento e comunicar o conhecimento que já tem sido adquirido. A linguagem faz parte desse processo e, quando considerada como representações, pode estar ligada à linguagem de observação utilizada para expressar fatos puros e a linguagem da lógica que expressa símbolos abstratos (MOSCOVICI, 2013).

Conforme Moscovici (2007), as representações sociais estão presentes na cultura, nos processos de comunicação e nas práticas sociais, sendo, portanto, difusas, multifacetadas e em constante movimento e interação social. Possuem como materiais fundamentais de estudo as opiniões verbalizadas, as atitudes e os julgamentos individuais e coletivos, fazendo parte de um olhar consensual sobre a realidade.

Nesse sentido, para Moscovici (2009), a representação social configura-se como o produto e o processo de uma atividade mental por meio da qual um indivíduo ou um grupo reconstitui a realidade com a qual se confronta e para a qual atribui um significado específico.

Já Jodelet (2001) sinaliza que as representações sociais se configuram em campo fértil para estudos, como aqueles relacionados ao processo saúde/doença a partir das crenças, atitudes, cultura, entre outros, porque, além de permitir evidenciar as complexas relações existentes entre o biológico e o social, também possibilitam explorar as relações existentes entre o senso comum e o saber oficial, buscando, com isso, melhorar a atenção à saúde de uma dada população.

Em outras palavras, as TRS restauram a consciência coletiva e lhe dão forma, explicando os objetos e acontecimentos de forma a torná-los acessíveis a qualquer um, e coincidirem com nossos interesses imediatos, tornando algo não familiar em algo familiar (MOSCOVICI, 2013). Este ato de tornar algo não familiar em algo familiar

trata-se de uma transferência de algo do exterior para o interior por meio de conceitos e percepções interligados em um contexto onde o incomum torna-se comum (MOSCOVICI, 2013).

A TRS é vista como importante ferramenta para a análise da realidade social, pois permite enxergar as concepções que os diferentes grupos constroem a respeito do mundo e da realidade vivenciada (LIMA, 2013). Esta possibilita a realização de pesquisas em diversas áreas, considerando os vários objetos de estudos que podem ser analisados à luz das representações sociais, como temas que envolvam a comunicação entre as pessoas ou que busquem entender o comportamento das sociedades, a realidade construída, a visão do mundo em relação ao trabalho, ao cotidiano de grupo de profissionais, à saúde e à doença. Sendo assim, o objeto deve fazer parte do universo consensual, estar inserido na estrutura social e apresentar um caráter peculiar (BISOGNO, 2008).

Assim, para que as representações sociais sejam geradas, ou seja, desenvolvam-se de algo não familiar para familiar, são necessários, segundo Moscovici (2009), dois processos: a *ancoragem* e a *objetivação*. A *ancoragem*, conforme o autor é um processo que transforma algo estranho e perturbador, no sistema particular de categorias, e o compara com um paradigma de uma categoria que se pensa ser apropriada. Ancorar é classificar e dar nome a alguma coisa, isto é, coisas que não são classificadas e que não possuem nome são estranhas, não existentes e ao mesmo tempo ameaçadoras.

A representação é, fundamentalmente, um sistema de classificação e de denotação, de alocação de categorias e nomes. Logo, o classificar e o dar nomes têm como objetivo principal facilitar a interpretação de características, a compreensão de intenções e motivos subjacentes às ações das pessoas na realidade. Na verdade, é uma preocupação fundamental, pois ao interpretar uma ideia ou ser não familiar sempre requerem categorias, nomes, referências, de tal modo que a entidade nomeada possa ser integrada na sociedade dos conceitos (MOSCOVICI, 2007). A ancoragem contribui para dar sentido aos acontecimentos, pessoas, grupos e fatos sociais a partir da rede de significados oferecidos pelas representações sociais. Dessa forma, transforma o objeto estranho em algo familiar.

Na *objetivação*, une-se a ideia da não familiaridade com a realidade, tornando-se a verdadeira essência da realidade. Em outras palavras, seria pegar algo da memória e comparar com o objeto a ser interpretado. Percebida, primeiramente, como

um universo puramente intelectual e remoto, a objetivação aparece então física e acessível, ou seja, objetivar é descobrir a qualidade icônica de uma ideia ou ser impreciso, é reproduzir um conceito em uma imagem (MOSCOVICI, 2010).

Trata-se, então, da aproximação do sujeito ao objeto, entre os indivíduos e os membros de determinado grupo a que ele pertence, fortalecendo a identidade grupal (ROCHA, 2014). Nesta tessitura, ocorre a apresentação do objeto, e tem-se a formação do núcleo central, o qual corresponde à estrutura da representação (PEIXOTO, FONSCECA, OLIVEIRA, 2014).

A manifestação da TRS acontece sob a forma de falas, atitudes e condutas que institucionalizam e tornam-se rotineiras (MINAYO; 2014 p. 236), ou seja, são construídas socialmente por meio de discursos públicos nos grupos (PADILHA; OLIVEIRA, 2013). Com isso, pode-se inferir que as representações sociais não são necessariamente conscientes, tendo em vista que elas constituem a naturalização de modos de fazer e pensar, e ainda se reproduzem e se modificam a partir das estruturas, e das relações coletivas e de grupos (MINAYO, 2014). É na interação que as pessoas expressam e confirmam suas crenças subjacentes (PADILHA; OLIVEIRA, 2013).

Para Moscovici (2013), os indivíduos atribuem causas a eventos que pertençam à sua experiência, ao seu comportamento e ao de outras pessoas, para isso buscam explicações quando algo ou alguém não se conforma com as suas representações por alguma motivação ou razões. Ao agir dessa forma ocorrem as imputações que explicam ações visíveis, reconstroem motivos escondidos e explicam comportamentos visíveis por fatores invisíveis.

Nesse contexto, cabe destacar que as adolescentes grávidas, como seres sociais, interagem com outros seres em uma mesma sociedade construindo e compartilhando representações referentes à vivência da gravidez. Percebe-se, então, que as representações sociais têm seu ponto de partida na diversidade dos indivíduos, e seu objetivo é descobrir como indivíduos e grupos podem construir um mundo estável a partir de tal diversidade (MOSCOVICI, 2013).

Assim, estudar as representações sociais de adolescentes acerca de suas redes sociais é uma forma de entender o contexto social que esse grupo vivencia, pois, para Franco (2004), as pessoas expressam o processo historicamente construído por eles mesmos, permitindo uma análise contextual que se reflete nos atos e posturas adotadas na diversidade de suas práticas sociais. Ademais, reforça-

se com o destaque de Garcia et al. (2010), quando referem que a Enfermagem, como ciência e profissão, necessita realizar estudos utilizando o referencial das representações sociais que pode possibilitar melhor compreensão do senso comum e, conseqüentemente, uma aproximação entre profissionais, indivíduos, família e comunidade.

Acredita-se que trabalhar a TRS para compreender as representações sociais das redes de apoio social de adolescentes grávidas, amplia o modo de olhar o fenômeno gravidez que, muitas vezes, é julgado como desestruturador na vida de adolescentes.

5 Caminho metodológico

5.1 Caracterização do estudo

Trata-se de um estudo qualitativo, de caráter descritivo. A pesquisa qualitativa busca estudar as percepções, crenças, dentre outros fatores que são advindos de interpretações e construções que as pessoas fazem de sua realidade (MINAYO, 2014). O método qualitativo aplica-se ao estudo de representações, crenças e percepções, fruto das interpretações que as pessoas fazem a respeito de como constroem suas vidas e a si mesmas (MINAYO, 2013). Por essa razão, visualiza-se como método privilegiado para analisar a realidade das participantes deste estudo e compreender as diversas maneiras com que interpretam suas experiências de vida.

Na área da Enfermagem, segundo Lacerda; Labronici (2011), o caráter qualitativo origina uma reflexão e modificação para a prática, uma vez que:

ao possibilitar visualizar o invisível no visível, mediante a percepção da subjetividade do outro, consegue-se compreender os fenômenos de interesse para a profissão que ajudarão na ampliação e construção do conhecimento, assim como fortalecerão o seu papel social. (LACERDA; LABRONICI, 2011, p. 363)

No presente estudo, acredita-se que a abordagem qualitativa possibilitou a interpretação da percepção dessa realidade, compreendendo suas causas, relações e consequências mediadas em uma dimensão histórica, social e cultural singular.

O estudo descritivo busca conhecer as distintas situações e relações que ocorrem na vida social, política, econômica e nos diferentes aspectos do comportamento humano, tanto isoladamente quanto em grupos e comunidades complexas. Esse tipo de pesquisa trabalha sobre dados ou fatos colhidos da própria realidade, sendo desenvolvido principalmente nas ciências humanas e sociais. (CERVO; BERVIAN; SILVA, 2007).

5.2 Local do estudo

O estudo foi realizado na cidade de Bagé, Rio Grande do Sul, Brasil. O município de Bagé está localizado no estado do Rio Grande do Sul, na região Sul do Brasil. Apresenta uma população estimada de 116.794 habitantes, com uma área territorial de 4095,534 km², e uma densidade demográfica de 457,58 habitantes por quilômetro quadrado (IBGE, 2013).

Optou-se por realizar o estudo em Unidades Básicas de Saúde (UBSs) da zona urbana de Bagé que faziam parte da Estratégia de Saúde da Família e tinham vínculo acadêmico com a Universidade da Região da Campanha. Fizeram parte do estudo sete Unidades Básicas de Saúde. A inserção nesses cenários de pesquisa foi facilitada pelo fato de a pesquisadora conhecer a equipe que atua nessas UBSs, as quais subsidiaram a inserção nesses campos de pesquisa.

5.3 As participantes do estudo

As participantes do estudo foram 25 adolescentes grávidas no terceiro trimestre de gestação, que realizavam o pré-natal nas UBSs selecionadas para este estudo.

As adolescentes foram convidadas a participar do estudo na consulta de pré-natal, uma vez que a amostra foi intencional. O estabelecimento de um número amostral fechado é inevitável, embora secundário (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008).

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. Portanto, a presente pesquisa foi finalizada após a saturação teórica que é definida como o momento em que pouco de substancialmente 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

Adolescentes grávidas com idade entre 10 e 19 anos, no último trimestre de gestação, já que um dos pressupostos deste estudo é que nesse período a rede social poderia ser melhor percebida e descrita pela adolescente grávida; que tivesse disponibilidade de participar da pesquisa; que residisse no perímetro urbano do município de Bagé; que estivesse consciente e situada no tempo e espaço; que concordasse com a divulgação e publicação dos resultados em meios acadêmicos e científicos, como também com uso de gravador nas entrevistas.

5.5 Critérios de Exclusão

Adolescentes grávidas com alguma incapacidade cognitiva na qual a comunicação fosse inviável e adolescentes grávidas no primeiro e segundo trimestre de gestação.

5.6 Princípios Éticos

Os princípios éticos que nortearam esta pesquisa foram ancorados na Resolução nº 466/2012⁶ 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, 96 e 98⁷.

O projeto após a qualificação foi avaliado e aprovado pela Secretaria Municipal de Saúde de Bagé e liberada a Carta de Anuência.

⁶Resolução nº 466/2012: Resolução que tem como objetivo aprovar diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Essa 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

⁷ Capítulo III (dos deveres): Art. 89. Atender às 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 à 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 danos 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.

Após, foi encaminhado à Plataforma Brasil para apreciação e aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade da Região da Campanha e aprovado sob número de CAAE 34000314.2.0000.5340 (ANEXO A).

As participantes da pesquisa foram convidadas a participar do estudo e informadas individualmente acerca dos objetivos da pesquisa, dos riscos de que poderia ocorrer uma mobilização emocional em razão da temática abordada na entrevista, e caso isso ocorresse e a participante se sentisse desconfortável, ela seria encaminhada para um atendimento psicológico no serviço de Psicologia da Secretaria Municipal de Saúde de Bagé, já contatado pela pesquisadora; da liberdade de participação espontânea, anonimato das participantes, e do direito de desistência em qualquer momento da pesquisa, atitude que não implicaria em qualquer prejuízo pessoal ou no seu atendimento no serviço. Também foi informada dos benefícios diretos em participar da pesquisa que seriam a reflexão acerca do assunto em sua vida, podendo redefinir suas condutas e atitudes consigo mesma e com as pessoas do seu convívio, e a troca de informações entre a adolescente e a pesquisadora. E que os benefícios indiretos do estudo seriam fortalecer e ratificar a atenção a adolescente grávida pelos profissionais de saúde nos serviços de saúde, especialmente na atenção pré-natal.

Esclarecidas todas as dúvidas das adolescentes e de seus responsáveis e após a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A), que foi assinado pela adolescente maior de 18 e pelo responsável em caso de menores de 18 anos; e as adolescentes menores de 18 anos assinaram o Termo de Assentimento Livre Esclarecido (TALE) (APÊNDICE B). O TCLE e o TALE foram assinados em duas vias ficando uma em poder da participante e a outra com a pesquisadora.

Para garantir o anonimato, as adolescentes foram identificadas com as letras AG seguidas do número ordinal conforme a sequência das entrevistas. Os dados construídos foram exclusivamente para uso científico na área da saúde, especialmente a Enfermagem. As entrevistas foram gravadas em gravador digital, após salvas em *pendrive*, e guardadas na sala do núcleo de pesquisa da Universidade da Região da Campanha Campus Bagé-RS, sob responsabilidade da pesquisadora. As entrevistas gravadas foram apagadas após transcrição, e estas transcrições serão armazenadas pela pesquisadora em *pendrive*, por cinco anos, juntamente com o TCLE e o TALE.

Ressalta-se que o compromisso ético desta pesquisa implica na pesquisadora retornar os resultados ao serviço e às participantes envolvidas no estudo, facultando, assim, um momento de ponderação, de reflexão e de discussão acerca dos resultados desta investigação. As adolescentes serão localizadas por ligação telefônica, a partir do número de telefone informado na entrevista, e convidadas a assistir à apresentação dos resultados da pesquisa, junto com a equipe de saúde das UBSs que cederam seu espaço para a pesquisa.

O retorno dos dados para a Secretaria de Saúde do município de Bagé será por meio de relatório e apresentação dos resultados em reunião previamente acordada. Ainda, os resultados serão divulgados por meio de artigos científicos encaminhados a periódicos indexados da área de Enfermagem e/ou afins, além de resumos em eventos científicos. Almeja-se que estes resultados possam contribuir para avanços na assistência a adolescente grávida no município.

5.7 O trabalho de campo e a coleta dos dados

Ao início do período de coleta de dados, a pesquisadora entrou em contato, por telefone, com as enfermeiras das UBSs selecionadas para o estudo, solicitando informações sobre dia e hora das consultas de pré-natal e se naquelas datas teriam gestantes adolescentes agendadas. Conforme resposta positiva, a pesquisadora ia até as unidades para realizar o convite de participação na pesquisa.

O convite para participar da pesquisa foi feito pessoalmente, pela pesquisadora, às adolescentes grávidas que realizavam pré-natal nas UBSs, no período de coleta de dados, que foi de janeiro a junho de 2016. Ao serem convidadas a participar da pesquisa, foi explicitado que a entrevista seria em seus domicílios, se assim se dispusessem. Logo, assim que as adolescentes grávidas aceitavam receber a pesquisadora em suas casas, a entrevista era agendada. Caso não aceitassem no domicílio, era realizada na própria UBS.

Dentre as vinte e cinco participantes, dez optaram por agendar a pesquisa em seu domicílio e quinze responderam à pesquisa nas UBSs onde realizavam pré-natal. Dessas quinze, apenas duas optaram por não participar da pesquisa no dia da consulta, sendo agendada para outras datas e ambas compareceram no dia combinado.

Esse primeiro contato no dia da consulta de pré-natal foi facilitado pelas equipes de saúde que já conheciam a pesquisadora devido às atividades práticas do curso de Enfermagem, extensão e pesquisa nesses locais. As adolescentes grávidas eram informadas pela enfermeira durante a consulta de pré-natal que seriam convidadas a participar de uma pesquisa e que outra enfermeira/pesquisadora as aguardava na unidade e explicaria a elas sobre o que se tratava o estudo. Todas as participantes abordadas aceitaram participar do estudo.

Nas UBSs, foi reservada uma sala que no momento das entrevistas não estava sendo utilizada, promovendo maior privacidade possível às participantes. Àquelas que estavam acompanhadas na consulta de pré-natal, foi explicitado ao familiar que a entrevista era individual. As entrevistas em domicílio foram realizadas na sala e também na cozinha das residências. Em uma entrevista no domicílio, teve interrupções, pelo fato da gestante estar acompanhada do filho mais novo, ainda bebê. As entrevistas tiveram média de duração de 30 minutos.

A coleta de dados se deu por meio da construção do Mapa Mínimo das Relações (MMR) (ANEXO C) e de uma entrevista semiestruturada (APÊNDICE C).

O Mapa Mínimo das Relações (MMR) vem dividido em quatro quadrantes que são: 1- a família; 2- as amizades; 3- as relações de trabalho ou estudo; 4- as relações comunitárias, de serviço ou credo (SLUZKI, 2010).

Na dimensão desses quadrantes, apresentam-se três áreas classificadas por um *círculo interno* que corresponde às relações íntimas geralmente sendo familiares com contato cotidiano e amigos próximos; um *círculo intermediário* que são as relações pessoais com menor grau de compromisso, tais como familiares intermediários, relações sociais ou profissionais com contato pessoal, porém sem intimidade; e por último um *círculo externo* de conhecimentos e relações ocasionais, por exemplo, conhecidos do trabalho ou escola, bons vizinhos, familiares distantes (SLUZKI, 1997).

A entrevista semiestruturada foi a estratégia utilizada para a coleta de dados. Essa técnica foi composta por questões norteadoras pela temática escolhida. Optou-se pela entrevista semiestruturada em função dela possibilitar o estabelecimento de uma comunicação verbal, importante para compreender os fenômenos estudados e também por ser uma forma de coleta de informações sobre determinado tema científico (MINAYO, 2013).

A coleta dos dados iniciou com a construção do MMR e posteriormente a entrevista semiestruturada. Acredita-se que a utilização do MMR, inicialmente, possibilitou aproximação entre pesquisadora e participante, uma vez que a construção deste pode assinalar um caráter lúdico à entrevista. Além disso, o MMR possibilitou a identificação das pessoas que compõem a rede social da adolescente grávida, as características estruturais, as funções da rede e o atributo dos vínculos formados.

Para a coleta dos dados, com todas as participantes, cada encontro decorreu seguindo três momentos, logo após a chegada e cumprimentos informais entre a pesquisadora e participantes do estudo:

1. Inicialmente as participantes foram convidadas a identificar sua rede social de apoio por meio das seguintes questões: coloque seu nome no centro da folha em branco; inclua à sua volta as pessoas que você considera importante; acrescente os serviços ou pessoas da sua comunidade que auxiliam você nesse momento da gestação.

2. A realização dessa atividade subsidiou o segundo momento, caracterizado pela discussão dos conceitos de rede, apoio e rede social, a partir do conhecimento da adolescente grávida, e teorizado pelas concepções de Sluzki (2010) sobre o tema para que não confundisse a proposta de rede social da pesquisa com as redes sociais de internet (Instagram, Facebook...).

3. No terceiro momento, as adolescentes grávidas responderam às questões da entrevista semiestruturada. Foi explicitado que a entrevista deveria ser individual com cada participante, não tendo sido realizada entrevista com participantes acompanhadas.

5.8 Análise e interpretação dos dados

As informações que as participantes trouxeram em seus MMR foram apresentadas conforme orienta Sluzki (2007) e descritas pela pesquisadora tal qual o relato das participantes.

Os dados das entrevistas foram analisados por meio da análise de conteúdo que permitiu identificar os significados, possibilitando construir as chamadas “unidades de codificação” que, posteriormente, formaram as categorias do estudo nas quais estarão presentes as significações com maior frequência (BARDIN, 2011).

Optou-se por esse tipo de tratamento dos dados, por admitir a identificação nas falas das participantes, dos significados condizentes com as representações sociais que as adolescentes grávidas apontam em relação às suas redes sociais de apoio durante a gravidez, além de possibilitar a identificação de como essas redes são tecidas.

A operacionalização da análise de conteúdo abrangeu três etapas, assim dispostas: pré-análise; exploração do material; tratamento e interpretação dos resultados obtidos (BARDIN, 2011).

Pré-análise: objetivou operacionalizar e sistematizar as ideias presentes no depoimento para apreensão do todo. Nesta fase, retomou-se os pressupostos e os objetivos iniciais da pesquisa, perante o que foi coletado nas entrevistas semiestruturadas.

Exploração do material: consistiu em identificar nas falas as unidades de significado para codificação e transformação dos dados brutos para compreensão do depoimento, que é essencial para a fase posterior. Nesta etapa, os dados foram classificados de forma a identificar ideias centrais e aspectos relevantes. Foi uma fase classificatória que objetivou alcançar o núcleo de compreensão do texto por meio da formulação de categorias

Tratamento dos resultados: visou agrupar as unidades de significado de acordo com sua semelhança.

Nesta fase, os dados foram discutidos, fazendo-se uma aproximação com os autores da revisão de literatura e com foco na Teoria das Representações Sociais e reflexões da autora deste estudo.

A partir da análise temática definiu-se o tema: “O encontro com o empírico: construindo as representações sociais das participantes sobre suas redes de apoio” e aos subtemas “O apoio ancorado nas relações afetivas maternas”; “Relações de apoio”; “Os profissionais de saúde como membro da rede de apoio” e “As representações sociais das formas de apoio recebido pelas adolescentes grávidas”.

6 Apresentação e Discussão dos Resultados

6.1 Caracterização das participantes

A caracterização das participantes se deu a partir dos dados coletados na primeira parte da entrevista semiestruturada composta pelas informações sociodemográficas com os itens: idade, idade do pai da criança, idade gestacional, menarca, sexarca, número de filhos, número de abortos, estado civil, escolaridade, etnia, religião e as informações socioeconômicas (profissão, renda familiar, número de pessoas que moram no domicílio).

A idade das participantes variou entre 12 e 19 anos, e o pai da criança entre 16 e 30 anos. No estudo de Andrade et al. (2014), os resultados evidenciaram que as 22 adolescentes investigadas encontravam-se na faixa etária que compreende os 15 aos 17 anos de idade. Rosa et al. (2014) observaram em seu estudo que a faixa etária das 181 puérperas adolescentes entrevistadas predominou entre 17 a 19 anos (76,8%), seguidos da faixa de 12 aos 17 anos (21,5%).

As adolescentes grávidas estavam entre 28 e 40 semanas de gestação, em vista de um dos critérios de inclusão estar no terceiro trimestre de gestação.

Um importante aspecto levantado neste estudo refere-se a antecedentes ginecológicos e sexuais das adolescentes. A idade da menarca constitui-se nos dias de hoje um importante indicador na análise da saúde reprodutiva[. Sabe-se que nos últimos decênios, a idade da menarca tem sido cada vez mais precoce (PEDRO FILHO et al., 2011). No presente estudo, chama a atenção que no grupo total, a idade da menarca predominou de 9 e 14 anos, em consonância com relatos da literatura (QUEIROZ et al., 2014; ROSA et al. 2014). A menarca é apontada como fenômeno capaz de estimular o início da atividade sexual, já que o corpo da jovem vai adquirindo características de amadurecimento, tornando-se apta a conceber (PEDRO FILHO et al., 2011). Outros estudos mostram que a diminuição da idade da menarca pode estar associada às mudanças no contexto ambiental, a fatores genéticos e a variáveis como

etnia, nível socioeconômico e condição nutricional (CARVALHO et. al., 2007; PAIVA et al., 2008).

Ao lado da ocorrência precoce da menarca, as adolescentes têm tido sua iniciação sexual cada vez mais precoce (MOURA et al., 2011). A idade da menarca no presente estudo foi semelhante ao encontrado por Rodrigues e Jardim (2012) entre 10 e 17 anos. O perfil gineco-obstétrico das puérperas reafirma que além da menarca estar sendo antecipado, o início da atividade sexual também está ocorrendo de forma precoce, isto é, em torno dos 15 anos de idade, igualando-se assim aos resultados apontados em outras investigações (PERETTO et al., 2011).

Três participantes estavam na segunda gestação sendo que uma delas sofreu abortamento prévio. Outra estava na terceira gestação, tendo um filho vivo e um abortamento anterior. As demais participantes eram primigestas. A maioria das gestantes participantes neste estudo foi composta por primigestas. Estando em consonância com o estudo de ROSA et al. (2014), das 145 puérperas adolescentes participantes do estudo, 60 eram primigestas.

Quanto ao estado civil, 10 participantes referiram ser casadas e 15 afirmaram ser solteiras. Rosa et al. (2014), Bruno et al. (2009) e Queiroz et al. (2014) descreveram que 76,8%, 68,4% e 79,6% das adolescentes encontravam-se em união consensual, respectivamente. Resultados divergentes do presente estudo, Magalhães et al. (2005) quanto ao estado conjugal, demonstraram que existe uma proporção maior de gestantes sem parceiros entre as adolescentes grávidas. Campos et al. (2013) encontraram uma prevalência superior (62,2%) de gestantes adolescentes solteiras ou sem conviver com o companheiro.

O grande número de uniões consensuais pode ser em consequência da gravidez, demonstrando que pode existir uma pressão social para que o casal formalize uma união e passe a conviver sob o mesmo teto, mesmo sem oficializar o casamento.

Quanto à ocupação, 11 afirmaram ser do lar, oito eram estudantes e seis adolescentes grávidas trabalhavam. Quanto à escolaridade, 13 participantes referiram ter ensino fundamental incompleto, duas concluíram o ensino fundamental, sete tinham ensino médio incompleto e três, ensino médio completo. Santos et al. (2009) mencionaram que o perfil das adolescentes grávidas assistidas no setor público de Indaiatuba (SP) engloba jovens de baixa nível de escolaridade, com alto índice de evasão escolar. Para Carvacho et al. (2008) descreveram que das adolescentes que

havam iniciado ensino fundamental, quase metade não concluíram, 63% das adolescentes já tinham interrompido a formação escolar e a maioria não tinham trabalho remunerado, situações semelhantes a encontrada neste estudo com alto índice de evasão escolar. Rosa et al. (2014) quanto à escolaridade, demonstram que das 181 puérperas adolescentes participantes do estudo, 80,1% não frequentavam a escola. Rosa et al. (2014) mostram que 36,4% das puérperas adolescentes abandonaram as escolas motivadas pela gestação, 23,5% referiram o abandono por vontade própria e 4,8% devido à mudança de cidade que dificultou a adaptação à nova escola e nenhuma relatou ser incentivada pela família a permanecer estudando. Queiroz et al. (2014) relataram que 54% já haviam cursado o ensino fundamental, sendo que 9,02% haviam concluído o ensino médio.

A gestação na adolescência leva a interrupção precoce da escolaridade, dificulta tanto a inserção futura das adolescentes no mercado de trabalho quanto a obtenção de emprego com melhor remuneração, gerando assim um processo de reprodução da pobreza (GAMA; SZWARCOWALD; LEAL, 2002).

Referente aos aspectos étnicos, cinco participantes declararam a cor da pele morena, sete a cor branca, seis a cor negra e sete a cor parda. Em relação a raça, a maioria das adolescentes desta investigação se definiram como pardas e brancas, dados semelhantes ao estudo de Muniz (2010) e Santos et al. (2008). Assim como neste estudo, na pesquisa de Rosa et al. (2014) grande parte das participantes se auto atribuíram de cor branca 60,8%, podendo ser justificado pelo local de realização da pesquisa, no sul do país, onde existe um predomínio de descendência europeia, assim como neste presente estudo. Importante relatar que no momento da entrevista em nossa pesquisa foi questionado como elas se percebiam em relação a sua cor/raça.

