



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

Rosana Santos Mota

**HISTÓRIA ORAL DE ADOLESCENTES GRÁVIDAS EM SITUAÇÃO
DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA**

Salvador
2012

Rosana Santos Mota

**HISTÓRIA ORAL DE ADOLESCENTES GRÁVIDAS EM SITUAÇÃO
DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, como requisito parcial para obtenção do grau de mestra na linha de pesquisa: Mulher, Gênero e Saúde.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Normélia Maria Freire
Diniz

Salvador
2012

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Universitária de Saúde,
SIBI - UFBA.

M917 Mota, Rosana Mota
História oral de adolescentes grávidas em situação de
violência doméstica/ Rosana Santos Mota. – Salvador, 2012.
94 f.

Orientador: Prof^a. Dr^a Normélia Maria Freire Diniz

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal da Bahia.
Escola de Enfermagem, 2012.

1. Gravidez na adolescência. 2. Violência Doméstica. 3.
Mulher – Saúde. I. Diniz, Normélia Maria Freire. II.
Universidade Federal da Bahia. III. Título.

CDU: 618.2-053.6

ROSANA SANTOS MOTA

**HISTÓRIA ORAL DE ADOLESCENTES GRÁVIDAS EM SITUAÇÃO
DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, como requisito obrigatório para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem. Escola de Enfermagem. Universidade Federal da Bahia. Área de concentração: Gênero, cuidado e Administração em Saúde. Linha de pesquisa: Mulher, Gênero e Saúde.

Aprovada em 27 de fevereiro de 2012.

Normélia Maria Freire Diniz Normélia Maria Freire Diniz
Professora, Doutora em Enfermagem. Escola de Enfermagem. Universidade Federal da Bahia

Rosineide Santana de Brito Rosineide S. de Brito
Professora, Doutora em Enfermagem. Departamento de Enfermagem. Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

Regina Lúcia Mendonça Lopes Regina Lúcia Mendonça Lopes
Professora, Doutora em Enfermagem. Escola de Enfermagem. Universidade Federal da Bahia

Maria do Rosário de Menezes M. Rosário Menezes
Professora, Doutora em enfermagem. Escola de Enfermagem. Universidade Federal da Bahia

DEDICO ESTE ESTUDO

À Deus, meu Senhor, por me ajudar a conquistar meus objetivos, por sua proteção infinita e pelas pessoas maravilhosas que Ele tem colocado em meu caminho;

À minha amada mãe, Nilzete dos Santos, que sempre acreditou em mim e que sempre esteve ao meu lado dispensando seu carinho e amor.

Ao meu querido esposo, Anderson Luiz Mota Pinheiro, por ser meu companheiro, meu amigo e amado.

À minha linda irmã, Gleide Santos de Araújo, por ser minha conselheira e minha companheira para tudo

À minha orientadora, Prof^a Dr^a Normélia Maria Freire Diniz, pelos anos de convivência e aprendizado, que com certeza fizeram de mim uma pessoa mais humana e melhor.

AGRADECIMENTOS

À prof.^a Dr^a Normelia Maria Freire Diniz por me orientar da melhor forma possível, por ser um exemplo a ser seguido, por sua compreensão, dedicação e exigências;

À Doutoranda, Adriana Diniz Rodrigues, pelo tempo e boa vontade dispensados ao acompanhamento da minha dissertação;

Às professoras: Roseneide Santana de Brito, Regina Lúcia Mendonça Lopes, Maria do Rosário de Menezes, Climene Laura de Camargo e Solange Maria dos Anjos Gesteira pelas contribuições ao meu trabalho;

Ao Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia pela oportunidade de realização do curso de mestrado;

As professoras do Programa de Pós-graduação da Escola de Enfermagem, por me proporcionarem momentos fundamentais de discussões e crescimento para minha vida acadêmica;

A todas as componentes participantes e integrantes do Grupo de Estudos sobre Saúde da Mulher (GEM) e do Grupo de Pesquisa Violência, Saúde e Qualidade de vida pelos momentos de aprendizado e apoio para construção e desenvolvimento dessa pesquisa;

Às adolescentes, sujeitos do estudo, por possibilitar este trabalho a partir do momento que aceitaram revelar suas histórias de vida;

A bolsista do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC), Marina Matias, pela dedicação, disponibilidade, apoio e contribuições durante a coleta de dados dessa dissertação de mestrado;

As queridas colegas: Vanessa Moreira, Nirliane Barbosa e Sônia Parcero pelo apoio e contribuições em várias fases desta tarefa acadêmica;

Às amigas: Gleide de Araújo, Lídia Oliveira e Carla Cristina de Jesus, por serem minhas companheiras e incentivadoras;

Às minhas amigas e/ou colegas do Hospital Professor Edgar Santos: Aldacy Gonçalves, Clarissa Campos, Cristiana Nascimento, Cíntia Maria, Laize Nascimento, Glícia Gama,

Patrícia Dultra, Daniela Diniz, Sueli e Laudy pela disponibilidade e pela ajuda diante dos muitos pedidos de trocas de plantões para atender a demandas do curso de mestrado.

MOTA, Rosana Santos. *História oral de adolescentes grávidas em situação de violência doméstica*. 2012. 114f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador. 2012.

RESUMO

A violência doméstica contra a mulher grávida constitui-se um grave problema de saúde pública, sendo manifestada a partir de uma relação desigual de poder, enraizada nas relações de gênero, fruto da construção histórico-cultural. São sérias as repercussões da violência doméstica para a saúde física e psicológica da mulher, podendo se tornar mais grave caso se tratar de adolescentes, devido a transformações peculiares inerentes a esta fase da vida. Estudo de natureza qualitativa fundamentada no método da história oral temática. A pesquisa teve como objeto a história oral das adolescentes grávidas em situação de violência doméstica, como objetivo geral analisar a história oral de adolescentes grávidas em situação de violência doméstica. Os objetivos específicos foram: caracterizar as adolescentes grávidas em situação de violência doméstica e descrever a história oral destas. O corpus foi composto por cinco adolescentes negras. Como instrumento de coleta de dados, utilizou-se entrevistas com questões fundamentadas na história oral temática. O estudo foi realizado entre os meses de março e maio de 2011. Foram observados os aspectos éticos baseados na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996), e o projeto foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia sob o nº 5/2011. O método usado no estudo detalhado do material foi a análise de conteúdo de Bardin. Emergiram duas áreas temáticas: infância e adolescência. A área temática da infância com a categoria vivência de violência (subcategorias: negligência; violência psicológica, física e sexual); e a da adolescência com as categorias: vivência da sexualidade (subcategorias: primeira relação sexual; contracepção) e gravidez (subcategorias: gravidez desejada/não desejada; vivência de violência doméstica; assistência pré-natal). A partir da análise das categorias e subcategorias obtive-se: 1) A violência, tanto na infância quanto na adolescência, permeou as histórias das adolescentes estudadas; 2) Suas trajetórias de vida revelaram uma infância marcada pela negligência por parte da família e do estado, ficando, assim, expostas ao trabalho infantil, à exploração sexual, à opressão e às mais variadas formas de violência; 3) De igual modo, a adolescência foi marcada pelas iniquidades sociais, pela iniciação precoce na sexualidade: ou seja, sem a devida orientação dos educadores e/ou dos profissionais de saúde, a sexualidade culminou em gravidez e na violência no decorrer do período gestacional, cometida principalmente por parte do companheiro. Diante do exposto, cabe aos profissionais de saúde, à sociedade de forma geral e ao estado discutir o contexto das histórias de vidas das adolescentes grávidas em situação de violência doméstica para, então, colocar em prática as políticas públicas que atendam às demandas dessas mulheres. Faz-se necessária também uma urgente capacitação de profissionais da área de saúde bem como na área de educação no sentido de identificar e intervir nas situações de violência por meio da prevenção, diagnóstico e tratamento dos sujeitos envolvidos no processo.

Palavras-chaves: História oral, Gravidez na adolescência, Violência doméstica.

MOTA, Rosana Santos. *Oral story of pregnant adolescent in situation of domestic violence*. 2012. 114f. Dissertation (Master's degree) – School of Nursing, Federal University of Bahia, Salvador. 2012.

ABSTRACT

Domestic violence against pregnant woman constitutes a serious problem on public health and this is manifest through an unequal power relation rooted in gender relations, as a result of an historical and cultural construction. The repercussions of domestic violence to physical and psychological woman health are serious: it can be more serious if we are treating with adolescent, because of the peculiar transformations inherent to this life phase. This research is a qualitative one, based on thematic oral story. Its general goal was to analyze life story of pregnant adolescent in situation of domestic violence and the specific goals were to characterize pregnant adolescent in situation of domestic violence and to describe their life stories. Our corpus was composed by five Black adolescent. As an instrument of data collecting, we utilized interview with questions which were based on thematic oral story. The study was carried on between March and May 2011. We observed the ethical aspects based on 196/96 Resolution of National Health Council (BRASIL, 1996), approved by the Committee of Ethic and Research of Nursing School in Federal University of Bahia under the nº 05/2011. The method used in the material detailed study was Bardin's content analysis. In this research were used two thematic areas: childhood and adolescence. Childhood category was experience of violence (sub-categories: negligence; psychological, physical and sexual violence); adolescence categories: sexual experience (subcategories: first sexual intercourse; contraception) e pregnancy (subcategories: wanted/unwanted pregnancy; experience of domestic violence; pregnancy assistance). From analyses of these categories and sub-categories, were found the following results: 1) Violence, in the childhood as well as in adolescence, permeated stories' life of studied adolescent; 2) Their life trajectories showed a childhood marked by negligence of the family and the state. Thus, they were exposed to child work, sexual exploration, oppression and to several forms of violence; 3) Adolescence was also marked by social iniquities, by premature initiation on sexuality, that is, without educators' orientation and/or those of health professionals, sexuality culminated in pregnancy and in violence during pregnancy, violence committed mainly by the mate. Because of this, it's up to us, health professionals, to the society and to the state discuss the context of life stories of pregnant adolescent in situation of domestic violence to, than, realize public policies which attend those women's demands. It's also necessary an urgent capacitating of professionals in health and educational areas to identify and interfere in the situations of violence through preventing, diagnosis and caring the subjects involved in the process.

Key-words: Oral story, Pregnancy in adolescence, Domestic violence.

MOTA, Rosana Santos. *Historia oral de adolescentes embarazadas en situación de violencia doméstica*. 2012. 114f. Disertación (Máster) – Escuela de Enfermería, Universidad Federal de Bahía, Salvador. 2012.

RESUMEN

La violencia doméstica contra la mujer embarazada constituye un grave problema de salud pública y se manifiesta a partir de una relación desigual de poder enraizada en las relaciones de género, fruto de nuestra construcción histórico-cultural. Son serias las repercusiones de la violencia doméstica para la salud física y psicológica de la mujer, pudiendo ser más grave si se trata de adolescentes, debido a las transformaciones específicas, inherentes a esta fase de la vida. Estudio de naturaleza cualitativa fundamentado en el método de la historia oral temática. La investigación tuvo como objetivo general analizar la historia de vida de adolescentes embarazadas en situación de violencia doméstica y como objetivos específicos caracterizar las adolescentes embarazadas en situación de violencia doméstica y describir sus historias de vida. El corpus fue compuesto por cinco adolescentes negras. Como instrumento de registro de datos, utilizamos entrevistas con preguntas fundamentadas en la historia oral temática. El estudio fue realizado entre los meses de marzo y mayo de 2011. Fueron tenidos en cuenta los aspectos éticos basados en la Resolución 196/96 del Consejo Nacional de Salud (BRASIL, 1996), aprobada por el Comité de Ética y Investigación de la Escuela de Enfermería de la Universidad Federal de Bahía bajo el nº 05/2011. El método usado en el estudio detallado del material fue el análisis de contenido de Bardin. Fueron usadas dos áreas temáticas: infancia y adolescencia. En la área temática de infancia con la categoría experiencia de violencia (subcategorías: negligencia, violencia psicológica, física y sexual) y en la adolescencia con la categoría: experiencia de sexualidad (Sub-categorías: primera relación sexual; contracepción) y embarazo (subcategorías: embarazo deseado/no deseado; experiencia de violencia domestica, atención prenatal). A partir del análisis de las categorías y sub-categorías se obtuvo los siguientes resultados: 1) La violencia, tanto en la infancia como en la adolescencia, permeó las historias de vida de las adolescentes estudiadas; 2) Sus trayectorias de vida revelaron una infancia marcada por la negligencia por parte de la familia y del estado, estando así, expuestas al trabajo infantil, a la exploración sexual, a la opresión y a las más variadas formas de violencia; 3) De igual modo, la adolescencia fue marcada por las iniquidades sociales, por la iniciación temprana en la sexualidad: es decir, sin la debida orientación de los educadores y/o de los profesionales de salud, la sexualidad culminó en embarazo y en la violencia durante el período gestacional, violencia cometida principalmente por el compañero. Por lo que fue dicho, cabe a nosotros, profesionales de salud, a la sociedad en general y a lo estado discutir el contexto de las historias de vida de las adolescentes embarazadas en situación de violencia doméstica para, entonces, colocar en práctica las políticas públicas que atiendan a las demandas de esas mujeres. Es necesaria también una urgente capacitación de profesionales del área de salud así como del área de educación con el sentido de identificar e intervenir en las situaciones de violencia por medio de la prevención, diagnóstico y tratamiento de los sujetos envueltos en el proceso.

Palabras-llave: Historia oral, Embarazo en la adolescencia, Violencia doméstica.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	CONTEXTUALIZAÇÃO DA TEMÁTICA	17
2.1	Adolescência	17
2.2	Gravidez na adolescência	22
2.3	Violência doméstica na gestação	24
3	METODOLOGIA	29
3.1	Tipo de estudo	29
3.2	O método da história oral	29
3.3	Local do estudo	31
3.4	Sujeitos do estudo	32
3.5	Princípios éticos da pesquisa	32
3.6	Coleta de dados	33
3.7	Organização e análise dos dados	34
4	APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS	36
4.1	Caracterização dos sujeitos	36
4.2	As histórias orais das adolescentes	36
4.3	Apresentação e análise dos temas e categorias	45
4.3.1	Infância	45
4.3.1.1	Vivência de violência	46
4.3.2	Adolescência	59
4.3.2.1	Vivência da sexualidade	59

4.3.2.2	Gravidez	64
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	73
	REFERÊNCIAS	76
	APÊNDICE A – Termo de consentimento livre e esclarecido	88
	APÊNDICE B – Roteiro de entrevista	89
	APÊNDICE C – Entrevistas	90
	ANEXO A – Formulário	111
	ANEXO B – Aprovação do comitê de ética em pesquisa	114
	ANEXO C – Aprovação do comitê de ética em pesquisa	115

1 INTRODUÇÃO

A gravidez na adolescência tem sido mencionada como um importante problema de saúde pública, especialmente, em países em desenvolvimento, onde a proporção de parturientes com menos de 20 anos varia entre 8% (no leste da Ásia) e 55% (na África) (MAYOR, 2004). Por ano, no mundo, nascem aproximadamente 16 milhões de crianças, filhas de mães adolescentes. Essas mães, embora ainda em fase de desenvolvimento e crescimento, vêm aumentando consideravelmente as taxas de fecundidade e as estatísticas de mortalidade materna e neonatal (OMS, 2010).

No Brasil, segundo dados do Sistema de Informações de Nascidos Vivos (SINASC), no ano de 2007, nasceram 610.372 de mães adolescentes, sendo 27.963 filhos de mães que tinham entre 10 e 14 anos. Na faixa etária de 15 a 19 anos, esse número sobe para 582.409 aproximadamente. A maior incidência de adolescentes grávidas está na região Nordeste. Entre os nascidos vivos, 59,1%, aproximadamente, são de raça negra; 40%, de raça branca, e os demais, indígenas ou amarelos. Disso pode-se inferir uma relação entre a gravidez na adolescência e as desigualdades sociais (BRASIL, 2008).

Embora, nos últimos anos, a gravidez na adolescência tenha diminuído, este índice ainda continua elevado. Em 2000, o grupo de mulheres na faixa etária de 10 a 19 anos, fase definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como adolescência, representou 10,3% da população brasileira, sendo que a proporção de gravidez nessa faixa etária foi de 23,5% (0,9% em menores de 15 anos e 22,6% em adolescente de 15 a 19 anos). Em 2003, as adolescentes de 10 a 19 anos de idade responderam por 22%, o que representa cerca de 668 mil partos (IBGE, 2003).

A adolescência é uma fase de transição, de profundas mudanças, caracterizadas principalmente pelo crescimento rápido, o surgimento das características sexuais secundárias, a conscientização da sexualidade, a estruturação da personalidade, a adaptação ambiental e a integração social (YAZLLE, 2006). Monteiro (2007) acrescenta que esta fase acarreta também intensas mudanças nas esferas física e psicológica, com marcantes processos conflituosos de autoafirmação. Uma gravidez precoce e não planejada pode ocasionar sérios problemas, em virtude de as adolescentes estarem se desenvolvendo psicossocialmente.

Alguns estudos mostram os riscos da gravidez na adolescência, tanto para a mãe quanto para o recém-nascido. As adolescentes grávidas têm mais probabilidade de desenvolver síndromes hipertensivas, anemia, estado nutricional comprometido, desproporção feto-pélvica, partos prematuros, pré-eclampsia, restrição do crescimento fetal, além de

problemas decorrentes de abortos provocados e sem assistência adequada. Em mulheres de 15 a 19 anos, a probabilidade de morte por problemas relacionados à gravidez ou parto é duas vezes maior que entre as maiores de 20 anos; entre as menores de 15, esse risco é aumentado em cinco vezes (AQUINO-CUNHA et al., 2002; ROCHA et al., 2006; CHALEM et al., 2007; OLIVEIRA et al., 2008; PEREIRA et al., 2010).

As investigações, no entanto, têm sugerido que depois de controladas algumas variáveis, tais como demora no início do pré-natal e/ou pré-natal inadequado, não realização do pré-natal e fatores socioeconômicos, a gestação nesta faixa etária não eleva o risco biológico, especialmente nas maiores de 14 anos (COSTA, 2002; CARNIEL, 2006; SPINDOLA; SILVA, 2009).

Assim, percebe-se uma contradição entre os autores no que diz respeito aos danos biológicos causados pela gravidez no início precoce da vida reprodutiva. No entanto, todos concordam que a gestação não planejada pode comprometer as perspectivas de futuro dessas adolescentes (ROCHA et al., 2006; LEVANDOWAKI, 2008; HOGA, 2008).

A ocorrência da gravidez na adolescência tem sido associada a fatores como baixo nível socioeconômico, uso de álcool e outras drogas, início precoce das relações sexuais e da menarca, não uso ou uso inadequado de métodos contraceptivos, experiências prematuras de perdas, relação emocionalmente distante com o pai ou privação emocional, abuso sexual, alcoolismo paterno, baixa autoestima, ausência de expectativas educacionais, atitudes tradicionais em relação ao papel da mulher na família e o desejo de engravidar (LEVANDOWAKI, 2008).

No contexto da gravidez, as adolescentes estão mais vulneráveis, pois, de acordo com Monteiro (2007), este fenômeno pode favorecer uma situação de conflito com a família, além de rejeições, críticas e punições. Isso pode culminar com manifestações de violência doméstica. A violência durante a gravidez está inserida na saúde reprodutiva, sendo considerada uma questão de interesse particular no mundo. De acordo com Castro e Ruiz (2004), na literatura internacional, a prevalência de violência durante a gravidez varia entre 4% e 25%.