Percebe-se que após a confirmação da gravidez, a interrupção dos estudos é frequente, a pretensão em voltar a estudar, apesar de ser um desejo da grande maioria das adolescentes parece uma realidade cada vez mais distante, em uma população com baixa renda, uniões nem sempre estáveis, pouca idade, em sua maioria sem atividade remunerada e devido às mudanças na vida social, ficam estagnadas na mesma situação reiniciando o ciclo das futuras gerações.

Em relação à religião, 12 participantes afirmaram ser evangélicas e 13 referiram crer no catolicismo. A influência da religião e da religiosidade na fecundidade das adolescentes brasileiras vem sendo documentada em vários estudos. Ogland et al.

(2011), por exemplo, sugerem que, em 2006, as adolescentes com alguma filiação religiosa tinham menor chance de ter um filho na adolescência do que aquelas sem filiação religiosa. Já McKinnon et al. (2008) mostram que a maioria das protestantes brasileiras tem menor chance de ter filhos na adolescência se comparadas às católicas, sugerindo que as igrejas protestantes parecem ser mais eficientes em desencorajar o sexo pré-marital. De qualquer forma, as doutrinas religiosas criam a expectativa de que pessoas seguidoras dessas religiões terão posturas igualmente restritivas com relação ao sexo pré-marital. Logo, é também de se esperar que o grau de conservadorismo seja diretamente proporcional à intensidade da religiosidade, não apenas da denominação religiosa.

A renda familiar variou entre R\$ 800,00 e R\$ 1800,00. O valor de até $\frac{1}{2}$ salário mínimo per capita para dimensionar uma situação de baixa renda tem sido bastante utilizado por estudiosos e por gestores de vários programas sociais, muito embora os reajustes do salário mínimo, nos últimos anos, tenham ocorrido acima da inflação observada (IBGE, 2010). Queiroz et al. (2014) encontraram que 90,4% das adolescentes possuíam até um salário mínimo de renda familiar, sendo que 13,3% delas exerciam atividade remunerada, demonstrando claramente uma população com situação econômica inferior a deste estudo.

Na residência em que viviam, moravam entre duas e sete pessoas da família. Estes resultados são vistos em alguns estudos (PINTO et al., 2005) que encontraram que 47,8% das famílias destas adolescentes são compostas por pelo menos quatro pessoas.

Apresenta-se a seguir, um quadro para melhor visualização das características de cada participante.

Participante	Idade	Idade do pai da criança	IG	Menarca	Sexarca	Nº de filhos	Nº de aborto	Estado civil	Escolaridade	Etnia	Religião	Profissão	Renda	NPD
AG1	17	27	28	12	15	0	1	Casada	EMI	M	EV	Do lar	1400,00	2
AG2	16	19	29	10	13	0	0	Solteira	EFI	B	C	Do lar	1000,00	3
AG3	19	23	30	09	12	1	0	Solteira	EM	B	C	Balconista	1200,00	3
AG4	18	22	29	10	14	0	0	Solteira	EMI	N	C	Estudante	800,00	6
AG5	18	20	39	11	12	1	0	Casada	EMI	P	C	Do lar	900,00	3
AG6	17	21	36	12	14	0	0	Casada	EMI	M	C	Do lar	1250,00	7
AG7	18	21	40	15	15	0	1	Casada	EMI	M	EV	Do lar	850,00	3
AG8	18	21	29	12	16	0	0	Casada	EM	P	EV	Vendedora	2000,00	4
AG9	17	20	31	11	11	1	0	Solteira	EFC	B	C	Telefonista	1800,00	4
AG10	16	24	31	11	12	0	0	Casada	EMI	B	EV	Manicure	1600,00	4
AG11	17	29	32	12	15	0	0	Solteira	EFI	B	EV	Do lar	1000,00	3
AG12	15	16	28	13	13	0	0	Solteira	EFI	N	EV	Do lar	800,00	6
AG13	17	19	36	10	16	0	0	Solteira	EFI	P	EV	Faxineira	900,00	3
AG14	16	24	39	11	14	0	0	Solteira	EFI	B	EV	Estudante	1000,00	4
AG15	17	20	39	14	15	0	0	Solteira	EFC	N	EV	Estudante	1200,00	5
AG16	13	26	33	10	12	0	0	Casada	EFI	N	C	Do lar	1300,00	3
AG17	18	30	29	12	17	0	0	Casada	EM	N	EV	Vendedora	1000,00	4
AG18	13	26	30	11	13	0	0	Casada	EFI	P	C	Estudante	800,00	6
AG19	15	24	31	11	13	0	0	Solteira	EFI	P	C	Estudante	900,00	5
AG20	12	20	30	09	10	0	0	Solteira	EFI	P	EV	Do lar	1300,00	3
AG21	19	21	33	10	13	1	1	Solteira	EM	N	EV	Do lar	1200,00	5
AG22	15	22	32	10	15	0	0	Solteira	EFI	B	C	Estudante	900,00	2
AG23	13	29	34	11	13	0	0	Casada	EFI	P	C	Estudante	1600,00	5
AG24	12	27	29	11	11	0	0	Solteira	EFI	M	C	Estudante	1300,00	3
AG25	14	24	36	13	14	0	0	Solteira	EFI	M	C	Do lar	800,00	5

Quadro 1 – Caracterização das participantes entrevistadas. Bagé, Rio Grande do Sul, 2017. Legenda: AG- Adolescente Grávida; IG-Idade Gestacional; NPD- Número de pessoas no domicílio; EFI- Ensino Fundamental Incompleto; EFC- Ensino Fundamental Completo; EMI- Ensino Médio Incompleto; EMC- Ensino Médio Incompleto; ES; Morena- M; Branca-B; Negra-N; Parda-P; EV-Evangélica; C- Católica.

6.2 O Mapa Mínimo das Relações das participantes

A seguir serão apresentadas as figuras correspondentes ao Mapa Mínimo de Relações elaborado por cada participante (Figura 1 a Figura 25). Para melhor identificação das pessoas que constituem o MMR das adolescentes grávidas, utilizou-se uma legenda numérica em cada uma delas.

Além disso, salienta-se que as participantes são representadas em todos os MMR pelo centro dos quadrantes, pelo círculo preto. Inicialmente, durante as entrevistas, elas mencionaram não terem ajuda de muitas pessoas, porém, no decorrer das questões, foram lembrando episódios e pessoas que lhe ofereceram alguma forma de apoio. Entretanto, a construção do MMR revelou poucas relações.

Anterior a cada MMR, há uma pequena descrição da autora com informações interpretadas a partir das falas das participantes. As representações sociais sobre as redes de apoio de cada uma foram analisadas separadamente, conjugando a técnica do MMR e da entrevista semiestruturada para, em seguida, buscar os consensos e dissensos de tal vivência.

Os MMR das Adolescentes Grávidas

AG1 destaca o marido como a pessoa mais próxima nesse momento da sua vida, sendo o pai alguém que participa, porém em menor grau. Não cita outras pessoas. Diferente das demais participantes, não cita nenhuma mulher que componha sua rede de apoio. No momento de relacionar sua rede, foi bem determinada ao citar apenas essas duas pessoas. Cita o pai e o marido como apoio emocional e financeiro.

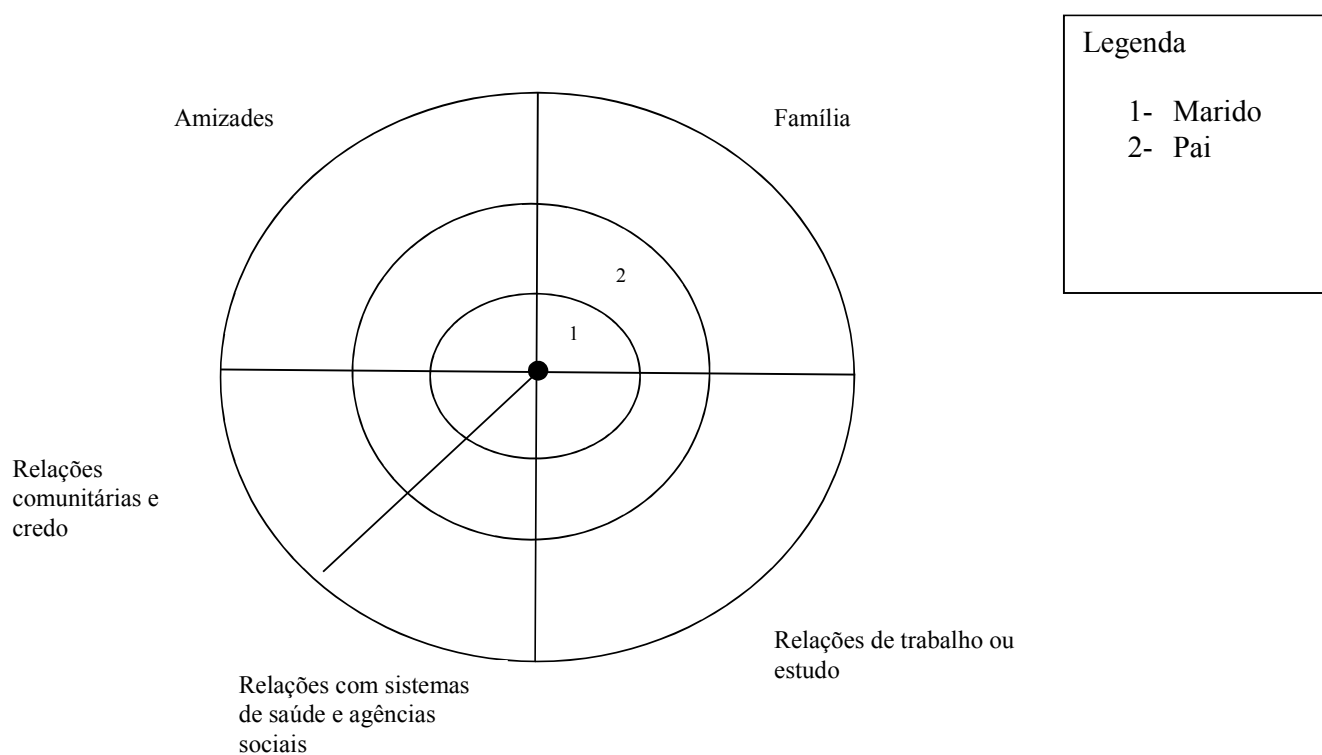


Figura 1- Mapa Mínimo das Relações da AG1. Bagé, Rio Grande do Sul, 2017.

A AG2 reside, atualmente, na casa dos sogros que a acolheram desde a descoberta da gravidez e são as pessoas consideradas mais próximas nesse momento. A sua família, mãe e irmãos, está situada nas relações mais distantes, mas também atribui isso pelo fato de não residir com eles e morarem em outro bairro. O namorado está nas relações intermediárias, pois, segundo ela, não participa como deveria desse momento. A enfermeira é citada também como relação intermediária. A AG2 destaca que a profissional é muito presente na sua gestação e que troca até mensagens de *WhatsApp* retirando dúvidas sobre o período gestacional.

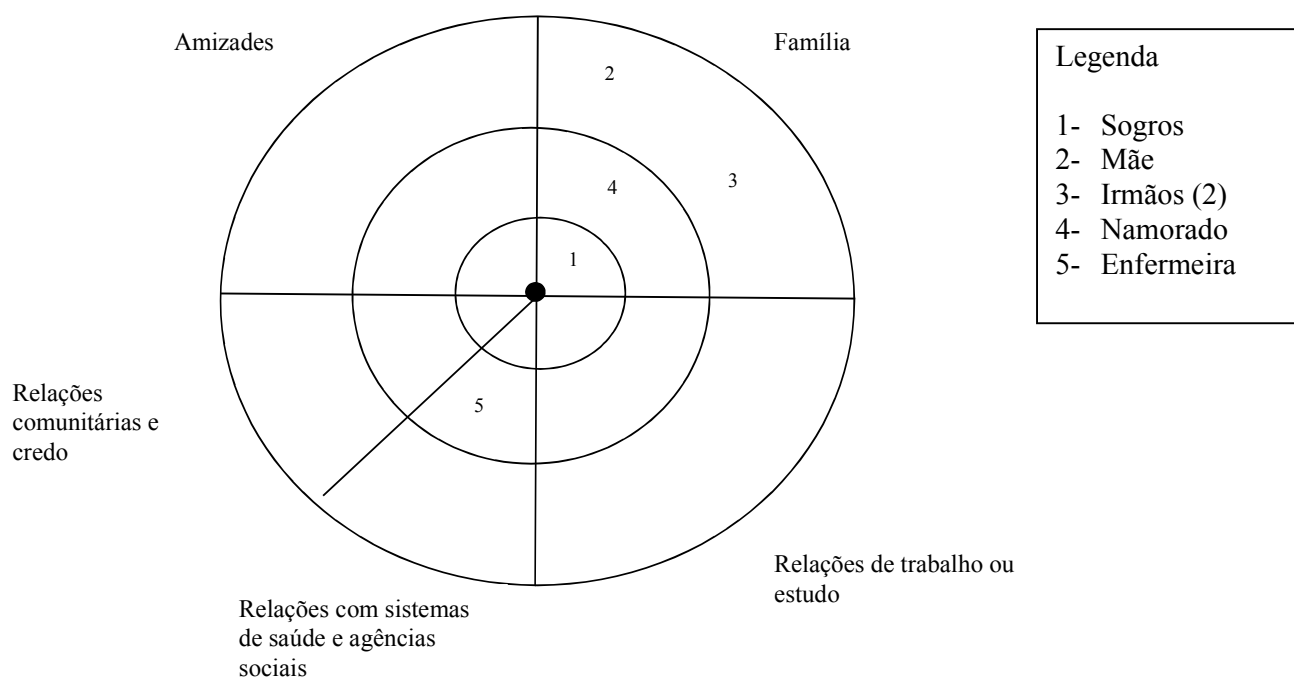


Figura 2- Mapa Mínimo das Relações da AG2. Bagé, Rio Grande do Sul, 2017.

A participante AG3 tem um filho de 2 anos, mas não quis incluí-lo no MMR, embora tenha citado que ele é muito amado e não há diferença entre os filhos, porém, este filho não demonstra apoio ou qualquer reação diante da gravidez, uma vez que, segundo ela, ele não entende ainda. O pai e a mãe estão nas relações intermediárias de apoio. O namorado é a pessoa de maior proximidade e apoio, participando ativamente da gestação. AG3 trabalha em uma loja e refere uma colega de trabalho, que também é mãe adolescente, como alguém que a apoia e esclarece dúvidas em muitos momentos. Também a enfermeira da UBS aparece nas relações de apoio intermediárias, destacando que foi muito acolhida desde o início do pré-natal.

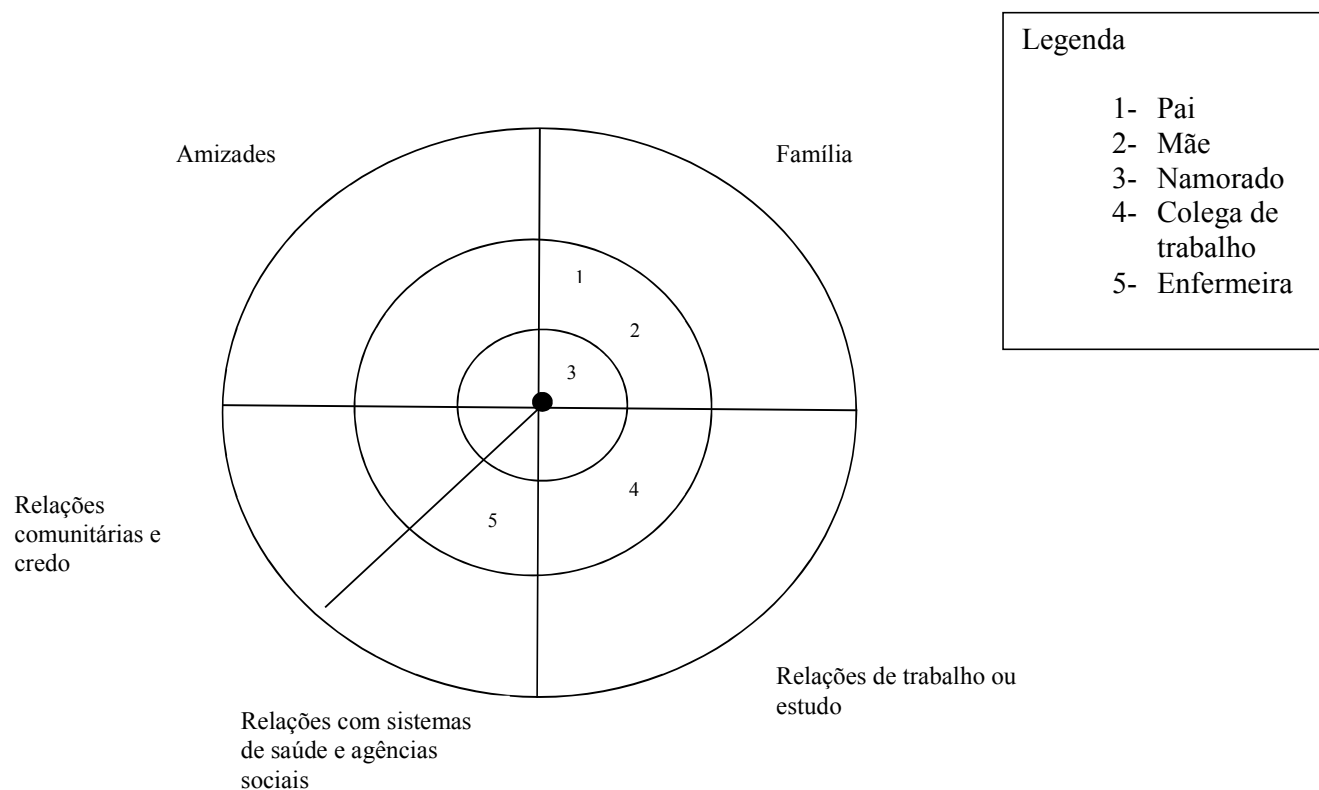


Figura 3- Mapa Mínimo das Relações da AG3. Bagé, Rio Grande do Sul, 2017.

A participante AG4 não comenta receber apoio dos membros da sua família, mas cita uma amiga, sua professora de português na escola e a enfermeira que realiza o pré-natal como relações de apoio mais distantes. AG4 refere sentir-se um pouco sozinha nesse momento e não ter o apoio de seus pais, nem do pai da criança.

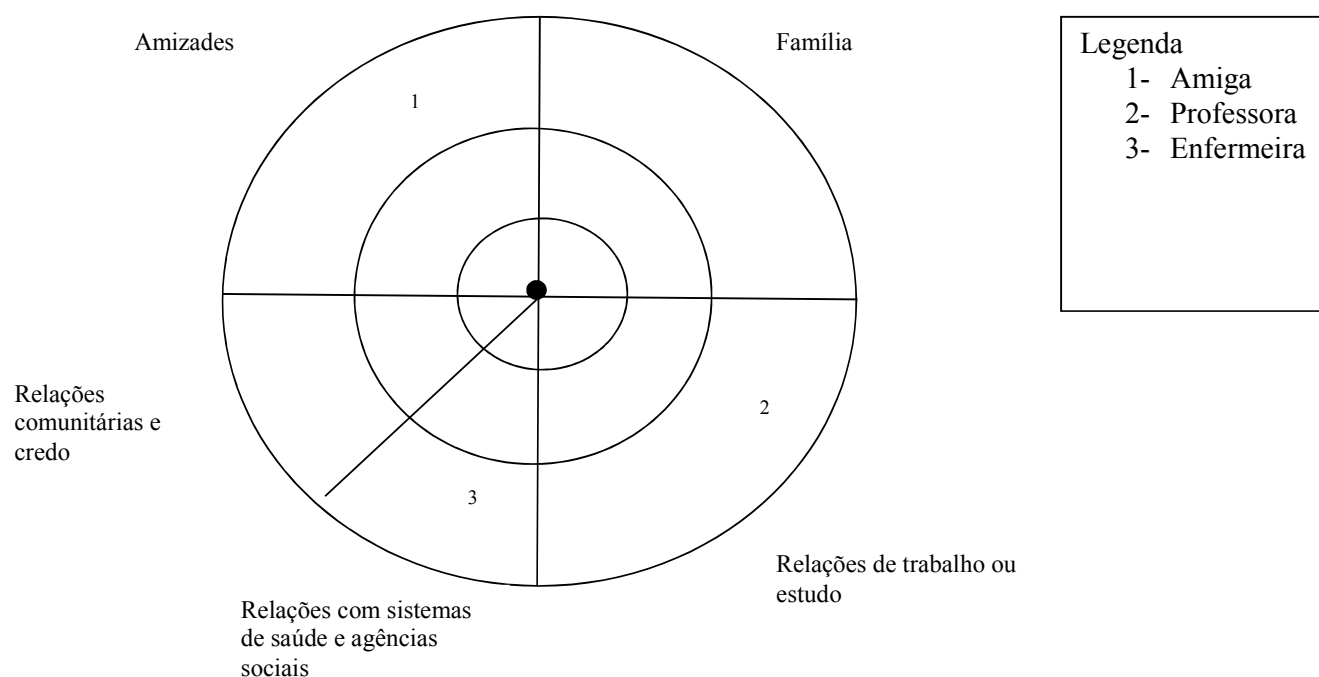


Figura 4- Mapa Mínimo das Relações da AG4. Bagé, Rio Grande do Sul, 2017.

A participante AG5 relatou que todas as suas relações de apoio são distantes e que não se sente amparada, mas por depender financeiramente dos pais, acaba tendo apoio financeiro e custeio das despesas por parte deles e da sogra. Cita o agente de saúde que tem o papel de lembrá-la das consultas, senão iria esquecer.

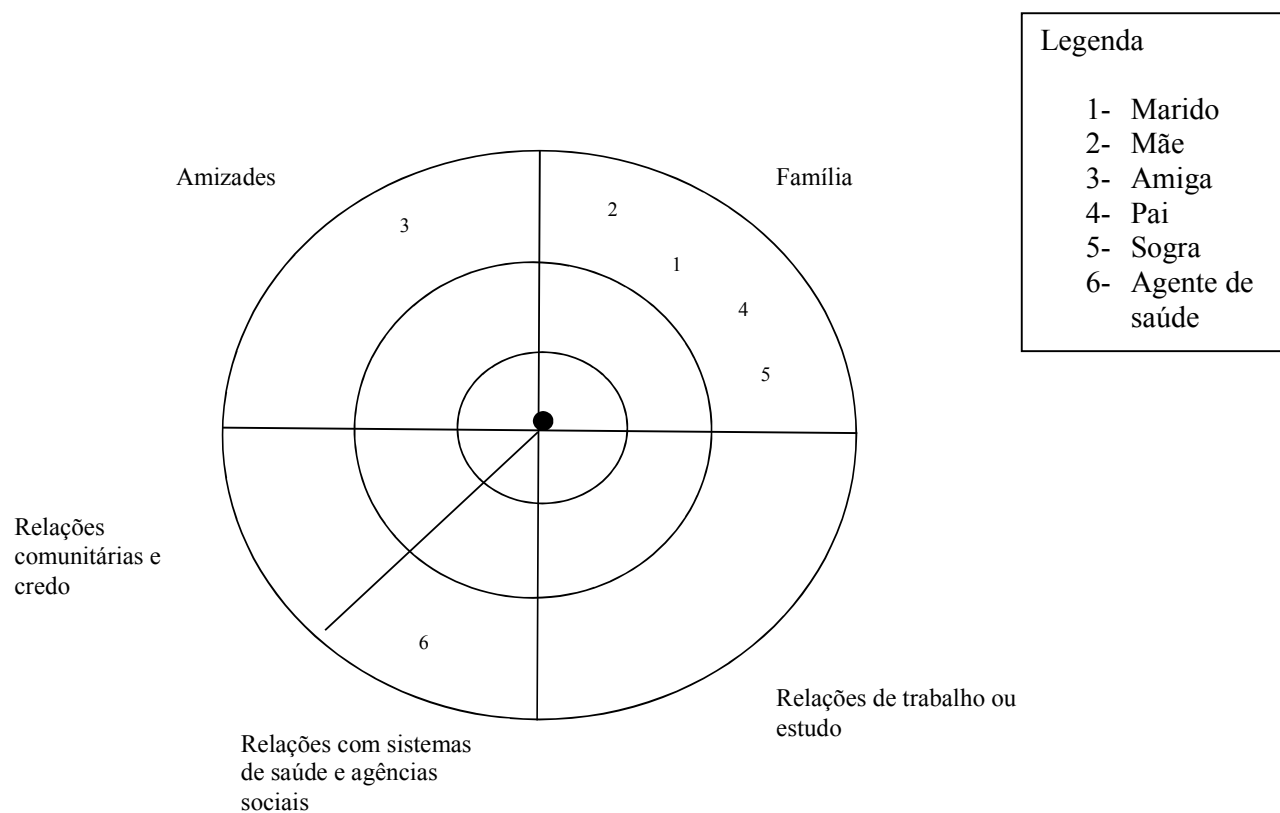


Figura 5- Mapa Mínimo das Relações da AG5. Bagé, Rio Grande do Sul, 2017.

A AG6 inclui a enfermeira que a acompanha no pré-natal, a mãe e o marido no círculo das pessoas que mais lhe oferecem apoio na gestação. As amigas são citadas como pessoas que prestam um apoio relativo, não se fazendo presentes em alguns momentos. O pai, a avó e a tia, que também é madrinha, estão nas relações mais distantes, mas de certa forma oferecem algum suporte.

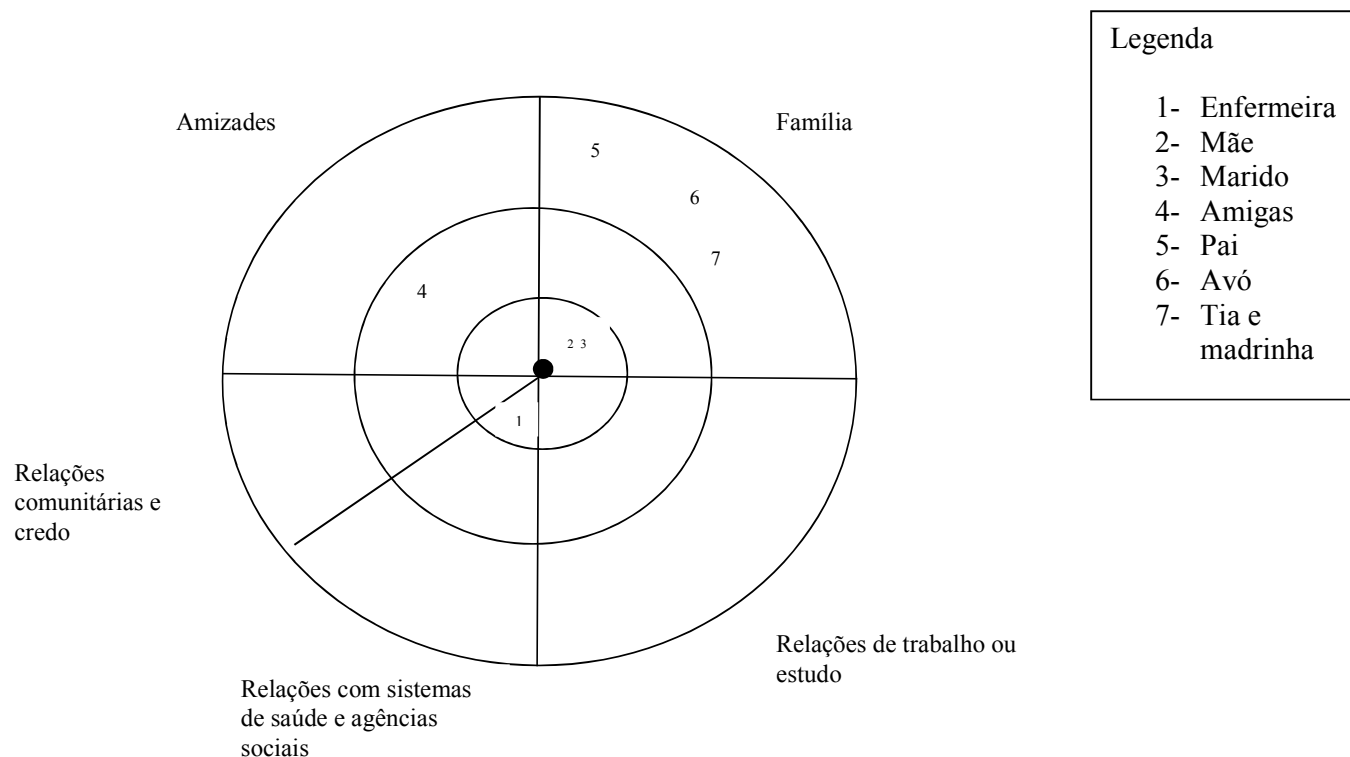


Figura 6- Mapa Mínimo das Relações da AG6. Bagé, Rio Grande do Sul, 2017.

Para AG7, as pessoas que foram citadas se mantêm distantes, porém oferecem algum apoio em certos momentos. A mãe, as amigas, a enfermeira da UBS e a sogra são lembradas na sua rede de apoio. Não cita nenhuma pessoa como próxima nesse momento.

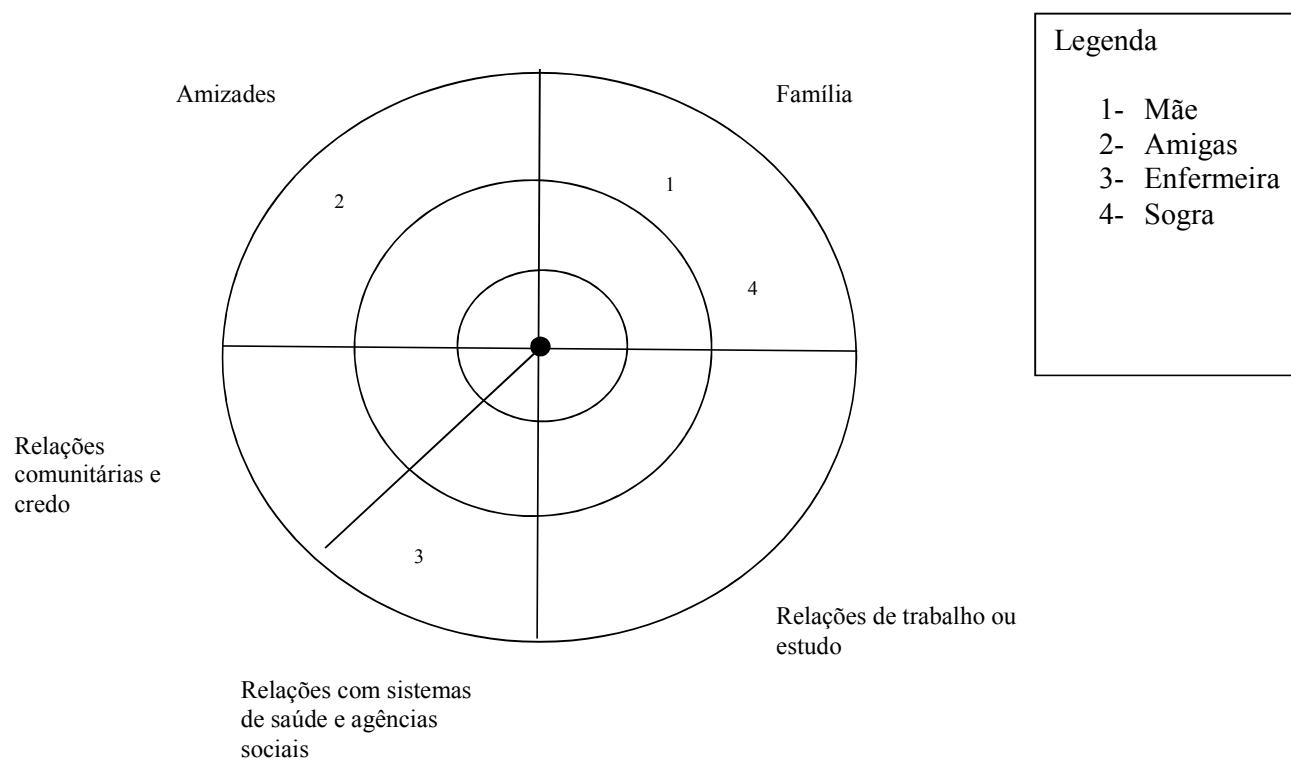


Figura 7- Mapa Mínimo das Relações da AG7. Bagé, Rio Grande do Sul, 2017.

Para AG8, as amigas e a sogra são pessoas com quem pode contar nesse momento da gestação. Foram lembradas imediatamente quando questionada a respeito da sua rede de apoio. A avó foi citada como alguém que presta apoio, porém nem sempre está por perto. A mãe e a tia estão nas relações mais distantes. Apenas mulheres compuseram a rede de AG8.

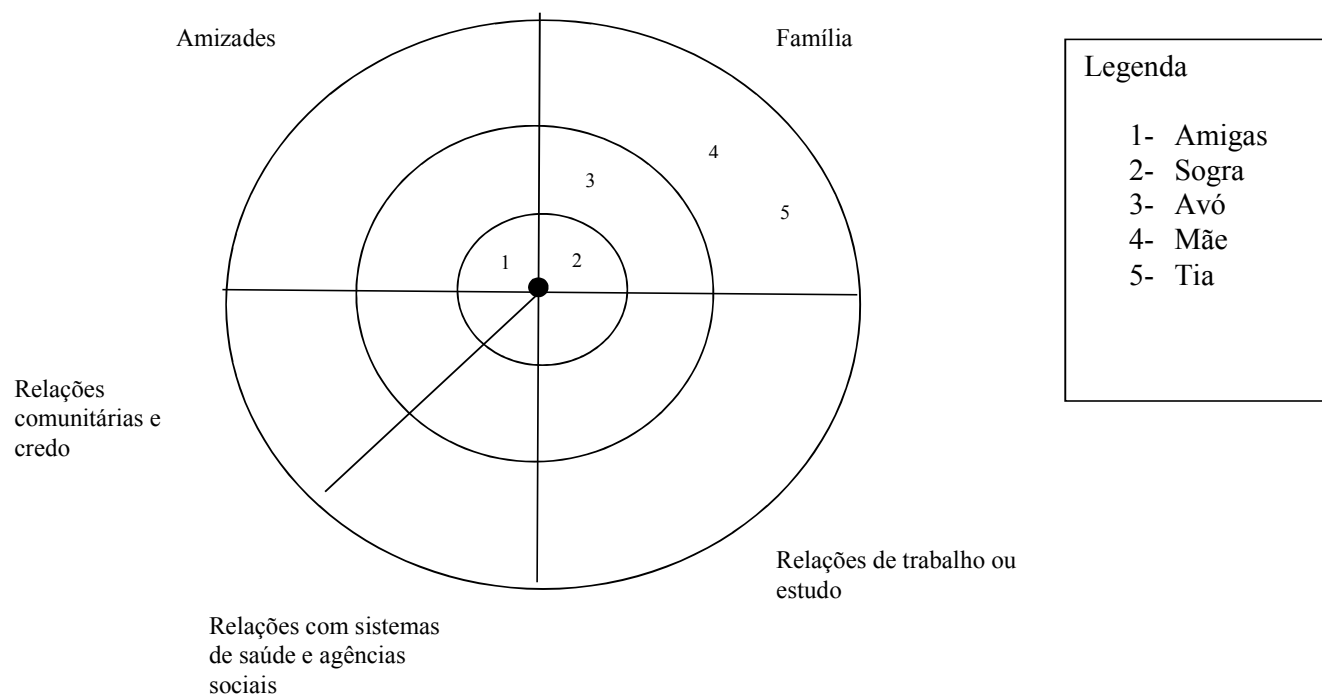


Figura 8- Mapa Mínimo das Relações da AG8. Bagé, Rio Grande do Sul, 2017.

AG9 cita a enfermeira que a acompanha no pré-natal como a pessoa que mais lhe presta suporte na gestação. A mãe, as amigas, o marido, o pai e uma colega são citados como pessoas que prestam suporte eventual. AG9 destaca que essas pessoas, mesmo prestando apoio eventual, a ajudam muito.

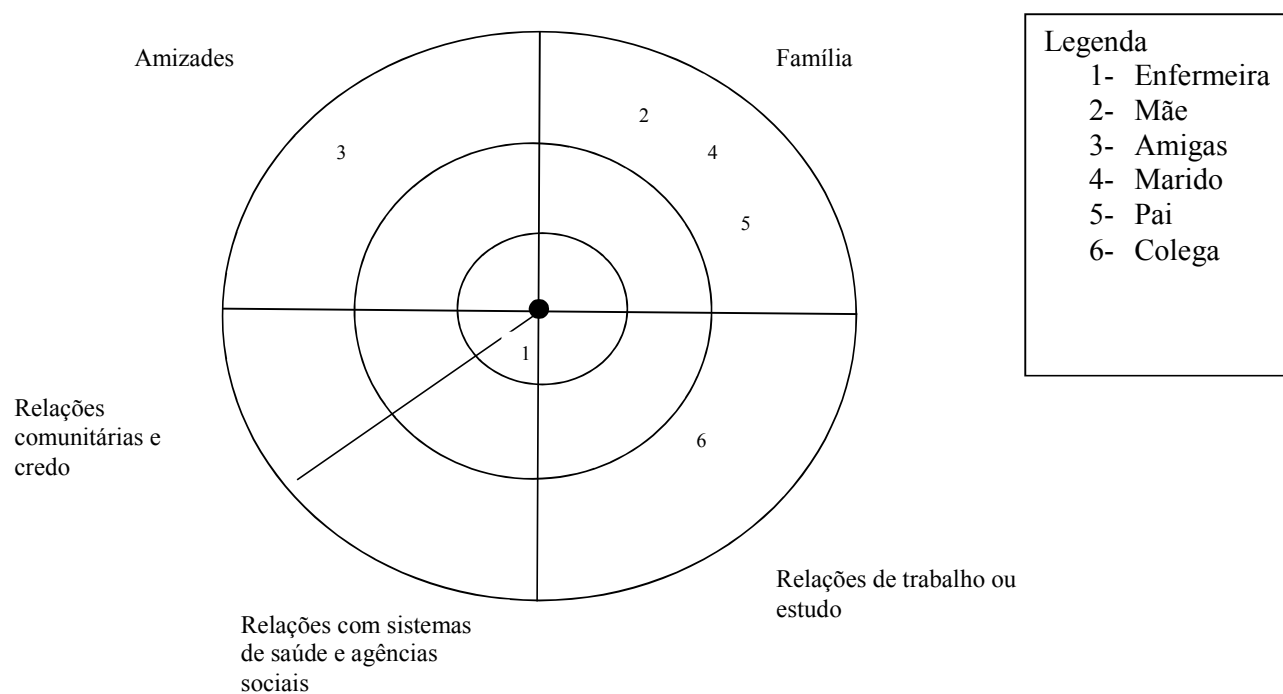


Figura 9- Mapa Mínimo das Relações da AG9. Bagé, Rio Grande do Sul, 2017.

AG10 cita sua irmã com apoio bem próximo, a sogra presta apoio em alguns momentos, portanto está nas relações intermediárias; já o marido, a mãe e as amigas foram citados como relações mais distantes. O marido, segundo ela, não se envolve muito com a gravidez, nem no pré-natal, e nunca frequentou os grupos. A mãe, que mora em outra cidade, telefona eventualmente e isso faz com que se sinta triste. As amigas se afastaram um pouco, pois estão vivendo um momento de festas e baladas, que, segundo ela, é muito diferente do que quer para si, pois desejava ser mãe.

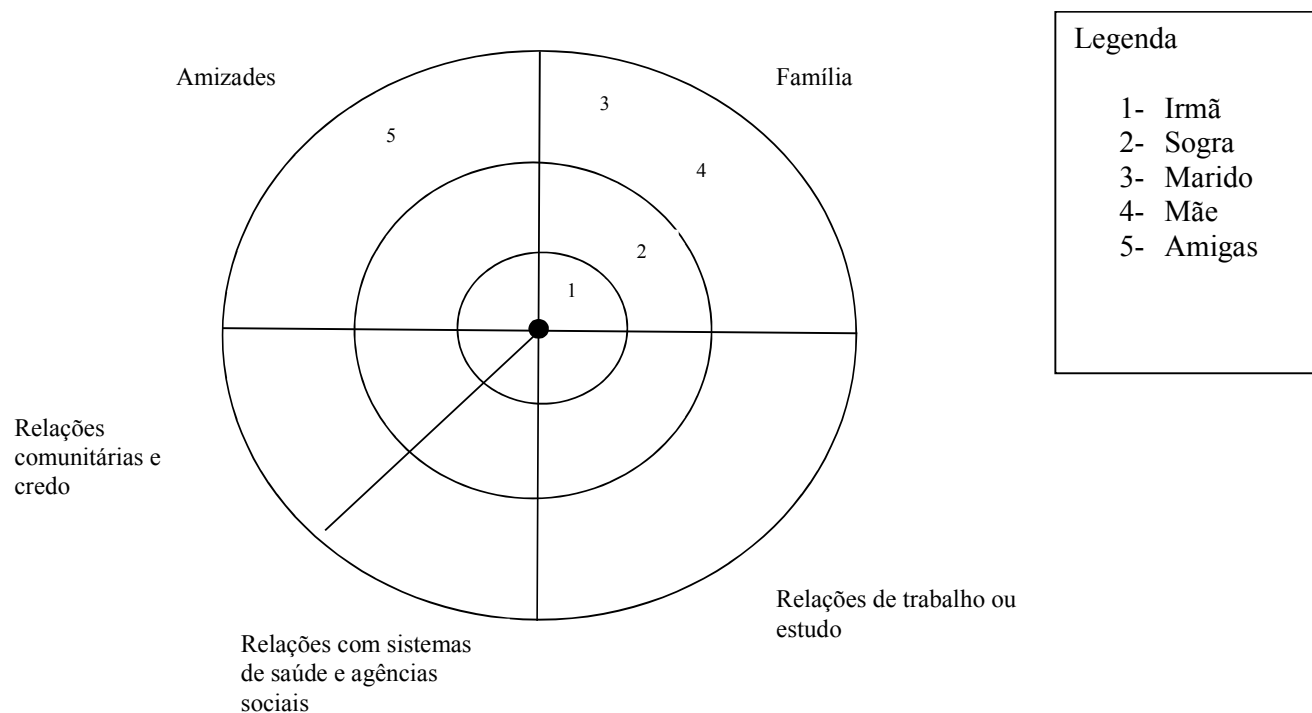


Figura 10- Mapa Mínimo das Relações da AG10. Bagé, Rio Grande do Sul, 2017.

AG11 tem uma amiga que é como irmã, que inclusive será a madrinha da sua filha. Essa amiga a acompanha nas consultas e se preocupa constantemente com ela. A enfermeira com quem realiza pré-natal é atenciosa, generosa e muito amiga. Ela sabe que pode contar com essa profissional a qualquer momento, quando tem dúvidas sempre é atendida por essa enfermeira. A ACS parece bem preocupada com sua saúde, segundo afirma, está sempre lembrando data de exames, consulta, grupos e acompanha a saúde de toda a sua família. A irmã e a mãe residem em outro bairro, mas sempre que podem estão por perto ajudando com as tarefas da casa, arrumando o quarto do bebê.

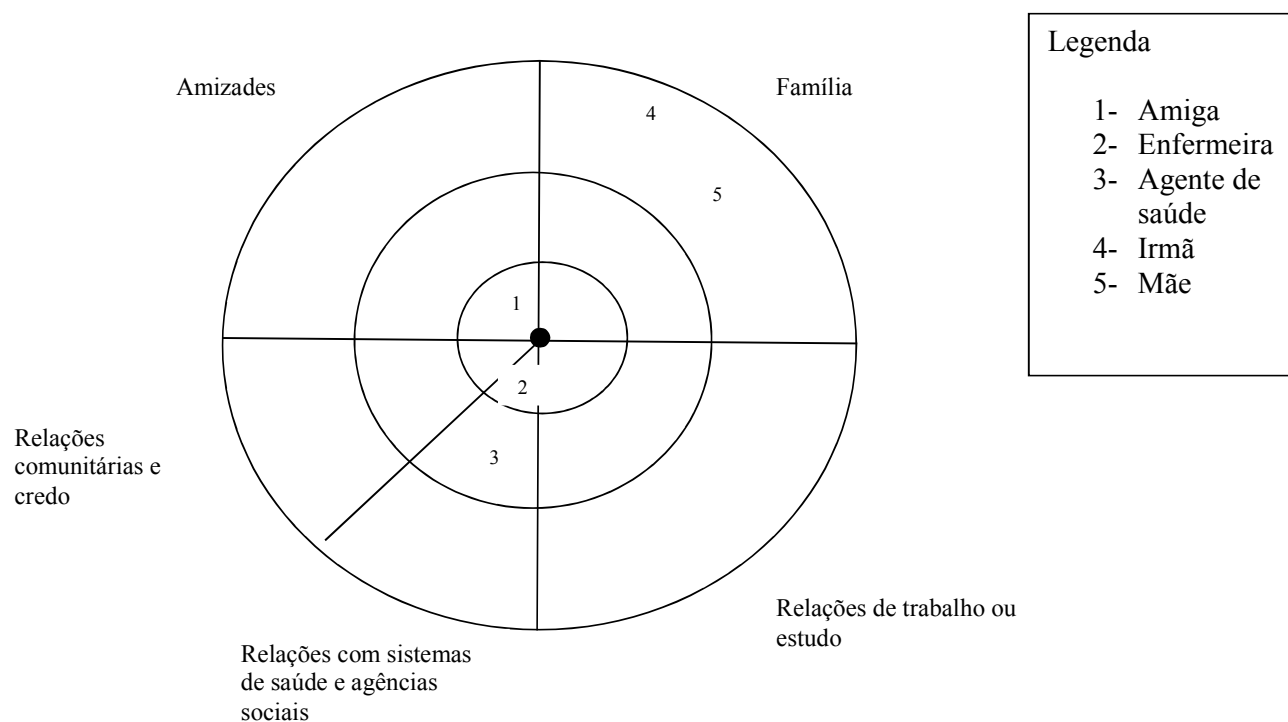


Figura 11- Mapa Mínimo das Relações da AG11. Bagé, Rio Grande do Sul, 2017.

AG12 revela que se sente sozinha e que as pessoas lhe oferecem alguma forma de apoio, mas não o que gostaria. Refere que queria sentir-se mais especial e que ninguém consegue fazê-la sentir-se assim. Aponta todas as pessoas em sua rede, como um apoio eventual; destaca que sua vizinha e amiga e a enfermeira do pré-natal são as pessoas que mais conversam e que não fazem parte da família. Revela que se sente pouco apoiada e que o pouco apoio que recebe é visto quando as pessoas lhe perguntam como está e como vai o bebê.

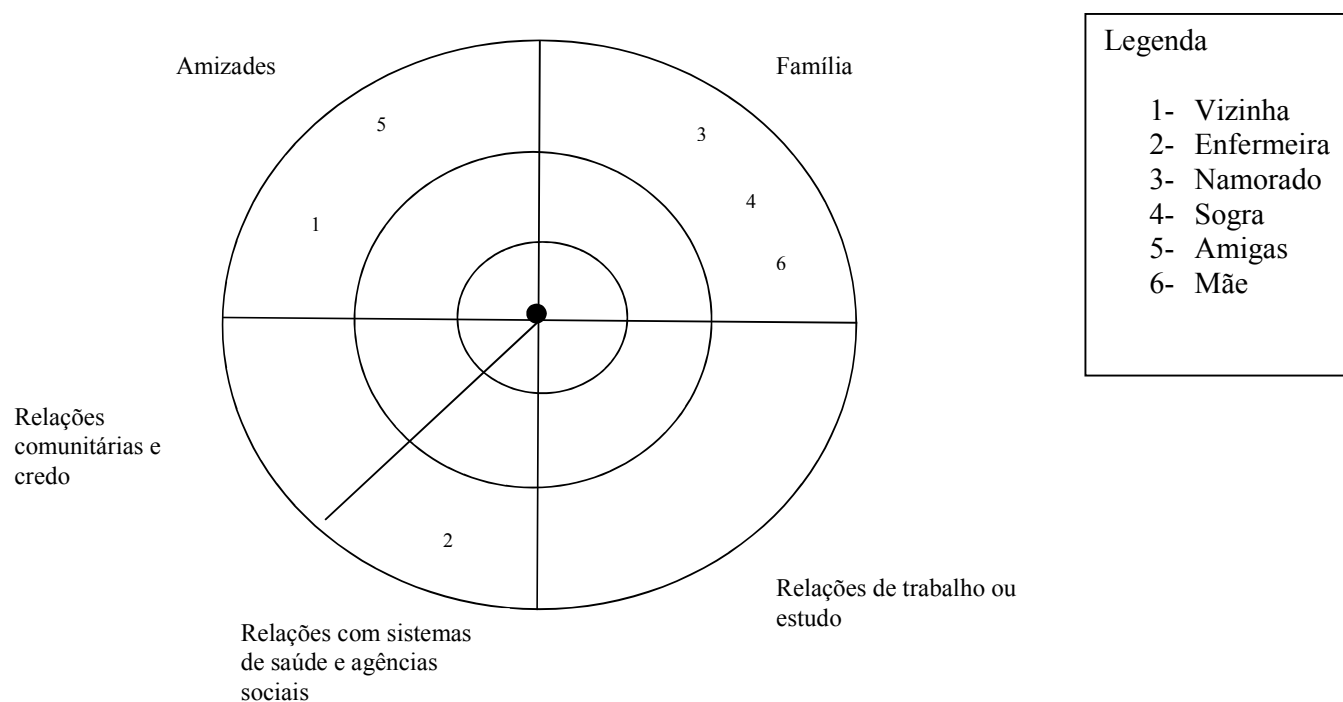


Figura 12- Mapa Mínimo das Relações da AG12. Bagé, Rio Grande do Sul, 2017.

AG13 revela receber apoio emocional da mãe que é a sua melhor amiga. A sogra, que mora na casa ao lado da sua, ajuda com os cuidados da casa, roupas, comida e organização. AG13 conta que tem duas grandes amigas, uma delas já é mãe e a auxilia muito trocando experiências. A irmã de AG13 telefona diariamente e vem para a cidade sempre que possível para vê-la, pois mora no interior da cidade. Sua patroa a presenteia bastante, porém não adaptou o seu serviço, mesmo estando no último semestre de gestação, segue carregando peso e fazendo todas as atividades da casa. A ACS não falha uma semana de visita e se preocupa com a frequência nas consultas.

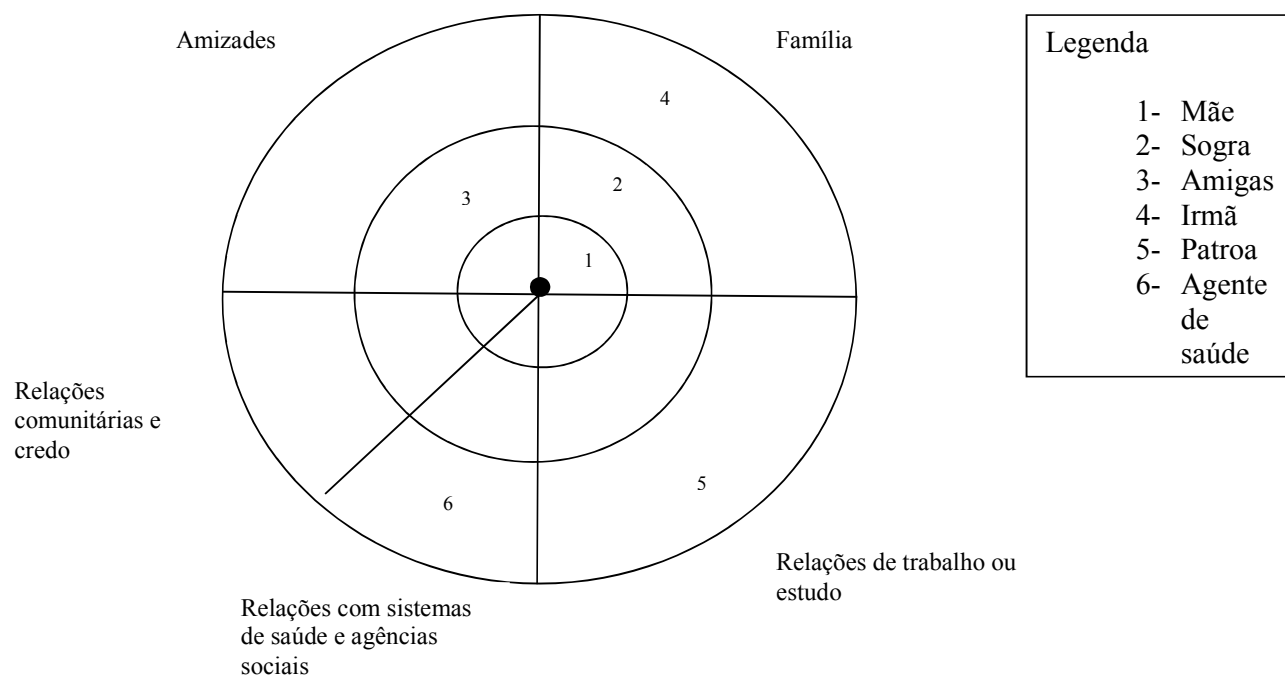


Figura 13- Mapa Mínimo das Relações da AG13. Bagé, Rio Grande do Sul, 2017.

AG14 conta que seu namorado lhe oferece grande apoio e são muito amigos, visto que já se conheciam desde criança. Segundo ela, o namorado é companheiro e muito presente, oferecendo todo o suporte que precisa. A tia é citada por oferecer apoio e amizade, ambas têm a mesma idade e são amigas. As colegas de aula, segundo a participante, estão felizes com a chegada do bebê, dividindo a expectativa de cada momento da gestação, e organizaram um chá na escola, arrecadando, assim, muitas fraldas e produtos de higiene para o bebê.