Estudo realizado por Durand e Schaiber (2007), sobre violência na gestação entre usuárias de serviços públicos de saúde no país, revela que 20% das entrevistadas já sofreram algum tipo de violência doméstica cometida pelo parceiro íntimo durante a gestação. A vivência de violência no período gestacional está presente no cotidiano de muitas mulheres; quanto às adolescentes, o caso é ainda mais grave, porque estas estão muito expostas aos agravos à saúde, em virtude das peculiaridades presentes no período da gravidez.

Neste sentido, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), criada em 2004, já incorpora ações educativas e de redução da vulnerabilidade das adolescentes aos agravos à saúde sexual e reprodutiva. Assim, cabe aos serviços de saúde, a prestação de assistência com ações educativas que abordem a sexualidade com informações claras e científicas, introduzindo as noções de gênero, classe social e as diferenças culturais de iniciação da vida sexual e reprodutiva, de modo que a informação contribua para trazer maiores conhecimentos e seja mais resolutiva (BRASIL, 2004).

No que diz respeito à ocorrência de casos de violência doméstica contra as mulheres adolescentes, a política prioriza a necessidade de expansão dos serviços de referência para atendimentos a essas mulheres, bem como o fortalecimento dos serviços existentes (BRASIL, 2004).

Neste contexto, a estratégia de saúde da família possibilita a efetivação dessa política através das unidades do Programa de Saúde da Família (PSF) nas comunidades: conhecendo as necessidades e as características locais das adolescentes, pode-se operar com ações específicas, seja educação em saúde (acesso aos métodos contraceptivos), espaço de discussão ou direcionamento e acolhimento das adolescentes em situação de violência doméstica aos serviços de referência (BRASIL, 2000).

Ao estudar a gravidez na adolescência, é fundamental levar em consideração os determinantes sociais e raciais, visto que os estudos têm demonstrado que a maior incidência de gravidez na adolescência é de adolescentes negras e de classes sociais menos favorecidas (AKERMAN, 2006; CHALEM, 2007; DUARTE; NASCIMENTO; BRASIL, 2008). Ou seja, as adolescentes negras das camadas populares estão mais vulneráveis à gravidez e à violência.

Buscando investigar as condições de saúde na população, especialmente em populações mais vulneráveis, o Grupo de pesquisa “Violência, Saúde e Qualidade de Vida¹” vem desenvolvendo estudos dentro dessa temática, entre os quais o projeto intitulado “Fatores de vulnerabilidade na saúde das crianças e adolescentes de São Francisco do Conde”, financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (FAPESB), que tem

¹ Grupo de pesquisa fundado em 2004, na Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (EEUFBA), vinculado às atividades desenvolvidas nos Programas de Graduação e de Pós-Graduação em Enfermagem – Especialização, Mestrado e Doutorado. Objetiva desenvolver atividades de pesquisa, ensino e extensão relacionadas ao tema violência, destacando seus reflexos nos aspectos macro e microsociais, considerando-se o fenômeno em estudo em todas as faixas etárias, a partir da análise das categorias raça/etnia, classe social e gênero. O Grupo visa fomentar as discussões e fortalecer, assim, a formação e a qualificação de profissionais da área da saúde na relação com o setor produtivo. As pesquisadoras do grupo, especificamente algumas docentes da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, pertencem à Rede Comunitária de Combate à Violência (SSA), ligada ao Fórum Comunitário de Combate à Violência de Salvador, atuando também no Fórum de Mulheres de Salvador. Aí se destaca o desenvolvimento de projetos de pesquisa CNPq/FAPEX, cadastrados na Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação (PRPPG/UFBA) e projetos de extensão, cadastrados na Pró-Reitoria de Extensão (PROEX/UFBA), cuja atuação envolve as seguintes comunidades: Coletivo de Mulheres do Calafate (CMC - ONG) e Comunidade de Moreré, entre outras.

como objetivo geral analisar a vulnerabilidade da saúde de crianças e adolescentes negras a partir de determinantes socioculturais. A atual pesquisa proporcionou a oportunidade de se pesquisar o objeto de estudo mais de perto: trata-se de uma população de maioria negra, mais vulnerável a problemas de saúde.

São escassos os estudos sobre esta temática. Segundo pesquisa realizada na base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BIREME), no ano de 2010, foram encontrados 7.747 estudos com a temática gravidez na adolescência. Porém, quando eles envolvem a gravidez na adolescência e a violência doméstica, esse número cai para 57. Neste sentido, considera-se necessária a existência de mais estudos que envolvam estas questões.

A relevância deste trabalho é proporcional à escassez de estudos sobre a temática e à importância desses fenômenos para a saúde pública, devido às repercussões que a gravidez e a vivência de violência doméstica têm sobre a saúde e as perspectivas de futuro das adolescentes. Isso se deve ao fato de a adolescência representar uma fase com características peculiares na formação para a vida adulta; a vivência de tais fatores podem interferir diretamente no desenvolvimento psicossocial das adolescentes.

Desde o início da graduação, ao ingressar no Grupo de Estudos sobre a Saúde da Mulher, GEM/UFBA², a autora se envolveu em estudos sobre as mulheres. Desde então, participou de trabalhos relacionados com a temática, tendo sido bolsista do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC)/Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) no ano de 2005, com a pesquisa intitulada “Violência Doméstica e o Aborto Provocado³”. Para esse estudo, foram entrevistadas 147 mulheres em processo de aborto provocado. Verificou-se que 88% das mulheres tinham história de vivência de violência doméstica, sendo que 23% destas mulheres eram adolescentes e 90% pertencentes à raça negra. Os achados desta pesquisa foram utilizados para a realização do trabalho de conclusão de curso (TCC⁴), que investigou as causas do aborto provocado: com base nos dados obtidos, observou-se que entre os motivos relativos à decisão de abortar, 28% das entrevistadas citaram a vivência de violência doméstica.

² Grupo de Pesquisa fundado em 1988 na EEUFBA, atua no desenvolvimento de pesquisas na área de saúde da mulher. Provocou mudanças no ensino de graduação e da pós-graduação em enfermagem, introduzindo a perspectiva de gênero para a compreensão dos problemas de saúde, assistência e das políticas de saúde dirigidas à mulher.

³ Pesquisa vinculada ao PIBIC/CNPq e ao GEM, sob orientação da Prof.^a Dr.^a Normélia Maria Freire Diniz, da EEUFBA. Teve como objetivo geral analisar a violência doméstica e sua associação com o aborto provocado por mulheres, a coleta de dados foi realizada em uma maternidade pública na cidade de Salvador (BA).

⁴ Trabalho realizado no ano de 2007, intitulado: “Causas do Aborto provocado”, sob orientação da Prof.^a Dr.^a Normélia Maria Freire Diniz, da EEUFBA com objetivo de analisar os motivos que levam as mulheres a provocar o aborto, a coleta de dados foi realizada em uma maternidade pública na cidade de Salvador (BA).

A partir de então, passou-se a ter um olhar mais atento sobre o fenômeno da violência por se perceber o quanto a vivência de violência doméstica acarreta danos profundos e muitas vezes, invisíveis a olhares distraídos.

Entre as atividades realizadas no GEM, destaca-se também a participação da autora no projeto de extensão “Acolhimento a mulheres em situação de violência doméstica⁵”, participando durante seis meses de oficinas de acolhimento a essas mulheres. Durante esta experiência, verificou-se o quanto a violência doméstica é presente no cotidiano de muitas mulheres e, que quebrar o ciclo da violência não é simples, sendo necessária uma rede de apoio e políticas públicas efetivas que garantam a essas mulheres, no mínimo, um meio de sobrevivência e recursos para que elas possam se livrar deste ciclo. Toda essa vivência durante a graduação despertou a atenção para a necessidade de aprofundar o estudo do fenômeno da violência doméstica no período reprodutivo, tendo como foco as adolescentes grávidas.

Aqui, surge uma pergunta: qual a história oral de adolescentes grávidas em situação de violência doméstica? Acredita-se que a análise da história destas adolescentes dará acesso a informações de cunho subjetivo que devem ser levadas em conta para o conhecimento desta problemática.

O presente estudo tem como objeto, a história oral de adolescentes grávidas em situação de violência doméstica, cujo objetivo geral é analisar a história oral de adolescentes grávidas em situação de violência doméstica e cujos objetivos específicos são: caracterizar as adolescentes grávidas em situação de violência doméstica e descrever a história oral dessas adolescentes.

⁵ Projeto de Extensão coordenado pela Prof.^a Dr.^a Normélia Maria Freire Diniz, vinculado ao Grupo de Estudos sobre Saúde da Mulher (GEM), realizado no Coletivo de Mulheres do Calafate, instituição não governamental localizada na comunidade do Calafate, bairro de San Martin, na cidade de Salvador (BA). Foram realizados 10 (dez) encontros, às quartas-feiras, das 15h às 17h, entre os dias 24/08/2005 e 07/12/2005.

2 CONTEXTUALIZAÇÃO DA TEMÁTICA

2.1 Adolescência

A adolescência é a fase da vida humana que separa a infância da vida adulta. Historicamente, o estudo a respeito do desenvolvimento humano era pouco sistematizado até o início do século XX. Após este período, realizaram-se vários estudos visando entender e tecer teorias sobre o desenvolvimento humano, inclusive sobre a adolescência (MARTINS, 2003). Oliveira (1997) afirma que o desenvolvimento físico, emocional e cognitivo dos seres humanos era muito pouco conhecido até o início do século passado e as crianças eram tidas como uma miniatura dos adultos, que, na proporção em que cresciam, desenvolviam-se física e emocionalmente.

O termo adolescência deriva do verbo latino *adolescere*, que significa crescer, ou crescer até a maturidade (MUUSS, 1976). Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), a adolescência é a fase da vida humana compreendida entre os 10 e os 19 anos de idade, período de mudanças anatômicas, fisiológicas e sociais que separam a criança do adulto, abrangendo a pré-adolescência (entre 10 e 14 anos) e a adolescência propriamente dita (dos 15 aos 19), ou de 12 aos 18 anos, de acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente (OMS, 1994).

Os primeiros estudos sobre a adolescência começaram a surgir logo no início do século passado, em 1904, quando o psicólogo Stanley Hall publicou um livro sobre a adolescência, no qual foram abordados aspectos psicológicos e os da relação entre adolescência e a filosofia, a sociologia, o sexo, o crime e a educação. No que diz respeito à área médica, a primeira publicação foi de 1918, na qual Amália Gates enumerava os principais problemas de saúde dos adolescentes que haviam sido atendidos por ela. Nas décadas de 1920 e 1930, inúmeros grupos médicos se dedicaram ao estudo do desenvolvimento biológico e maturação sexual, que culminaram com o trabalho sobre a sistemática de avaliação da maturação sexual, resultando na publicação do livro “Crescimento na adolescência”. Em 1951, foram criados: o primeiro Programa de Medicina da Adolescência, em Boston e o Centro Municipal da Adolescência, em Buenos Aires. Estes últimos foram seguidos por outros serviços pioneiros na América Latina, como os chefiados por Anita Colli, em São Paulo, Maria Helena Ruzany, no Rio de Janeiro e Enrique Gutierrez, no México (RAKOFF, 1995; SILBER, 1995).

Embora, em meados do século XX, fossem realizados muitos estudos sobre a adolescência, estes estavam mais voltados para aspectos biológicos. No entanto, Erik Erickson (1976) foi um dos estudiosos que mais avançou no estudo da temática, introduzindo a noção naturalizada de “síndrome normal da adolescência”, caracterizada por uma série de sintomas tais como a busca de si mesmo e da identidade; tendência grupal; necessidade de fantasiar; crises religiosas; deslocamento temporal, quando os pensamentos adquirem as características primárias; evolução sexual manifesta, indo do autoerotismo até o homossexualismo genital adulto; atitudes sociais reivindicatórias, com tendências antissociais ou associas de diversas intensidades, contradições sucessivas em manifestações da conduta; dominada pela ação, que constitui a forma de expressão conceitual mais típica deste período de vida; separação progressiva em relação aos pais; constantes flutuações de humor e de estado de ânimo (ABERASTURY; KINOBEL, 1989).

A partir dos estudos de Erik Erickson, começaram a acontecer algumas mudanças na forma como a adolescência era vista, passando a ser compreendida também como uma fase marcada por uma série de transformações psicossociais, intimamente relacionadas a fatores ambientais, sociais, culturais e biológicos.

As transformações ocorridas na adolescência têm vários aspectos: inicialmente, são as modificações da puberdade, fase marcada pelo acelerado crescimento físico e maturação sexual, considerada um marco biológico na vida, constituindo essencialmente o período de modificações físicas que ocorrem entre os 10 e os 14 anos. Já o aspecto psicossocial varia consideravelmente de acordo com o momento histórico e o contexto sociocultural, podendo nem existir. A categoria social, os processos de amadurecimento físico, mental, emocional, social e moral da adolescência também são influenciados pelas peculiaridades inerentes a cada adolescente, tornando-se complexa a sua delimitação e contextualização (ARIÉS, 1981; ABERASTURY; KINOBEL, 1989; GROPPPO, 2000).

Estas modificações, físicas e/ou psicológicas atuam na formação da personalidade adulta do indivíduo. Dependendo da interação destes fatores e do suporte familiar e social, o adolescente poderá chegar à fase adulta de forma socialmente aceita ou com uma série de desajustes, que poderão culminar em transtornos psíquicos ou gerar um indivíduo à margem da sociedade.

Por tais características, a adolescência também é considerada como uma fase de crise. Maldonado (2002) traz que, segundo Caplan, a crise pode ser definida como uma fase temporária de desorganização do funcionamento de um sistema aberto, estimulado por circunstâncias que transitoriamente extrapolam as capacidades do sistema para adaptar-se

interna e externamente. Para a autora, há três períodos críticos de transição, considerados como momentos de crise, que constituem verdadeiras fases do desenvolvimento da personalidade feminina: a adolescência, a gravidez e o climatério.

Assim, Maldonado (2002) se refere à adolescência como uma fase de crise que implica em um enfraquecimento temporário da estrutura básica do ego, de modo que a pessoa não consegue utilizar seus métodos habituais de solução de problemas e, deste modo, requer a mobilização dos mecanismos adaptativos do ego, no sentido de buscar respostas novas anteriormente inexistentes. A solução elaborada pelo indivíduo ao superar a crise pode ser saudável, implicando em melhora com amadurecimento da personalidade, ou doentia, implicando em um maior grau de desorganização, desintegração e desajustamento.

A adolescente grávida se depara simultaneamente com dois momentos considerados críticos na fase do desenvolvimento humano. Neste contexto, necessita de suportes familiar e emocional consolidados para que o desenrolar da crise se dê de forma sadia. Acreditamos que a vivência de violência doméstica, neste momento, poderá contribuir substancialmente para desajustes na personalidade adulta em formação.

Ximenes et al. (2007) acrescentam que alguns fatores atuam na formação de um adolescente, de modo a fazer com que alcance a fase adulta emocional e socialmente sadio. O primeiro deles é a afirmação da personalidade, diretamente ligada a todo um processo que vem desde a vida intrauterina, abrangendo fatores genéticos e ambientais. Dentro desse contexto, o ambiente social e o contexto familiar desempenham um papel fundamental na formação da personalidade. Outro fator diz respeito ao desenvolvimento sexual e à capacidade reprodutiva, ambos de grande influência na formação do adolescente e no surgimento das crises, podendo o acesso a informações atuar como agente minimizador dos processos de crises. Um terceiro aspecto é a concretização dos projetos de vida, que vai depender de o indivíduo ter ou não equilíbrio emocional. Uma gravidez indesejada, por exemplo, pode alterar seus projetos, acarretando, num futuro próximo acarretar “desajustes” que irão interferir na consolidação dos sonhos e na estabilidade financeira e emocional do indivíduo.

No Brasil, a adolescência possui diferentes configurações, a depender da classe social em que o adolescente está inserido. Nas classes mais privilegiadas, é entendida como um período de experimentação, sem grandes consequências econômicas e sociais; geralmente, o adolescente não assume responsabilidades, pois se dedica apenas aos estudos, essa a sua via de acesso ao mundo adulto. Enquanto que nas classes menos favorecidas, os riscos de viver novas experiências são maiores e não há a possibilidade de se dedicar somente aos estudos (PEREIRA, 1996; KAHHALE et al., 1997).

Chalem et al. (2007), estudando a gravidez na adolescência na periferia de São Paulo, revelam que, entre as adolescentes, 60,2% faziam corresponder abandono escolar e gravidez. Daí se entender que, devido à falta de recursos financeiros ou de estrutura familiar consolidada, muitas adolescentes, por causa da gravidez, abandonam a escola, seja por necessidade de trabalho, para sustento do conceito, seja pela rejeição do familiar ou do companheiro frente à gestação. Esse ato representa para ela prejuízos futuros, muitas vezes ficando impossibilitadas de ascender socialmente por meio da escolarização.

A própria falta de perspectiva de futuro pode levar ao desencadeamento da gravidez na adolescência nas classes sociais menos favorecidas. Duarte, Nascimento e Akerman (2006), estudando a gravidez na adolescência e a exclusão social entre diferentes classes, relatam que, entre as adolescentes mais pobres, o número de partos é maior e que, de certa forma, é o papel social a elas imposto pelo mundo moderno, que exclui do mercado de trabalho, os indivíduos com baixa escolaridade.

A adolescência também se apresenta diferente para meninos e meninas, marcados por uma construção social de gênero. Os meninos são estimulados a brincar na rua, a ter relacionamentos sexuais precoces, a descobrir o mundo; já para as meninas são reservados os espaços domésticos, o aprendizado de tarefas domésticas, e a tentativa dos pais ou dos parentes de adiamento de experiências sexuais.

De acordo com Traverso-Yepez e Pinheiro, a relação de gênero tem papel importante na formação dos adolescentes:

Destaca-se, assim, o fato de que as relações de gênero e de classe social exprimem relações de poder, as quais nem sempre são vivenciadas de modo reflexivo, apesar das contradições e hierarquias que geram. Acredita-se relevante considerar, portanto, a infância e a adolescência não apenas como construções sociais mediadas sempre pela dimensão sociocultural, mas uma etapa-chave de definição do *habitus social* entendido como o universo simbólico que gera o estilo peculiar de pensar e agir individual [...] (TRAVERSO-YEPEZ; PINHEIRO, 2005, p. 150).

Gênero é um conceito forjado pelas Ciências Sociais, que surge com a finalidade de analisar e compreender a desigualdade de papéis existentes entre homens e mulheres. Para Safiotti (2007), o gênero é entendido como um elemento constitutivo das relações sociais baseadas nas diferenças entre os sexos, ancorada em relações de poder, nas quais os homens estão em situação de superioridade com relação às mulheres.

O gênero, enquanto elemento constitutivo das relações sociais entre homens e mulheres, é uma construção social e histórica, constituído e alimentado com base nos

símbolos, normas e instituições que definem modelos de masculinidade e feminilidade e padrões de comportamento aceitáveis ou não para homens e mulheres. A construção de gênero delimita campos de atuações para cada sexo, sendo uma forma primeira de significação de poder (SCOTT, 1995).

Desta forma, as desigualdades de poder entre homens e mulheres implicam o forte impacto nas condições de vida e saúde das mulheres. Logo, as adolescentes que têm antecipada a idade da primeira relação sexual, segundo Bretas et al., (2011) poderão se deparar com a gravidez na adolescência. Ora, na perspectiva de gênero, uma gravidez na adolescência representa impactos muito mais marcantes na vida da adolescente, visto que em nossa sociedade há uma construção social que lhe atribui o dever de cuidar do filho em detrimento dos seus projetos pessoais.