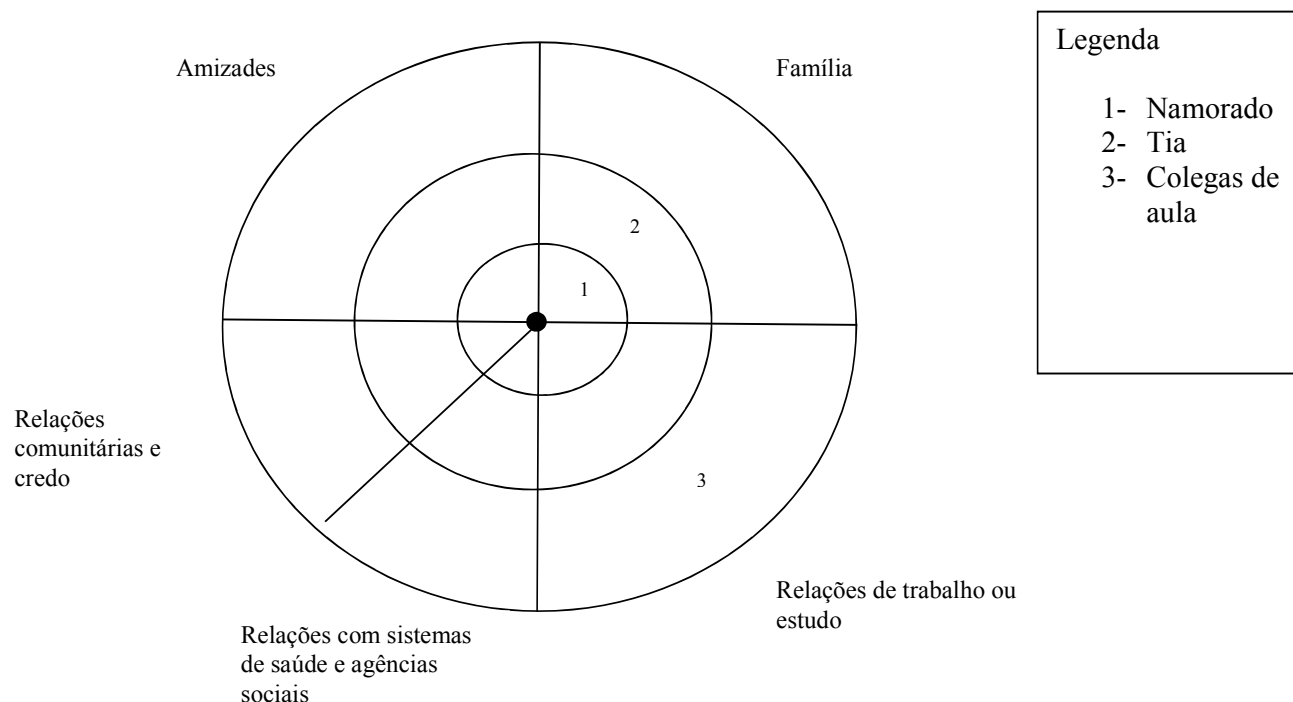


Figura 14- Mapa Mínimo das Relações da AG14. Bagé, Rio Grande do Sul, 2017.

AG15 teve bastante dificuldade em incluir membros em seu MMR, citando apenas a mãe como alguém que lhe oferece algum tipo de apoio (apoio financeiro), como a compra de roupinhas e fraldas para o bebê e custear alguns exames de ultrassom que fez a mais daqueles oferecidos gratuitamente. AG15 conta que tem sido acompanhada por uma psicóloga, mas que não a incluiria em seu MMR porque o maior apoio é da sua mãe.

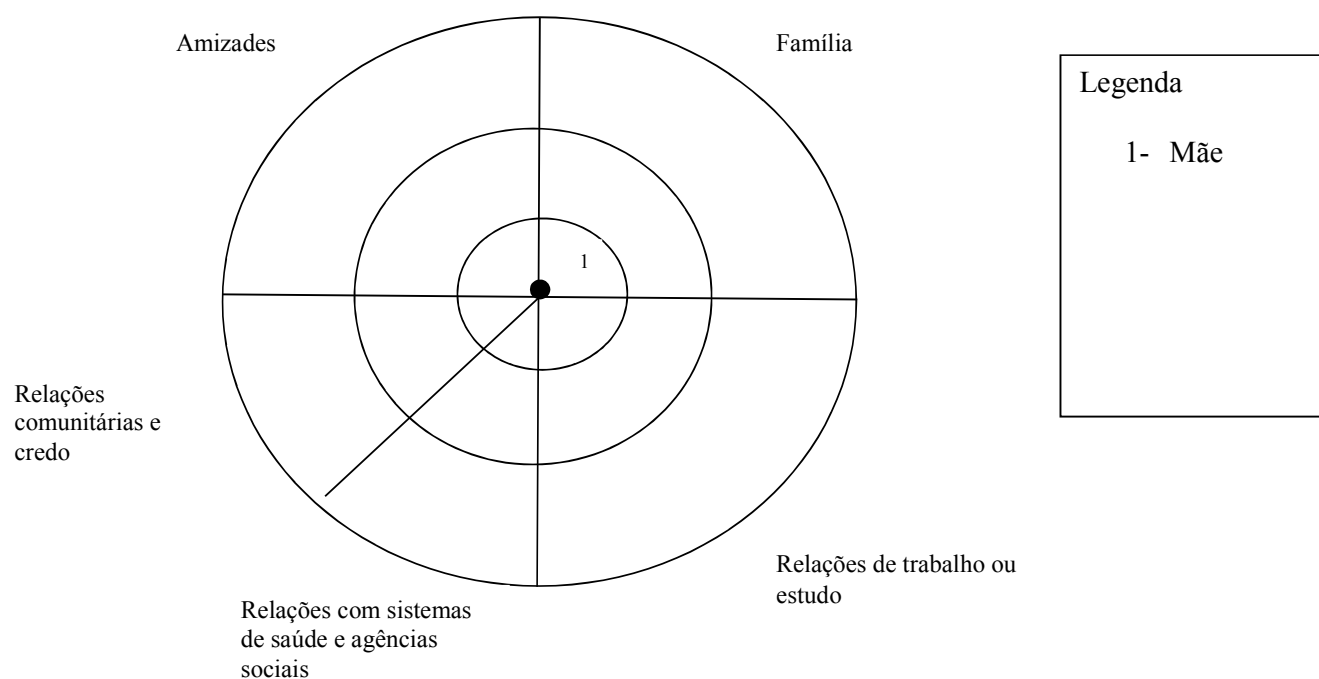


Figura 15- Mapa Mínimo das Relações da AG15. Bagé, Rio Grande do Sul, 2017.

AG16 cita seu marido como alguém que lhe oferece suporte financeiro. A mãe lhe dá suporte emocional, compreendendo seus sentimentos de angústia e ansiedade. A enfermeira da UBS é considerada uma amiga, segundo ela um anjo, atenciosa e cuidadosa. A cunhada é muito amiga e madrinha do bebê, ajuda a organizar a casa e lhe oferece caronas para as consultas, pois precisa subir uma ladeira para chegar à UBS. A irmã, que também é mãe, passou para ela muitas coisas do seu filho, como carrinho e roupinhas.

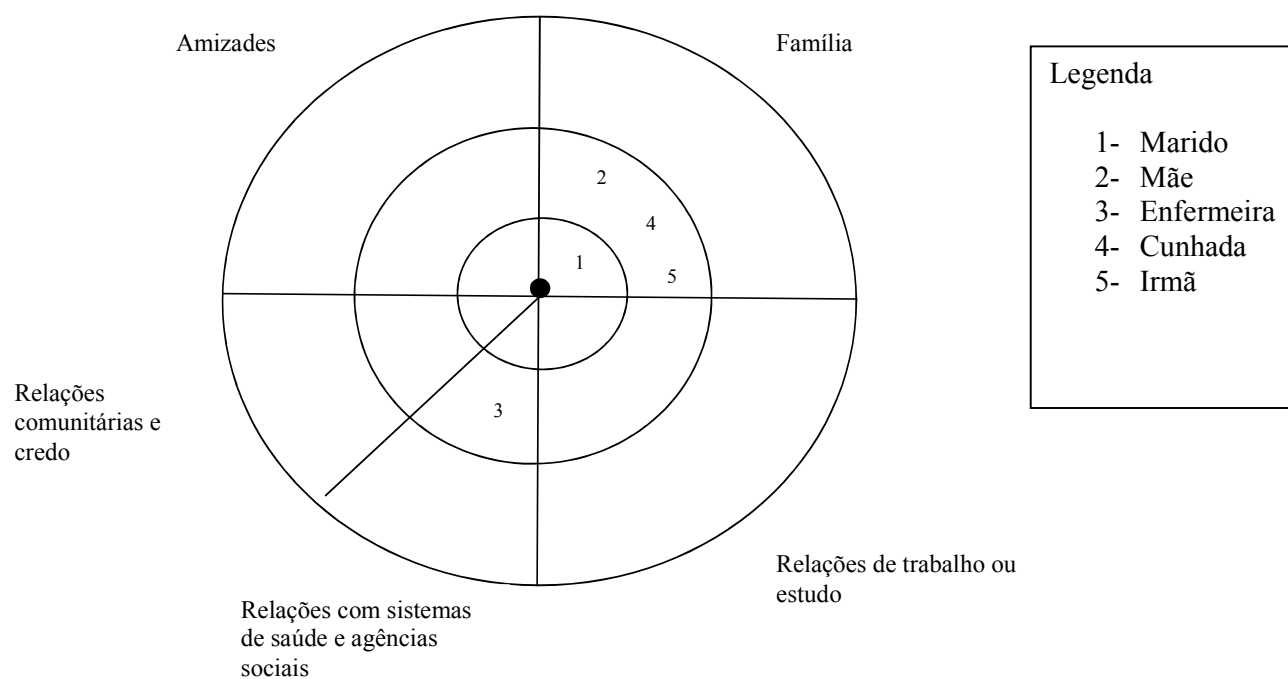


Figura 16- Mapa Mínimo das Relações da AG16. Bagé, Rio Grande do Sul, 2017.

AG17 refere que conta com o apoio afetivo de sua irmã, que é bastante companheira e preocupada com sua gestação. Acompanha-a no pré-natal, limita suas atividades domésticas, ajudando-a em tudo que é necessário. Já a sogra envia comida pronta, lava e passa suas roupas, além de poupá-la de muitas atividades, além disso, lhe presentearam com todo o enxoval do bebê, desde fraldas até o quartinho.

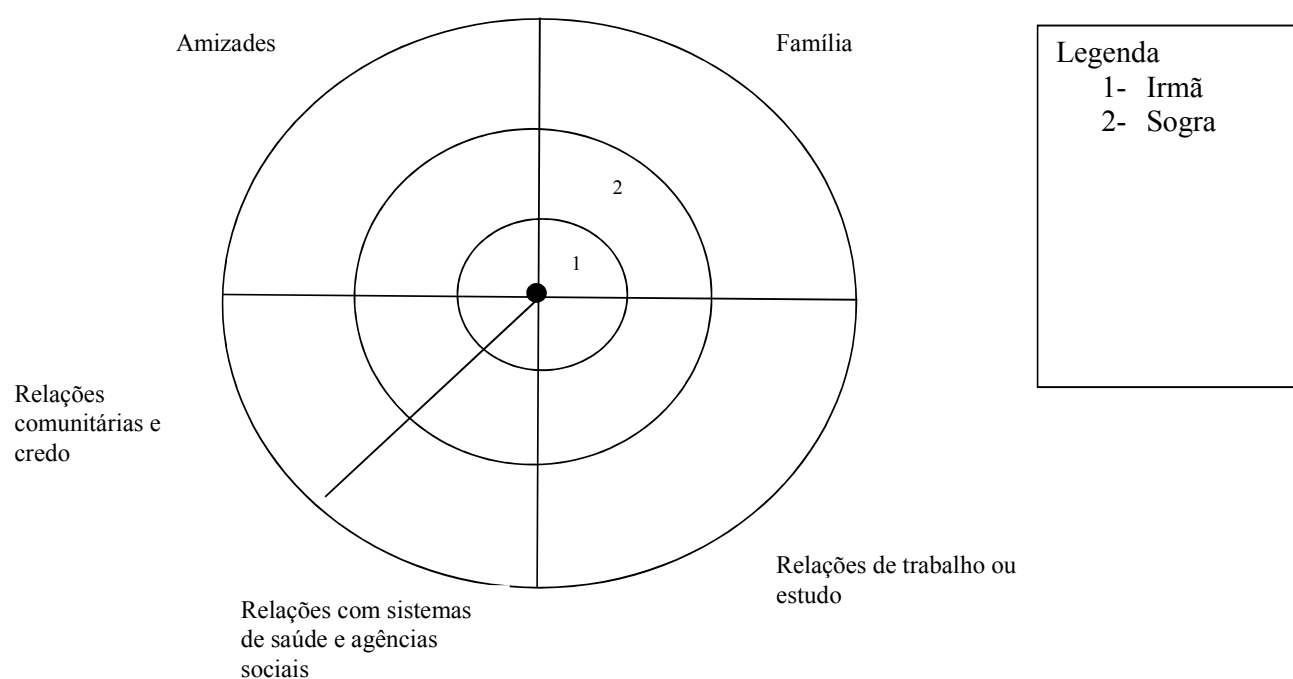


Figura 17- Mapa Mínimo das Relações da AG17. Bagé, Rio Grande do Sul, 2017.

AG18 relata que seus sentimentos são compreendidos pelas amigas que lhe conhecem há bastante tempo e pela sogra, com quem convive bastante, elas oferecem suporte afetivo e ficam felizes com as novidades da gestação. A enfermeira com quem realiza o pré-natal é citada como alguém que lhe dá atenção e esclarece suas dúvidas, acalmando-a diante de cada alteração da gestação em seu corpo e principalmente ampliando seu conhecimento nas atividades educativas que são sempre divertidas e animadas. A ACS é lembrada como alguém que lhe presta apoio quando faz as visitas, ajusta as consultas e tira algumas dúvidas.

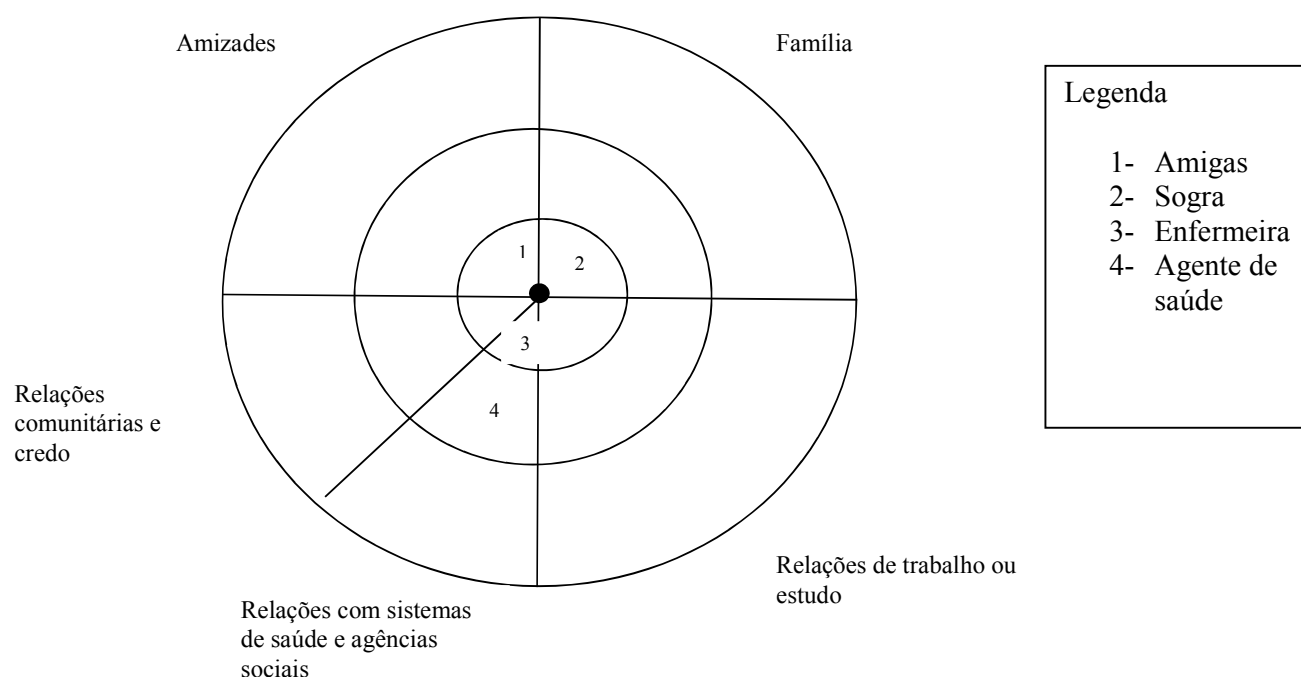


Figura 18- Mapa Mínimo das Relações da AG18. Bagé, Rio Grande do Sul, 2017.

AG19 aponta o namorado e pai do bebê como maior apoio nesse momento, dando-lhe suporte emocional, financeiro e estando presente durante o pré-natal e grupos de gestantes. As amigas fazem visitas com frequência e se mostram preocupadas enviando mensagens via redes sociais de internet e telefonando. A irmã, que também é vizinha, é alguém que pode contar sempre que precisa. Essa irmã também tem filhos, e lhe dá muitas dicas sobre gestação e cuidados com o bebê. O irmão, que também é pai, presta-lhe apoio, e é presente em sua vida.

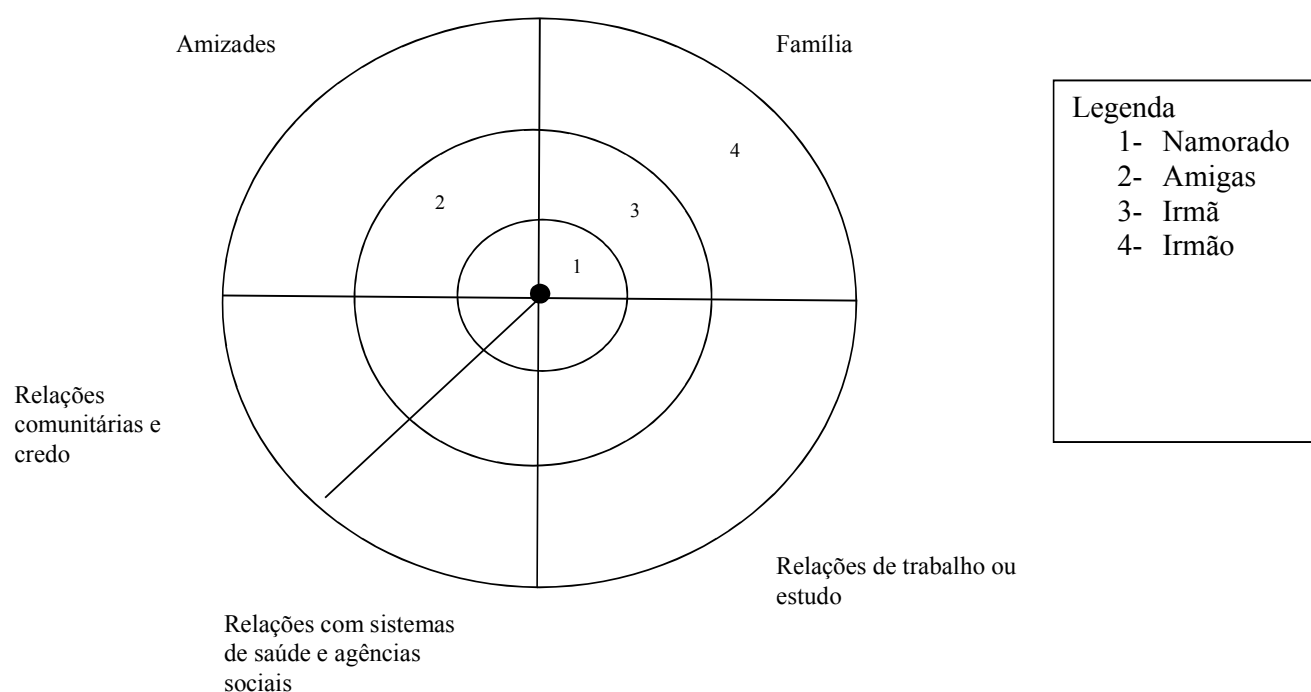


Figura 19- Mapa Mínimo das Relações da AG19. Bagé, Rio Grande do Sul, 2017.

AG20 destaca apenas mulheres em sua rede de apoio, trazendo a mãe como a pessoa mais importante da sua vida e que mais lhe fornece apoio. Por também ter sido mãe adolescente, a mãe de AG20 entende seus sentimentos e decisões apoiando-a em tudo. A sogra também está ajudando, principalmente com o enxoval. A irmã e a cunhada são suas amigas e têm participado desse momento com afeto e amizade.

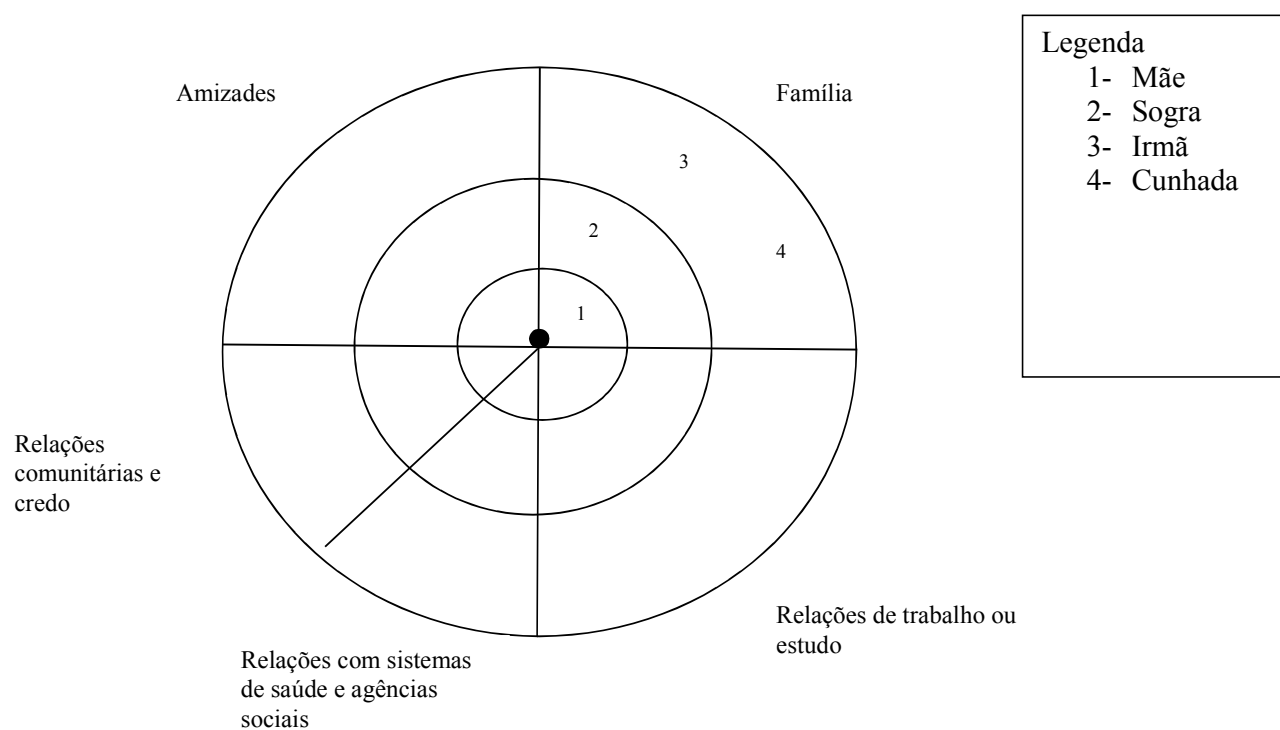


Figura 20- Mapa Mínimo das Relações da AG20. Bagé, Rio Grande do Sul, 2017.

AG21 conta que sua filha caçula apresenta grande expectativa para a chegada do irmãozinho. A felicidade da filha a motiva e lhe dá segurança para a chegada de uma nova criança. A irmã e a cunhada são bastante presentes, porém um pouco menos do que gostaria, pois ambas moram em um bairro longe da sua casa, diminuindo, assim, a convivência entre elas. O namorado, assim como na outra gestação, parece estar muito preocupado com a responsabilidade de pai, mantendo-se um pouco distante e desatento, mas ela diz entender e logo isso melhora.

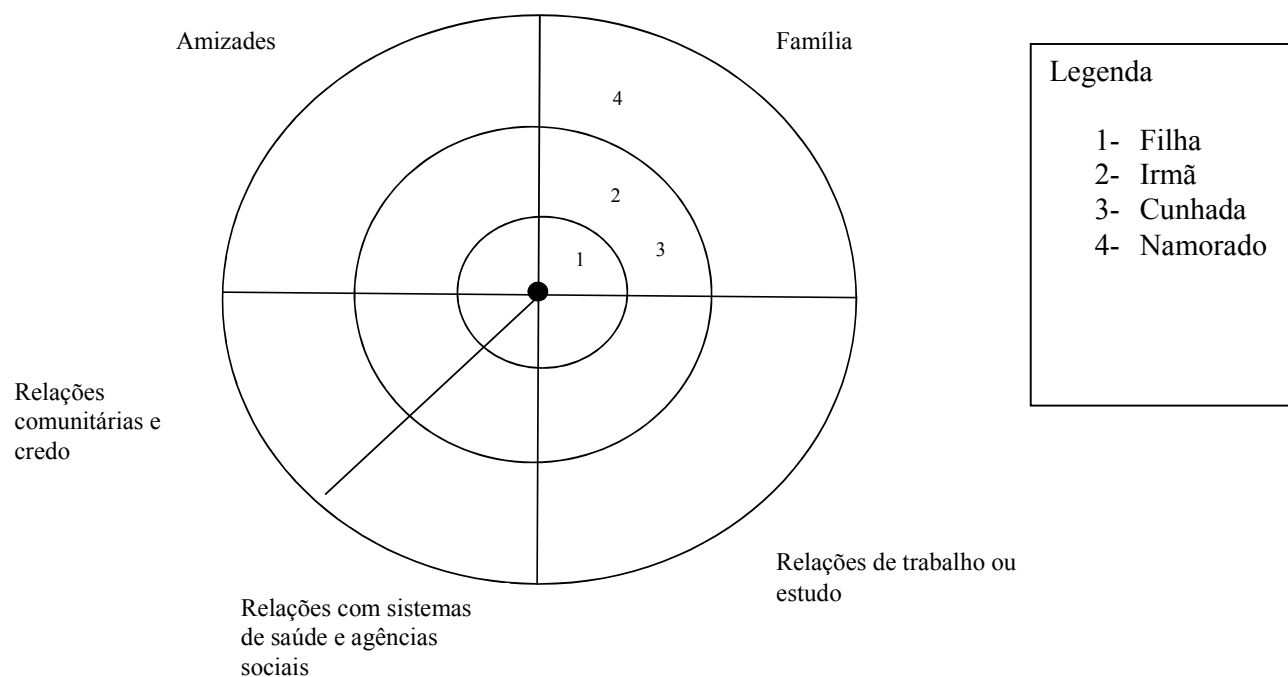


Figura 21- Mapa Mínimo das Relações da AG21. Bagé, Rio Grande do Sul, 2017.

Para AG22, a mãe e a enfermeira ocupam a mesma posição, pois, segundo ela, são pessoas próximas com quem sabe que pode contar. Contudo não é o apoio que gostaria, referindo que mesmo rodeada de pessoas sente-se sozinha. A diretora da escola mostra-se preocupada com sua gestação e com o andamento de suas atividades escolares, por isso mencionou que era uma pessoa que lhe prestava certo apoio. Da mesma forma, as colegas de aula e a ACS, que eventualmente perguntavam algo sobre a gestação e se precisava de alguma coisa foram citadas como apoio mais distante.