A adolescência também transcorre de diferente forma entre as raças. Historicamente, como vestígios do período de escravidão, os negros foram colocados em situação de inferioridade, ocupando o lugar de exclusão social. Assim sendo, são sempre mais vulneráveis às desigualdades sociais e aos problemas de saúde. Os vestígios desse processo de exclusão podem ser visualizados na pesquisa “A voz dos adolescentes”, realizada pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância – UNICEF, em 2002, com mais de 21 milhões de adolescentes em 18 estados brasileiros. A pesquisa evidencia que, embora os adolescentes da raça negra representem a maioria no país (52%), eles se encontram em piores condições socioeconômicas que os da raça branca (UNICEF, 2002).

No que diz respeito à classe social, a pesquisa mostra uma relação direta entre a raça negra e a baixa classe social, revelando que, entre os adolescentes pesquisados, 78,1% estão nas classes C ou D. Entre os adolescentes que não frequentavam a escola, a maioria (57%) era de raça negra, sendo que aqueles com maior defasagem escolar pertenciam às classes sociais menos favorecidas, geralmente os negros. Com relação à variável trabalho, observou-se que 55% dos adolescentes que trabalhavam eram da raça negra. Contudo, entre aqueles que trabalhavam com carteira assinada, os adolescentes da raça branca eram a maioria (53%); ainda com relação a isso, a função desempenhada no mercado de trabalho era diferente para as várias classes sociais: assim, entre os adolescentes da classe A, 71% trabalhavam como assistentes administrativos, enquanto que entre os da classe D a função mais desempenhada era o emprego doméstico (UNICEF, 2002).

As desigualdades sociais contra os adolescentes da raça negra tornam este período, para eles, uma fase diferenciada. A cor da pele marca a trajetória dos adolescentes negros, que já se encontram em situação socioeconômica desfavorável, com maior evasão escolar, muitas

vezes decorrente da necessidade de entrar no mercado de trabalho para ajudar no sustento da família. Assim sendo, o adolescente negro precisa transpor obstáculos para romper o ciclo da desigualdade e da pobreza ou, com toda uma força social o impulsionando nesta direção, podem reproduzir a trajetória de seus pais, muitas vezes, marcada pela morte precoce devido ao envolvimento em crimes, pela manutenção da pobreza ou pela gravidez na adolescência.

2.2 Gravidez na adolescência

O valor social dado à gravidez na adolescência é culturalmente construído: as mulheres têm filhos cedo ou tarde, dependendo dos mecanismos gerados pela própria sociedade. No Brasil, há pouco mais de um século, não era estranho que uma mulher se casasse e gerasse filhos logo no início da idade reprodutiva; atualmente, as famílias têm optado por menos filhos. Obviamente, isso depende de como cada gravidez é vista e vivida no meio familiar, influenciado pelos aspectos socioeconômicos e culturais (RAMOS; CECÍLIO, 1998).

A gravidez na adolescência tem sido motivo de muito interesse e pesquisas, devido ao impacto social causado pelo fenômeno. Nas últimas décadas, a gravidez entre adolescentes vem sendo considerada um problema de saúde pública, especialmente por estar entrelaçada com um discurso de associação de riscos biológicos factíveis de ocorrer com as grávidas adolescentes ou com seus filhos.

Chalem et al. (2007) afirmam que, nos países desenvolvidos, há uma tendência à queda dos casos de gravidez na adolescência a partir dos anos 1980. Nos Estados Unidos, essa taxa caiu 31% desde 1991. Os autores relatam que, em um estudo realizado em 11 países europeus, também se observou a tendência de essa taxa se manter estável ou até diminuir. Na Alemanha, por exemplo, que tem uma das maiores taxas de gravidez na adolescência da Europa, o índice caiu de 21%, em 1987 para 13%, em 1989.

Na contramão dessa tendência, nos países subdesenvolvidos ou em desenvolvimento, como é o caso do Brasil, observa-se, nas últimas décadas, uma importante mudança no panorama da fecundidade, com uma redução da taxa de fecundidade entre mulheres adultas e um aumento da taxa entre as adolescentes. Segundo dados do SINASC, no Brasil a participação da gravidez entre 15 e 19 anos nos índices de fecundidade foi maior simultaneamente à diminuição da proporção das demais faixas etárias (BRASIL, 2008).

Comparando os dados dos últimos anos, observa-se uma discreta tendência à queda, no número de partos realizados em adolescentes com idade entre 10 e 19 anos: foram 610.372

em 2007, 632.880 em 2006 e 661.137 em 2005. O Ministério da Saúde (MS) atribui tal redução às campanhas destinadas aos adolescentes e à ampliação do acesso ao planejamento familiar (BRASIL, 2008).

Entre os fatores associados com a gravidez na adolescência, destacam-se o início precoce da vida sexual, juntamente com a ausência de uso de métodos contraceptivos, além da dificuldade de acesso aos programas de planejamento familiar. Outro fator, considerado de risco, é a idade da primeira gravidez dessa mãe, uma vez que as mães de adolescentes gestantes vêm de famílias cujas mães também iniciaram a vida sexual cedo ou engravidaram na adolescência (CARVALHO et al., 2009).

Amorim et al. (2009) verificaram, em seu estudo sobre os fatores de risco para a gravidez na adolescência, em uma escola na Paraíba, realizado com 168 puérperas adolescentes, que o risco de gravidez na adolescência aumenta quando é seguido por baixa escolaridade (menos de oito anos); a ausência de companheiro; a história materna de gestação na adolescência e a idade precoce com que teve a primeira relação sexual (menos de 15 anos). Como fatores de proteção para a gravidez na adolescência, o estudo trouxe a história de consultas ginecológicas prévias e o uso de métodos contraceptivos.

Chalem et al. (2007) destacam que 88,2% das adolescentes grávidas, sujeitas a seu estudo sobre o perfil sociodemográfico e comportamental de uma população periférica, pertenciam às classes C ou D, sendo a média de anos de estudo de 8 anos, com uma defasagem de 2,4 anos de estudo.

Bruno et al. (2009) relatam em seu estudo que o aumento do número de adolescentes que se tornam mães é mais evidente nos estados mais pobres do país. Esta constatação se torna ainda mais grave quando observado que a grande maioria dessas ocorrências se dá entre as camadas menos favorecidas e entre as adolescentes negras, visto que há uma importante associação entre os fatores: raça e baixas condições socioeconômicas, situação que pode, inclusive, agravar os riscos à saúde materna e fetal.

Assim sendo, a gravidez nas adolescentes das periferias representa um grande risco, pois, além dos danos para a saúde da adolescente, a gravidez, nesta etapa da vida, pode adiar os desejos das familiares de uma formação escolar, trabalho e independência financeira. Em outras palavras, a gravidez e a maternidade na adolescência rompem com a trajetória natural e aparecem socialmente como problemas a serem evitados, com custos sociais e pessoais elevados, podendo interromper ou finalizar processos educativos da mulher, principalmente nos segmentos sociais menos favorecidos, reduzindo ainda mais suas possibilidades de desenvolvimento.

Nascimento, Xavier e Sá (2011), ao estudarem a inserção das adolescentes grávidas no âmbito familiar e social, revelam que a gravidez na adolescência não pode ser compreendida independentemente das determinações econômicas e socioculturais, devendo ser examinada a partir da heterogeneidade dos valores dos diferentes segmentos sociais. Percebe-se que são grandes os prejuízos da gravidez para a adolescente pobre, pois, tal evento se relaciona com os fatores de manutenção e reprodução da pobreza, a persistência dos padrões culturais de maternidade precoce e os graves efeitos sobre o desenvolvimento pessoal e social.

No entanto, a gravidez pode constituir um desejo da adolescente. Magalhães (2007) sustenta que a gravidez e a maternidade em adolescentes do sexo feminino são diferentes, variando com a classe social. Em classes populares, a falta de perspectiva em relação à vida futura pode tornar a gravidez e a maternidade em projetos de vida.

Em outras palavras, a gravidez na adolescência tem um impacto expressivo, podendo funcionar como determinante social para a manutenção da pobreza na vida das mulheres das camadas sociais menos favorecidas, pois, ao mesmo tempo em que pode representar para elas, muitas vezes, a realização de um projeto de vida, perpetua o ciclo da pobreza e dificulta as possibilidades de ascensão social mediante o estudo.

Além de toda a problemática descrita, a gravidez na adolescência pode gerar conflitos familiares, pela não aceitação da gestação; isto é um problema a mais que as adolescentes grávidas poderão enfrentar, inclusive, em alguns casos, culminando com manifestações de violência doméstica.

2.3 Violência doméstica na gestação

A violência é um fenômeno social e histórico que acompanha toda a experiência da humanidade. Em 1996, a OMS declarou ser a violência, o maior e mais crescente problema de saúde pública que o mundo atravessava (WHO, 1997).

Entre as múltiplas manifestações da violência, destaca-se a doméstica, que tem vitimado e ceifado a vida de muitas mulheres ao redor do mundo.

Para efeito legal, a violência doméstica e familiar contra a mulher é entendida como qualquer ação ou omissão baseada no gênero que cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico e dano moral ou patrimonial (BRASIL, 2006a).

Os dados relativos à incidência de violência doméstica demonstram a magnitude do problema. No mundo, de cada cinco dias que a mulher falta ao trabalho, um é devido à

violência sofrida em sua própria casa. No Brasil, estima-se que a cada 15 segundos, uma mulher é espancada por um homem com quem mantém ou manteve uma relação afetiva; 23% das mulheres brasileiras estão sujeitas à violência doméstica. Em Salvador, durante o ano de 2007, foram registradas 8.875 (oito mil oitocentas e setenta e cinco) ocorrências policiais, que abrangem ameaças, agressões morais, lesões corporais, espancamentos, estupros, entre outras formas de violência, na Delegacia Especial de Atendimento à Mulher (DEAM), (BAHIA, 2009a).

Destaque para o fato de que quando o critério é a cor da pele, as principais violentadas são as negras. Diniz et al. (2007), estudando mulheres vítimas de violência sexual na cidade do Salvador, evidenciou que 77,3% das mulheres que participaram de sua pesquisa e que têm histórico de violência sexual são da raça negra.

Neste sentido, se justifica a importância de estudar a violência doméstica e a gravidez na adolescência numa população eminentemente de raça negra, vislumbrando a possibilidade de melhor compreender esse fenômeno através da história oral dessas adolescentes.

São muitas as formas de manifestação da violência doméstica, variando de insultos a lesões físicas que podem levar à morte. A lei Maria da Penha (BRASIL, 2006a, p.2) dispõe, em seu capítulo II:

Art. 7º São formas de violência doméstica e familiar contra a mulher, entre outras:

I - a violência física, entendida como qualquer conduta que ofenda sua integridade ou saúde corporal;

II - a violência psicológica, entendida como qualquer conduta que lhe cause dano emocional e diminuição da autoestima, ou que lhe prejudique e perturbe o pleno desenvolvimento, ou que vise degradar ou controlar suas ações, comportamentos, crenças e decisões, mediante ameaça, constrangimento, humilhação, manipulação, isolamento, vigilância constante, perseguição contumaz, insulto, chantagem, ridicularização, exploração e limitação do direito de ir e vir, ou qualquer outro meio que lhe cause prejuízo à saúde psicológica e à autodeterminação;

III - a violência sexual, entendida como qualquer conduta que a constranja a presenciar, a manter ou a participar de relação sexual não desejada, mediante intimidação, ameaça, coação ou uso da força; que a induza a comercializar ou a utilizar, de qualquer modo, a sua sexualidade, que a impeça de usar qualquer método contraceptivo ou que a force ao matrimônio, à gravidez, ao aborto ou à prostituição, mediante coação, chantagem, suborno ou manipulação; ou que limite ou anule o exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos;

IV – a violência patrimonial, entendida como qualquer conduta que configure retenção, subtração, destruição parcial ou total de seus objetos, instrumentos de trabalho, documentos pessoais, bens, valores e direitos ou recursos econômicos, incluindo os destinados a satisfazer suas necessidades;

V - a violência moral, entendida como qualquer conduta que configure calúnia, difamação ou injúria.

Conforme Diniz et al. (2007), a violência contra as mulheres, denominada violência de gênero, representa grave violação aos direitos humanos, sendo, capaz de desencadear inúmeros agravos à saúde.

As sequelas que a violência doméstica traz para a saúde das mulheres podem ser mais graves quando essas são adolescentes, pois, conforme Ximenes (2007), a adolescência é uma fase da vida humana caracterizada por um conjunto de transformações sociais e psicológicas que deixam o indivíduo exposto a um modelo de vida até então desconhecido e, de certa forma, vulnerável. Com a vivência da violência doméstica, a formação da personalidade adulta pode ser comprometida, pois é durante esta fase que os padrões comportamentais se definem, sob a influência da família e do meio social.

A adolescente grávida pode estar mais vulnerável à exposição da violência doméstica. Segundo Monteiro (2007), a gravidez na adolescência pode favorecer uma situação de conflito com a família. Alguns estudos, como o de Menezes et al., (2003), apontam a gravidez como fator de risco para a violência doméstica, enquanto outros atribuem à mesma, um fator de proteção. Embora estes não sejam dados conclusivos, a violência doméstica pode ter início depois da gestação ou alterar o padrão com que ocorre (frequência e gravidade).

A violência durante a gravidez se insere dentro da saúde reprodutiva, sendo considerada uma questão de interesse particular no mundo. Estudo mexicano, realizado por Doubova et al. (2007), também encontrou um índice elevado de vivência de violência doméstica entre grávidas (31,1%). Ainda mostrou que as mulheres solteiras, com antecedentes de violência na infância, cujos parceiros ingeriam bebida alcoólica ou com alterações emocionais estavam mais expostas à violência doméstica.

Um estudo realizado em São Paulo com 1.922 mulheres, usuárias do serviço público de saúde revelou que 20% das entrevistadas afirmaram ter sofrido violência na gestação (DURAND; SCHRAIBER, 2007).

Menezes et al. (2003), estudando a prevalência da violência doméstica em mulheres atendidas numa maternidade no Recife, observaram que 13,1% das atendidas disseram haver

sofrido violência física no último ano, sendo 7,4% durante a gestação. Fatores como baixa escolaridade, história de violência na família da mulher, consumo de álcool e desemprego estavam grandemente associados à manifestação de violência.

Em estudo sobre violência doméstica na gestação, Audi et al. (2008) verificaram que o índice de violência variava entre 6,5% (violência física/sexual) e 19,1% (violência psicológica). Eles associaram essa última forma de violência, ao fato de o parceiro íntimo também ser adolescente. Entre os fatores ligados à violência física/sexual estão as dificuldades de a gestante comparecer às consultas de pré-natal, de o parceiro íntimo ser usuário de álcool e de não trabalhar. Quanto à violência psicológica e física/sexual constam, entre outros elementos desencadeadores, a baixa escolaridade da gestante, o fato de ser responsável pela família, de ter sofrido agressão física na infância, a presença de transtorno mental comum, além do fato de o parceiro íntimo consumir álcool duas ou mais vezes por semana.

O espaço doméstico vem se revelando como o local com maior incidência de violência contra a mulher (DINIZ et al., 2007; ROSA et al., 2008). As mulheres vivem cotidianamente um paradoxo, pois o espaço doméstico, que em princípio deveria ser o local onde estariam mais acolhidas e seguras, torna-se um lugar de ameaça e arbítrio.

Deste ponto de vista, os estudos têm revelado que o parceiro íntimo é o principal agressor. Na pesquisa de revisão de literatura realizada por Bhone, Lourenço e Brum (2011), na maioria dos casos, os agressores foram maridos ou ex-companheiros. De acordo com informações do II Plano Estadual de Política para as Mulheres, no Brasil, 70% dos crimes contra as mulheres acontecem no âmbito doméstico e os agressores são os maridos ou companheiros (BAHIA, 2009a).

Os danos que a violência doméstica pode causar à saúde das mulheres são múltiplos: de sequelas psicológicas até dificuldades ligadas à sexualidade; de problemas de ordem biológica, complicações obstétricas, demora no início do pré-natal, aborto, baixo peso do feto ao nascer a problemas de ordem emocional que lhes afetam a saúde mental, tais como ansiedade, depressão, tentativa de suicídio e síndrome do estresse pós-traumático (NASCIMENTO; XAVIER; SÁ, 2011).

Na gravidez, as consequências da violência doméstica podem ser ainda mais graves, pois a gestação é uma fase peculiar, caracterizada por uma maior sensibilidade e por modificações biológicas que podem deixar as mulheres mais fragilizadas. Aragão (2006) afirma que a experiência de gestar leva a uma exacerbação da sensibilidade da mulher, o que a

torna também suscetível a vários distúrbios emocionais, e conseqüentemente a gravidez pode desencadear nas gestantes uma crise emocional.

O estudo de Arcos et al. (2001) demonstrou que mulheres submetidas à violência na gestação têm três vezes mais chances de ter filhos com baixo peso e tamanho pequeno para a idade gestacional, correm mais risco de sofrer aborto que àquelas sem vivência de violência na gestação, assim como de desenvolver síndromes hipertensivas, infecção do trato urinário, demora no crescimento intrauterino, entre outras conseqüências.

A situação das adolescentes grávidas e em vivência de violência doméstica é ainda mais preocupante. Maldonado (2002) afirma que a gestação está associada a mudanças não só biológicas e somáticas, mas também psicológicas e sociais, que influenciam a dinâmica psíquica individual e relacional da gestante, a reestruturação na vida da mulher e nos papéis que exerce. Durante esse período, ela tem que passar da condição de filha para a condição de mãe, antes de se ter emancipado dos laços maternos e paternos, além de ter de reajustar seu relacionamento conjugal e sua situação socioeconômica. Estas situações são ainda mais delicadas quando essa mulher é uma mulher adolescente.

Em resumo, as adolescentes grávidas estão mais expostas ao risco de complicações, estando mais vulneráveis, por serem adolescentes, estarem grávidas e sofrendo constantes episódios de violência doméstica.

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo exploratório e descritivo, de natureza qualitativa, tendo como referencial metodológico, a história oral.

Para Lakatos e Marconi (2006), a pesquisa descritiva aborda a descrição, o registro, a análise e a interpretação dos fenômenos atuais, objetivando o seu funcionamento no presente. Nessa perspectiva, mais especificamente, o estudo exploratório é considerado útil quando se investiga uma nova área ou assunto, procurando conhecer as dimensões de certo fenômeno, as formas de manifestação e os fatores com os quais se relaciona (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

Para Badeia (1999), a pesquisa qualitativa é um estudo de temas em seu cenário natural, objetivando interpretá-los em termos do seu significado assumido pelos indivíduos; para isso ela se serve de uma abordagem holística, que preserva a complexidade do comportamento humano.

De acordo com Minayo e Deslandes (2002), a pesquisa qualitativa se preocupa principalmente com um nível de realidade que não pode ser quantificado, ou seja, trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes que correspondem a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos, oferecendo uma perspectiva mais ampla ao tema em estudo.

Partindo do princípio de que os conhecimentos sobre os indivíduos só são possíveis com a descrição da experiência humana tal como é vivida e definida pelos seus próprios atores (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004); utiliza-se nesta pesquisa como referencial metodológico, a história oral, pois por meio desta metodologia se pode investigar experiências particulares e compreender o social através do individual.