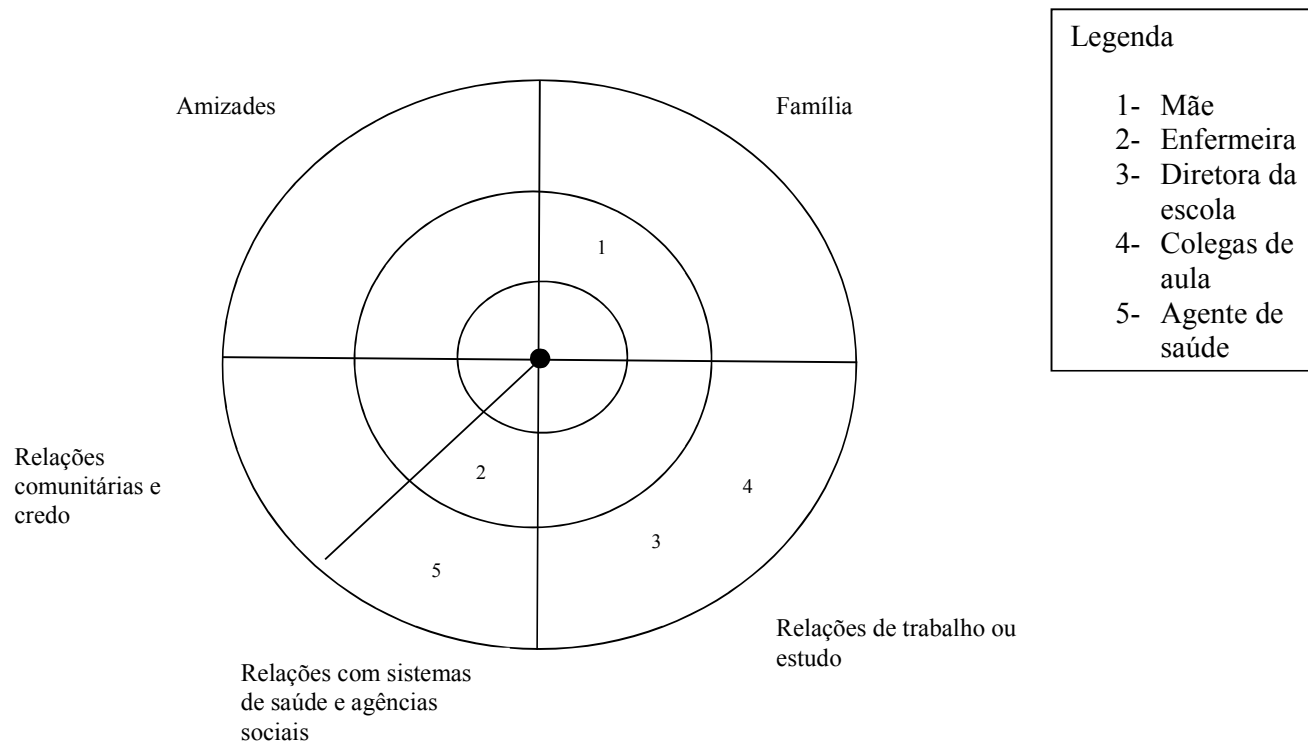


Figura 22- Mapa Mínimo das Relações da AG22. Bagé, Rio Grande do Sul, 2017.

Para AG23, a mãe é a única pessoa que lhe presta apoio, sendo esse apoio forte e significativo. Não citou mais nenhuma pessoa. Refere sentir-se sozinha e conta que as pessoas do seu cotidiano acabaram se afastando, como amigos e familiares.

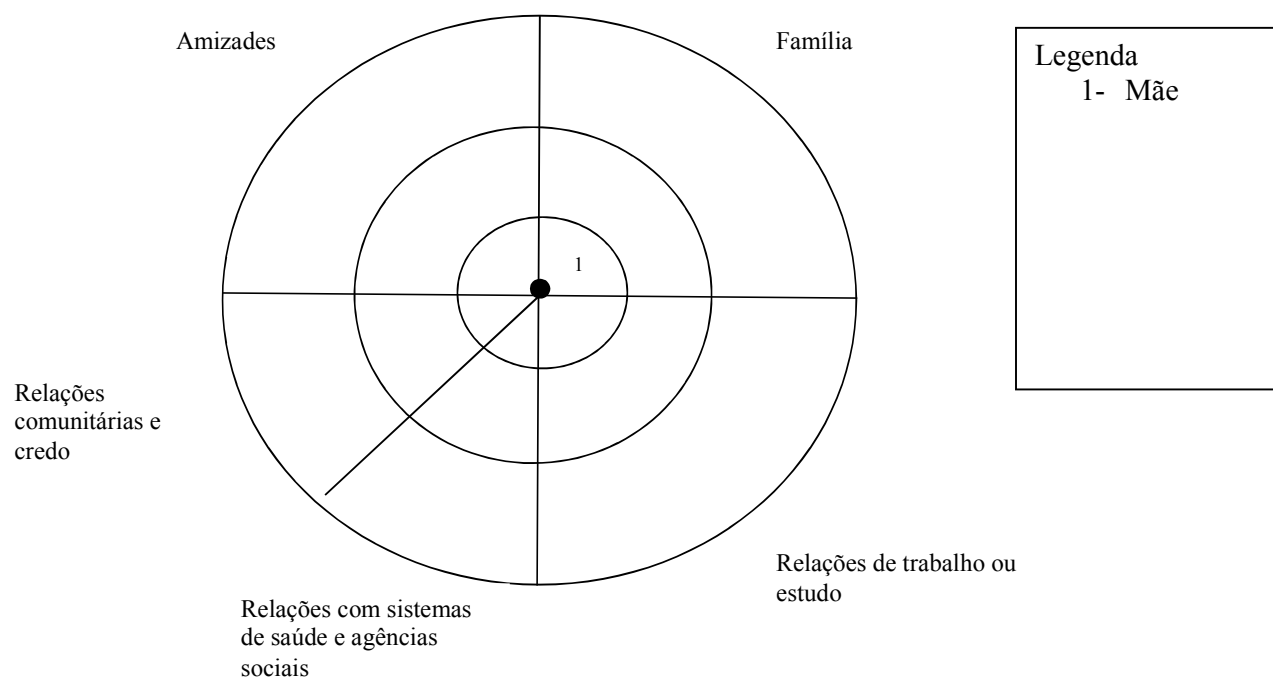


Figura 23- Mapa Mínimo das Relações da AG23. Bagé, Rio Grande do Sul, 2017.

AG24 cita a mãe e a enfermeira na UBS como apoio intermediário, já o médico da UBS é alguém que foi citado como apoio mais eventual. AG24 destaca que está sendo acompanhada por esses dois profissionais durante o seu pré-natal, porém a enfermeira é mais atenciosa e lhe explica melhor as coisas.

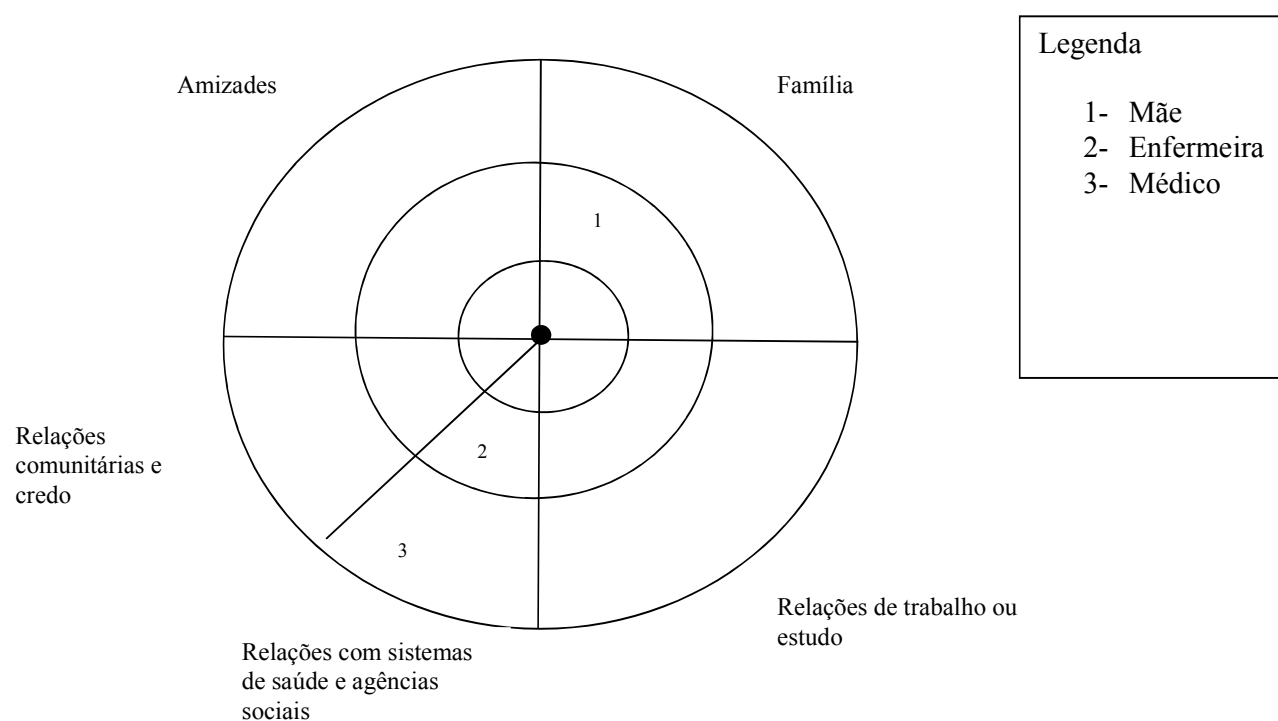


Figura 24- Mapa Mínimo das Relações da AG24. Bagé, Rio Grande do Sul, 2017.

AG25 citou entre seus apoiadores o namorado como alguém bem próximo, que lhe motiva para as atividades físicas, para alimentar-se bem, e participa de todas as consultas de pré-natal. A mãe, segundo ela, ausenta-se em alguns momentos, mas foi considerada como alguém que presta certo apoio financeiro e emocional. Afirma também que, mesmo não convivendo diariamente, sabe que pode contar com sua mãe, que inclusive já se prontificou a acompanhá-la em casa no pós-parto.

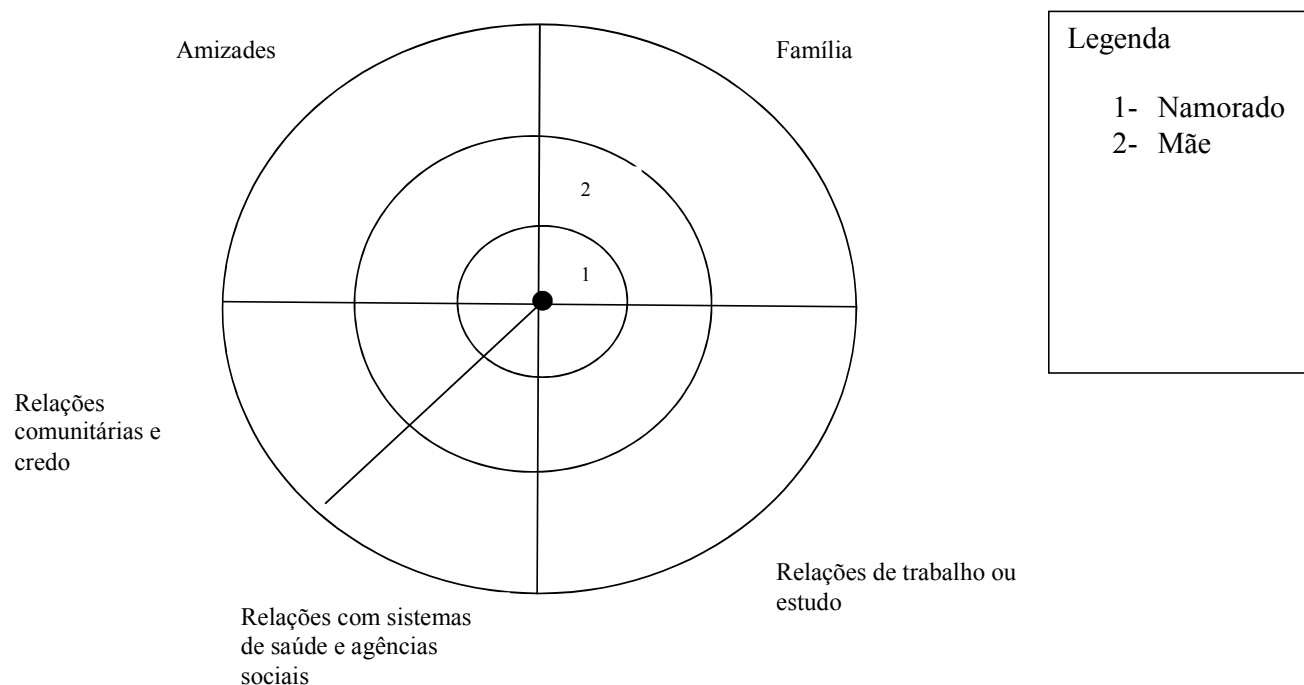


Figura 25- Mapa Mínimo das Relações da AG25. Bagé, Rio Grande do Sul, 2017.

6.3 O encontro com o empírico: construindo as representações sociais das redes de apoio

Conforme descrito na metodologia para captação da realidade objetiva, utilizou-se o MMR e a entrevista semiestruturada com vistas à apreensão das representações sociais das redes de apoio de adolescentes grávidas. Pensa-se que nesse caminhar as representações sociais retratam a ação no mundo, um mundo recriado a partir do conhecimento e das experiências compartilhadas no cotidiano dessas adolescentes grávidas.

Às gestantes foi conferida a posição de narradoras, pois o que interessava era que deixassem fluir o pensamento e, com isso, contassem suas representações, auxiliando-nos na compreensão de suas redes de apoio.

Contudo, a compreensão das representações das redes de apoio das adolescentes grávidas foi cristalizada nos relatos e orientada pelas falas delas, com base nas histórias e vivências individuais.

6.3.1 O apoio ancorado nas relações afetivas maternas

A família, sobretudo a mãe, pode representar um suporte fundamental, já que comumente é essa a figura de identificação mais importante para a adolescente, dentre as mulheres da família (SERON; MILAN, 2008).

De acordo com Moscovici (2013), o ato de categorizar alguém ou alguma coisa significa escolher um dos paradigmas estocados em nossa memória e estabelecer uma relação positiva ou negativa com ele. Na memória das adolescentes grávidas, do presente estudo, a relação mãe-filha é permeada de significados e representações.

Dezoito das vinte e cinco entrevistadas perceberam a sua mãe como a principal fonte de apoio social, independentemente da aceitação ou não da gravidez da filha ou de coabitarem. A constituição de uma rede familiar é um sustentáculo relevante no projeto de individualização da adolescente, por suportar a carga da vida cotidiana numa trajetória permeada por desigualdades sociais, culturais e de gênero.

Diante da descoberta da gravidez, as adolescentes imediatamente citaram a mãe como alguém que lhes ofereceu apoio, sendo esse apoio referido de diversas formas, como percebe-se nas falas a seguir:

A primeira pessoa que fui contar foi minha mãe, ela sempre me apoia em tudo. Quando soube da gravidez, me abraçou, me consolou, e disse que estaria comigo em todos os momentos. Hoje, além dela estar mais feliz que eu esperando este bebê, ela compra as coisas, fraldas, lencinhos e tudo que vou precisar (AG21).

Minha mãe tem que estar aqui, bem pertinho de mim neste desenho. Ninguém é tão importante quanto ela. Quando o bebê nascer ela vai me cuidar. Já comprou o enxoval e faz até as compras da minha casa (AG16).

Ela é minha melhor amiga, não sei o que seria de mim sem a minha mãe. Hoje não moramos mais juntas, mas ela é muito presente. Ela trabalha e quase toda renda dela é para comprar as coisas do bebê. Às vezes ela vai na minha casa fazer comida para deixar congelada para a semana toda e eu não precisar me preocupar com isso (AG13).

Nesses relatos ficou evidenciado que o suporte materno se traduz na forma de ajuda financeira, apoio emocional e subsídios para a chegada do bebê. A representação social de que o apoio materno financeiro é uma forma de ter o que precisam, pode estar relacionada com o fato de que muitas vezes não lhes é proporcionado este suporte por outras pessoas. Uma vez que, para estas adolescentes, a gravidez é algo novo, ou seja, não familiar, elas tendem a associar o apoio à bens materiais, financeiros que podem facilitar este momento.

Esse processo de construção das representações sociais relaciona-se com o ancoramento de ideias estranhas, reduzindo-as a categorias e a imagens comuns, isto é, familiares, comparando um objeto ao apoio recebido, a um paradigma de uma categoria que se julga ser apropriada, no caso, os recursos financeiros, enxoval, alimentação (MOSCOVICI, 2007).

A motivação existencial conduz a mãe a cuidar da filha adolescente. Essa motivação remete os sujeitos para a ação que é imaginada e tem origem na bagagem de conhecimentos e na situação biográfica de cada sujeito (MOSCOVICI, 1976). Pensa-se que a mãe pautada nas experiências de cuidado para com a filha adolescente grávida vislumbra ações continuamente reestruturadas, apoiada em diferentes situações que subsidiarão outras motivações e conduzirão a novas ações de cuidar.

Moscovici (2009) destaca que a construção das representações sociais é fundamental para explicar situações cotidianas vividas pelos sujeitos sociais na tentativa de dar sentido à realidade. Nesse sentido, categorizar alguém ou alguma coisa, como as redes de apoio social, significa escolher um dos paradigmas estocados

na memória, no caso, o apoio materno e estabelecer uma relação positiva ou negativa com ela (MOSCOVICI, 2007).

Sob esta perspectiva, estudo de Hoga, Borges e Reberte (2010) mostrou que as adolescentes têm uma percepção positiva da própria mãe, que é percebida como figura presente na vida delas, uma vez que ajuda a adolescente a conhecer seus papéis sociais e a própria feminilidade, constituindo-se mediadora entre filha e acontecimentos externos.

De acordo com Caldeira et al. (2012) compreensão típica da ação da mãe diante da gravidez da filha adolescente evoca a existência de uma relação marcada fortemente pela reciprocidade de intenções e pela congruência da experiência de maternagem. Neste sentido, a mãe acolhe a filha grávida e oferece-lhe suporte afetivo e emocional, para que possa experienciar a gestação e a maternidade com maior tranquilidade e segurança.

O estudo de Silva; Tonete (2006) sobre a gravidez na adolescência, sob a perspectiva dos familiares, mostra mudanças nas relações e práticas entre os membros da família e a gestante adolescente. Destaca a preocupação da família com o bem-estar físico da jovem e oferecimento de subsídios para o cuidado durante a gravidez e após o nascimento da criança.

Além de subsidiar recursos que parecem facilitar a vida da adolescente grávida, as participantes contam que a mãe revela carinho e afeto diante da filha:

Carinho, amor, companhia. A mãe está sempre ali, me escuta, me abraça. Me consola nas crises de choro (AG23).

Minha mãe me abraça muito, faz carinho na barriga. Me apoia desde o começo, mesmo quando fiquei desesperada, ela estava ali. Ela se preocupa muito comigo, se estou bem, se estou feliz (AG6).

A minha mãe, sem dúvida, é quem mais me apoia. Antes da gravidez não éramos tão próximas, mas hoje ela me enxerga muito mais, nos reaproximamos. Ela criou um carinho maior por mim, porque estou carregando o neto dela, eu acho. Ela me abraça mais, me beija mais e não sai da minha volta. Está sempre preocupada (AG8).

Acredita-se que as adolescentes utilizam a ancoragem, associando o apoio da mãe nos cuidados que lhes foram prestados na condição de filha e objetivam com comportamentos de afeto e carinho em sua própria gestação e condição de futura mãe adolescente.

Para Schutz (2003), a ação é definida como uma conduta humana projetada pelo sujeito, de modo consciente, que nunca está isolada e desvinculada de outra ação. Acredita-se que a partir do momento em que a mãe projeta dar suporte inicial à filha grávida, de maneira consciente e intencional, projeta também as ações de cuidado que transcendem a gestação, incluindo carinho, afeto e bens materiais.

Nota-se que a intersubjetividade que emerge na relação mãe-filha alicerça as demais relações que a adolescente estabelece. O fato de a mãe ser a pessoa que melhor acolhe a gravidez da filha, perpassa pela construção identitária da mulher como aquela que cuida e vivencia a maternagem⁸. Pensa-se que isso permite que a mãe, ao ver a filha experienciando o processo de gestar, tenha condições de apoiá-la e oferecer o suporte de que necessita.

Nesta fala, percebe-se que há uma conexão entre mãe e filha:

Eu sinto, ela sente. Dói em mim, dói nela. Estamos muito ligadas, até pensamos ao mesmo tempo. Sabe quando uma vai dizer uma coisa e a outra que diz? É até engraçado. Estamos muito próximas (AG15).

A subjetividade feminina se dá no sentido de estar em conexão. A dedicação da mãe e sua abnegação está presente nas falas das participantes:

No fim das contas, minha mãe vive para mim e por mim. Ela deixa a casa dela para vir na minha casa e fazer as coisas para mim, mesmo eu tendo um irmão pequeno, ela sabe que eu preciso da ajuda dela, e ela me apoia, em tudinho (AG2).

Todas as vezes que precisei da minha mãe ela veio correndo, uma vez ela até faltou o serviço para ficar comigo, pois estava com cólicas e fiquei com medo (AG7).

Quando descobri a gravidez corri contar para a minha mãe. Ela não esperava, mas mesmo assim me abraçou e disse que eu podia contar com ela, mas que seria um grande desafio para mim (AG9).

Nas falas percebe-se que as participantes referem dedicação de suas mães e também uma forte ligação. Referem que na descoberta da gravidez, a mãe mostrou-se como alicerce, mesmo tendo sido surpreendida com a notícia da gravidez da filha, apoiou e colocou-se à disposição da filha. Ainda, relatam abnegação da mãe, sendo eu esta abre mão de suas próprias atividades para apoiar e cuidar da filha.

⁸Enquanto a maternidade é tradicionalmente permeada pela relação consanguínea entre mãe e filho, a maternagem é estabelecida no vínculo afetivo do cuidado e acolhimento ao filho por uma mãe. (GRADVOHL; OSIS; MAKUCH, 2014).

No estudo de Schwartz; Vieira e Geib (2011), as mães foram as grandes supridoras de apoio às adolescentes, revelando a participação materna como um fator positivo, considerando-se que a mãe, e também a família, deve ser incluída na assistência à gestante para que possa servir como suporte às consultas indicadas pelos profissionais durante a gestação estabelecendo um processo saudável.

Existe situações em que a mãe da adolescente se identifica com a experiência da filha, quando ela própria vivenciou a gravidez na adolescência, conforme as falas de AG20 e AG11:

Minha mãe também foi mãe bem nova, acho que por isso ela me entende e apoia tanto. Minha gravidez não foi sem querer, eu quis mesmo sendo nova, e ela também foi assim. Além dela me entender, está sempre do meu lado nas minhas decisões (AG20).

Acho que por a minha mãe ter sido mãe adolescente, ela entende bem o que estou passando. Quando eu choro, do nada ela vem e me abraça. Eu sinto que ela me entende, sabe (AG11)?

Considera-se, pelas falas, que as mães ao vivenciarem a situação da gravidez das filhas, buscam compreendê-la baseada em suas próprias experiências. Tal relação pressupõe a reciprocidade de intenções entre ambas. Aqui há que se considerar, de modo particular, sua experiência de ter sido mãe na adolescência, como um acontecimento que a impulsiona a vislumbrar projetos para a filha que vivencia a mesma situação.

Estudo sobre as trajetórias familiares e concepções de família de mulheres que foram mães adolescentes mostrou que suas mães também experienciaram a gravidez na adolescência (MATTA, 2008). A história familiar é considerada um fator relevante. Comumente, a jovem que engravida é, muitas vezes, filha de mães que engravidaram ainda adolescentes, podendo tal acontecimento ser recorrente em outros membros da família (MOREIRA et al., 2008).

Para Moscovici (2013), o sentido comum é a matriz da representação social, e cada pessoa situa-se de modo específico nesse mundo diante daquilo que o evento lhe representa, no caso deste estudo a gravidez na adolescência. Entretanto, cada pessoa recebe de seus antecessores informações que, acrescidas às experiências diárias, complementam sua bagagem de conhecimentos. Esta bagagem se constitui em subsídio para a compreensão do mundo, impulsionando o sujeito para a ação social.

Há pesquisas que relatam que os filhos tendem a repetir a história reprodutiva de sua família – mães, irmãs, tias e primas ou de pessoas próximas – vizinhas (MOREIRA et al., 2008; PERSONA et al., 2004). Um estudo realizado por Flores; Sullca e Schirmer (2006) demonstra que as mães da maioria das adolescentes grávidas também tiveram gravidez na adolescência. Esse fator foi apontado como estando associado ao uso de violência física e psicológica durante a adolescência dos filhos como meio de prevenir o exercício da sexualidade precoce ou mesmo da situação de gravidez.

Assim, esses autores citaram que as avós – mães das adolescentes - indicam que não gostariam que suas filhas e netas se deparassem com as mesmas dificuldades que elas enfrentaram ao passar por essa experiência. Essas avós descrevem dificuldades econômicas, maior dependência da família de origem e dificuldades de inserção no mercado de trabalho, em função de uma menor escolarização.

Silva e Tonete (2006), por sua vez, observam que a gravidez na adolescência é representada como um problema pelos familiares, que ancoram suas percepções nas suas próprias experiências com o fenômeno. Persona et al. (2004) indicam que tanto uma reação positiva como o apoio familiar à gestação pode ser considerado como um fator de vulnerabilidade para a repetição de gestação durante o período.

No estudo de Carvalho; Merighi e Jesus (2010), na adolescência, a situação da gravidez interrompe projetos, impulsiona a adolescente e seus familiares a refazer seus planos de vida e a refletir sobre suas vivências. Em contrapartida, a interrupção de alguns projetos dá lugar à elaboração de novos, abrindo assim possibilidades para a vida da adolescente grávida e de sua família. Pensa-se que embora a gravidez na adolescência provoque uma mudança estrutural na vida da adolescente e de seus familiares, ela caracteriza uma experiência que também confere amadurecimento, maior responsabilidade e satisfação pessoal à jovem.

Acredita-se que a ação da mãe das participantes deste estudo, diante da gravidez da filha, está entremeada pela situação biográfica na qual se encontra e pela bagagem de conhecimentos adquirida em sua experiência de vida. Por outro lado, a competência atribuída à mãe advém do fato de ser mulher, de “ter mais” experiência e conhecimento que elas e de já ter vivenciado a maternidade.

O apoio materno possibilita à adolescente a construção de capacidades para lidar com as novas relações que se estabelecem no interior dos relacionamentos

conjugais e familiares em decorrência da gestação e da coabitação. Representa também um refúgio seguro para os momentos de indecisão, insegurança e solidão.

6.3.2 Relações de apoio

As representações da rede de apoio das adolescentes grávidas deste estudo apresentam-se nitidamente de caráter feminino. Para Coutinho; Menandro (2009), a ideia de que as mulheres são essencialmente cuidadoras teria sua origem na relação do corpo feminino com a maternagem. Uma relação que se estabelece a partir de uma naturalidade essencial na existência das mulheres (CALDEIRA et al., 2012).