3.2 O método da história oral

Nesta pesquisa, elege-se como referencial metodológico a história oral na modalidade história oral temática, por entender que esta possibilita uma visão mais subjetiva das experiências das adolescentes.

Para Meihy (2005), a história oral é uma prática de apreensão de narrativas feita através do uso de meios eletrônicos, sendo destinada a recolher testemunhos, promover análise de processos sociais do presente e facilitar o conhecimento do meio imediato.

Denzin (1973) diz que a história oral apresenta as experiências e as definições vividas por um indivíduo, um grupo, uma organização, e como eles interpretam tais experiências. O autor afirma que a história oral é o melhor método para estudar os processos de socialização, emergência de grupos, estruturas organizacionais, nascimento e declínio de uma relação social, além das respostas situacionais às contingências sociais.

Segundo Thompson (1998), a história oral torna possível um julgamento mais imparcial, os depoentes podem ser também convocados entre as classes dos mais desprivilegiados, proporcionando uma reconstrução mais realista e imparcial do passado, tendo um compromisso radical em favor da mensagem social da história como um todo. O autor destaca ainda a importância da história oral, no que concerne a registrar os aspectos socioculturais da vida das minorias, dos que vivem à margem do poder, cujas "vozes ocultas", raramente aparecem documentadas nos arquivos históricos.

[...] A história oral implica uma percepção do passado como algo que tem continuidade hoje e cujo processo histórico não está acabado. A presença do passado no presente imediato das pessoas é a razão do ser da história oral. Nesta mediada, a história oral não só oferece uma mudança para o conceito de história, mas, mais do que isto garante sentido social à vida de depoentes e leitores que passam a entender a sequência histórica e a sentirem-se parte do contexto em que vivem. (MEIHY, 1996, p.10)

A história oral é um conjunto de procedimentos que inclui a elaboração de um projeto, o estabelecimento de um grupo de pessoas a serem entrevistadas, sendo que o projeto prevê: planejamento da condução das gravações com definição de locais, tempo de duração e demais fatores ambientais; transcrição e estabelecimento de textos, conferência do produto escrito e autorização para o uso; arquivamento, publicação dos resultados, que deve primeiramente voltar ao grupo entrevistado (MEIHY, 2007).

A história oral pode ser utilizada como técnica, método ou disciplina. Sendo utilizada como método, ela valoriza as narrativas enquanto atenção central dos estudos. Para o autor, ela se justifica como método por se constituir num objeto definido, com fundamentos filosóficos, procedimentos claros e pré-estabelecidos (MEIHY, 2005).

São três gêneros distintos em história oral: história oral de vida, tradição oral e história oral temática. A história oral de vida se refere ao "retrato da vida", ou seja, à

narrativa detalhada da experiência de vida de uma pessoa. A tradição oral trabalha com o pressuposto do conhecimento do outro em suas possibilidades mais dilatadas, favorecendo a apreensão dos fenômenos, com a finalidade de uma melhor tradução possível do universo mítico, buscando explicações sobre origens dos povos, rituais, entre outros (MEIHY, 2007).

Já a história oral temática se aproxima das soluções comuns e tradicionais de apresentação dos trabalhos analíticos em diferentes áreas do conhecimento acadêmico. Nesta modalidade, o estudo parte de um assunto específico e previamente estabelecido, portanto, compromete-se com o esclarecimento ou a opinião do entrevistador sobre algum evento definido. É a narrativa de uma versão de fatos vividos ou presenciados, assim os detalhes da vida pessoal do entrevistado apenas interessam quando relacionados ao tema pesquisado (MEIHY, 2005).

No presente estudo, adotou-se a história oral temática, focalizando as situações de violência vividas pelos sujeitos da pesquisa em suas vidas. Assim, obteve-se uma visão mais subjetiva do fenômeno, o que se possibilitou compreender as histórias das adolescentes estudadas.

3.3 Local de estudo

O estudo foi realizado no município de São Francisco do Conde, localizado no extremo norte da Baía de Todos os Santos, região metropolitana de Salvador. O mesmo faz parte da primeira Diretoria Regional de Saúde (DIRES) e compõe a macrorregional de saúde Nordeste e a microrregião de Salvador. Distante 66km da capital baiana, tem uma população estimada em 31.219 habitantes e uma área de 266.631km² (BAHIA, 2008).

O referido município foi escolhido para local de estudo devido à necessidade de se conhecer os problemas de saúde e as questões relacionadas com a violência doméstica também em pequenos centros urbanos, geralmente preteridos em preferência dos grandes centros, e principalmente, pela necessidade de se estudar essas questões em populações mais vulneráveis. Ao estudar a gravidez e a violência doméstica neste Município, que tem uma predominância de pessoas negras (90,3%) (BAHIA, 2009b), revelou-se a realidade das adolescentes mais severamente expostas a esses agravos.

Culminando com essa necessidade de estudo, a oportunidade foi efetivada com o financiamento do projeto intitulado “Fatores de Vulnerabilidade na Saúde das Crianças e

Adolescentes de São Francisco do Conde”⁶, financiado pela Fundação de apoio à Pesquisa da Bahia (FAPESB), de que esta pesquisa é subprojeto.

Os locais de coleta dos dados foram as Unidades de Saúde que atuam no PSF e o Centro de Referência da Saúde da Mulher (CRESAM). Atualmente, a cobertura do município pelo PSF é em torno de 70%: este faz o acompanhamento pré-natal da maioria das gestantes. As demais, geralmente as gestantes de alto risco e as que residem em locais não cobertos pela estratégia, são acompanhadas no CRESAM. (BAHIA, 2009b).

3.4 Sujeitos do estudo

Foram adotados como critérios de inclusão: ser adolescente, ou seja, ter entre 10 e 19 anos (segundo definição do MS), estar grávida e inserida em um quadro de violência doméstica. No que se refere à violência doméstica, serão contempladas todas as suas formas de manifestação, segundo a Lei Maria da Penha (BRASIL, 2006b).

Participaram da pesquisa cinco adolescentes grávidas, com faixa etária entre 16 a 19 anos, atendidas nas Unidades do PSF ou no CRESAM.

Para a identificação dos sujeitos, foram utilizados os dados da pesquisa de iniciação científica (PIBIC/CNPq), intitulada “Gravidez na adolescência: condições de vulnerabilidade”, também inserida do Projeto Guarda-Chuva, que tem como objetivo geral analisar as condições de vulnerabilidade de crianças e adolescentes de São Francisco do Conde frente à gravidez na adolescência, em 2011. No instrumento de coleta de dados desta pesquisa (Anexo A), constam questões que identificaram as adolescentes grávidas em situação de violência doméstica. O total de adolescentes do referido estudo foram trinta e quatro (34), destas, cinco (05) vivenciavam situações de violência doméstica no período gestacional e são estas que compõem os sujeitos do presente estudo.

3.5 Princípios éticos da pesquisa

A pesquisa obedeceu aos aspectos éticos regulamentados pelo Conselho Nacional de Saúde de acordo com a Resolução nº 196/96, que direciona a ética na pesquisa com seres humanos (BRASIL, 1996).

⁶ Projeto Guarda-Chuva, vinculado ao Grupo de Pesquisa “Violência, Saúde e Qualidade de Vida”, coordenado pela Prof.^a Dr.^a Climene Laura de Camargo da EEUFBA. Tem como objetivo geral analisar a vulnerabilidade em relação à saúde de crianças e adolescentes negras a partir de determinantes socioculturais no município de São Francisco do Conde.

O Projeto Guarda-Chuva, dentro do qual este estudo está inserido, foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da UFBA (CEPEE/UFBA), sendo aprovado (Anexo B). No entanto, devido às especificidades deste estudo, o projeto foi submetido ao CEPEE/UFBA para apreciação, sendo aprovação em 24 de fevereiro de 2011, sob protocolo de número 05/2011.

Segundo a Resolução de 196/96, para a realização da pesquisa com seres humanos, alguns princípios devem ser estabelecidos, sendo um deles o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A), que possibilita o respeito devido à dignidade humana. Para viabilizá-lo, recomenda-se uma redação clara, em linguagem compreensível, contendo elementos referentes aos objetivos, à justificativa, aos procedimentos, ao direito do entrevistado de desistir em qualquer fase do estudo, além da segurança do sigilo, como prova de privacidade.

Neste estudo, todos os participantes foram informados sobre o TCLE, tendo sua participação de forma voluntária e consciente. Também foram obedecidas todas as recomendações da resolução para a proteção dos sujeitos da pesquisa e a garantia do anonimato. Foi garantido ainda aos sujeitos o direito de desistirem da pesquisa, em qualquer de suas fases, sem que isso lhe oferecesse algum prejuízo.

No caso de sujeitos adolescentes, o TCLE, de acordo com a Resolução, deve ser assinado pelo representante legal. Contudo, apesar disso, as crianças e adolescentes têm o direito de serem informadas, no limite de suas capacidades, sobre a pesquisa. Como nossos sujeitos têm entre 10 e 19 anos, entendemos que eles têm capacidade para compreender o estudo. Desta forma, o TCLE foi assinado pela adolescente e por seu responsável legal.

3.6 Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada entre os meses de março e maio de 2011, a partir da entrevista acompanhada de um roteiro com questões norteadoras fundamentadas na história oral temática e um gravador digital, essencial nas entrevistas realizadas pelo referido método.

Para Minayo e Deslandes (2002), através da entrevista é possível apreender o ponto de vista dos atores sociais, pois uma de suas vantagens é a possibilidade de orientar e de facilitar a ampliação e o aprofundamento da comunicação. A entrevista é preconizada como instrumento de eleição para colher a história oral (THOMPSON, 1998).

Após a localização das adolescentes e depois de elas e seus responsáveis legais assinarem o termo de consentimento para a participação na pesquisa, foram agendadas as

entrevistas com cada adolescente. O dia, a hora e o local foram escolhidos pelas entrevistadas, sendo todas realizadas nos domicílios dessas.

Antes de se dar início às entrevistas, o roteiro das mesmas foram lidos e as dúvidas, esclarecidas. As entrevistas foram realizadas sem a presença de terceiros, em local privativo, onde não houvesse interferência. Inicialmente, cada entrevistada foi indagada sobre sua infância, depois sobre sua adolescência, a gravidez e a vivência de violência doméstica, buscando entender seu universo e contexto de vida familiar, escolar, grupos de amigos, sexualidade e contracepção. As entrevistas tiveram duração média de 40 minutos.

Assim, realizaram-se as entrevistas, utilizando-se a gravação e depois, foi feita a transcrição da mesma, realizando a correção do português nos moldes da escrita habitual. Utilizou-se para a identificação das adolescentes do estudo, nomes-fantasia de flores.

Após a transcrição desse material, os sujeitos tiveram acesso ao conteúdo e puderam acrescentar ou retirar informações, de acordo com a sua vontade. O material gravado e transcrito ficará guardado aos cuidados da pesquisadora, e após cinco anos será incinerado.

3.7 Organização e análise dos dados

Com vistas à análise das histórias orais, utilizou-se nesta pesquisa, a Análise de Conteúdo que, segundo Bardin (2004), é um conjunto de técnicas de análise das comunicações que visa a obter, por meio de procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens. A autora acrescenta que esta técnica procura compreender as comunicações além do significado imediato, buscando o enriquecimento da leitura.

As fases utilizadas para a análise de conteúdo foram a pré-análise do material, a exploração e o tratamento dos resultados. Para o tratamento dos resultados, foi empregada a categorização dos dados, que é uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto por diferenciação e seguidamente por reagrupamento, segundo a analogia (BARDIN, 2004).

Ainda segundo a autora supracitada, foram seguidas as seguintes etapas: construção do corpus, composição das unidades de análise, procedimento de análise e categorias e subcategorias temáticas. O corpus foi constituído pelas cinco entrevistas. A identificação das unidades de análise foi realizada após a leitura flutuante e exaustiva das entrevistas, e agrupadas por semelhança de conteúdo, advinda dos depoimentos analisados. Posteriormente,

realizou-se a decomposição dos discursos e a composição dos temas, o que resultou em um agrupamento de categorias e subcategorias (conforme o quadro abaixo). A discussão dos resultados foi realizada com base em referencial teórico sobre a temática.

QUADRO 1- Organização dos temas, categorias e subcategorias. História oral de adolescentes grávidas em situação de violência doméstica, São Francisco do Conde (BA), 2012.

TEMAS	CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
Infância	Vivência de violência	Negligência Violência psicológica, física e sexual
Adolescência	Vivência da sexualidade	Primeira relação sexual Contracepção
	Gravidez	Gravidez desejada/ não desejada Vivência de violência doméstica Assistência Pré-natal

4 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

4.1 Caracterização dos sujeitos

As entrevistadas do estudo se encontravam na faixa etária compreendida entre os 16 e 19 anos. No que concerne ao quesito cor da pele, estas se declararam negras e/ou pardas; segundo o IBGE, a cor parda corresponde à raça negra. Portanto, para fins desse estudo, considerar-se-á todas as adolescentes, negras. Quanto à situação conjugal, todas disseram ser solteiras, sendo que duas delas afirmaram viver em união estável.

No tocante à escolaridade, apenas uma estava cursando o 3º ano do ensino médio, sendo que as demais tinham o ensino fundamental incompleto. Vale ressaltar que das quatro adolescentes que não estavam estudando, três atribuíram o abandono escolar à gestação.

No que diz respeito à variável trabalho, nenhuma declarou ter trabalho remunerado, dependendo financeiramente de familiares, companheiro e do auxílio do município por meio de programas sociais. Todas as adolescentes moram com familiares e/ou companheiros.

4.2 As histórias orais das adolescentes

História de Rosa

Rosa tinha 17 anos, declarou-se negra, estava no quarto mês de gestação, morava com o companheiro e interrompeu os estudos na 7ª série por conta da gravidez.

É natural da Ilha de São João, localizada no município de Simões Filho (BA). Na infância, morava na Ilha de São João com o pai, a mãe e o irmão, que hoje tem 24 anos. O pai trabalhava como soldador no Pólo Petroquímico de Camaçari e a mãe era do lar. Ainda na infância, a família se mudara para Salvador (BA), fixando residência no bairro de Itapuã, onde ela morou até os 17 anos, quando se mudou para o município de São Francisco do Conde (BA) para residir com o namorado, atual companheiro, em decorrência dos conflitos com a mãe. Conta que tinha uma boa relação com a mãe antes da gravidez, embora não se sentisse com abertura para conversar com ela. Com o pai e o com o irmão, disse que sempre teve uma boa relação.

No que diz respeito aos estudos, Rosa afirmou ter sofrido preconceito racial por parte dos colegas, o que comprometera seu rendimento escolar.

“Não fui muito bem nos estudos, eu estava até comentando ontem com meu marido, que já sofri preconceito. Assim! Pelo fato de minha cor. Lá na escola, tinha mais meninas da pele branca, cor clarinha, eu assim a única escurinha; teve muito preconceito, ninguém gostava de brincar comigo, eu ficava nos cantos, chegava em casa chorando, minha mãe tinha que todo dia ir ao colégio conversar, falar com a diretora o que estava acontecendo, eu falava que não queria ir mais estudar, era uma guerra pra ir pra escola, era muito difícil. Depois, quando eu saí da escola, na minha infância, eu não gostava de negro, quando algum negro chegava perto de mim eu não gostava, eu dizia à minha mãe: ‘eu não quero estudar, eu tenho nojo de negro, eu não quero que fique perto de mim’”. Eu cuspia, foi muito difícil minha mãe tirar isso de mim, porque eu não gostava mesmo. Eu não queria que nenhuma criança negra brincasse comigo, até meu irmão, meu próprio irmão, eu tinha nojo, eu não gostava. Eu falava a minha mãe que eu queria ser branca, não queria ser dessa cor” (Rosa, 2011).

Rosa afirmou ter menstruado aos 13 anos. Tivera seu primeiro namorado aos 14, com quem perdeu a virgindade. Embora considerando muito cedo para ter tido sua primeira relação sexual, que ocorrera por incentivo das amigas, disse não se ter arrependido. Nesta primeira relação, ela usara camisinha e diz ter sido informada a respeito da importância de seu uso pela mãe. Namorara com esse rapaz, também adolescente, por oito meses. Depois que terminaram, ficou com outros rapazes, mas sem compromisso de namoro.

Aos 16 anos, Rosa conheceu o atual companheiro, com quem, depois de algum tempo, passou a namorar. No início, o pai foi contra o namoro, por achar que ela era muito nova, mas depois resolveu aceitar: a mãe não se opôs. Durante os oito primeiros meses de namoro, diz ter usado preservativo. Depois disso, parou de usar e passou a usar a pílula do dia seguinte, até que engravidou. Rosa diz que foi informada sobre a pílula do dia seguinte pela televisão, por conversas com as colegas e pela agente comunitária de saúde.

Segundo Rosa, a gravidez trouxe mudanças para sua vida: o pai ficou chateado por achar que ela ainda era virgem, mas depois se conformou. A mãe, porém, inconformada com a gravidez, pressionou-a para que fizesse o aborto. Rosa informou que chegou a ser levada a uma clínica, onde a mãe pagaria R\$ 2.000,00 para realizar o aborto. Contudo, ela se recusou, bem como seu namorado. Por conta dessa recusa, começaram as brigas e Rosa passou a sofrer violência doméstica por parte da mãe. A adolescente disse não concordar com o aborto,

afirmando ter ficado muito abalada ao presenciar o abortamento e sofrimento por que uma amiga passara ao realizar o aborto.

“[...] É muito difícil pra mim, eu não queria tirar. É uma coisa minha, eu presenciei um aborto de uma colega, ela abortou, ela tomou Cytotec, ela tomou dois Cytotec, ela estava com medo; no dia que ela sentiu dor só estava eu, ela e a irmã dentro de casa, eu não gostei, foi muito triste, ela chorando, indo no banheiro, falando comigo e a irmã dela que não era pra gente sentir nojo, falava assim “não sente nojo de mim não, me ajude aqui”. Sabe, eu fiquei com aquilo ali na cabeça, aí, sei lá, eu nunca apoiei ninguém” (Rosa, 2011).

Rosa relatou que chegou a ser agredida fisicamente pela mãe, além de ouvir dela muitas palavras de ofensa, mas que entendia. Sofria muito por sua mãe não falar mais com ela, sendo que esperava que um dia isso pudesse mudar. Por causa dos conflitos, resolveu sair de casa e ir morar com o namorado, atual companheiro. Afirmou que ir embora foi a saída que encontrou para sair da violência, pois constantemente se sentia mal e, por diversas vezes, era atendida no hospital em decorrência do mal-estar gerado pela insatisfação de sua mãe.

Ainda, afirmou ter uma boa relação com o companheiro. Para ela, a vida estava bem diferente: antes ela fazia coisas de adolescente, agora tem obrigações de dona-de-casa, havendo um lar para cuidar.

Rosa estava fazendo pré-natal no CRESAM, disse que não havia problemas e afirmou gostar da assistência prestada pela clínica.

História de Margarida

Margarida tinha 19 anos, declarou-se parda, estava no quarto mês de gestação, morava com o filho e parou de estudar na 5ª série.

É natural de Santo Amaro (BA), onde morou até os nove anos de idade com a mãe, o pai e os sete irmãos. Para Margarida, a infância foi muito difícil. Seu pai era muito agressivo e violento com a mãe. Constantemente, ela testemunhava agressões físicas em casa. Quando tinha nove anos, a mãe saiu de casa para morar com outro homem. Margarida ficou com o pai e os irmãos. Ela relatou ter sofrido abuso sexual por parte do pai, motivo pelo qual resolvera sair de casa, viajando pelo interior da Bahia e se tornando moradora de rua. Chegara a tentar-

se prostituir, até chegar ao município de São Francisco do Conde (BA).