No presente trabalho, as referências discursivas e as relações de apoio e suporte de outras mulheres foram valorizadas pelas adolescentes e indicaram, sobretudo, as mulheres do seu convívio:

Me senti valorizada e apoiada por todas minhas amigas. Também minha mãe e minha sogra que entendem bem o que estou passando. Minha casa sempre está cheia, elas sempre estão lá, é uma festa (AG12).

Quem me apoiou mesmo desde o começo foram minhas amigas, minha sogra e a enfermeira do posto. Me sinto à vontade para dividir com elas esta experiência. Homem não entende o que é isso (AG22).

Meu namorado até me apoia, mas quem sabe e entende tudo são as mulheres. Minha mãe, minha sogra, minha cunhada. Elas já viveram tudo isso. Minha sogra borda todo o enxoval. Minha mãe me ensina muitas coisas sobre o bebê, sobre o choro, a dorzinha de barriga (AG20).

Minha irmã me ajuda bastante. Ela também tem filhos, então facilita o meu caminho (AG3).

A minha patroa me dá um suporte, ela me libera para as consultas, às vezes me dá carona quando fica tarde no final do expediente, sem falar que me passou o carrinho e o bercinho do filho dela (AG13).

As colegas de trabalho são bem compreensivas, quando preciso trocar o turno pra ir em consulta elas entendem, pois já passaram por isso.(AG14)

Embora as adolescentes desta pesquisa apontem fortemente o apoio da mãe, também deram importância a outras mulheres da família – avós, sogra, tias, irmãs, e ainda, ao convívio com colegas, amigas, enfermeira, patroa. Acredita-se que igualmente contribuiu para isso o reconhecimento de um saber derivado das experiências dos envolvidos, o contato próximo e confiável e a demonstração de interesse e ajuda. Assim, as adolescentes constituíram os seus discursos com base no apoio recebido de outras mulheres.

A partir das considerações de Moscovici (2010), compreende-se que no processo de ancoragem de ser gestante adolescente, elas objetivam a figura de outras mulheres como indivíduos presentes em suas vidas, como alicerces que irão ajudar a “segurar as pontas” e compreendê-las nesse processo justamente por serem mulheres. Pensando em termos consensuais, é possível refletir que, se antes o advento de um filho para a adolescente pressupunha-se problema ou dificuldades futuras, hoje esse evento é reinterpretado enquanto uma alegria, “uma festa”, correspondendo, assim, às modificações pelas quais a sociedade vem passando no sentido de conferir às pessoas direito de escolha sobre suas vidas e seus corpos.

Destarte, algumas participantes referiram a figura do pai dentro de uma visão patriarcal em contraponto ao apoio recebido de suas mães e de outras mulheres:

Meu pai, embora mande na casa, não me apoia em muita coisa não. Ele até pagou alguns exames, mas foi só. Apoio mesmo recebo da minha mãe e das minhas amigas (AG5).

Quando meu pai soube que eu estava grávida ele até ficou bravo e virou as costas para mim. Hoje quem me ajuda em tudo é minha sogra e minha irmã, principalmente. Ele não entende nada do que estou passando, até por que nunca foi muito presente na gravidez da minha mãe, não vai ser agora (AG10).

Meu pai não apoiou (a gravidez), quando soube ficou muito “de cara”. Minha mãe “saiu por mim”, disse que eu já estava criada, e sabia das minhas responsabilidades. Quando meu irmão foi pai adolescente, ele não disse nada, e ficou até feliz (AG19).

Meu pai dava pulos de bravo, quando contei em casa que estava grávida. Corri para casa da minha vó, que me acalmou. Logo depois minha mãe me ligou para voltar para casa, que ela estava me esperando e que tivesse paciência com meu pai até ele aceitar essa novidade (AG8).

Meu pai ficou indignado, acho que ele pensou que eu ainda era virgem. Nunca que ele imaginou que a filha caçula dele já estava tendo relações sexuais. Quando ele soube da gravidez, acho que caiu a ficha. Ele ficou atordoado. Não sei se mais chocado que ia ser avô ou que a filha não era mais virgem. Pensou que eu caí na conversa do meu namorado (AG9).

As participantes do presente estudo, quase que na totalidade, referiram o predomínio de mulheres na construção de seus MMR, posicionando figuras femininas em suas relações de apoio, de próximo a eventual. Isso foi reforçado nas entrevistas, que confirmaram tal tendência. Em contrapartida, a figura masculina aparece em minoria. E a atitude paterna quando citada, reflete sinais de machismo.

Na pesquisa de Hoga, Borges e Reberte (2010), os familiares não conhecem, não respeitam e/ou não possuem condições satisfatórias para prover as necessidades apresentadas pelas adolescentes grávidas, sendo observados conflitos entre pais e

filhas, principalmente no que se refere à sexualidade. Os genitores podem demonstrar ambiguidades em suas práticas, ao exercer o controle sobre a adolescente, sendo que estas dificuldades acarretariam limitações nos diálogos estabelecidos entre pais e filhas, durante a adolescência. Os extremos de flexibilidade e de rigidez dos pais com as filhas são apontados como um dos possíveis fatores causais associados à situação de gravidez adolescente (HOGA et al., 2010).

Estudos demonstram que as adolescentes possuem maiores dificuldades de relacionamento com a figura paterna (PERSONA et al., 2004; SOARES et al., 2008). O pai é considerado o membro da família mais distante dos filhos, isso pode fazer com que as adolescentes tenham as suas reações em relação ao exercício da sexualidade ou mesmo frente à ocorrência da situação de gravidez. Percebe-se que o temor da reação paterna à gravidez e descoberta do exercício da sexualidade é maior, sendo este frequentemente considerado uma pessoa agressiva e ignorante (MOREIRA et al., 2008; SOARES et al., 2008).

A forma de criação que os pais oferecem as filhas é influenciada, dentre outros fatores, pelas questões de gênero, ou seja, papéis prescritos socialmente para homens e mulheres (SOARES et al., 2008). A gravidez adolescente simboliza ainda, para alguns indivíduos, a comprovação da existência do relacionamento sexual antes do casamento. Este comportamento pode ser considerado inadequado especialmente para as mulheres, pois compromete a integridade moral das famílias. Esta situação pode ser interpretada como uma falha da família em prover uma educação adequada à filha (HOGA; BORGES; ALVAREZ, 2009).

Além disso, a gravidez é percebida pelo pai, segundo a participante AG9, como uma fraqueza em ter caído na conversa do namorado, ou seja, não aderiu às orientações e valores familiares. Apesar da existência de mudanças nas regras sociais que regulam o contato e o namoro entre os adolescentes, estas não necessariamente foram acompanhadas de novos valores ou classificações morais sobre o comportamento feminino no âmbito da sexualidade. Neste sentido, tornar pública uma gravidez que ocorre na adolescência pode ser fonte de preocupação moral, não necessariamente de tristeza ou decepção familiar, porque se espera que adolescentes aproveitem à vida, estudem e se preparem para um futuro profissional e familiar (GROSSMAN, 2010).

Entre as participantes, AG1 foi a única que descreveu relações de apoio exclusivamente masculinas. A partir dessa comprovação, pode-se pensar que, apesar

da figura do pai estar afastada da rede de apoio das participantes, quando presente, assume posição importante como fonte de suporte.

Se eu colocar outras pessoas nesse desenho, que não meu pai e meu marido, vou estar mentindo. Eu não tenho relação com a minha mãe, meu pai é meu tudo. Ele fez tudo para mim a vida toda, e na gravidez não foi diferente. Meu marido está feliz com a gravidez (...) sinto falta de uma amiga, de alguma mulher perto de mim que já tenha passado por isso. Me preocupa um pouco quem vai me ajudar quando o bebê for pequeno (AG1).

Embora ainda incipiente, nota-se que a participação do pai e do namorado/companheiro ainda é limitada, mas faz diferença quando presente. A vivência dos homens no processo da gravidez tem possibilitado a desintegração de antigos estereótipos paternos e maternos, favorecendo a atuação masculina mais participativa. Nesse novo modelo de paternidade, Freitas et al. (2009) aponta que se espera do homem não apenas o sustento financeiro da família, como na família patriarcal, mas uma paternidade que se expresse também nos cuidados educacionais e afetivos com os filhos.

No estudo de Meincke (2007), os pais adolescentes participantes da pesquisa assumiram o papel de pai conforme suas características e singularidades, sendo apoiados por suas famílias e pelas famílias das suas namoradas, e mostraram-se cuidadores de seus filhos e de suas companheiras.

Nota-se que o papel social de homens e mulheres em relação à procriação e cuidado dos filhos se modifica ao longo da história e do desenvolvimento socioeconômico dos grupos humanos. Entretanto, ao contrário do que a maioria das participantes deste estudo conta, não podemos considerar que a gestação é um evento unicamente feminino, entre mulheres, mas, sim, que há um predomínio da presença e do apoio de mulheres para outras mulheres.

A partir dos MMR, anteriormente apresentados, as adolescentes grávidas apontam poucas pessoas nas relações mais próximas, ou seja, no círculo circunscrito mais próximo do centro, círculo que representou a adolescente grávida. Dentre as 25 participantes, 6 não apontam nenhum membro de sua rede como relação próxima de apoio. Isto torna-se preocupante, à medida que se considera a adolescência um período peculiar e cheio de transformações e significações, sobretudo de uma

gestação na adolescência. Diante disso, pensa-se que, talvez, por resposta a isso, estas participantes reforçam sua autonomia⁹ diante deste fato.

Esse processo de autonomia, inicia com o despertar da consciência em relação à sua autoconfiança – eu me apoio– significa que houve um processo de construção da sua liberdade de decidir e controlar seu próprio destino com responsabilidade. Dentre as vozes presentes no discurso das adolescentes, encontrou-se a afirmação do ideal da maternidade, uma vez que o cuidado da própria saúde se articulou sobremaneira à preocupação com a saúde do filho.

Diante das falas, a autonomia fortalece o empoderamento das adolescentes grávidas:

Claro que estar rodeada de gente é importante, mas eu sei que se eu não me ajudar, não me organizar e encarar esta realidade que Deus me apresentou, tudo vai dar errado (AG4).

Se tem alguém que pode fazer algo por mim, sou eu mesma. Por mais que eles (família) estejam por perto, quem deve agir sou eu (AG7).

Tudo que eu fiz até hoje foi por decisão minha, até mesmo engravidar. Eu sei que é minha responsabilidade. Depois quem vai cuidar da criança sou eu. Ninguém vai cuidar dela de madrugada (risos) (AG23).

Ninguém vai poder fazer por mim muita coisa. Eu que vou amamentar, eu que vou ninar. Tem dias que a criança só se acalma com a mãe (AG8).

Apoiar todo mundo apoia, mas quem vai sentir as dores sou eu. De qualquer forma estou preparada, quando se vai ter um filho tem que passar por isso, todo mundo sabe. Não adianta (AG12).

Amigas, amigas, madrugadas à parte. Não acho que minhas amigas vão ficar na minha casa me ajudando. No máximo vão visitar e segurar um pouquinho. Mas eu que sou a mãe, deixa para mim (AG15).

A representação da autonomia foi percebida por meio das falas que indicaram a responsabilidade para se tornarem protagonistas nesse processo de gestação, mesmo reconhecendo a importância do apoio da sua rede social. De acordo com o Ministério da Saúde, atitudes, hábitos e comportamentos que marcam a vida de adolescentes que se encontram em processo de formação e consolidação são influenciados pelo seu contexto social (BRASIL,2010).

⁹ A ideia de autonomia (auto= próprio, nomos= norma, regra, lei) conduz o pensamento imediatamente à ideia de liberdade e de capacidade de exercício ativo de si, da livre decisão dos indivíduos sobre suas próprias ações e às possibilidades e capacidades para construir sua trajetória na vida (FLEURY-TEIXEIRA, 2008).

As representações sociais têm suas raízes nos conceitos elaborados pelos grupos humanos, como produto das interações contínuas e das visões de mundo de seus membros (MOSCOVICI, 2010). Postula-se, então, que as adolescentes grávidas abordadas por esta pesquisa narraram suas construções psicossociais imbricadas no ambiente da rede na qual se inserem, contudo, em muitos momentos, colocaram-se à frente dos membros de suas redes.

Nas falas, essas participantes sugerem que se sentem prontas para serem mães. Diante do que ancoram sobre maternidade, sem tê-la vivenciado, apenas por aquilo que ouviram falar ou presenciaram com outros membros da família, trazem alguns pontos triviais de maternidade, como não dormir bem à noite, fazer o nenê parar de chorar.

A autonomia pode ter sido influenciada pelas representações identitárias e representações sociais das adolescentes a partir do que consideram relevante no gestar e ser mãe adolescente. Pode-se afirmar que o modo como cada adolescente grávida visualiza essa autoajuda derivou dos diferentes processos de subjetivação nos quais cada uma delas se apoia para construir suas representações sociais.

6.3.3 Profissionais de saúde como membro da rede de apoio

Entre as pessoas citadas pelas participantes, como membro de seus MMR que lhe prestam apoio, está a enfermeira da UBS onde realizam o pré-natal. Esse dado é relevante, visto que a consulta de pré-natal é desenvolvida por uma enfermeira, o que, indiretamente, avalia o serviço de pré-natal que esse profissional está prestando no município. Doze das vinte e cinco participantes citaram a enfermeira como alguém que podem contar a qualquer momento, que tem paciência e lhes passa segurança e conhecimento:

Quem não pode faltar aqui nessa rodinha é a enfermeira (citou o nome), ela é muito querida, tenho o celular dela. Imagina se um médico vai me dar o celular (AG2).

A enfermeira (citou o nome) me apoia muito, às vezes mais que minha família. Sempre quando vou no posto ela me atende, mesmo que eu não tenha hora marcada. Tira minhas dúvidas e cuida para não faltar nenhum exame para mim (AG12).

Ela (enfermeira) conversa muito comigo, sobre eu aceitar essa gestação e tudo mais. Por que é difícil, né? Veja só, eu sou muito nova e já vou cuidar de alguém, se não fosse ela eu já tinha desistido (AG18).

Se todas as vezes que eu mandasse whats para ela (enfermeira) eu ganhasse dinheiro, eu estava rica (AG9).

Quando vou nos grupos e nas consultas ela me acolhe como se eu estivesse em casa, ela é atenciosa, presente. Ela é um presente (AG24).

As falas acima revelam confiança e apoio percebido pelas participantes de parte das enfermeiras que assistem seu pré-natal. Neste, quando os profissionais compreendem e consideram as referências das adolescentes, como elas são construídas e mobilizadas no contexto social e interativo, a lógica profissional deixa de ocupar espaço exclusivo. Abre-se espaço à apreensão do que pensam e a partir de quais fontes e de que modo constroem referências para a própria ação. Nessa perspectiva, Araújo; Mandu (2016) destacam que o pré-natal precisa ocorrer em bases humanizadas, dando suporte às necessidades de saúde mais abrangentes de cada adolescente grávida.

Para Souza et al. (2010), a gravidez na adolescência precisa de assistência pré-natal diferenciada, é necessário que os profissionais de saúde, estejam atentos a essa parcela da população. O acompanhamento domiciliar, o acolhimento no serviço e a inserção precoce no programa com adoção de um protocolo de risco viabilizam o término da gestação com resultados satisfatórios.

Segundo dados apresentados nos relatórios da UNICEF (2011), as adolescentes grávidas evitam os serviços de saúde e as principais justificativas são a falta de confiança nos profissionais de saúde, ambientes não acolhedores, vergonha, longa espera para serem atendidas e a distância entre suas residências e as unidades de saúde. Uma estratégia para que as adolescentes busquem os serviços é torná-los reservados e confiáveis, oferecendo um atendimento que dê apoio, sem emitir juízo de valor. Portanto, considera-se importante que os profissionais de saúde garantam a privacidade e a confidencialidade (BRASIL, 2006).

Nesse sentido, o estudo realizado com profissionais de saúde do centro obstétrico de um hospital de ensino no Município de Pelotas/RS aponta que a qualidade da atenção à parturiente adolescente não necessita somente de resolução de problemas ou uso de tecnologias. Demanda também que haja uma mudança nas atitudes e comportamentos dos profissionais, ou seja, o uso das tecnologias leves no fortalecimento do vínculo entre profissionais de saúde, usuárias, famílias e comunidade (SILVA et al., 2013).

Os relatos mencionados pelas participantes do presente estudo, direcionam ao entendimento de que o modelo humanista constitui o eixo norteador das práticas de enfermeiras. Nota-se que a representação da gestante adolescente diante do apoio recebido pela enfermeira é da valorização de suas necessidades mais subjetivas serem atendidas. Em uma visão sob a perspectiva de gênero e dos direitos sexuais e reprodutivos que retrata a mulher como sujeito social na busca pela construção e afirmação de sua identidade na sociedade atual, desvela-se a gestação como uma possibilidade de escolha feminina para decidir sobre seu corpo e sua vida reprodutiva (BRASIL,2013).

É possível identificar que as adolescentes percebem que as enfermeiras se empenham para se adequar às suas necessidades individuais, e as falas revelarem atenção clínica para o desenvolvimento saudável da gestação, mas sempre envolvendo cada individualidade.

Eu mando mensagem, ela é minha amiga no Facebook. Se sinto dor, ela me explica o que pode ser. Sempre acho que é trabalho de parto, mas ela me explica que quando for, vou ter certeza que é (AG6).

Ela é muito atenciosa nas consultas, lê tudinho que diz nos meus exames, explica cada coisa, ela é show (AG7).

Moscovici (2007) explicita 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. Desse modo, considerando a representação social como forma de saber prático que articula um sujeito (neste estudo, as adolescentes) a um objeto (neste caso, as redes de apoio) e que é elaborada no âmbito dos fenômenos comunicacionais que refletem sobre as interações e mudanças sociais, clareia-se que as relações entre as adolescentes e o apoio recebido pelas enfermeiras é fruto da forma com que essas enfermeiras estão atuando. Isso é destacado nas falas a seguir também:

Se não fosse ela (enfermeira), eu não saberia o que fazer. Até brindes eu ganhei nos grupos (AG11).

Graças a gravidez ela (enfermeira) entrou na minha vida. Não tem comparação a atenção que ela me dá do que a que recebi de algum médico até hoje (AG16).

Ela (enfermeira) é uma amiga. Me dá atenção, conversa, é bem diferente do médico que me atende às vezes. Ela é amiga, sabe? Falo com ela pelo whats, isso nunca ia acontecer entre mim e o médico (AG18).

Destaca-se, aqui, a função justificadora das representações sociais, tal como caracterizadas por Moscovici (2007), atribuindo a alguém seu conhecimento e comparando a atuação de um profissional e de outro.

A construção das representações sociais parte da diversidade dos indivíduos e da estranheza das atitudes e fenômenos, por isso objetivam averiguar de que forma indivíduos e grupos constroem um mundo estável e previsível, a partir de tal diversidade (MOSCOVICI, 2007).

Sendo assim, “o ato de categorizar alguém ou alguma coisa significa escolher um dos paradigmas estocados em nossa memória e estabelecer uma relação positiva ou negativa com ele” (MOSCOVICI, 2007, p.63). Quando a gestante se sente acolhida e bem recebida, imediatamente cita a enfermeira como membro de sua rede de apoio.

Observa-se que nas falas de algumas adolescentes que a enfermeira é referida como uma amiga, alguém que possa contar nas horas incertas. Entende-se que, ao ancorar sua compreensão de que o profissional enfermeiro é mais atencioso e presta um atendimento de mais qualidade em relação a outro profissional, essa atenção é mais edificada do que propriamente o conhecimento científico em si. Justifica-se que isso pode acontecer devido ao entendimento que se tem de que a maternidade coloca a adolescente em uma posição mais vulnerável, de fragilidade e que em vista disso o apoio afetivo é considerado mais importante em detrimento do conhecimento científico do profissional.

De acordo com Cabral; Hirt e Van Der Sand (2013), gestantes adolescentes que recebem o acompanhamento de uma equipe de saúde qualificada durante o pré-natal e no parto raramente enfrentam problemas como parto prematuro, abortamento, desproporção céfalo-pélvica, anemia materna, infecções urogenitais, entre outros.

Ainda sob esse enfoque, estudo realizado com a equipe de enfermagem da maternidade de um hospital público do Rio de Janeiro demonstrou que o atendimento dispensado às adolescentes, de modo geral, era generalista e seguia uma rotina institucional, deixando de levar em consideração o histórico, as fragilidades, necessidades e peculiaridades das adolescentes (OLIVEIRA et al., 2009).

Já o estudo realizado por Santos; Saunders e Baião (2012) nos ambulatórios de pré-natal de uma maternidade pública do Município do Rio de Janeiro, constatou

como interferência negativa a predominância da dimensão biomédica na percepção dos profissionais de saúde sobre os aspectos psicossocioculturais da gestação na adolescência. Foi observado também o não aproveitamento da consulta como espaço privilegiado de construção de significados coletivos e individuais sobre a gestação e a maternidade na adolescência.

Dentre as vinte e cinco participantes deste estudo, quatro também citam o Agente Comunitário de Saúde (ACS) como membro da rede de apoio, e uma participante cita o médico, com o qual realiza pré-natal.

Na busca para promover ações de cuidado às gestantes adolescentes, o Ministério da Saúde centra seus esforços em estratégias que valorizam as relações humanas, a produção de vínculos, o acolhimento e a autonomia do usuário no cuidado. Esse modelo assistencial prioriza o trabalho multidisciplinar no qual todos devem se identificar com uma proposta de atendimento que exige criatividade e iniciativa para trabalhos comunitários e em grupo (BRASIL, 2006)

Para Duarte; Silva e Cardoso (2007), os agentes comunitários de saúde (ACS) possuem um papel muito específico que os diferencia dos demais elementos da equipe. Estes conhecem intimamente a realidade local porque são parte da comunidade. Representam uma possibilidade de trazer para dentro das equipes de saúde o olhar da população, revelando necessidades de um ponto de vista diferente e que, portanto, abre as portas para um universo novo de intervenções.

As participantes citam estes profissionais em sua rede de apoio:

A ACS é muito querida, ela não passa na frente da minha casa sem entrar e perguntar como eu estou. Ela não deixa eu faltar uma consulta, quando não posso ir no posto ela leva meus exames para a enfermeira olhar, ou o médico (AG 11).

Como ela (ACS) é aqui do bairro, conhece bem a minha família. Ela faz essa ligação entre nós e o posto. O chá das gestantes ela também organiza. É bem legal. Sem falar que não me deixa faltar as consultas, porque sempre vem me lembrar (AG13).

O ACS tem papel fundamental na captação dos adolescentes para as unidades básicas de saúde (UBS), e nota-se que esta importância é reconhecida pelos participantes. Durante as visitas domiciliares, o ACS parece incentivar as adolescentes grávidas a procurarem a UBS de referência diante de qualquer problema

ou dúvida, informando-os sobre a existência de serviços especializados e das atividades que ocorrem e que são voltadas para este público.

De acordo com Lock-Neckel et al. (2009), é fundamental que os serviços de saúde desenvolvam mecanismos próprios para a captação precoce dessas gestantes, proporcionando-lhes uma atenção pré-natal diferenciada realizada por profissionais sensibilizados em relação às suas condições específicas. Compete ao ACS, no exercício de sua prática, mobilizar e articular conhecimentos, habilidades, atitudes e valores requeridos pelas situações de trabalho, realizando ações de apoio em orientação, acompanhamento e educação popular em saúde a partir da concepção de saúde como promoção da qualidade de vida e desenvolvimento da autonomia diante da própria saúde (BRASIL, 2013).

De acordo com o Ministério da Saúde, o ACS possui um papel muito específico que o difere dos demais membros da equipe. Antes de tudo, são pessoas que convivem com a realidade e as práticas de saúde do bairro onde moram e trabalham, portanto identificam-se com a cultura, linguagem e os costumes de sua própria comunidade (BRASIL, 2006).

Sendo assim, para que se obtenha um cuidado pré-natal humanizado e de qualidade faz-se necessário que a atenção dispensada às gestantes adolescentes esteja voltada para as necessidades desta etapa do desenvolvimento, respeitando suas singularidades e criando um espaço privado e acolhedor no qual as adolescentes sintam-se confortáveis. Inclusive, barreiras culturais, de gênero e entre gerações precisam ser superadas para que se possa abrir um espaço de diálogo entre as gestantes adolescentes e profissionais de saúde, a fim de ofertar um cuidado eficaz e de qualidade.

Na busca de um cuidado diferenciado com as adolescentes, muitas vezes, os profissionais de saúde se deparam com obstáculos que dificultam o acompanhamento das gestantes e, mesmo com todas essas dificuldades, procuram atender às suas necessidades nas visitas domiciliares, nas consultas, retirando suas dúvidas, agendando a consulta pré-natal, organizando atividades educativas e orientando a sua importância e orientando as dúvidas que possam surgir.

6.3.4 As representações sociais das formas de apoio recebido pelas adolescentes grávidas

O apoio social oferecido à adolescente grávida é um fator fundamental no processo de gravidez, uma vez que corresponde ao suporte emocional e à divisão de responsabilidades. No presente estudo, os discursos apreendidos revelam que as adolescentes elaboraram representações sobre o apoio de seus parceiros e família principalmente relacionadas ao apoio emocional e financeiro.

Essa dimensão é caracterizada pelas ações ou materiais proporcionados por outras pessoas para facilitar ou diminuir as tarefas cotidianas e foi percebida pelas gestantes, principalmente por aquelas com poucas condições financeiras. É possível que as preocupações vivenciadas com a própria gestação e o fato de estarem morando com as famílias de origem ou do parceiro, supridoras de suas necessidades materiais, tenham contribuído para esse esmaecimento da percepção de apoio material refletidos na seguinte fala:

Quando penso que forma de apoio recebi ou recebo, com certeza o emocional é o mais importante. Mas o material também conta né (AG2)?

Se eu tivesse que comprar as coisas, não teria nada, minha família custeia bastante coisa, enxoval, tudo (AG23).

Amor, carinho, proteção...tudo isso recebi, e muita roupinha também (AG20).

Eles (pais) compraram tudo, carrinho, fralda (AG3).

Casa comida e roupa lavada (risos), meus pais bancam tudo (AG5)

Acredita-se que o apoio recebido durante o processo da gravidez influencia de forma determinante como a adolescente vai experienciar esse momento. Observou-se, de maneira geral, que as adolescentes recebem apoio, tanto dos parceiros quanto da família, ainda que em alguns casos a gestação não tenha sido planejada e a receptividade imediata tenha sido de surpresa, ou que alguns familiares citados estejam distantes fisicamente das adolescentes gestantes nesse momento. Porém elas relataram que recebem apoio, principalmente financeiro e emocional, de diferentes pessoas do convívio.

Gestos de carinho, aceitação, diálogo e coerência em imposições de regras e disciplina contribuem para que a adolescente se sinta amada, cuidada e protegida pela família. Através dessas atitudes, a adolescente terá menor probabilidade de

sofrer traumas emocionais e poderá construir sua identidade, a partir de uma visão otimista e realista de si mesma (SCHWARTZ; VIEIRA; GEIB, 2011).

Os elementos das representações sociais elaborados pelas adolescentes no que diz respeito à forma de apoio recebido são objetivados em recursos financeiros, enxoval, carrinhos, fraldas.