Ali, Margarida trabalhara como empregada doméstica. Passou três anos sem notícias da família; aos doze anos, soube que a mãe estava com problemas de saúde, juntou dinheiro e foi buscá-la para morar com ela. Os irmãos e o pai de Margarida também vieram morar em São Francisco do Conde. Mesmo trabalhando e sendo responsável pelo sustento da família, Margarida afirmou ter sofrido muita violência por parte dos irmãos e da mãe, por vezes, a mãe escondia a comida para ela não comer, afirma.

Aos treze anos, conheceu o primeiro companheiro; face à crise familiar, decidiu ir morar com ele. Contudo, começou a sofrer violência conjugal e retornou para a casa da família.

“[...] A mesma tendência. Comecei a apanhar, vivia amarrada dentro de casa, ele me batia, quebrava minha boca, fazia um monte de barbaridade comigo, eu sempre aguentando. Um dia a mãe dele viu, reclamou com ele. Ele disse: eu bato mesmo, mulher vagabunda tem que apanhar mesmo. Aí ela falou: “rapaz, você não pegou a menina moça? Por que você faz isso com a menina?”. Eu não dizia a ele nem que estava bom, nem que estava ruim, ele não sabia que eu estava grávida, eu só me aguentando. Um dia, quando ele deu uma brecha, quando ele foi trabalhar, eu arrumei minhas coisas e voltei pra casa de minha mãe de novo” (Margarida, 2011).

No retorno à casa de sua mãe, Margarida estava grávida e sofreu humilhações, o que a levou a sair dali e voltar para a rua. Na rua, foi se prostituir para conseguir o sustento. Ela afirmou que, quando foi para a esquina, encontrou um homem bem mais velho que a levou para morar com ele. Margarida conviveu com esse homem por dois anos, quando nasceu o primeiro filho (do companheiro anterior) e o segundo filho (do atual companheiro). Margarida relatou experiências de violência conjugal até na atual relação, com muitas agressões e ameaças, pois seu companheiro bebia muito e ameaça mesmo as crianças.

“[...] Quando eu cheguei em casa, a porta estava trancada, os meninos tome a chorar [...] até que ele veio e destrancou, aí ele começou a falar: “Sua assim... assim, você estava na vagabundagem, estava nos seus bregas”. Eu disse: “Rapaz, eu fui ali na casa de sua irmã, eu esqueci um negócio lá e ela mandou eu ir buscar”. Quando eu entrei, ele chegou em

cima do bebezinho, se jogou e disse: “Eu vou matar essa desgraça [...]”. Ele pegou o facão e disse que ia cortar a cabeça do menino pequeno, eu me joguei na frente com tudo, peguei o menino, os vizinhos chegando para separar [...] Eu peguei minhas coisas, meus filhos, botei um dum lado e o outro do outro, e saí pra casa de minha mãe de novo” (Margarida, 2011).

Aos 16 anos, Margarida voltou novamente para a casa de sua mãe. Esta não a aceitou com os dois filhos e Margarida afirma ter dado o filho menor para uma senhora cuidar, pelo qual sofria bastante, chegando até pensar em cometer suicídio. Margarida continuou sofrendo muitas humilhações na casa da mãe depois de sua volta. Acalentava o sonho de ter sua casa, seu cantinho, e foi em busca de seu sonho que ela se inscreveu no programa de habitação do município, ganhando sua casa aos 18 anos. Passou a morar em sua casa com seu filho. Disse que, no início, não tinha nada, até para comer precisava da ajuda dos outros, mas depois, com a ajuda de R\$ 400,00 dados pelo município e com seu trabalho, conseguiu arrumar sua casa; hoje, tendo um fogão de quatro bocas, mesa, cadeira e cama.

Já sozinha, há algum tempo, Margarida conheceu outro rapaz, começou a namorar e engravidou. Depois da gravidez, descobriu que ele tinha outra família e passou a sofrer humilhações por ele e por sua esposa. Margarida disse que ele desejava que ela fizesse aborto, mas ela não aceitou, pois estava no quarto mês e não queria colocar sua vida em risco: então, o rapaz disse que o filho não era dele e começou a maltratá-la e humilhá-la.

“Depois disso ele começou a me maltratar, a dizer que o filho não era dele, me chamar de vagabunda, de prostituta. Toda vez que eu ligo, ele me esculhamba; ele não chegou a me bater, mas me humilha, me chama de cachorra, de vagabunda e diz que não vai assumir a criança. Ele ficou irado porque a mulher dele ficou sabendo; ele queria que eu tirasse a criança, disse que me dava tudo, me dava dinheiro e remédio, eu não sou doida para tirar essa criança com quatro meses [...]” (Margarida, 2011).

Margarida não sabia o sexo da criança, pois ainda não tinha começado a fazer o pré-natal, mas se referia ao bebê como menina; dizia que iria criar a filha e que não queria mais saber do ex-companheiro. No momento, não estava trabalhando e vivia com a ajuda do programa social do Município.

História de Jasmim

Jasmim tinha 18 anos, se declarou parda, estava no 5º mês de gestação, morava com o companheiro e o filho (que não era do atual companheiro) e parou de estudar na 6ª série.

Natural de Recife (PE), fora entregue por sua mãe a seu pai com poucos dias de vida. O pai de Jasmim a deixou com a madrasta após a separação; Jasmim foi criada pela madrasta e pelo companheiro dela, a quem chama de mãe adotiva e pai adotivo. Aos sete anos, veio morar na Bahia com seus pais adotivos.

Jasmim falou de sua infância com muito pesar. Disse ter sofrido constantes humilhações e agressões físicas por parte dos pais e irmãos adotivos.

“De lá pra cá, só passando dificuldades e humilhações, porque quando a gente não é filho da mesma mãe e pai tem aquela competição familiar entre os irmãos e irmãs dentro de casa, aquela coisa de dizer que eu não sou filha mesmo. [...] Mas eu sempre fui aquele tipo de pessoa que sofri bastante, eu apanhei bastante. Até hoje, tenho sequelas psicológicas, foram porradas e humilhações no meio de rua. Ela nunca deixava eu fazer nada, eu nunca fui de aprontar. Graças a Deus, eu conversava com minhas colegas, eu me envolvia, ela não gostava, eu cheguei a ponto de tomar tapa dentro de casa, na rua, na escola, eu sempre passei aquela vida humilhada” (Jasmim, 2011).

Jasmim relatou não ter ido bem nos estudos, arrependia-se, mas atribuía isso a tudo por que passara, pois era presa dentro de casa e quando ia para a escola, faltava às aulas para conversar com as colegas. Depois que teve o filho, ficou mais difícil continuar os estudos, parando aos 17 anos, na segunda gestação.

Aos 14 anos, Jasmim se envolveu com o primeiro rapaz: descobriu no quinto mês que estava grávida, mas afirmava não ter tido relação sexual com penetração, informando ter engravidado de “cozinha”. Quando soube que estava grávida, as coisas só pioraram: o pai da criança não quis assumir, alegando não ter tido relações sexuais com ela. Relatou que seus pais adotivos também não acreditaram logo, mas depois de um exame feito pelo médico e depois de se constatar que ela realmente era virgem, eles passaram a acreditar.

Após a gravidez, a relação com os pais ficou mais complicada. Antes já era difícil ter uma roupa, um sapato: depois, piorou. Diante das dificuldades financeiras, ela começou a

trabalhar como empregada doméstica para se sustentar e a seu filho.

Depois que o filho nasceu, Jasmim ficou três anos sem namorado, até que conheceu seu atual companheiro. Aos 17 anos, foi morar com ele, acreditando na possibilidade de formação de um lar feliz e de uma família de verdade, que era o seu sonho. Jasmim disse que o companheiro queria um filho: ela tentou engravidar por quase um ano, sem conseguir. Depois, veio a gravidez. Ela afirmou ter tido muitas decepções, pois tinha o sonho de uma família feliz, mas vinha sofrendo violência constante.

“Depois que a gente começou a conviver, começaram as brigas, ele começou a me agredir. Eu já fui agredida até grávida, a gente passa certos tipos de coisas, eu sinto por ele o que nunca senti por ninguém, porque ele é o pai do meu filho, eu não esperava que minha primeira convivência fosse desse tipo. Eu já fui agredida, eu já passei certo tipo de coisas [...] até sangue meu ele já tirou com uma faca, a gente faz por viver. Tem vezes que a gente consegue e tem vezes que tem muitas decepções na vida” (Jasmim, 2011).

Jasmim afirmou não saber como não perdeu a criança; já procurou ajuda na unidade de saúde, mas seu companheiro não foi à consulta, ela disse que ele fazia e depois se arrependia, mas não entendia porque passava por tanto sofrimento.

No quinto mês, Jasmim declarou ter feito várias consultas de pré-natal, mas não lembrava quantas. Estava se mudando para uma pequena casa no terreno que tinha negociado com o pai adotivo. Seu companheiro estava desempregado, mas realizava pequenos trabalhos que garantiam o sustento da família.

Jasmim dizia suportar tudo pelo sonho de ter uma família, afirmando que poder falar de sua vida era um desabafo.

História de Lírio

Lírio tinha 16 anos, declarava-se parda, estava no 7º mês de gestação, morava com a irmã e estava estudando o 3º ano do segundo grau.

Nasceu em Santo Amaro (BA) e foi morar em São Francisco do Conde com a mãe. Com um ano de idade, passou a morar com a madrinha e aos sete voltou novamente a morar

com a mãe e a irmã, hoje com 20 anos, e o padrasto; seus pais se separaram quando sua mãe estava grávida dela.

Lírio revelou ter tido uma infância normal. Brincava como qualquer criança, relatando ter uma boa relação com a mãe e a irmã. Com o padrasto, referiu não se relacionar muito bem. Não convivia com o pai biológico, mas o conhecia e informou ter vários outros irmãos por sua parte.

Afirmou de sempre ter sido boa aluna, pois nunca repetiu o ano, mas não demonstrava vontade de continuar estudando. Para Lírio, o início de sua adolescência foi normal. Tivera a primeira menstruação aos 14 anos e começara a namorar um adolescente de 19 anos, que também morava no município. Aos 15 anos, fizera a primeira relação sexual, usando anticoncepcional por alguns meses. Asseverou ter suspenso o uso do anticoncepcional para trocar de medicação, quando engravidou.

“[...] Usei remédio para não engravidar por um tempo, usava “Alestra”. Depois, parei porque a médica tinha dito para eu parar. Ela disse para eu usar camisinha durante o período, eu não usei. Aí, depois que eu parei, engravidei” (Lírio, 2011).

Lírio disse que sua mãe e sua irmã apoiavam o namoro. Contudo, depois das brigas constantes que tinha com o namorado, inclusive com violência física, a família passou a não mais aceitar o namoro. Após a gestação, as brigas pioraram. Durante a gravidez não sofreu agressão física, mas violência psicológica sim.

“[...] Depois que eu engravidei era só brigas... Ele vem aqui na porta, fala um bocado de coisa [...] Coisas que me agride, ele me xingava de muitas coisa que eu não quero falar, não gosto de lembrar [...] Me faz mal” (Lírio, 2011).

Lírio afirmou ainda não estar mais junto com o namorado. Depois da gravidez, saiu da casa da mãe e foi morar com a irmã. Revelou também o desejo de pensar nela mesma e de cuidar do filho, estava fazendo pré-natal e esperava um menino; recebia ajuda financeira da mãe.

História de Orquídea

Orquídea tinha 19 anos, declarou-se negra, estava no 9º mês de gestação, morava com a filha e tinha parado de estudar na 5ª série.

Nasceu em Santo Antônio de Jesus (BA), indo morar em São Francisco do Conde. Filha de dona de casa e de trabalhador rural, já aposentado, ela possuía seis irmãos.

Disse que sua infância foi muito difícil, por causa das condições financeiras ruins e pelos conflitos que tinha com os irmãos. Por ser a filha caçula, sempre era culpada por tudo e apanhava de seus irmãos. Com os pais, sempre teve uma relação considerada boa.

Deixou de estudar após o nascimento da primeira filha e disse não ter ido bem nos estudos: perdeu vários anos e revelou gostar muito de faltar as aulas para conversar com as amigas.

Sua primeira relação sexual ocorreu aos 16 anos, com um rapaz que mal conhecia: apresentada a ele por colegas, eles começaram a “ficar” e ela foi convidada a ir para a casa dele, onde teve sua primeira relação sexual, sem o uso de preservativo. Daí, não teve mais nenhum envolvimento com o mesmo. Orquídea afirma que as influências do grupo de colegas contribuíram para que ela tivesse a primeira relação sexual naquele dia.

Aos 17 anos, conheceu seu atual companheiro, começou a namorar e teve um envolvimento sexual sem o uso de preservativo, o que a levou a engravidar. A partir de então, foram morar juntos, em uma casa cedida pela mãe dele.

A convivência com seu companheiro era cheia de conflitos. Ela afirmou que ele bebia muito, e quando bebia, ficava agressivo, a humilhava, batia nela, xingava-a.

Depois da primeira gestação, afirmou ter feito uso de anticoncepcional. Ao perceber que estava grávida novamente, não acreditou. Posteriormente, descobriu que houve um engano na medicação. Achava que tinha tomado anticoncepcional injetável de três meses, mas havia tomado o mensal.

“Na verdade, o que aconteceu foi que eu tava tomando remédio de 3 meses, e quando fui tomar da última vez não tinha mais o de 3 meses, só tinha o de um mês. Mas eu não fiquei sabendo que era para voltar no outro mês; achei que era de 3, só fui descobrir que era de um mês depois que engravidei”
(Orquídea, 2011).

Durante a segunda gravidez, as brigas continuaram. Para ela, os conflitos com a sogra e o consumo, pelo companheiro, de bebidas alcoólicas, eram os principais motivadores

das brigas. Por causa dos conflitos, o companheiro voltou a morar na casa da genitora, mas fazia visitas periódicas a ela.

“[...] Agora que a mãe dele encheu a cabeça dele, ele saiu de casa e foi morar com ela [...] Antes ele vinha aqui me ver e ver a menina, agora ele vem e depois vai pra casa da mãe, que ela não quer mais saber nem mesmo da neta” (Orquídea, 2011).

Mesmo não morando mais com o companheiro, Orquídea diz continuar sofrendo violência por parte dele.

Já tinha feito sete consultas pré-natais e dizia aguardar o momento do parto. Sabia que era um menino e esperava que o parto fosse normal, embora o primeiro tenha sido cesariana.

“Já terminei o pré-natal, estou no nono mês, fiz sete consultas e já sei que é menino. Pretendo ter aqui mesmo, pretendo fazer normal” (Orquídea, 2011).

Dependia financeiramente da ajuda do companheiro e de parentes e dizia que, no futuro, pretendia volta a estudar.

4.3 Apresentação e análise dos temas e categorias

Tema 1 – Infância; categoria vivência de violência (subcategorias: negligência; violência psicológica, física e sexual). Tema 2 – Adolescência; categorias: vivência da sexualidade (subcategorias: primeira relação sexual; contracepção) e gravidez (subcategorias: gravidez desejada/não desejada; vivência de violência doméstica; assistência pré-natal).

4.3.1 Tema 1- infância

A infância é uma fase de desenvolvimento, quando a criança necessita de cuidados para crescer. Para isso, faz-se necessário o estabelecimento de uma relação familiar consistente na construção dos primeiros vínculos, no sentido de adquirir a sua individualidade. A violência permeia toda a infância dessas adolescentes.

4.3.1.1 Vivência de violência

Negligência

De acordo com a Constituição Federal de 1988, segundo o art. 227:

É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança e ao adolescente, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão (BRASIL, 1988).

Na necessidade de garantir, através de mecanismos legais, os direitos das crianças brasileiras são resultado do processo perverso de desvalorização e exploração vivido por estas.

Nos tempos mais remotos, as caravanas europeias traziam crianças e adolescentes que cumpriam um papel importante na empreitada colonial. Com o advento do processo de colonização, e devido às altas taxas de mortalidade, a Coroa Portuguesa recorria à infância de seu país para conseguir completar a tripulação das caravelas. As crianças e adolescentes que vinham nessas caravanas, além de receber salários mais baixos que os adultos, assumiam trabalhos arriscados e pesados e eram submetidos a maus-tratos e abusos sexuais (DOURADO, 2009).

As crianças indígenas do Brasil foram escravizadas, acompanhadas ou não de suas famílias, mesmo quando a legislação indigenista proibiu o trabalho escravo. A venda de crianças indígenas por seus próprios pais tornou-se uma prática corrente no país, iniciando no século XVI e mantendo-se até meados do século XIX (DOURADO, 2009).

No período da escravatura, as crianças negras vinham da África, juntamente com os adultos, para serem vendidas e escravizadas no Brasil. No século XVIII, cerca de 4% dos escravos que desembarcavam no porto do Rio de Janeiro eram crianças de menos de 10 anos. Já as crianças das famílias ricas brasileiras se habituavam, desde a infância, a reproduzir o comportamento arrogante e autoritário frente aos escravos. (DOURADO, 2009).

Com as diferenças sociais, a representação da infância para as diferentes classes foram se moldando, ao longo da história brasileira. Aos menos favorecidos economicamente, cabia uma infância marcada por trabalho infantil, pouca ou nenhuma escolaridade. Às

crianças da elite, estava reservada uma infância voltada para atividades intelectuais e com ocasiões de lazer e recreação.

A criança menos favorecida do século XX é marcada pelo trabalho infantil e não possui garantidos os meios para a formação escolar. A negligência do Estado não é exclusiva do Brasil, chamando a atenção de mecanismos internacionais. Para corrigir isso, em 1959, é aprovada, pela Assembleia Geral das Nações Unidas, a Declaração Universal dos Direitos da Criança. (DOURADO, 2009).

É desta forma que, por meio da mobilização social contra o trabalho, exploração e violência infantil, inspirada na Constituição de 1988, foi criado no Brasil, em 1990, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), objetivando proteger integralmente as crianças e adolescentes (BRASIL, 1990). Isso coloca a família e o Estado assumindo o papel essencial de garantia dos direitos da criança, cabendo à sociedade observar o cumprimento das políticas públicas com base na lei.

De acordo com o ECA:

Art. 5º Nenhuma criança ou adolescente será objeto de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão, punindo na forma da lei qualquer atentado, por ação ou omissão, aos seus direitos fundamentais.

Art. 53. A criança e o adolescente têm direito à educação, visando ao pleno desenvolvimento de sua pessoa, preparo para o exercício da cidadania e qualificação para o trabalho [...] (BRASIL, 1990).

A negligência se caracteriza pela omissão, quer por parte da família ou do estado. No caso do Brasil, omissão significa deixar de prover às necessidades básicas para o desenvolvimento físico, emocional e social de crianças e adolescentes. Isso inclui a privação de medicamentos; a falta de atendimento à saúde e à educação; o descuido com a higiene; a falta de condições para que a criança continue a frequentar a escola. O abandono é uma das formas mais grave de negligência (BRASIL, 2010a).

A negligência por parte da família constitui uma das mais perversas formas de violência contra a criança, uma vez que esta depende da estrutura familiar para seu desenvolvimento.

A história oral das adolescentes pesquisadas mostra as diversas formas de negligência a que as crianças estão submetidas. Margarida, aos oito (08) anos de idade, foi abandonada pela mãe, deixada com o pai, passou a sofrer abusos (psicológico, físico e sexual) de sua parte e fugiu de casa, passando a viver nas ruas. Margarida não faz referência ao

recebimento de assistência social através de acolhimento em abrigos e/ou acompanhamento pelo conselho tutelar, o que mostra a omissão do Estado quanto às políticas de acolhimento a crianças moradoras de rua.

“Ela (mãe) foi embora e me deixou com meu pai [...] Eu passei várias coisas... Isso me causou um trauma, por isso que eu fugi, resolvi sair dessa vida, estava cansada dessa vida... Aí eu fugi, fiquei um tempão fora, viajando por um montão de lugar; fiquei dormindo nas rodoviárias. Tentei me prostituir, mas não cheguei a fazer programa; eu tinha nove anos, aí fui para a esquina, um homem me levou para fazer o programa, mas depois ele ficou com medo, disse que eu era muito nova, que poderia dar problema para ele, me deu o dinheiro, mas não fez nada comigo. Outro homem que ia fazer, tentou, mas disse que eu estava muito fechada e não conseguiu terminar [...] Aí eu vim de Santo Amaro parar aqui em São Francisco do Conde, comecei a trabalhar na casa de uma moça e não vi mais ninguém da minha família” (Margarida, 2011).

O relato de Margarida retrata as iniquidades a que as crianças estão submetidas. O abandono, a vulnerabilidade e a fragilidade imputados às crianças brasileiras são fruto, também, de fatores socioeconômicos e estruturais.

Margarida, criança pobre, negra e com baixas condições socioeconômicas, é negligenciada. Para entender as razões disso, é necessário compreender o panorama das desigualdades existentes no Brasil, retratado pelas grandes disparidades existentes em indicadores de emprego e distribuição de renda por região e cor da pele.

Os resultados do Censo Demográfico 2010 confirmam, mais uma vez, que a desigualdade de renda ainda é bastante acentuada no Brasil. Embora a média nacional de rendimento domiciliar per capita fosse de R\$ 668,00 em 2010, 25% da população recebia até R\$ 188,00 e metade dos brasileiros recebia até R\$ 375,00; menos do que o salário mínimo naquele ano (R\$ 510,00). A incidência de pobreza é maior nos municípios de porte médio (10 mil a 50 mil habitantes). Se se acrescenta a isso a cor da pele, as desigualdades são ainda mais evidentes: os rendimentos médios mensais dos brancos se aproximam do dobro do valor relativo aos grupos de pretos ou pardos, com destaque para a capital da Bahia (Salvador), onde brancos ganham 3,2 vezes mais do que os negros (IBGE, 2011).

A taxa de analfabetismo no Nordeste é cerca de quatro vezes maior que na Região Sul. Há também uma variação no interior das regiões, de acordo com o sexo, a cor da pele e o local de moradia, sendo mais alta na população feminina e de raça negra. No que diz respeito à situação da infância brasileira, estas diferenças tendem a se reproduzir: os filhos de mulheres brasileiras com até um ano de escolaridade têm uma probabilidade vinte três vezes maior de chegarem analfabetos à adolescência quando comparados com os filhos de mulheres com onze anos ou mais de estudo (CNDSS, 2008).

No Brasil, há importante relação entre a baixa escolaridade, a renda familiar e a cor da pele, ou seja, quanto menor é a renda familiar, maior é a chance de baixa escolaridade entre os membros da família. O percentual de analfabetos entre negros (14,4%) e pardos (13,0%) era, em 2010, quase o triplo dos brancos (5,9%) (IBGE, 2011).

Percebe-se, assim, que o desgaste do capital social é um importante mecanismo por meio do qual as iniquidades socioeconômicas têm um impacto negativo na situação de vida e saúde. Países com laços fragilizados de coesão social, resultantes dessas iniquidades, são os que menos investem em capital humano e em redes de apoio social. São também aqueles nos quais há menor participação na definição de políticas públicas. As sociedades mais ricas não são as que necessariamente têm melhores níveis de saúde, mas as que são mais igualitárias e com alta coesão social. Nestas sociedades, as pessoas são mais envolvidas com a vida pública, vivem mais, são menos violentas e avaliam melhor sua própria saúde (PATUSSI; HARDY, 2006).

A história de Margarida é eivada dessas situações de iniquidade que influenciam o seu *modus vivendi*. Filha de mãe com baixa escolaridade, sem emprego formal, vítima de violência doméstica por parte do companheiro e de pai com pouca escolaridade, também sem emprego formal, que violenta tanto a esposa como os filhos, mas também é violentado pelas desigualdades sociais.

A violência resultante de conflitos familiares tem impacto negativo no desenvolvimento psicológico da criança, como mostram os resultados dos trabalhos que indicam que conflitos conjugais estão relacionados com distúrbios em diferentes aspectos do desenvolvimento da criança e do adolescente, tais como nas áreas emocional, cognitiva e social (BENETTI, 2006).

A separação do casal, como no caso dos pais de Margarida, pode representar para os filhos, insegurança. Segundo Tolo (2010), a separação/divórcio pode representar para os filhos, a perda da segurança e da estabilidade, bem como insegurança quanto ao futuro;

também pode ocorrer um desequilíbrio temporário ou duradouro nas estruturas hierárquicas da família e um verdadeiro tumulto no cotidiano dos filhos.

Desta forma, a infância de Margarida, que deveria ser uma fase de brincadeiras, de cuidados e proteção familiar para um desenvolvimento saudável, passa a ficar comprometida pelas iniquidades e a vivência de violência.

A infância representa, para todo indivíduo, uma fase de descoberta, quando cada momento é singular, único e importante em si mesmo. Vai do nascimento até a adolescência. Quando nasce, a criança depende do ambiente a sua volta para sobreviver. A relação de dependência que se estabelece com base nisso, será imprescindível para seu desenvolvimento. Tudo aquilo que acontecer em sua vida, desde então, passará por essa condição, pela qualidade desses primeiros vínculos (FERRARI; VECINA, 2002).

Estes geralmente são formados a partir da família, definida por Elsen, Marcon e Silva (2004) como uma unidade social bastante complexa que busca construir um modo de viver próprio, influenciada pela interação com o meio social. A família representa, pois, uma forma de cuidar dos seus membros.

Ainda segundo os autores, a família constitui o principal vínculo formador, responsável pelo aporte psicológico para a construção do ser saudável. Há, portanto, uma relação estreita entre a família e o cuidado, o que implica saúde. Em outras palavras, a falta de suporte familiar e do Estado compromete o crescimento e o desenvolvimento sadio de uma criança.

As famílias ocidentais passaram por profundas mudanças a partir de meados do século XX. O modelo ideal de família – o pai como provedor e a mãe como dona-de-casa e responsável pela educação dos filhos – perde força na medida em que as mulheres se inserem no mercado de trabalho. Outros fatores de mudança na constituição da família foram o controle da fecundidade, o aumento no número de divórcios, de uniões livres e de recomposições familiares, bem como o surgimento de outras composições familiares. (SINGLY, 2007).

Desse modo, a maneira como se articulava a autoridade foi deslocada a partir da transformação dessa forma tradicional de organização familiar e da igualdade de direitos, seja entre homens e mulheres, seja entre filhos e pais ou entre as gerações. No mundo contemporâneo, em que a ciência autoriza dissociar a *parentalidade* do nascimento biológico, cada vez menos, as funções maternas e paternas se confundem com o pai e a mãe biológica, elas são exercidas por outras pessoas e não se concentram sobre os mesmos personagens. As

novas formas da família produzem um deslocamento, uma pluralização do arranjo clássico da família (COUTO, 2010).

O termo *parentalidade* foi cunhado nos Estados Unidos pelo psicanalista Thomas Benedekt, nos anos 1950, para se referir ao processo psicológico envolvido na maternidade e na paternidade. A noção de *parentalidade* surgiu a partir de uma ideia estruturante de que se tornar pai ou mãe não é algo dado biologicamente, não se trata de uma herança genética. (VIDIGAL; TAFURI, 2010).

O papel da família é importante na formação da identidade da criança e na sua representação no espaço de convivência, com os laços consanguíneos e nos valores construídos através das relações e trocas afetivas. A inexistência desse vínculo familiar proporciona, pois, um desajuste no desenvolvimento sadio da criança, como mostra o relato abaixo:

“Quando eu nasci, minha mãe me deixou com meu pai, meu pai disse que ela era mulher de ‘ambiente’, prostituta, aí ele se envolveu com a minha madrasta. Depois de um tempo, eles se separaram e meu pai me deixou com ela. Quando eu estava com sete anos, minha madrasta se envolveu com um homem [...] De lá pra cá, só passando dificuldades e humilhações, porque quando a gente não é filho da mesma mãe e pai tem aquela [...] coisa de dizer que eu não sou filha mesmo. A relação com o meu pai adotivo não é muito boa; ele não pergunta se estou bem, não tem relação de pai pra filho [...] Eu era prisioneira, era de casa pra escola, da escola pra casa e só saía para fazer alguma obrigação na rua, ela (madrasta) nunca deixava eu brincar, ficar com minhas amigas... Desde que me entendo como gente, eu não me acho importante” (Jasmim, 2011).

O que se vê no relato de Jasmim, é uma infância marcada pelo abandono dos pais biológicos, uma relação com uma madrasta separada do companheiro (pai de Jasmim), que não a identifica como integrante da família. Logo, observa-se a negligência, o não cumprimento dos papéis que devem ser representados pela família, o que dificulta a inserção desta criança no espaço social. Isso a leva a não se considerar como uma pessoa importante. Por conseguinte, sua autoestima é baixa.

Essa história de abandono e negligência, vivenciada por Jasmim, pode-a ter levado a um baixo desenvolvimento escolar e ao abandono dos estudos quando contava 17 anos e cursava a 6ª série:

“Eu não era muito boa nos estudos, parei de estudar na 6ª série [...] Eu ia para a escola, mas nunca fui aquela pessoa interessada em meus estudos, eu não me prendia aos estudos, eu filava muita aula pra conversar com as amigas” (Jasmim, 2011).

Estudos apontam para a negligência familiar como um dos fatores preponderantes para a evasão escolar (MOMBELLI et al., 2011; EYMANN et al., 2009).

Segundo Teodoro, Cardoso e Freiras (2010), o sistema familiar é reconhecido como sendo de fundamental importância para a socialização primária e para a formação da identidade da criança. E as relações familiares desempenham um importante papel na mediação do funcionamento cognitivo e emocional de seus membros.

Contudo, percebe-se a falta, não apenas, de um amparo familiar, mas também de um apoio por parte da estrutura organizacional da escola, a qual tem papel fundamental para o desenvolvimento do indivíduo.

A escola e a família compartilham funções sociais, políticas e educacionais, contribuindo para a formação do cidadão; ambas são responsáveis pela transmissão e construção do conhecimento culturalmente organizado, modificando as formas de funcionamento psicológico de acordo com as expectativas de cada ambiente. Assim, a família e a escola surgem como instituições fundamentais para o desenvolvimento do indivíduo, atuando como propulsores ou inibidores do crescimento físico, intelectual, emocional e social. (DESSEN; POLONIA, 2007)

Para Singly (2007), a escola exerce uma influência desde o nascimento até a adolescência e mesmo na pós-adolescência. Dessem e Polônia (2007) definem a escola como um ambiente multicultural que abrange a construção de laços afetivos e a preparação para a inserção na sociedade. Uma de suas principais tarefas é a de preparar, tanto o aluno quanto os professores e pais, para viver e superar as dificuldades em um mundo de mudanças e cheio de conflitos interpessoais. As autoras acrescentam que a função da escola no século XXI é a de estimular o potencial do aluno, levando em consideração as diferenças socioculturais.

Em outras palavras, a educação pode constituir um importante instrumento para o resgate ou direcionamento das crianças e adolescentes negligenciados por suas famílias; no

entanto, as escolas não têm desenvolvido de forma efetiva o seu papel de intervir junto às famílias, como pode ser visto no relato abaixo:

“Em relação aos estudos, não fui muito bem. Eu estava até comentando com meu marido sobre a reportagem no Fantástico, falando sobre crianças que sofrem preconceitos na escola [...] Eu já sofri preconceito, assim, pelo fato da minha cor [...] Lá na escola, tinha mais meninas da pele branca, cor clarinha, eu a única escurinha. Teve muito preconceito; ninguém gostava de brincar comigo. Eu ficava nos cantos, chegava em casa chorando. Minha mãe tinha que, todo dia, ir ao colégio conversar, com a diretora, o que estava acontecendo; eu falava que não queria ir mais estudar, era uma guerra pra ir à escola” (Rosa, 2011).

Observa-se na fala de Rosa que ela reconhece ter sido vítima de preconceito racial por parte dos colegas de escola, excluída das brincadeiras, o que acarretou em sofrimento psíquico. Esse tipo de comportamento é conhecido como *bullying*.

O termo *bullying*, originário do inglês, compreende comportamentos com as mais variadas expressões da violência, indo de chateações inoportunas ou hostis a fatos agressivos, sob forma verbal ou não, intencionais e repetidos, sem motivação aparente, provocados por um ou mais estudantes em relação a outros, sendo causa de sofrimento, angústia, dor, exclusão, humilhação e discriminação (MALTA et al., 2011).

O *bullying* sofrido por Rosa tem raízes no preconceito racial, alicerçado no contexto sociocultural. A cor da pele (negra) é interpretada como significando inferioridade, e isso é transmitido de geração a geração. O *bullying* se aproxima do preconceito, especialmente quando se reflete sobre os fatores sociais. Tais comportamentos são usualmente voltados para grupos com características físicas, socioeconômicas, de etnia e orientação sexuais específicas (ANTUNES; ZUIN, 2008).

Em um estudo realizado sobre a relação entre a prática de *bullying* e a vivência de violência doméstica, revelou-se que aproximadamente 55% dos estudantes envolvidos com *bullying* presenciaram a violência entre os pais. Cerca de 60% foram vítimas de violência cometida pela figura paterna, enquanto 91,6% dos meninos e 80,8% das meninas relataram ter sido vítima de violência cometida pela mãe. Os alunos que declararam ter sofrido violência, por parte do pai ou da figura paterna, tinham 3,1 vezes mais chance de também se envolverem com *bullying* na escola. A probabilidade de ser vítima de *bullying* ou, ao contrário, de praticar

o *bullying*, foi 2,6 maior para os alunos expostos a qualquer tipo de violência por parte da mãe (PINHEIRO; WILLIAMS, 2009).

Para Muller (2006), a escola deve ser um local onde se eliminem os preconceitos que alimentam a discriminação contra os “outros”, contra aqueles que são de outras comunidades, que pertencem a outros povos, grupos étnicos ou religiosos. Quando estereótipos de inimigos são passados para as crianças, isso significa que suas mentes, corpos e sentidos já estão sendo preparados, já estão aprendendo a fazer a guerra.

Na experiência de Rosa, portanto, o que se observa é uma omissão da escola diante de ações para o desenvolvimento de valores no sentido de identificar e/ou coibir tais práticas de violência.

Violência psicológica, física e sexual

As histórias de vida das depoentes mostram a vivência de violência psicológica na infância. Observe-se isso nos relatos abaixo:

“Me é sempre passado na cara o que eles fazem por mim, isso já aconteceu comigo várias vezes. [...] Eram muitas humilhações. [...] Desde quando eu me entendo por gente, eu não me acho uma pessoa importante, assim eu agradeço a Deus por viver, mas eu não tenho aquela felicidade dentro de mim” (Jasmim, 2011).

“Meu pai maltratava muito minha mãe. [...] Quando a gente ia falar, ela descarregava tudo que sentia e começava a nos xingar” (Margarida, 2011).

A fala de Jasmim revela as marcas deixadas pelas manifestações da violência doméstica. Emanada de todo o seu discurso, o sentimento de inferioridade e de baixa autoestima. A trajetória de humilhações, punições e críticas maculou sua infância e teve impacto singular em sua vida de adolescente, assim como em suas perspectivas de futuro.

De acordo com o Ministério da Saúde, a violência psicológica é toda ação que coloca em risco a autoestima, a identidade ou o desenvolvimento da criança ou do adolescente, ou a eles causa dano. Se expressa na forma de rejeição, depreciação, discriminação, desrespeito, cobrança exagerada, punições humilhantes e utilização da criança ou do adolescente para atender às necessidades psíquicas de outrem (BRASIL, 2010a).

Crianças com vivência de violência psicológica podem apresentar incapacidade de aprendizagem, de construir e manter satisfatória relação interpessoal, inapropriados comportamentos e sentimentos diante de circunstâncias normais, humor infeliz ou depressivo, e tendência a desenvolver sintomas psicossomáticos (ABRANCHES; ASSIS, 2011).

A vivência de violência psicológica na infância pode desencadear sintomas agudos de sofrimento e, progressivamente, comprometer o curso normal do desenvolvimento, num processo que deixará sequelas de diferentes níveis de gravidade. Surgem como sinais de angústia e ansiedade, que acabam por determinar problemas comportamentais (PIERANTONI; CABRAL, 2009).

Os sinais deste sofrimento podem ser notados, mesmo quando ainda não existe o controle da linguagem pela criança, que reage de acordo com as suas possibilidades de entendimento, absorção e elaboração da situação. Se a vivência de violência durante a infância for persistente, os sintomas apresentados serão crescentes e cumulativos, levando ao maior prejuízo pela ação negativa que desvia, bloqueia ou impossibilita o desenvolvimento atual. Sintomas de depressão, ansiedade e agressividade são muito comuns em crianças que vivem situações de violência (BRASIL, 2010a).

Chama-se a atenção para a reprodução da violência, vislumbrada no relato de Margarida. Sua mãe é vítima de violência doméstica perpetrada pelo companheiro e a reproduz, ou seja, comete violência. Entender, pois, a violência familiar, implica ter uma compreensão histórica e psicossocial do indivíduo e da família, para que não se compreenda a violência como fenômeno natural; mas, como algo construído e transmitido às novas gerações – a denominada violência intergeracional.

A violência intergeracional se configura a partir da reprodução de modelos familiares violentos. A maioria dos casos de violência contra crianças e adolescentes é marcada por relações interpessoais assimétricas e hierárquicas. Pais que utilizam a punição como medida disciplinar, mostram para os filhos que a violência consiste numa forma apropriada de resolução de conflitos. Dessa forma, como não foram aprendidos outros modelos de relações familiares, homens e mulheres tendem a reproduzir a história de violência que eles mesmos viveram ainda na infância ou na adolescência (GOMES et al., 2007).

Em nossa sociedade, a violência se configura enquanto processo de dominação e demonstração de poder que emergem da dinâmica familiar. Ela é inerente aos nossos pensamentos e comportamentos, enraizados culturalmente, e transmitida de geração a geração. As crianças convivem dialeticamente com a violência no cotidiano familiar, porque este é parte representativa da totalidade social. Nesse sentido, não se pode estudá-la fora da

sociedade que a gera, porque ela se nutre dos fatores históricos, políticos, econômicos e culturais traduzidos nas relações micro e macrosociais (PIERANTONI; CABRAL, 2009).

Para mudar os rumos dessa cultura violenta, são necessárias mudanças no alicerce estrutural da sociedade, por meio de uma cultura da não-violência. Buscando isso, a Assembleia Geral das Nações Unidas proclamou o período entre 2001 e 2010 como a Década Internacional para uma Cultura de Paz e Não-Violência para as crianças no mundo, reconhecendo o papel da educação na construção dessa nova cultura (MULLER, 2006). Para o autor, tem-se tanta dificuldade em apreender o conceito da não-violência que frequentemente as pessoas são levadas a negar sua relevância. Para se promover uma cultura da não-violência entre os cidadãos, o primeiro passo é ensinar às crianças sobre essa cultura. Todavia, para que isso ocorra, a própria educação deve se moldar pelos princípios, regras e métodos da não-violência.