A objetivação, nesse caso, transforma o abstrato em concreto, a partir da aproximação do que é estranho em familiar. Logo, as participantes referem que os subsídios materiais oferecidos pelos membros de suas redes de apoio facilitaram a vivência da gravidez, o que é apontado de maneira significativa nas falas. É por meio desse processo de objetivar que o apoio se materializa. A objetivação refere-se à forma como os elementos que constituem a representação se organizam e como esses elementos ganham materialidade, consiste em corporificar os pensamentos, tornar físico e visível o impalpável, ou seja, transformar em objeto aquilo que é representado (MOSCOVICI, 2010)

O núcleo familiar, mais uma vez representado pela figura da mãe, mostrou-se como a principal fonte de apoio material. Contudo, o pai da criança e outros membros da família também são percebidos como fornecedores do apoio material.

Nesse contexto, Moreira et al. (2008) identificou em seu trabalho que, dentre as gestantes adolescentes pesquisadas, 47% viviam com a mãe e 36% com o companheiro. Essa convivência diária, segundo o autor, funciona como suporte tanto a nível emocional como financeiro e potencializa os recursos internos e externos para confrontar as dificuldades desse período. Assim, pensa-se que o papel da família de origem assume considerável importância se levarmos em conta a dependência que muitas adolescentes ainda têm de seus pais.

O apoio afetivo recebido diante da situação “gravidez” é descrito como atitudes de carinho, afeto e atenção, destacando-se mais uma vez a figura da mãe.

Ela (mãe) é muito presente, amorosa, atenciosa, e está aí para o que der e vier (AG2).

Certas coisas de mulher eu gosto de dividir com a minha mãe, ela sabe me ouvir (AG20).

Gestos de carinho, aceitação, diálogo e coerência sem imposições de regras e disciplina contribuem para que a adolescente se sinta amada, cuidada e protegida pela família. Essas atitudes possibilitam que a adolescente tenha menor probabilidade

de sofrer traumas emocionais e possa construir sua identidade a partir de uma visão otimista e realista de si mesma.

Percebe-se que a intensidade e a forma como o apoio da família é fornecido, é variável. Para Hoga et al. (2009), em alguns casos há toda uma mobilização dos membros da família para oferecer uma verdadeira rede de ajuda, sendo observados revezamentos entre os membros femininos da família (mãe, sogra, irmãs e adolescente) para o cuidado com a adolescente grávida. Acredita-se que esse apoio familiar correlaciona-se a adoção de novos modelos de comportamento por parte da adolescente, que assume definitivamente as responsabilidades presentes no mundo adulto, associadas à situação de maternidade.

Ações e os discursos produzidos pelos indivíduos são dinâmicos e alteram-se ao longo de suas vidas de acordo com suas experiências. A TRS permitiu classificar as diferentes maneiras pelas quais os atores sociais, neste estudo as adolescentes grávidas, percebem suas redes de apoio.

Ancoragem e objetivação são processos baseados na memória (MOSCOVICI, 2007). As adolescentes tendem a objetivar o apoio materno resguardado em suas memórias, desde antes da gestação, e a mãe como alguém que acolhe ampara e cuida. A TRS enfatiza que as respostas emocionais são produto de representações emocionais do acontecimento que surgiram historicamente e que ainda circulam no meio científico, na comunicação midiática e no pensamento popular.

Em relação ao serviço de saúde citado pelas participantes, os profissionais mais apontados como apoiadores foram a enfermeira e as agentes comunitárias de saúde, aparecendo também como fomentadoras do apoio informacional. As orientações, as informações e as lembranças sobre as consultas configuram esse apoio.

Ela é um amor (ACS), vem aqui em casa, me lembra das consultas, dos grupos. É alguém que se importa comigo. Ela é bem nossa conhecida, e desde que descobri a gravidez, não demora ela está por aqui. (AG18).

Me informa tudo, não me deixa com dúvidas, a enfermeira me apoia muito nisso, ela sabe que sou preocupada. Quando vai ter reunião das gestantes ela manda bilhete. Até esqueci de dizer, nessas reuniões ela ensina bastante coisa. Por isso também gosto muito dela (AG3).

A enfermeira e a agente (ACS), estão em cima. Se dependesse de mim eu esquecia até da consulta, mas elas não me deixam esquecer. E é bem legal, elas ensinam muita coisa, sobre o bebê, sobre o parto (AG4).

Observou-se que o apoio social, na perspectiva funcional de informação, configurou-se como importante na gestação, especialmente quando provido por profissionais de saúde, uma vez que nessa perspectiva estão as orientações sobre o processo gestacional. Os profissionais envolvidos no processo da maternidade na adolescência têm grande desafio ao lidar com as mudanças e descobertas pelas quais passa a adolescente grávida, que muitas vezes tem dificuldades para expressar suas dúvidas e compreender o significado da maternidade e as mudanças ocorridas nessa fase.

Considerações finais

Evidenciou-se, neste estudo, a produção dos discursos de representações sociais das redes de apoio social de adolescentes grávidas. A representação social da rede de apoio mais significativo às gestantes foi evidenciada na figura materna, seguido de outras figuras femininas, como amigas, irmãs, tias, avó, enfermeira. As redes familiares de apoio entre mulheres têm se consolidado principalmente entre parentes e amigas.

O apoio do namorado/marido foi pouco evidenciado pelas participantes, sendo apenas um dos namorados/maridos também adolescente, os demais maiores de idade, o que se pensa que já possuam responsabilidade na vivência da paternidade, porém, esta ideia não foi percebida e nem citada pela maioria das participantes.

A autonomia da adolescente grávida e o conhecimento sobre suas necessidades, muitas vezes, parecem descartar o apoio de familiares e amigos, porém, pensa-se que muitas vezes, esta atitude pode ser em resposta a falta de apoio de pessoas de seu convívio, visto que se percebe neste estudo que as participantes, muitas vezes, sentem-se sozinhas.

Os profissionais de saúde -enfermeira, agente de saúde e médico- aparecem na rede de apoio da adolescente grávida, especialmente a enfermeira. Esse apoio se ancora fortemente na atenção e carinhos recebidos, bem como nas orientações individualizadas. Destaca-se a necessidade de continuidade e fortalecimento dessa rede de apoio composta pela enfermeira e demais membros da equipe de saúde.

A enfermeira no desenvolvimento de seu papel nos serviços de saúde, pode ser protagonista e multiplicador das transformações das práticas em saúde por meio de educação em saúde, juntamente com outros profissionais da área da saúde podem ser fontes de apoio dessas adolescentes grávidas. Aos profissionais de saúde, compete auxiliar na construção de estratégias para a promoção da convivência familiar e comunitária de adolescentes grávidas, reforçando suas redes de apoio.

Na perspectiva afetiva, evidenciou-se uma relação afetuosa com a mãe e uma ausência do pai no núcleo familiar de apoio. Na perspectiva material, foram

reconhecidos o apoio do núcleo familiar e do parceiro em relação ao fomento de bens materiais e para o seguimento do pré-natal. Na perspectiva informacional, observou-se o apoio dos serviços de saúde centrado na figura da enfermeira e de agentes comunitários de saúde.

A oportunidade de compreender essa realidade, a partir das representações sociais da rede de apoio das participantes do estudo, mostrou **que foi confirmada a tese** de que a adolescente grávida identifica sua rede de apoio baseada predominantemente na figura da mãe, e de outras mulheres de seu convívio, sendo que esta rede lhe oferece apoio emocional, afetivo e financeiro, representando-lhe assim segurança para gestar e tornar-se mãe adolescente.

A construção de uma rede que considere a gravidez na adolescência em todos os seus aspectos, sem apartar os elementos biológicos dos sociais, dos culturais e dos históricos, é necessária. No entanto é preciso ter a compreensão das possibilidades e limites de cada adolescente para lograr o êxito em apoiá-la e orientá-la na superação das dificuldades. A perspectiva de pertencer a uma rede parece estimular as adolescentes grávidas no processo de construção de sua história de vida e experiência da gestação, possibilitando a ela construir sua identidade materna e enfrentar as adversidades deste período.

É necessário aprofundar as reflexões e formular novas indagações sobre a realidade das adolescentes tomando sempre, como ponto de partida, as suas concepções e representações sobre o modo de ser e viver essa fase da vida. Neste estudo, o fato de ouvir a adolescente e trazer aqui, de forma literal, suas falas reforça a contribuição da presente pesquisa ao trazer a realidade desse grupo. O processo de atribuições de significados e representações tem valor, visto que é feito em um contexto social. Cada participante desenhou sua representação social a partir de suas vivências e características próprias.

Quando confrontados com o acervo teórico existente, os dados deste trabalho permitem apontar que existe um comportamento de inovação por parte das adolescentes grávidas. Inovação é um dos conceitos abordados pela TRS quando propõe que as representações sociais têm uma ação anticonvencional na cultura e nas instituições da capacidade de converter objetos e conceitos, já determinados, em novos conteúdos.

Nesse sentido, as práticas das adolescentes grávidas revelam uma forma de persuadir a sociedade, quanto à construção de novos modelos, visando às mudanças nos valores sociais e práticas institucionais.

Essas mudanças devem abranger o ritual de passagem da infância à idade adulta e, sobretudo, a criação e reconhecimento de um novo *status*, no qual a adolescente grávida não seja reconhecida como um "*problema social*".

Acredita-se que houve dificuldade de adentrar a casa das participantes, uma vez que nem todas aceitaram que as entrevistas fossem realizadas no domicílio conforme era a proposta inicial do estudo. Pode-se perceber que, quando entrevistadas em seus domicílios, as participantes pareciam mais à vontade do que nas UBSs. Contudo, na UBS, a entrevista pareceu ser percebida pela participante como parte da consulta de pré-natal.

Ainda como limitação do estudo, entende-se que criar um ambiente de entrosamento com a adolescente é desafiador. As atitudes e comportamentos das participantes em relação às suas redes de apoio implica conhecer as representações que os indivíduos possuem dos objetos que almejam expressar. Tendo em vista o pouco vínculo com as participantes, houve dificuldade em perceber as representações sociais acerca das redes de apoio. A abrangência e complexidade do tema também são fatores limitantes e pode ter ocorrido dificuldade de expressão por parte das participantes.

Notou-se que a utilização do MMR foi relevante na intenção de imprimir caráter lúdico ao encontro, ao mesmo tempo, possibilitou a objetivação das participantes em relação às suas redes de apoio, pois à medida que iam apontando os membros de sua rede no mapa também apontavam suas relações e vivências associadas ao membro da família referido.

Sugere-se que o MMR seja utilizado como recurso no atendimento à adolescente grávida na ESF a fim de compor o prontuário da família, podendo ser elaborado junto com qualquer profissional da equipe de saúde da família, o que implicaria na qualificação do cuidado, compreensão da rede de apoio da adolescente grávida e o suporte que tem recebido na gestação, reforçando, dessa forma, suas redes de apoio.

Pensa-se que esta pesquisa contribua para que a gravidez na adolescência, na formação dos profissionais da saúde, seja percebida como uma realidade que deve

ser compreendida e trabalhada por todos. Ao mesmo tempo que a rede de apoio seja fortalecida, pois notou-se o quão sozinhas muitas vezes elas se sentem.

Da mesma forma, deseja-se que este trabalho proporcione aos seus leitores uma reflexão crítica acerca da gravidez na adolescência, ultrapassando, assim, paradigmas dominantes ainda existentes nos estudos da área da saúde, que vislumbram esse fenômeno a partir de uma perspectiva patologizante e biologicista. A compreensão das demandas e necessidades de saúde destas adolescentes pode subsidiar estratégias de cuidado estimulando o protagonismo desta parcela da população muitas vezes desconsiderada enquanto cidadãs.

Os resultados desta tese apresentam aplicabilidade para o campo do estudo, seja na formação de profissionais, na pesquisa ou na extensão, algumas recomendações podem ser feitas com o intuito de promover mudanças na atenção à adolescente grávida.

1. Estimular os profissionais da saúde e, especialmente, os enfermeiros a estabelecerem espaços de cuidado para a adolescente grávida, nas diversas esferas de atenção à saúde e, principalmente, na atenção básica, com atividades educativas alicerçadas no diálogo, específicas para suas demandas como adolescente e gestante;

2. Sensibilizar os profissionais da saúde para o acolhimento, para o estabelecimento de vínculos e para o aperfeiçoamento de espaços de escuta livre de preconceitos diante da história de vida e dos desejos e sonhos de cada adolescente grávida;

3. Estimular os profissionais da saúde, a respeito da importância da discussão interdisciplinar de projetos de cuidado às adolescentes grávidas, aproximando suas redes de apoio social ao serviço de saúde, e da realização de encontros para a reflexão e discussão da abordagem destas gestantes e suas famílias;

4. Construir, a partir dos resultados deste estudo e da necessidade de fortalecimento das redes de apoio das adolescentes grávidas, práticas educativas de saúde que se aproximem de suas experiências não voltados às questões biológicas e/ou patológicas;

5. Fomentar espaços de discussão entre os profissionais da saúde com as demais instâncias envolvidas nesta rede de cuidado às adolescentes grávidas, como a escola e a família;

6. Incitar a participação dos companheiros destas adolescentes grávidas nas ações de educação em saúde;

7. Incluir a temática gravidez na adolescência nas grades curriculares dos cursos da área da saúde e tratá-la com os estudantes, por meio de abordagens educativas, que sejam propulsoras do diálogo. Somado a isto, a realização de pesquisas acerca da gravidez na adolescência que deem voz aos companheiros, pais e amigos desta gestante.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, L. As mães e as filhas e as avós e as netas nas narrativas genealógicas. **Revista Destiempos**, Cidade do México, v. 4, n. 19, p. 605-628, mar./abr. 2009.

ALVES, C.A.; BRANDÃO, E.R. Vulnerabilidades no uso de métodos contraceptivos entre adolescentes e jovens: interseções entre políticas públicas e atenção à saúde. **Cien Saude Colet**, v.5, n.2, p.661-70,2009.

ANDRADE, D.W.P; PRAZERES, A.S; SANTOS, A.A.A.P; SILVA, B.D.D; LEONARDOS, C.S; MACHADO C.A.F, et al. Adolescência: pane no sistema - configurando responsabilidades. **Adolesc. Saude**, v.8, n 1,p.35-42,2011.

ARAUJO N.B, MANDÚ E.N. Produção de sentidos entre adolescentes sobre o cuidado de si na gravidez. **Interface** (Botucatu) 2016;20(57):363-375

ARIÈS, P. **História social da infância e da família**. Tradução: D. Flaksman. Rio de Janeiro: LCT, 1978.

ÁRIES, P. Por uma história da vida privada. In: Ariés P, Chartier R. **História da vida privada**, v. 3 - Da Renascença ao Século das Luzes. São Paulo: Companhia das Letras, 1993.

ÁVILA, M.B. Direitos sexuais e reprodutivos: desafios para as políticas de saúde. **Cad Saude Publica**,v. 19(Suppl 2),p.465-9,2003.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Tradução de Luis Antero Reto e Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70, 2011.

BARRETO, M. J; RABELO, A. A. A família e o papel desafiador dos pais de adolescentes na contemporaneidade. **Pensando fam.**, Porto Alegre , v. 19, n. 2, p. 34-42, dez. 2015 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-494X2015000200004&lng=pt&nrm=iso>. acesso em 03 abr. 2017.

BARNES, J. **Redes sociais e processo político**. In: FELDMAN BIANCO, B. (Org.). Antropologia das sociedades contemporâneas: métodos. São Paulo: Global, 1987. p.159-193.

BEMFAM. **Adolescentes, jovens e a Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde**. Um estudo sobre fecundidade, comportamento sexual e saúde reprodutiva. Rio de Janeiro, 1999.

BERQUÓ, E. **História da vida privada no Brasil**. Contrastes da intimidade contemporânea. São Paulo: Companhia das Letras, 1998. v. 4, p. 411-438.

BIAZUS, C.B; RAMIRES, V.R.R. Depressão na adolescência: uma problemática dos vínculos. **Psicol. estud**, Maringá , v. 17, n. 1, Mar. 2012 .

BISOGNO, S.B.C. **Representação social da ortotanásia**: significados atribuídos por enfermeiros e médicos na Unidade de Terapia Intensiva. 2008. 182p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2008. Disponível em: <www.ufsm.br/ppgenf>.

BOWLING, A. Measuring social networks and social support. **Measuring health: a review of quality of life measurements scales**. 2ª ed. Buckingham: Philadelphia, 1997. p.90-108

BRANDÃO, E.R. **Desafios da contracepção juvenil**: interseções entre gênero, sexualidade e saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2009 Jul-Ago; 14(4):1063-71

BRASIL. Lei n.º 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o estatuto da criança e do adolescente e dá outras providências. **Diário Oficial da União, Poder Executivo**, Brasília, DF, 16 jul. 1990. p. 13563.

_____. Ministério da Justiça. Departamento da Criança e do Adolescente. **Estatuto da Criança e do Adolescente**; Brasília, 1991.

_____. Ministério da Saúde. **Associação Brasileira de enfermagem**. Projeto Acolher. Brasília, 2000.

_____. Ministério do Planejamento. Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Tendências demográficas**: uma análise dos resultados da amostra do censo demográfico 2000. (Estudos & Pesquisas, Informação Demográfica Socioeconômica, n. 13).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Marco Teórico e Referencial**: Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva de Adolescentes e Jovens. Brasília; 2006.

_____. **Painel de indicadores do SUS**. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS, 2006.

_____. **Marco teórico e referencial**: saúde sexual e saúde reprodutiva de adolescentes e jovens. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Saúde do Adolescente**: competências e habilidades. Série B Textos Básicos de Saúde. Brasília. 2008.

_____. Ministério da Saúde. Saúde do Adolescente e do Jovem. **A gravidez na adolescência está em queda**. Brasília, 2010.

_____. Ministério da Saúde. DATASUS. **Situação de Saúde – Brasil**. Brasília; 2010. Disponível em:
<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?siab/cnv/SIABSBR.DEF>

_____. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Atenção em Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Área Técnica de Saúde do Adolescente e do Jovem. **Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde**. Brasília, 2010. 132 p.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Aprova normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Diário Oficial da União, 2013.

_____. Ministério da Saúde. Sistema Nacional de Dados. **Estatísticas vitais**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. **Orientações básicas de atenção integral à saúde de adolescentes nas escolas e unidades básicas de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.

BRUN, D. **A gramática amorosa da amizade**. *Ágora*, v.10, p.v311-319,2007.

BRUNO, Z.V.; FEITOSA, F.E.L.; SILVEIRA, K.P.; MORAIS, I.Q.; BEZERRA, M.F. Reincidência de gravidez em adolescentes. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** 31(10): 480-484, 2009.

CABRAL, C. S. **Vicissitudes da gravidez na adolescência entre jovens das camadas populares do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro, 2001. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva)–Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

CABRAL, F.B; Oliveira, D.L.LC. Vulnerabilidade de puérperas na visão de Equipes de Saúde da Família: ênfase em aspectos geracionais e adolescência. **Rev Esc Enferm USP**, v.44, n.2,p.368-75,2010.

CABRAL, F. B.; HIRT, L. M.; VAN DER SAND, I. C.P. Atendimento pré-natal na ótica de puérperas: da medicalização à fragmentação do cuidado. **Rev. Esc. Enferm. USP**. São Paulo, v. 47, n. 2, p. 281-287, abr. 2013.

CALDEIRA, Sebastião et al . Ser mãe de adolescente grávida: vivência e expectativas. **Acta paul. enferm.**, São Paulo , v. 25, n. spe2, p. 110 114,2012 .

CAMPOS, A.B.F.; PEREIRA, R.A.; QUEIROZ, J.; SAUNDERS, C. Ingestão de energia e de nutrientes e baixo peso ao nascer: estudo de coorte com gestantes adolescentes. **Rev. Nutr.**, Campinas, 26(5):551-561, set./out., 2013.

CARVACHO, I.E.; MELLO, M.B.; MORAIS, S.S.; SILVA, J.L.P. Fatores associados ao acesso anterior à gestação a serviços de saúde por adolescentes gestantes. **Rev. Saúde Pública**. 42(5): 886-94, 2008.

CARVALHO, W.R.G; FARIAS, E.S; GUERRA-JÚNIOR, G. A idade da menarca está diminuindo? **Rev Paul Pediatría**; 25(1):76-81. 2007.

CARVALHO, G. M. de; MERIGHI, M,A,B; JESUS, M.C.P. Recorrência da parentalidade na adolescência na perspectiva dos sujeitos envolvidos. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 18, n. 1, Mar. 2009.

CASSEL J. **The contribution of the social environment to host resistance.** American Journal of Epidemiology 1976; 104:300-314.

CERVO, A. L.; BERVIAN, P. A.; SILVA, R da. **Metodologia científica**. São Paulo: Pearson Pratic Hall, 2007.

CERQUEIRA-SANTOS, E. et al . Gravidez na adolescência: análise contextual de risco e proteção. **Psicol. estud.**, Maringá , v. 15, n. 1, Mar. 2010 .

CHOR, D; FAERSTEIN, E; GRIEP, R.H; LOPES, C. Medidas de rede e apoio social no Estudo Pró-Saúde I: pré-testes e estudo piloto. **Cad. Saúde Pública**, v.17, p.887-96, 2001.

COSTA, Rachel Franklin da et al . Redes de apoio ao adolescente no contexto do cuidado à saúde: interface entre saúde, família e educação. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo , v. 49, n. 5, p. 741-747, Oct. 2015.

COUTINHO, S. M. S., MENANDRO, P. R. M. **A dona de tudo**: um estudo intergeracional sobre representações sociais de mãe e esposa. Editora da UFES, 2009.

DANIELI, Guiomar Luciana. **Adolescentes Grávidas**: percepções e educação em saúde. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)- Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. Santa Maria: Universidade Federal de Santa Maria, 2010.

DEMORI, C.C; ALVES, C,N ; WILHELM, L,A ; CREMONESE, L ; CASTIGLIONI, C ; RESSEL, L ; PRATES, L. A. ; SOARES, M. C. . O significado cultural da maternidade para mães adolescentes. **Revista Interdisciplinar de Estudos em Saúde**, v. 5, p. 47-56, 2016.

DRAGO, Á. B. (2012). **“Um senhor de família”**: representações sociais de paternidade de jovens pais e não pais. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Espírito Santo, Espírito Santo.

DUARTE, L.R; SILVA, D.S.J.R; CARDOSO, S.H. Construindo um programa de educação com agentes comunitários de saúde. **Interface Comun Saúde Educ**. 2007; 11: 439-47.

ESCOBAL, A.P.L; SOARES, M.C; MEINCKE, S.M.K; et al. Experiências das puérperas adolescentes no processo de parturição. **Rev Fund Care Online**. 2016 jul/set; 8(3):4711-4716. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2016.v8i3.4711-4716>

ESPINDULA, D. H. P; SANTOS, M. F. S. Representações sobre a adolescência a partir da ótica dos educadores sociais de adolescentes em conflito com a lei. **Psicologia em Estudo**, v.9, p.357-367.2004.

ESTATÍSTICAS do registro civil 2013. **Rio de Janeiro**: IBGE, v.32, 2013.

ESTEVES, A.P.V.S; SILVA, L.R; SILVA, M.B.D. Rede de Suporte Social às mulheres grávidas: tecelagem de cuidados de Enfermagem numa perspectiva cultural. **Rev enferm UFPE on line** [Internet]. 2010

FERREIRA, T. H. S; FARIAS, M. A; SILVARES, E. F. M. **Adolescência através dos séculos**. São Paulo. Psicologia: Teoria e Pesquisa. Vol. 26 n. 2, 2010.

FERREIRA, M. de A. et al. Saberes de adolescentes: estilo de vida e cuidado à saúde. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2007 Abr-Jun, v. 16, n.2, p. 217-24.

FERNANDES, A.O; SANTOS JÚNIOR, H.P.O; GUALDA, D.M.R. Gravidez na adolescência: percepções das mães de gestantes jovens. **Acta Paul Enferm**, 2012; 25(1):55-60.

FIEDLER, M.W; ARAUJO, A; SOUZA, M.C.C. The prevention of teenage pregnancy in adolescent's view. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis , v. 24, n. 1, p. 30-37, Mar. 2015.

FLEURY-TEIXEIRA, Paulo et al. Autonomia como categoria central no conceito de promoção de saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 13, supl. 2, p. 2115-2122, Dec. 2008

FLORES SULLCA, T; SCHIRMER J. Violência intrafamiliar na adolescência na cidade de Puno - Peru. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 4, p. 578-85, 2006.

FRANCO, M.L.P.B. Representações sociais, ideologia e desenvolvimento da consciência. **Cad Pesqui**. 2004, v.34, n.121, p.169-86.

FREITAS, W. M. F; et al. (2009). Paternidade: responsabilidade social do homem no papel de provedor. **Revista de saúde pública**, 43(1), 85-90.

FONTANELLA, B.J.B; RICAS, J; TURATO, E.R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, n.1, Jan. 2008.

FONTOURA, N.O;PINHEIRO, L.S. Gravidez na adolescência. **Net, Brasília**, mai.2010.

GALLANTIN, J. (1978). **Adolescência e individualidade**: uma abordagem conceitual da psicologia da adolescência. São Paulo: Harper & Row do Brasil.

GAMA, S.G.N; SZWARCOWALD, C.L; LEAL, M.C. Experiência de gravidez na adolescência, fatores associados e resultados perinatais entre puérperas de baixa renda. **Cad. Saúde Pública**. 18: 153-161, 2002.

GUARÁ I.M.F.R, coordenadora. **Redes de proteção social**; São Paulo: Associação Fazendo História 2010.

GARCIA, R.P. et al. Representações sociais: um possível referencial de investigação para a enfermagem in: **Anais do XII Colóquio Panamericano de Investigación en Enfermería**. Florianópolis, 2010.

GARROD, A et al.. (1995). **Adolescent portraits**: Identity, relationships, and challenges (2ª ed.). Boston: Allyn and Bacon.

GRADVOHL, S.M.O; OSIS, M.J.D; MAKUCH, M.Y. Maternidade e formas de maternagem desde a idade média à atualidade. **Pensando fam.**, Porto Alegre v. 18, n. 1, p. 55-62, jun. 2014.

GROSSMAN, E. **La adolescencia cruzando los siglos**. Adolescencia Latinoamericana, v.1,p. 68-74,1998.

GROSSMAN, E. A construção do conceito de adolescência no Ocidente. **Revista Saúde & Adolescência**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 47-51, 2010.

HEILBORN, M.L. et al. (Org) **O aprendizado da sexualidade, reprodução e trajetórias sociais de jovens brasileiro**. Rio de Janeiro: Garamond e Fiocruz, 2006.

HEILBORN, M.L. Por uma agenda positiva dos direitos sexuais da adolescência. **Psicol Clín**. 2012;24(1):57-68.

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

HOGA, L.A.K, BORGES, A.L.V, REBERTE, L.M. [Reasons and consequences of adolescent pregnancy: testimonies of family members]. **Esc Anna Nery Rev Enferm**. 2010; 14 (1):151-7.Portuguese

HORTA, N.C; SENA, R.R. Abordagem ao adolescente e ao jovem. **Physis**, v.20, n 2,p.475-94,2010

JODELET, D. **Representações sociais**: um domínio em expansão. In: Jodelet D, organizadora. As representações sociais. Rio de Janeiro: Ed.UERJ; 2001. p. 17-44.

KIMMEL, D.C; WEINER, I.B. **La adolescencia**: uma transición del desarrollo. Barcelona, Editorial Ariel, 1998.