No entanto, a cultura vivenciada pelas adolescentes aqui estudadas é a da violência em suas diversas formas. Observa-se, em suas histórias, que a vivência de violência física também esteve presente na infância delas, assim como a presença de cenas de violência doméstica na relação dos pais.

A violência física é definida como todo e qualquer ato violento praticado com o uso da força física de forma intencional, não acidental, cujos perpetradores são os pais, responsáveis, familiares ou pessoas próximas da criança ou do adolescente, podendo ferir, lesar, provocar dor e sofrimento ou destruir a pessoa, deixando ou não marcas evidentes no corpo e podendo, inclusive, provocar a morte. Pode ser praticada por meio de tapas, beliscões, chutes e arremessos de objetos, o que causa lesões, traumas, queimaduras e mutilações (BRASIL, 2010a).

A figura materna aparece, nos relatos das entrevistadas, como o agente principal da violência física durante a infância. Pinheiro e Williams (2009) apontam a mãe como a principal pessoa que exerce a agressão física em crianças. Tal fato é compreensível, visto que a estrutura familiar da sociedade brasileira coloca a mulher no papel de educadora dos filhos. Desta forma, a mulher carrega o peso da responsabilidade pela criação dos filhos.

Os papéis socialmente atribuídos às mulheres, no tocante à educação dos filhos, baseiam-se nas relações de gênero. Com isso, as cobranças sociais por uma falha neste processo também recaem sobre as mulheres, o que, muitas vezes, pode impulsionar a prática de violência por parte das mães para tentar manter a conduta dos seus filhos dentro dos padrões socialmente aceitáveis.

“Eu sempre fui aquele tipo de pessoa que sofri bastante, eu apanhei bastante. Até hoje tenho sequelas psicológicas. Foram pancadas e humilhações no meio de rua” (Jasmim, 2011).

“Se eu fosse falar alguma coisa, aí vinha um de lá, pô (sic) me batia, se falasse alguma coisa que eu visse que estava errada, vinha logo e me batia. Eu só me aguentando e todo dia era uma surra” (Margarida, 2011).

“Minha mãe é, assim, muito bruta [...] Tudo dela é gritando, xingando, tudo dela é debaixo de pancada, no grito. Por isso que eu nunca fui de me abrir e conversar com ela” (Rosa, 2011).

As falas das entrevistadas revelam as lembranças das cenas de violência doméstica, vividas durante a infância. Jasmim expressa claramente os danos causados pela experiência deste tipo de violência para a sua vida futura. Nem sempre estes danos são identificados pela própria pessoa, mas, geralmente, podem ser visualizados pelos sintomas psicossomáticos desenvolvidos pelas vítimas de violência (ABRANCHES; ASSIS, 2011).

Independentemente do agressor, a prática de violência durante a infância traz consequências graves. Para Ferrari e Vecina (2002), estas crianças vítimas de violência são crianças sem voz e sem vez, aprisionadas numa relação assimétrica de poder, restando-lhes a submissão à vontade do outro e a renúncia dos próprios desejos. As consequências destes maus-tratos são dramas que afetam seu desenvolvimento, tanto físico quanto emocional, o que pode gerar indivíduos com grandes dificuldades de relacionamentos, assim como trazer sequelas imediatas ou tardias, traduzidas em sintomas tais como dificuldades escolares, de relacionamento social, distúrbios psicossomáticos e, inclusive, a invalidez ou a morte.

As cenas de violência doméstica na relação dos pais fazem parte das vidas das adolescentes estudadas.

“Na minha vida, eu já passei por muito sofrimento. Meu pai maltratava muito minha mãe, batia, xingava, ela ficava lá sentindo dor e ele só maltratando, dizendo que ia matar ela. Meus irmãos também passaram por muitas coisas. Ele chegava da pescaria e jogava o peixe na cara de minha mãe; para a gente não ver ela chorando, ela ia para o quarto e chorava” (Margarida, 2011).

O relato de Margarida revela a violência de gênero vivida por sua mãe. A prática da violência doméstica contra as mulheres está grandemente baseada na relação de gênero. Para Scott (1995), gênero é o saber que estabelece significados para as diferenças corporais, significados esses que variam de acordo com as culturas, os grupos sociais e o tempo. A relação de gênero é, portanto, uma maneira de organizar as relações sociais.

A violência de gênero se estrutura social, cultural, econômica e politicamente a partir da concepção de que os seres humanos estão divididos em machos e fêmeas, sendo atribuídos a cada sexo: lugares, papéis, poderes desiguais nas vidas privada e pública. Historicamente, os homens se estruturaram no poder patriarcal, refletido no domínio sobre as mulheres.

Os homens detêm o poder de determinar a conduta, recebendo autorização ou, pelo menos, a tolerância da sociedade para punir o que se lhes apresenta como desvio. O uso e o abuso do poder patriarcal são exercidos duramente, por intermédio das mais variadas formas de violência, cometidas principalmente contra as mulheres adultas que se desviam dos territórios estruturados por esse poder (SAFFIOTI, 2007).

As histórias das adolescentes também apresentam, dentre outras expressões da violência de gênero, a violação sexual, conforme relato a seguir.

“[...] Aconteceu que, uma vez, eu estava dormindo, ele (pai) pegou, estava me bulindo, tirou minha roupa e colocou o negócio dele. Não chegou a me abusar sexualmente, assim, a penetrar, mas isso me causou um trauma, por isso que eu fugi” (Margarida, 2011).

O relato de Margarida revela a vulnerabilidade de crianças à vivência de violência sexual por parte de familiares ou de pessoas ligadas à família. Nesse sentido, a violência sexual é uma das manifestações mais cruéis da violência de gênero. Estima-se que atinja doze milhões de pessoas a cada ano no mundo, alcançando a dimensão de uma pandemia. Mulheres, adolescentes e crianças, em todos os espaços sociais, sobretudo no doméstico, são suas maiores vítimas. O fenômeno tanto produz vulnerabilidades, quanto promove uma sensação de constante insegurança, contribuindo para a perpetuação de uma cultura violenta e patriarcal (BRASIL, 2010b).

A violência sexual contra a criança é uma situação em que um sujeito em condições de superioridade causa danos sexuais à vítima contra a vontade dela, ou, até mesmo, após o seu consentimento, quando este for obtido por indução, sedução enganosa. (GUIMARAES; VILLELA, 2011). Segundo as autoras, a prática da violência sexual

geralmente ocorre no domicílio da criança e é promovida por familiares ou por alguém próximo à família, sendo os padrastos e o pai, os principais perpetradores da violência sexual contra crianças. Foi o que se deu com Margarida.

Além dos sintomas agudos da vivência de violência, as vítimas, quando adultas, tendem à timidez, à baixa autoestima, ao abuso do álcool, à (re)vitimização, a crises recorrentes de depressão, a problemas de relacionamento e, ao suicídio (AQUINO et al., 2009). Pode-se, enfim, perceber os danos causados pelo abuso sexual contra crianças, muitas vezes, irreparáveis para a saúde e para o percurso de vida desses indivíduos.

4.3.2 Tema 2 - adolescência

A adolescência é uma fase da vida, caracterizada por intensas mudanças físicas, sociais, emocionais e sexuais. É a fase de descoberta do corpo, da sexualidade, de conflitos intrínsecos, período em que ocorre a consolidação da personalidade sob a influência do meio (OLIVEIRA, 2008).

A história oral das adolescentes revela as vulnerabilidades a que estas estão expostas durante essa fase da vida, entre as quais se destacam a gravidez e a vivência de violência doméstica. Nesta fase de intensas mudanças, a sexualidade se torna importante, por ser um momento de transição para a vida adulta.

4.3.2.1 Vivência da sexualidade

Primeira relação sexual

Segundo Taquette e Vilhena (2008), a sexualidade marca fundamentalmente todos os seres humanos e está presente desde os primórdios da vida. As manifestações e os impulsos sexuais podem ser observados desde a infância. No entanto, somente na puberdade, com o amadurecimento dos órgãos genitais, é que os seres humanos se tornam aptos a praticar o ato sexual genital, propriamente dito. Cada sociedade estabelece diferentes rituais e costumes de iniciação sexual, desenvolvendo quadros morais de acordo com sua história, sua herança étnica, suas relações de produção.

A iniciação sexual e amorosa possibilita aos adolescentes, o aprendizado da dimensão relacional íntima no tocante às diferenças de gênero, além de favorecer a conquista gradativa da autonomia pessoal dos adolescentes. Ela se faz em duas direções e é

marcadamente condicionada pelo gênero do sujeito, e se resulta do relacionamento com os pais e com os pares, sendo influenciada pela construção histórica de cada sociedade (HEILBORN, 2004).

Na sociedade contemporânea, a iniciação sexual precoce, bem como as suas consequências para a vida dos adolescentes, tem sido vista como um importante problema social. A influência do grupo, a pouca escolaridade, o nível econômico e a violência, em seus vários contextos, estão relacionados com a pouca idade nas primeiras relações sexuais. Os modelos sociais de gênero masculino e feminino também exercem poderosa influência na iniciação sexual precoce dos jovens (TAQUETTE; VILHENA, 2008).

Estudo realizado em São Paulo, sobre as relações de gênero no comportamento sexual de adolescentes, revelou que a primeira experiência sexual ocorreu aos 14 anos, ou até antes, para 91% dos adolescentes, e para 60% das adolescentes, entre 15 e 16 anos. Isso mostra que adolescentes do sexo masculino iniciam sua vida sexual mais precocemente, o que é socialmente aceito, algo inerente ao instinto do homem (BRETAS et al., 2011).

Para adolescentes do sexo feminino, a iniciação sexual geralmente está atrelada a um vínculo afetivo ou a uma relação de namoro estabelecida. O relato abaixo mostra como se deu o processo de iniciação sexual entre as entrevistadas.

“Eu perdi a virgindade com meu namorado aos 14 anos [...] Eu não queria por causa da minha idade, achava que estava muito nova, eu queria esperar um pouquinho pra conhecer a pessoa direito, saber se realmente era a pessoa que eu ia me entregar. Eu não me arrependo, foi bom [...]” (Rosa, 2011).

“A gente começou ficando e depois passamos a namorar. Quando comecei com ele tinha 14 anos [...] A gente namorou um ano e depois tivemos a nossa primeira relação sexual, eu estava com 15 anos; a primeira relação foi normal, não teve nada demais” (Lírio, 2011).

Do mesmo modo como ocorreu com Rosa e Lírio, o estudo de Bretas et al. (2011), realizado com 920 adolescentes, mostrou que a primeira experiência sexual ocorreu com o namorado em 79% das entrevistadas.

Ou seja, o adolescente, do mesmo modo que a sociedade antiga, acredita que o homem, a partir da faixa etária reprodutiva, pode exercer livremente sua sexualidade, e

adquire a ideia de que essa prática é absolutamente normal para os homens, enquanto que as mulheres devem postergar a iniciação sexual e atrelá-las ao envolvimento afetivo e ao casamento (REIS; SANTOS, 2011).

Os relatos das adolescentes chamam a atenção para o papel da influência do grupo na iniciação sexual. Pode-se visualizar isso nas falas de Rosa e Orquídea.

“Minha primeira relação sexual foi com um rapaz, a gente não namorava, só ficamos. Minhas amigas botaram pilha, disseram para eu ir, eu fiquei com medo, alguma coisa assim... Ele me levou para a casa do pai dele e aconteceu... Eu ouvi falar que era bom, mas eu não gostei. Depois eu voltei para a casa dos meus pais e ele ficou na casa dele. Eu não fiquei mais com ele. Eu tinha 16 anos. Tenho vergonha de falar (risos)” (Orquídea, 2011).

“Eu tive o primeiro namorado com 14 anos e logo perdi a virgindade, influenciada pelas amigas” (Rosa, 2011).

O grupo no qual a adolescente está inserida exerce grande influência em sua conduta e na tomada de decisão, constituindo uma via de transmissão de normas, de comportamento e valores, às vezes mais influentes que a própria família. Assim sendo, a atividade sexual na adolescência se converteu em norma: a maioria considera que é necessário realizá-la. (TAQUETTE; VILHENA, 2008).

A adolescência é o período da vida em que colegas e pares passam a ganhar maior importância, e isso faz parte do processo de construção de autonomia dos jovens perante a família, já que o adolescente busca suas singularidades. Para se sentir aceito no grupo, o adolescente, muitas vezes, é levado a realizar atividades dentro dos padrões normativos aceitos pelo grupo (BRETAS et al., 2011).

Para Taquette e Vilhena (2008), uma das principais tarefas da adolescência é a busca de identidade. Neste período, o grupo de iguais consiste em modelo e proteção, substituindo a família. A influência grupal é, portanto, muito significativa.

Por isso, as adolescentes inseridas em grupos, cujas participantes já iniciaram as atividades sexuais, como nos casos de Rosa e Orquídea, podem ser influenciadas a viverem precocemente sua primeira experiência sexual.

Contraceção

O uso de métodos contraceptivos por adolescentes é de grande importância, por ser capaz de reduzir as altas taxas de gestação na adolescência vivenciadas no Brasil e proteger os adolescentes de infecções por doenças sexualmente transmissíveis/HIV (GIORDANO; GIORDANO, 2009).

Para tanto, é importante que os adolescentes tenham conhecimento dos métodos contraceptivos e dos riscos provenientes de relações sexuais desprotegidas. A contracepção garante que os adolescentes possam vivenciar sua atividade sexual de forma adequada e saudável, assegurando o direito do exercício da sexualidade, desvinculado da reprodução (MENDONÇA; ARAÚJO, 2010).

O exercício da sexualidade na adolescência deve estar vinculado a uma orientação adequada, por parte de profissionais de saúde, da escola e da família. No relato abaixo, no entanto, nota-se a total inadequação dessas políticas.

“Na minha primeira vez, eu não usei camisinha, porque não sabia o que era. Não usei nada [...] Mas eu não engravidei logo, foi namorando [...] Nessa época, fiquei um tempo sem engravidar, depois engravidei e tive o primeiro filho [...]” (Orquídea, 2011).

A história de Orquídea é reveladora da experiência da sexualidade desprotegida. Esta situação deixa as adolescentes sujeitas a uma gravidez indesejada e a uma possível infecção sexualmente transmissível. A história acima narrada revela o desconhecimento das medidas de proteção. Outra questão que favorece o desconhecimento são as iniquidades sociais a que estas adolescentes estão expostas.

A baixa escolaridade influi diretamente na não realização de práticas preventivas. A adolescente que não estuda, ou que abandonou os estudos, fica mais vulnerável à gravidez na adolescência ou a doenças sexualmente transmissíveis/HIV. Assim sendo, o abandono escolar se apresenta como fator de risco individual importante na adolescência (XIMENES NETO et al., 2007).

De acordo com Taquette e Vilhene (2008), a desigualdade, a insegurança e o desequilíbrio social atual geram conflitos nas famílias, tornando as pessoas menos amparadas e fazendo com que recebam menos cuidados dos pais e da sociedade, o que as levam a não ter aspirações de ascensão social e a reduzir seus objetivos ao casamento e a filhos, em busca de afeto e de uma vida melhor.

Conforme Villela (2006), quanto mais precoce a iniciação sexual, menores são as chances de uso de métodos contraceptivos e conseqüentemente maiores, as possibilidades de gravidez. As adolescentes aqui estudadas estão muito vulneráveis: a maioria apresenta baixa escolaridade, iniciou precocemente a vida sexual e possui baixas condições socioeconômicas.

Outra questão importante, relacionada com a contracepção na adolescência, é a falta de comunicação entre os profissionais de saúde e as adolescentes, de forma a atender às necessidades destas, como se pode ver pelo seguinte relato:

“No segundo filho, eu nem sabia que estava grávida porque eu estava tomando remédio. Fiquei tomando remédio direitinho, a médica que passou remédio de três meses, e quando fui tomar da última vez (no posto) não tinha mais o de três meses, só tinha de um mês. Mas eu não fiquei sabendo que era para voltar no outro mês, achei que era de três” (Orquídea, 2011).

Nota-se, portanto, a existência de uma assistência profissional fragmentada, que não alcança as necessidades de saúde dos adolescentes e, muitas vezes, não leva em consideração a necessidade individual de cada um.

Neste contexto, os profissionais de saúde não têm cumprido efetivamente o seu papel. Seja por falta de preparo, ou preparo inadequado durante a formação, os profissionais não conseguem, muitas vezes, alcançar as necessidades dos usuários de saúde nas suas especificidades.

Ximenes Neto et al. (2007) chamam a atenção para uma assistência à saúde de forma integral e de qualidade, que disponibilize métodos contraceptivos e informações adequadas.

Em São Francisco do Conde (BA), local do estudo, o PSF cobre 70% da população; contudo, muitos jovens ainda não têm acesso aos serviços e às informações sobre a saúde sexual e reprodutiva (BAHIA, 2009b).

De acordo com Amorim et al. (2009), apesar do aumento da cobertura do PSF no Brasil, principalmente nas regiões menos favorecidas, verifica-se a ausência de políticas públicas voltadas para esta população, com lacunas nos programas preventivos e no estímulo ao uso de contraceptivos, incluindo o de preservativos. Também, há uma lacuna no que diz respeito à garantia de acesso aos serviços e aos métodos de contracepção.

Carvalho et al. (2009) confirmam que as unidades de saúde não estão cumprindo, de forma significativa, o seu papel na captação precoce dos adolescentes para dar orientação acerca do planejamento familiar.

O relato de Margarida aborda o uso de contraceptivo; contudo, a gestação aconteceu pelo uso inadequado do método, pela não observância e pela conduta incorreta por parte do profissional de saúde no atendimento.

Muitas adolescentes engravidam para satisfazer a vontade de seus companheiros, outras deixam de usar os métodos quando estabelecem uma relação de confiança com os parceiros, e algumas pensam na gravidez como uma possibilidade de manter uma relação amorosa ou, ainda, como um caminho para sair da casa dos pais (CARVALHO et al., 2009).

No caso de Jasmim, o desejo da gravidez partiu da vontade do companheiro de ter um filho, conforme o relato abaixo:

“Ele queria a gravidez. [...] No início, eu fiquei pensando um pouquinho, pelas coisas que já tinha passado (relação com o companheiro anterior) de não dar certo e eu ter que ir para a casa de meus pais” (Jasmim, 2011).

Já Rosa afirma que não desejava ficar grávida e que usava preservativo no início do namoro.

“Quando eu tive a primeira relação com ele (atual companheiro), eu disse à minha mãe, ela conversou comigo pra eu usar camisinha, eu usava, fui usando. [...] Aí a gente foi namorando, namorando, e deixei de usar [...]” (Rosa, 2011).

Percebe-se nesses casos que a contracepção na adolescência envolve aspectos sociais, psicológicos e familiares. Portanto, compreender as dificuldades que os adolescentes têm para interiorizar as normas contraceptivas pode auxiliar no debate público sobre o uso da anticoncepção e direcionar as políticas públicas para as demandas mais emergentes.

4.3.2.2 Gravidez

Gravidez desejada / não desejada

Dentro dessa subcategoria, observa-se que as quatro adolescentes não desejavam engravidar: apenas uma expressou esse desejo.