KLIKSBURG, B. O contexto da juventude na América Latina e no Caribe: as grandes interrogações. **Rev. Adm. Pública**, v.40, n.5, p.909-42,2006.

LACERDA, M.R; LABRONICI, L.M. Papel social e paradigmas da pesquisa qualitativa de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 64, n. 2, p.359-64. mar-abr, 2011.

LERNER, R. M; STEINBERG, L. **The scientific study of adolescent development**: Past, present, and future. In R. M. Lerner, & L. Steinberg (Eds.), *Handbook of adolescent psychology* (pp. 1-12). New York: Wiley,2004.

LIMA, Márcia Gabriela Rodrigues de. **Representações sociais sobre a morte para docentes enfermeiros e suas influências no ensino**. Dissertação de Mestrado (Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Maria, 2013.

MAGALHÃES, M.L.C et al. Características epidemiológicas da gravidez na adolescência. Estudo em maternidade Escola de Fortaleza. *Rev Sogia*. 12(2): 49-70, 2005.

MANFRÉ, C.C; QUEIRÓZ, S.G; MATTHES, A.C.S. Considerações atuais sobre gravidez na adolescência. **Rev Bras Med Fam Comunidade** 2010; 5:48-54

MARTY, F. (2006). **Adolescência, violência e sociedade**. *Ágora*, 9, 119-131.

MARTINS, R.M.L. A relevância do apoio social na velhice. **Educação, ciência e tecnologia**. Viseu, 2005. Disponível em: <<http://www.ipv.pt/millennium/millennium31/9.pdf>>.

MARTINS, G.D.F. **Influência do apoio social sobre crenças e práticas maternas em capitais e pequenas cidades brasileiras** [dissertação]. Florianópolis: Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal de Santa Catarina; 2009.

MARQUES, E. **Redes sociais, segregação e pobreza**. São Paulo: Editora UNESP; Centros de Estudos da Metrópole, 2010.

MATTA J.S. **E a família, como vai? Trajetórias familiares e concepções de família em mulheres que foram mães na adolescência**: o caso do Centro de Saúde Germano Sinval Faria [tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca; 2008.

MCKINNON, S; POTTER, J. E; GARRARD-BURNETT, V. Adolescent fertility and religion in Rio de Janeiro, Brazil in the year 2000: the role of protestantism. **Population Studies**, v. 62, n.3, p. 289 303, 2008.

MEIRA, R.B et al. Rede de apoio social durante a fase gestacional de mulheres. **Rev enferm UFPE on line**. Recife, V. 7(esp), P.7024-33, dez, 2013

MEINCKE, S.M.K. **A construção da paternidade na família do pai adolescente: contribuição para o cuidado de enfermagem**. 2007. 275 p. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

MEINCKE, S.M.K; CARRARO, T.E. Vivência da paternidade na adolescência: sentimentos expressos pela família do pai adolescente. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis , v. 18, n. 1, Mar. 2009.

MELO, A. V. **Gravidez na adolescência**: uma nova tendência na transição da fecundidade no Brasil. Trabalho apresentado ao X Encontro Nacional de Estudos Populacionais, Caxambu, MG, 1996.

MENDONÇA, M.H.M. O desafio da política de atendimento à infância e à adolescência na construção de políticas públicas equitativas. **Cad Saude Publica**, v18, p.113-20,2002.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 13.ed. São Paulo: Hucitec, 2013.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 12ª ed. São Paulo: Editora Hucitec; 2014

MOMBELLI, M.A et al. Estrutura e suporte familiar como fatores de risco de stress infantil. **Estud. psicol.** (Campinas), Campinas, v. 28, n. 3, Sept. 2011 .

MOREIRA, T.M.M; VIANA, D.S; QUEIROZ, M.V.O; JORGE M.S.B.[Conflicts experienced by female adolescents with the discovery of pregnancy]. **Rev Esc Enferm USP**. 2008; 42(2):312-20. Portuguese.

MOSCOVICI, S. **La psychanalyse, son image et son publico**. 2ª ed. Paris: PUF; 1976.

MOSCOVICI, S. **Representações sociais**: investigações em psicologia social. Petrópolis (RJ): Vozes, 2007.

MOSCOVICI, S. **Representações Sociais**: Investigações em psicologia social. 6ª ed. Petrópolis: Vozes, 2009.

MOSCOVICI, Serge. **Representações Sociais**: Investigações em Psicologia Social. editado em inglês por Gerard Duveen; traduzido do inglês por Pedrinho A. Guareschi. 7. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

MOSCOVICI, S. **Representações Sociais**: Investigações em Psicologia Social. Petrópolis: Vozes, 2013.

MOURA, B; et al. Gravidez na adolescência: fatores associados e resultados perinatais em uma Maternidade Escola do Rio de Janeiro, **Adolesc. Saude**. Rio de Janeiro. 8(1): 15-20, jan/mar, 2011.

MUNIZ, M.C.V. **Perfil epidemiológico de puérperas adolescentes em Cáceres – MT**. [Dissertação de Mestrado]. Brasília: Faculdade de Ciências da Saúde Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, 2010.

MUOSS, R. (1976). **Teorias da adolescência**. Belo Horizonte. Interlivros.

NOGUEIRA, M.J; MODENA, C.M; SCHALL, V.T. Políticas públicas voltadas para adolescentes nas unidades básicas de saúde no município de Belo Horizonte/ MG: uma análise sob a perspectiva de saúde. **Rev APS**, v.13, n.3, p.338-45,2008.

NUNES, S.A. Esperando o futuro: a maternidade na adolescência. **Physis**[online]. 2012, v.22, n.1,p. 53-75.

OGLAND, C et al.The association of religion and virginity status among Brazilian adolescents. *Journal of Adolescent Health*, v. 48, n. 6. p. 651-653, 2011.

OLIVEIRA, E.M.S; PINTO, S.M.S; OLIVEIRA, S.G.S; et al.A percepção da equipe de enfermagem quanto ao cuidado prestado à adolescentes no ciclo gravídico-puerperal. **Adolesc Saúde**. v. 6, n. 2, p.13-18, 2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Saúde reprodutiva de adolescentes: uma estratégia para ação: uma declaração conjuntaOMS/FNUAP/UNICEF**.Genebra,1999.

PADILHA, C. dos S; OLIVEIRA, W.F de. Representação social do terapeuta comunitário na rede SUS. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 18, n.8, p.2211-2220, Aug. 2013.

PAIVA, V et al. Idade e uso de preservativo na iniciação sexual de adolescentes brasileiros. **Rev Saúde Pública**.;42(Suppl 1):45-53. 2008.

PEDRO FILHO, F et al. Perfil epidemiológico da grávida adolescente em Jundiá e sua evolução em trinta anos. **Adolesc. Saúde**. Rio de Janeiro. 8(1): 21-27, jan/mar, 2011.

PERETTO, M et al. Gravidez na adolescência em oito municípios do RS: perfil de ocorrência e rede de serviços. **Rev Eletr Enf**. out-dez;13(4):721-729. 2011.

PERROT, M; MARTIN-FUGIER, A. OS ATORES. IN: PERROT M. **História da vida privada** vol. 4 - Da Revolução Francesa à Primeira Guerra. São Paulo: Companhia das Letras, 1993.

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**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 5, p.745-50, 2004.

PEIXOTO, A.C.S; FONSECA, H.O; OLIVEIRA, R.M.S.R. Ancoragem. **Cadernos cespuc**. [on line]. 2013, v. 23, p. 8-12. Disponível em: <http://periodicos.pucminas.br/index.php/cadernoscespuc/article/view/8297/7178>

PICCININI, C.A; RAPOPORT, A; LEVANDOWSKI, D.C; VOIGT, P.R. Apoio social percebido por mães adolescentes e adultas: da gestação ao terceiro mês de vida do bebê. **Psico**, v.33, n.1, p.9-35, 2002.

PINTO, L.F.; MALAFAIA, M.F.; BORGES, J.A.; BACCARO, A.; SORANZ, D.R. Perfil social das gestantes em unidades de saúde da família do município de Teresópolis. **Ciência e Saúde Coletiva**, 10(1):205-213, 2005.

QUEIROZ, M. V. O et al.. Perfil da gravidez na adolescência e ocorrências clínico-obstétricas. **Rev Rene**. maio-jun; 15(3):455-62, 2014.

RAUPP, L; MILNITSKY-SAPIRO C. Adolescência, drogadição e políticas públicas: recortes no contemporâneo. **Estud Psicol**, v. 2, n.4, p.445-54, 2009.

RESSEL, L.B et al. Representações culturais de saúde, doença e vulnerabilidade sob a ótica de mulheres adolescentes. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, jul-set; v. 13 n. 3: p. 552-57, 2009.

RESTA, D.G et al. Maternidade na adolescência: significado e implicações. **Rev Min Enferm** [Internet], v. 14, n.1, p. 68-74, 2010.

RESTA, D.G et al. Adolescentes: por quais motivos elas engravidam. **Rev enferm UFPE on line**, Recife, v. 8, n.5, p.1229-36, maio., 2014.

ROCHA, L.F. Teoria das representações sociais: a ruptura de paradigmas das correntes clássicas das teorias psicológicas. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília , v. 34, n. 1, p. 46-65, Mar. 2014.

RODRIGUES, M.F; JARDIM, D.P; Conhecimento e uso da contracepção de emergência na adolescência: contribuições para a enfermagem. **Cogitare Enferm**. Out/Dez; 17(4):724-9, 2012

ROMANELLI, G. **Autoridade e poder na família**. In: Carvalho MCB, organizadora. A família contemporânea em debate. São Paulo: EDUC/Cortez; 2002. p. 73-88.

ROSA, F. S et al. Uso de contraceptivos por puérperas adolescentes. **av. enferm.**, XXXII (2): 245-251, 2014

SÁ, C.P. **Núcleo central das representações sociais**. Petrópolis (RJ): Vazes; 1996.

SANTOS, J.O et al. Perfil das adolescentes com reincidência de gravidez assistidas no setor público de Indaiatuba (SP). **Rev. Inst. Ciênc. Saúde**. 27(2):115-121, 2009.

SANTOS, G.H.N.; MARTINS, M.G.; SOUSA, M.S.; Gravidez na adolescência e fatores associados com baixo peso ao nascer. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet**. 30(5): 224-231, 2008.

SANTOS, N.B. Review of the book “Representações Sociais: Investigações em Psicologia Social” by Serge Moscovi. **Revista Ciências e Ideias**, v.1, n.2, agosto-setembro 2010.

SANTOS, C.C; RESSEL, L.B; ALVES, C.N; WILHELM, L.A; STUMM, K.E; SILVA, S.C. A influência da cultura no comportamento alimentar dos adolescentes: uma revisão integrativa das produções em saúde. **Revista Adolescência e Saúde**, v. 9 n.4,p. 37-43, 2012

SANTOS, C.C. **Realização de um Sonho**: significado cultural da gravidez para gestantes adolescentes. Dissertação de Mestrado (Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Maria, 2013.

SANTOS, C.C; RESSEL, L.B "O adolescente no serviço de saúde".
Revista Adolescência & Saúde, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 53-55, jan-mar, 2013.

SANTOS, C.A; NOGUEIRA, K.T Gravidez na adolescência: falta de informação?
Revista Adolescência & Saúde, Rio de Janeiro, v.6, n.1, p 48-56, jan-mar 2009.

SANTOS, C.C et al. Social profile of pregnant adolescents and school evasion.
Adolescência & Saúde, v. 11, p. 71-76, 2014

SANTOS, N.L.B; GUIMARAES, D.A; GAMA, C.A.P. A percepção de mães adolescentes sobre seu processo de gravidez. **Psicol. Saúde**, Campo Grande, v. 8, n. 2, p. 83-96, dez. 2016 .

SANTOS, M.A.S; SAUNDERS, C; BAIÃO, M.R. A relação interpessoal entre profissionais de saúde e adolescente gestante: distanciamentos e aproximações de uma prática integral e humanizada. **Ciências e saúde coletiva**, v. 17, n. 3, p. 775-786, mar. 2012.

SARAT, M.; SARAT, L. (2007). **Histórias de viajantes e suas missões civilizadora**. Em *Anais do X Simpósio Internacional Processo Civilizador* (pp. 1-8). Campinas: UNICAMP

SARTI, C.A. **Família e individualidade**: um problema moderno. In: Carvalho MCB, organizadora. A família contemporânea em debate. São Paulo: EDUC/Cortez; 2002.p. 39-49.

SCHWARTZ, T; VIEIRA, R; GEIB, L.T.C. Apoio social a gestantes adolescentes: desvelando percepções. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro,v. 16, n. 5, May 2011.

SCHUTZ, A. **Estudios sobre teoria social**: escrito II. Buenos Aires: Amorrortu; 2003.

SEHNEM, G. D. et al. A sexualidade na formação acadêmica do enfermeiro.
Esc. Anna Nery. Rev. de Enf. Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 90-96, jan./mar. 2013.

SERON, C; MILAN, R.G. A construção da identidade feminina na adolescência: um enfoque na relação mãe e filha. **Psicol Teor Prat**. 2011; 13(1):154-64.

SILBER, T.J. **Medicina de la adolescência**: su historia, crecimiento y evolución. In: Maddaleno, M. et al. La salud del adolescente e del jovem. Washington: Organización Panamericana de la Salud, 1995.

SILVA, A.F.S **Análise de redes sociais informais e o compartilhamento do conhecimento organizacional**. Dissertação de Mestrado (Ciências Sociais)- Universidade Federal de Santa Maria, 2010.

SILVA E.P; LIMA, R.T; FERREIRA, N.L.S; et al. Pré-natal na atenção primária do município de João Pessoa-PB: caracterização de serviços e usuárias. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.** Recife, v. 13, n. 1, p. 29-37 jan. / mar. 2013.

SILVA, L; TONETE, V.L. A gravidez na adolescência sob a perspectiva dos familiares: compartilhando projetos de vida e cuidado. **Rev Latinoam Enferm.** 2006; 14(2):199-206.

SIMON, B.S **Tecituras da rede social da família no cuidado à pessoa com estomia**. Dissertação de Mestrado (Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Maria, 2014.

SLUZKI, C.E. **A rede social na prática sistêmica**. 3est ed. São Paulo: Casa do psicólogo; 1997.

SLUZKI, C.E. **Personal social networks and health**: conceptual and clinical implications of their reciprocal impact. *Families, Systems, & Health*. v.28, n.1, p.1-18. 2010.

SOARES, M.L.P.V. **Vencendo a Desnutrição**: abordagem social. 1 ed. São Paulo: Salus Paulista, 2002. 59p. (Coleção Vencendo a Desnutrição).

SOARES, S. M et al. Oficinas sobre sexualidade na adolescência: revelando vozes, desvelando olhares de estudantes do ensino médio. **Esc. Anna Nery. Rev. de enf**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 485-491, 2008.

SOUZA, M.L et al. Meninas Catarinas: a vida perdida ao ser mãe. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 44, n. 2, p. 318-323

SOUZA, M.L; BURGARDT, D; FERREIRA, L.A.P; et al. Meninas catarinas: a vida perdida ao ser mãe. **Rev.esc.enferm.** v. 44, n. 2, p. 318-323, 2010.

SPINK, M. J. P. O Conceito de Representação Social na Abordagem Psicossocial. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.9, n.3, p.300-308, 1993. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/csp/v9n3/17.pdf>>.

SPRINTHALL, N.A.; COLLINS, W.A. **Psicologia do Adolescente**: uma abordagem desenvolvimentista (segunda edição). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1999.

TEIXEIRA, S.C.R; SILVA, S.L.W.S, TEIXEIRA, M.A. **Adolesc. Saude**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 37-44, jan/mar 2013.

TRINDADE, R.F. **Entre o sonho e a realidade:** a maternidade na adolescência sob a ótica de um grupo de mulheres da periferia da cidade de Maceió-Alagoas. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Tese de Doutorado, 2005

UNICEF. Fundo das Nações Unidas para a Infância. **O direito de ser adolescente:** Oportunidade para reduzir vulnerabilidades e superar desigualdades. Brasília: UNICEF, 2011. 182p.

XIMENES NETO, F.R.G.; DIAS, M.S.A.; ROCHA, J.; CUNHA, I.C.K. Gravidez na adolescência: motivos e percepções de adolescentes. **Rev. bras. enferm.** [online]. 2007.

ANEXOS

ANEXO A- PARECER CONSUBTANCIADO DO CEP

UNIVERSIDADE DA REGIÃO
DA CAMPANHA - URCAMP



PARECER CONSUBTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: REPRESENTAÇÕES DE ADOLESCENTES GRÁVIDAS ACERCA DAS REDES

Pesquisador: Carolina Carbonell dos Santos

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 34000314.2.0000.5340

Instituição Proponente: Universidade da Região da Campanha - URCAMP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 744.013

Data da Relatoria: 08/08/2014

Apresentação do Projeto:

O projeto está em conformidade com as determinações do CEP

Objetivo da Pesquisa:

Adequados

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Encontra-se adequada à pesquisa.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O pesquisador deve prever a mobilização de conteúdos psicológicos realizar o encaminhamento do sujeito de pesquisa a um atendimento psicológico (SIPA - Serviço Integrado de Psicologia Aplicada) caso perceba esta necessidade.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Adequados à pesquisa.

Recomendações:

Sugere-se que o pesquisador deixe explícita a forma de devolução às gestantes e faça encaminhamento para um atendimento psicológico caso perceba a necessidade.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

As já referidas.

Endereço: Av. Tupy Silveira, nº 2009

Bairro: centro

CEP: 96.400-110

UF: RS

Município: BAGE

Telefone: (53)3242-8244

Fax: (53)3242-8244

E-mail: proppex@urcamp.tche.br

UNIVERSIDADE DA REGIÃO
DA CAMPANHA - URCAMP



Continuação do Parecer: 744.013

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

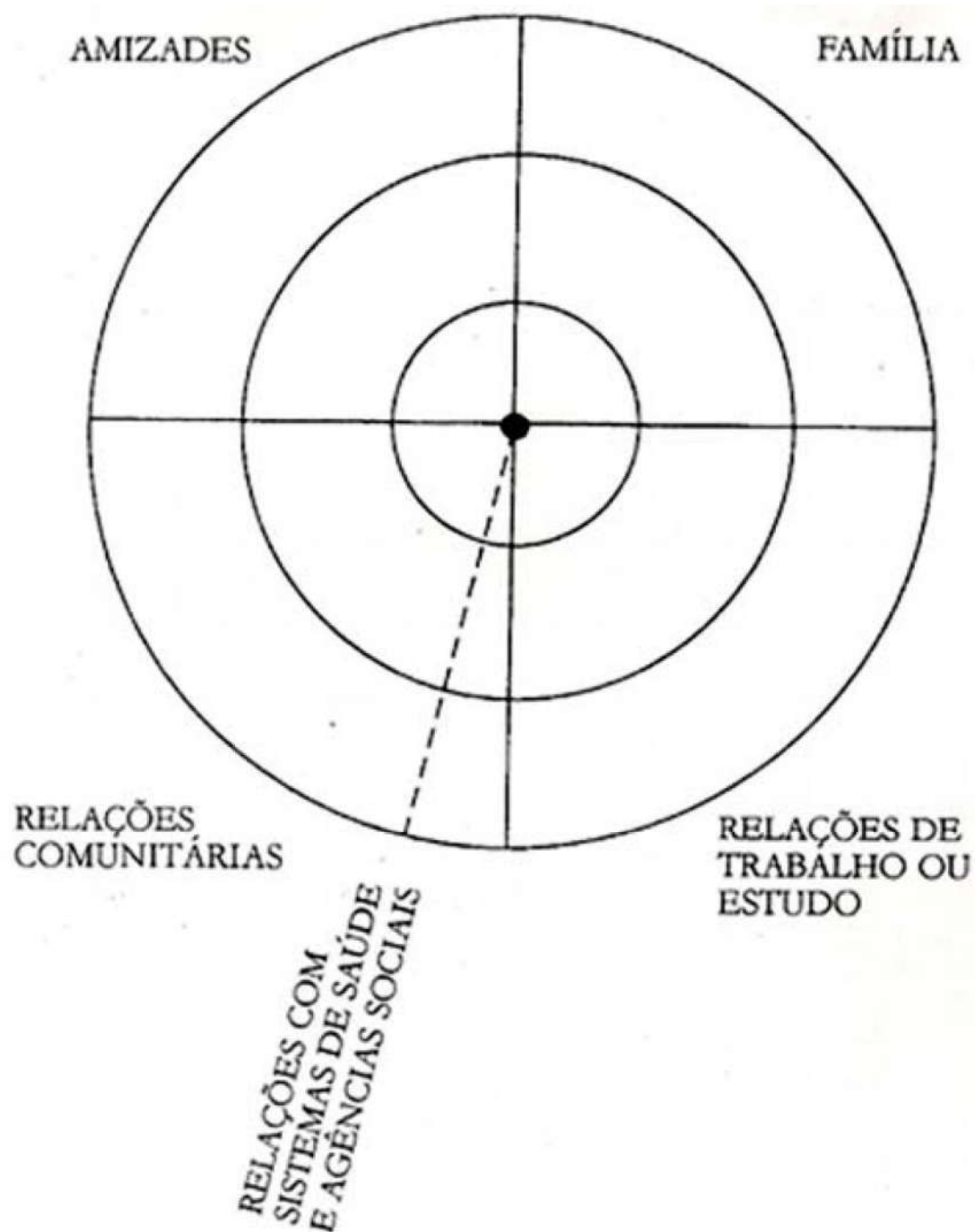
Considerações Finais a critério do CEP:

Segundo o parecer do CEP, a pesquisa pode mobilizar conteúdos psicológicos, sugere-se que o pesquisador deixe explícita a forma de devolução às gestantes e faça encaminhamento para um atendimento psicológico caso perceba a necessidade.

BAGE, 08 de Agosto de 2014

Assinado por:
Eliane Soares Tavares
(Coordenador)

Endereço: Av. Tupy Silveira, nº 2009
Bairro: centro **CEP:** 96.400-110
UF: RS **Município:** BAGE
Telefone: (53)3242-8244 **Fax:** (53)3242-8244 **E-mail:** proppex@urcamp.tche.br

ANEXO B- MAPA MÍNIMO DAS RELAÇÕES MMR

Fonte: Rede Social da Prática Sistêmica. Sluzki (2007)

APÊNDICES

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE ENFERMAGEM

Orientadora: Profª Drª Enfª Marilu Correa Soares

Orientanda: Carolina Carbonell Demori

Bagé, ____ de _____ de 201--.

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Vimos, respeitosamente, por meio do presente, solicitar a sua colaboração no sentido de participar da pesquisa intitulada pesquisa intitulada **Representações sociais da rede de apoio social de adolescentes grávidas**, que será realizada no Centro de Saúde Camilo Gomes. A pesquisa tem por objetivo conhecer as representações sociais de adolescentes grávidas atendidas na rede básica do município de Bagé-RS, sobre a sua rede social.

PROCEDIMENTOS: Serão realizadas entrevistas gravadas e a construção de um mapa em que serão apontadas as pessoas e instituições que convivem e que lhe apoiam. Os resultados serão usados 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 testes com seres humanos. Porém, poderá gerar um desconforto emocional no momento da entrevista, caso isto ocorra você poderá contar com apoio do setor de Psicologia do serviço e as perguntas poderão ser respondidas na totalidade ou em parte, sem prejuízo para você. A entrevista será gravada com seu consentimento e você responderá as questões de livre e espontânea vontade.

BENEFÍCIOS: Os benefícios que você terá ao participar deste estudo será a reflexão acerca do assunto em sua vida, podendo redefinir suas condutas e atitudes, consigo mesma, com as pessoas de seu convívio e com a pesquisadora.

PARTICIPAÇÃO VOLUNTÁRIA: Como já me foi dito, minha participação neste estudo será voluntária e poderei interrompê-la a qualquer momento, se assim o desejar, sem que isso traga prejuízo algum ao meu atendimento no serviço.

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, dos riscos e dos 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 Termo Consentimento Livre e Esclarecido será assinado por mim e por um responsável, caso tenha idade inferior a 18 anos, em duas vias ficando uma em meu poder e a outra com o pesquisador responsável pela pesquisa.

Assinaturas:

Pesquisadora- Carolina Carbonell Demori
(53) 8155 0138

Orientadora- Dr^a Marilu Correa Soares
(53)91479691

Participante da Pesquisa

Data: ____/____/____

APÊNDICE B – TERMO DE ASSENTIMENTO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE ENFERMAGEM
Orientadora: Profª Drª Enfª Marilu Correa Soares
Orientanda: Carolina Carbonell Demori

Bagé, ____ de _____ de 201--.

Prezada Adolescente

Vimos, respeitosamente, por meio do presente, solicitar a sua colaboração no sentido de participar da pesquisa intitulada **Representações sociais da rede de apoio social de adolescentes grávidas**, que será realizada no Centro de Saúde Camilo Gomes. A pesquisa tem por objetivo conhecer o entendimento de adolescentes grávidas atendidas na rede básica do município de Bagé-RS, sobre a sua rede de apoio. O estudo será desenvolvido por meio de entrevista gravada, em sala reservada.

De acordo com a Resolução 466/2012 do Ministério da Saúde sobre pesquisa envolvendo Seres Humanos garantimos que você não será identificado e para tanto utilizarei a letra A e um número, para manter seu anonimato. Se tiver alguma dúvida sobre esta pesquisa pode perguntar que esclarecerei.

A pesquisadora Carolina Carbonell Demori me explicou todas as questões sobre o estudo que vai acontecer. Compreendi que não sou obrigada a participar da pesquisa, eu decido se quero participar ou não. A pesquisadora me explicou que haverá entrevistas individuais e a construção de um mapa em que irei apontar as minhas relações de apoio. Entendi que as entrevistas serão gravadas e que só poderá ser ouvido por ela e pela sua orientadora. Desta forma, concordo livremente em participar da pesquisa, sabendo que posso desistir a qualquer momento, se assim desejar, sem qualquer prejuízo para mim ou no meu atendimento no serviço.

Pesquisadora- Carolina Carbonell Demori

(53) 8155 0138

Participante da pesquisa

Orientadora- Drª Marilu Correa Soares

(53)91479691

APÊNDICE C- Roteiro da Entrevista**Dados de Identificação**

Iniciais do nome: _____
Data de nascimento: ____/____/____ Naturalidade: _____
Situação conjugal: _____
Idade do companheiro: _____
Instrução / escolaridade: _____
Com quem reside: _____
Renda familiar aproximada: _____
Data da última menstruação (DUM): _____
Menarca: _____
Sexarca: _____
Idade gestacional: _____
Nº filhos: _____
Abortos: _____
Ocupação/profissão: _____
Etnia: _____
Religião: _____

1. Neste momento será explicado o MMR, faremos a legenda e a adolescente indicará que posição ocupam as pessoas no seu mapa.
2. Gostaria que você me contasse sobre a sua vida, você tem pessoas que considera importante? (parentes, vizinhos, amigos, colegas de trabalho, membros da igreja ou outras associações...):
3. Quando você descobriu a gravidez, para quem você contou?
4. Por que você contou para essas pessoas?
5. Você tem recebido apoio de quais pessoas?
6. O que representa para você ter estas pessoas ao seu lado?
7. Você tem se sentido valorizada como futura mãe? Quem tem lhe ajudado a se sentir valorizada?
8. Fale-me sobre a ajuda que tem recebido neste período e que tipo de ajuda estas pessoas te dão (se financeira, emocional...)
9. O que esta ajuda representa para você?