“A gente passou a morar junto, ele queria a gravidez, eu também queria. [...] Eu fiquei alegre” (Jasmim, 2011).

Para Jasmim, descobrir que estava grávida foi motivo de felicidade, visto que ela e o companheiro desejavam um filho. O desejo de engravidar está presente no cotidiano de muitas adolescentes.

Hoga (2008) afirma que o advento da gravidez, no início do relacionamento mantido pelas adolescentes, tem relação direta com o desejo de ser mãe ou com a vontade de corresponder aos desejos dos parceiros de se tornarem pais. A condição de inferioridade na relação de gênero, desde o início do relacionamento, também é uma das causas da ocorrência de gravidez. Muitas adolescentes não tinham a intenção de se tornarem mães, mas engravidaram apenas para satisfazer o desejo dos parceiros, que queriam se tornar pais. Quando o desejo de ter um filho era mencionado por um dos casais, a opinião dos homens sempre prevalecia.

Segundo Magalhães (2007), a gravidez na adolescência não é, por via de regra, indesejada ou não planejada, sendo parte do projeto de vida das jovens, principalmente, nas classes trabalhadoras – para as quais, as oportunidades de ascensão social pela qualificação profissional são remotas e a maternidade ainda é valorizada.

Para algumas adolescentes, a maternidade pode representar uma mudança no curso de suas vidas através da constituição de uma nova família, quando ela passa a desempenhar o papel de mãe, constituindo-se um laço familiar entre a mesma e o seu companheiro.

A ausência de planos para o futuro e de projetos profissionais qualificados favorecem uma maior valorização do desejo da maternidade num período em que a descoberta da sexualidade aflora, muitas vezes, resultando em uma gestação não planejada (MAGALHÃES, 2007).

Todavia, mesmo com o desejo de engravidar, a gestação na adolescência poderá comprometer as perspectivas de futuro das adolescentes, pois muitas se veem levadas a deixar a escola para cuidar dos filhos ou, até mesmo, para trabalhar e ajudar no sustento da família. Para as adolescentes de classes sociais menos favorecidas, a gravidez precoce pode representar a perpetuação do ciclo de pobreza.

Muitas vezes, as adolescentes engravidam usando métodos contraceptivos, o que significa que este não se dá de forma efetiva ou, então, que elas não observam a possibilidade de ficar grávidas ao deixarem de usar o método contraceptivo.

“Eu não sabia que eu estava grávida, porque eu estava tomando remédio” (Orquídea, 2011).

“Quando eu descobri que estava grávida, já tinha uns meses” (Lírio, 2011).

“Foi muito difícil, a minha mãe começou a desconfiar; quando chegou a data da menstruação, ela perguntou: ‘Sua menstruação já chegou?’ Eu disse: ‘Não, também não tinha desconfiado de nada’. [...] Eu não achava que estava grávida” (Rosa, 2011).

Mas a não utilização efetiva do método contraceptivo pode indicar um desejo inconsciente de engravidar. Segundo Tachibana, Santos e Duarte (2006), pode ocorrer uma falta de sintonia entre o discurso manifesto do desejo de não engravidar e a ocorrência de uma gravidez inconscientemente desejada. Em estudo realizado pelos autores, todas as entrevistadas engravidaram em decorrência de descuido no uso dos métodos contraceptivos, o que se poderia deduzir como um desejo inconsciente de engravidar.

Frizzo, Kahl e Oliveira (2005) mostram que, embora as adolescentes grávidas de seu estudo tivessem conhecimento dos métodos anticoncepcionais, não os utilizavam, ou não o faziam de forma adequada.

O conflito entre o consciente e o inconsciente na gestação não planejada revela os sentimentos de ambivalência vividos pelas gestantes, ora demonstrando aceitação, ora revelando rejeição (TACHIBANA; SANTOS; DUARTE, 2006).

Oliveira et al. (2008) também mostram, nos resultados de seu estudo com adolescentes grávidas, os sentimentos heterogêneos vivenciados face à gestação: felicidade, medo, tristeza, entre outros.

Tais sentimentos, que afloram durante a descoberta da gestação, como os de felicidade e satisfação, ou de infelicidade, também estão relacionados com a aceitação da gestação pelos companheiros e demais familiares da adolescente (HOGA, 2008).

As jovens que recebem apoio da família, mostram níveis mais altos de satisfação com a decisão de assumir a gravidez (LEVANDOWSKI; PICCININI; LOPES, 2008)

Entretanto, o desejo de não ser mãe, a falta de apoio familiar, o medo, a incerteza fazem com que muitas adolescentes busquem no aborto, uma solução para a gravidez não desejada, como pode ser notado no seguinte relato:

“Eu tentei abortar, mas não consegui, tomei remédio, chás, um bocado de coisas, eu nem lembro o nome” (Lírio, 2011).

Da mesma forma que Lírio, várias adolescentes consideram o aborto, uma solução para a gravidez indesejada. Em estudo realizado com 1.000 adolescentes em São Paulo, 12,7% pensaram em interromper a gestação (CHALEM et al., 2007).

Outro estudo realizado por Cerqueira-Santos et al. (2010), em Porto Alegre, com 1.015 adolescentes e jovens, mostrou que a taxa de indução de aborto foi de 10,9%. A opção pela realização do aborto pode trazer consequências para a saúde das adolescentes, porque sua prática clandestina no Brasil o torna perigoso.

Segundo Spindola e Silva (2009), as mulheres, ao praticarem o aborto inseguro, expõem-se a complicações graves, tais como hemorragias, infecções, perfuração uterina.

De acordo com Menezes e Aquino (2011), as mortes por aborto atingem preferencialmente mulheres jovens, de estratos sociais desfavorecidos, residentes em áreas periféricas das cidades. São também mais acometidas as mulheres negras, que, nesses casos, têm três vezes mais chances de morrer em comparação com as mulheres brancas.

As adolescentes, que vivenciam a gravidez precoce, estão mais expostas aos riscos inerentes à prática do aborto clandestino. Trazem com elas, iniquidades sociais que mostram o quanto o Brasil se configura como uma sociedade desigual.

Vivência de violência doméstica

A vivência de violência na gestação, cometida pelo companheiro ou por familiares, ocorreu como fator de inclusão das adolescentes neste estudo.

Seja física, sexual, psicológica ou emocional, a violência doméstica se torna ainda mais séria quando a mulher está grávida, pois pode trazer consequências significativas para a saúde da díade mãe-filho, baixo peso ao nascer, abortos, partos prematuros e até mortes materna e fetal (MEDINA; PENNA, 2008). Estes danos podem ser mais expressivos quando as gestantes são adolescentes.

Muitas mulheres estão expostas à vivência de violência doméstica no período gestacional. Segundo Santos et al. (2010), no Brasil, a prevalência da violência doméstica na gestação varia entre 13,1% e 33,8%. O estudo ainda revelou que, quando a gestante é adolescente, aumenta discretamente a frequência da violência, em todas as suas formas de manifestação (SANTOS et al., 2010).

A história de Rosa mostra a vivência de violência doméstica na relação com a família.

“[...] A minha mãe dizia palavras que me magoava. [...] “(Falou) Eu quero que você tire e você vai tirar o filho”. Chegou até a me bater. [...] Ela me bateu, só não bateu muito porque meu pai não deixou. [...] Disse que se eu tivesse esse filho, que ela não ia mais me considerar como filha” (Rosa, 2011).

O fato de a mãe não aceitar a gravidez constituiu a mola propulsora para o desencadeamento da violência doméstica. A sociedade contemporânea está inserida numa cultura patriarcal. Assim sendo, o uso do poder e da violência dos pais é comumente aceito como uma forma de educação dos filhos, sendo a violência largamente utilizada para solucionar conflitos familiares.

O estudo de Monteiro (2007) mostra que a gravidez na adolescência pode gerar conflitos na família, culminando com a manifestação da violência.

Segundo Muller (2006), o conflito é inerente ao ser humano, pois os indivíduos possuem desejos que se contrapõem. Para uma solução pacífica, é preciso “transformar” o conflito – no sentido de alcançar uma relação de cooperação entre os parceiros.

A vivência de violência praticada pelo companheiro foi relatada nas histórias das adolescentes. Veja-se, por exemplo, as seguintes falas:

“Ele não chegou a me bater, mas me humilha, me chama de cachorra, de vagabunda e diz que não vai assumir a criança [...]” (Margarida, 2011).

“Ele fala coisas que me agride... Me xinga de muitas coisa que eu não quero falar, não gosto de lembrar, me faz mal [...] Depois que eu engravidei foi só brigas” (Lírio, 2011).

“Logo no início da nossa convivência, começaram as brigas. Depois de grávida, foram várias vezes [...] Ele me agride, até sangue meu, ele já tirou com uma faca” (Jasmim, 2011).

“Minha relação com ele foi sempre de briga... Quando ele vem bêbado, bate, xinga, aí, de manhã pede desculpa” (Orquídea, 2011).

Segundo a Secretaria de Políticas para as Mulheres do MS, 38.020 mulheres são agredidas diariamente no Brasil, sendo que, em aproximadamente 68% dos casos, os agressores são cônjuges ou ex-cônjuges, companheiros ou ex-companheiros (BRASIL, 2010c).

Estudos de prevalência indicam variação de violência doméstica na gestação entre 3,4% e 31,7% (SANTOS et al., 2010).

A frequência e o padrão da violência doméstica podem ser alterados com o surgimento da gravidez, ocorrendo aumento, diminuição ou mesmo alterações em suas formas de expressão, tais como aumento da violência psicológica e diminuição da física e sexual (MONTEIRO et al., 2007; DOUBOVA et al., 2007; SANTOS et al., 2010).

As falas de Jasmim e Orquídea mostram que não houve alteração do padrão de violência com o advento da gestação. Para estas, as relações violentas sempre permearam a relação amorosa.

No caso de Margarida e Lírio, a violência conjugal teve início com o surgimento da gravidez:

“Ele me dava tudo que eu queria, ficava o dia inteiro comigo. [...] Depois da gravidez, ele começou a me maltratar, a dizer que o filho não era dele, me chamar de vagabunda, de prostituta” (Margarida, 2011).

“Quando a gente namorava, ele era normal, mas depois que eu engravidei tudo começou a mudar... Era só brigas” (Lírio, 2011).

Em estudo realizado com cem mulheres que tiveram parto prematuro em uma maternidade pública de Salvador (BA), evidenciou-se que 27% dessas mulheres sofriam violência doméstica. Para 35%, a violência conjugal ocorreu antes e durante a gravidez, enquanto que para 65% a gravidez foi o marco inicial (CAMPOS, 2010).

Independentemente da forma como se expressa, a vivência de violência doméstica, sobretudo durante a gravidez, leva a mulher a adoecer. Entre as complicações decorrentes da violência no período gestacional, destacam-se o abuso de substâncias psicoativas, o tabagismo, a anemia, o sangramento no primeiro e no segundo trimestres, a restrição no crescimento uterino, a morte perinatal, o ganho de peso abaixo do esperado, o padrão alimentar pouco saudável, o sofrimento fetal, a prematuridade, baixo peso ao nascer (SANTOS et al., 2010).

Além desses danos à saúde física, a vivência de violência poderá causar sérios danos à saúde mental, tais como depressão, sinais de angústia e ansiedade, que acabam por determinar problemas comportamentais e transtorno de estresse pós-traumático (TEPT), entre outras consequências (BRASIL, 2010c).

Considera-se TEPT, o transtorno de cunho emocional associado a um evento traumático, cuja sensação de reviver o trauma gera angústia e sofrimento psicológico intenso, trazendo como consequências: o isolamento social e a deterioração da qualidade de vida. A natureza e a gravidade do trauma em mulheres constituem fatores de risco para o desenvolvimento do TEPT, o que põe as mulheres que sofreram violência na gestação mais vulneráveis para o desencadeamento de problemas físicos e psicológicos (BALLONE, 2004)

Assistência pré-natal

No que se refere à assistência pré-natal, apenas uma adolescente não estava realizando o acompanhamento. As demais já o haviam iniciado, a maioria no segundo trimestre de gestação.

“Até agora eu não fiz o pré-natal, não estava me sentindo bem esses dias. Mas à tarde eu vou ao posto” (Margarida, 2011).

“Estou com quatro meses, comecei a fazer pré-natal agora, tá normal, tá tranquilo” (Rosa, 2011).

“Eu estou fazendo o pré-natal, comecei com três meses e pouco, não lembro quantas consultas eu já fiz, mas está faltando alguns exames ainda” (Jasmim, 2011).

Observa-se que a maioria das adolescentes iniciou tardiamente o acompanhamento pré-natal, o que demonstra o quanto o PSF do município estudado não está cumprindo as normas preconizadas pelo MS, a de que as gestantes devem ser captadas precocemente até os primeiros cento e vinte dias de gestação (BRASIL, 2006b).

Pesquisa de Spindola e Silva (2009), realizada no Rio de Janeiro, com cento e doze (112) adolescentes grávidas que fizeram o acompanhamento pré-natal numa unidade pública de saúde, revelou que a maioria das entrevistadas (70,5%) iniciou o pré-natal após o primeiro trimestre de gestação. Segundo esses autores, a adesão das mulheres ao pré-natal está relacionada com a qualidade da assistência prestada pelos profissionais de saúde. Entre as adolescentes, além da dificuldade do agendamento da primeira consulta no pré-natal, outros aspectos podem estar associados ao início tardio do acompanhamento, tais como a aceitação da gestação e o apoio dos familiares.

A primeira consulta pré-natal é de grande importância, pois, além de possibilitar uma investigação sistemática acerca da história clínica e social da gestante, conduz para o momento de formação do vínculo entre o profissional de saúde e a mulher. Esse processo de aproximação poderá atuar de forma crucial, na continuação e no bom desenvolvimento do acompanhamento pré-natal. (BRASIL, 2006b).

A vivência de violência doméstica pela gestante também é considerada um dos fatores que retardam o início ao pré-natal. Esta, muitas vezes, não é identificada pelos profissionais de saúde que prestam assistência à mulher, o que gera omissões no atendimento, sub-registro e invisibilidade, e, por conseguinte, inviabiliza estratégias de enfrentamento (BONFIM; LOPES; PERETTO, 2010).

Muitas queixas relatadas pelas mulheres durante o atendimento pré-natal podem estar relacionadas com a violência vivida (DINIZ et al., 2010). No atual estudo, algumas adolescentes se referiram a problemas de saúde durante a gestação, decorrentes da vivência de violência doméstica:

“Eu sinto tanta dor [...] são as coisas que acontece comigo, eu tô sendo forte de segurar essa criança” (Jasmim, 2011).

“Foi muito difícil para mim. [...] Ela (mãe) chegou até a me bater, [...] todo dia eu baixava no hospital, minha pressão ficava baixa, minhas amigas me levavam, lá tirava minha pressão e dava baixa” (Rosa, 2011).

Ressalta-se que, mesmo diante desta problemática, nem sempre a vivência de violência doméstica é percebida pelos profissionais de saúde, e raramente as gestantes revelam isso nos serviços de saúde.

Para Medina e Penna (2008), a violência vivenciada pela gestante ainda é de difícil abordagem nas relações pessoais e profissionais. As mulheres que vivenciam essas situações, sentem-se coibidas de declarar as agressões de parceiros e familiares e, além disso, alguns atos de violência não são reconhecidos por eles nem por essas mulheres e nem mesmo pelos profissionais de saúde.

Percebe-se, portanto, a necessidade de um olhar mais sensibilizado sobre a vivência da violência doméstica no período gestacional, por parte dos profissionais de saúde. Um dos caminhos seria a inclusão de uma investigação sistemática da violência doméstica na assistência pré-natal.

O primeiro passo talvez seja a inclusão da discussão da temática durante o processo de formação dos profissionais de saúde, sensibilizando-os sobre a necessidade de estarem atentos a sinais/sintomas que podem estar relacionados com a violência doméstica, bem como, acerca da importância do registro dos casos de violência no prontuário da paciente e também do preenchimento da ficha de notificação compulsória da violência, instrumentos estes que são importantes para a formulação de políticas públicas específicas para mulheres em situação de violência doméstica.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao considerar a magnitude da problemática da violência doméstica que atinge as mulheres grávidas, especialmente as adolescentes, tornando-se assim uma questão de saúde pública em decorrência dos danos trazidos à saúde física e mental da gestante e à saúde do feto, o presente estudo teve como objetivo geral: analisar a história oral de adolescentes grávidas em situação de violência doméstica.

A adolescência é considerada uma fase de crise do desenvolvimento humano, quando ocorre uma série de transformações físicas, sexuais, psicológicas e sociais. Uma gravidez nesta fase da vida poderá acarretar um desajuste no processo de formação das adolescentes, pois irá interferir diretamente em seu modo de viver, podendo comprometer o curso de sua vida, especialmente naquelas que vivem em situações de iniquidade social.

A gestação na adolescência pode se constituir em um fator de risco para a vivência de violência doméstica. Entre as adolescentes deste estudo, a maioria revelou que o padrão de violência doméstica aumentou após a descoberta da gravidez.

A partir da análise das histórias orais das adolescentes grávidas em situação de violência doméstica foi possível se conhecer o processo de violência vivido por estas. Também, pode-se notar que a violência doméstica esteve presente desde a infância destas adolescentes. A utilização do método da história oral temática permitiu que os sujeitos trouxessem suas experiências sobre este fenômeno social, viabilizando-se uma visão mais subjetiva das experiências das depoentes.

As adolescentes deste estudo são negras, de baixas condições socioeconômicas, com baixa escolaridade e que dependem financeiramente de outras pessoas. Suas histórias revelaram uma infância marcada pelos maus tratos, abandono, vivência de violência doméstica e pela negligência da família e do Estado.

As histórias orais das participantes revelam uma adolescência de igual modo negligenciada, com iniciação sexual precoce e sem orientações efetivas por parte da família, da organização escolar e/ou dos profissionais de saúde, o que culmina na prática sexual sem contracepção ou na contracepção inadequada, favorecendo, desse modo, a gravidez.

A gravidez não planejada traz sérias repercussões para a vida da adolescente. O abandono escolar, a necessidade de busca de trabalho para ajudar o sustento da família e a alteração do padrão da violência doméstica vivida por elas são apenas alguns dos aspectos a se considerar.

As histórias das adolescentes confirmam os dados da literatura, que mostram o companheiro como sendo o principal perpetrador da violência contra a mulher. O estudo mostrou que as relações familiares são agressivas e que o legado da violência é transmitido de geração a geração, pois vivemos numa cultura violenta, onde o uso desta é, muitas vezes, socialmente aceito como solução para os conflitos familiares.

Esta violência de gênero, presente em nossa sociedade, traz consequências severas para a saúde física e mental das mulheres e para toda a sociedade, por causa do aumento significativo nos custos do atendimento à saúde.

Com base nos relatos das adolescentes, percebe-se sintomas do estresse pós-traumático, tais como sentimentos de inferioridade e baixa autoestima, possivelmente resultantes das violências vividas por estas. Considerando-se as situações de iniquidades e abandonos trazidas por estas adolescentes, suas trajetórias com a gravidez precoce e vivência de violência dificilmente poderiam ser diferentes.

Os relatos das adolescentes também chama a atenção para a fragilidade do atendimento prestado pelas unidades de saúde, por não atenderem às necessidades das usuárias, uma vez que uma entre as entrevistadas disse ter engravidado por falta de informação adequada sobre o método usado. Percebe-se, assim, as lacunas deixadas na assistência prestada pelos profissionais de saúde, os quais, muitas vezes, não são formados e nem preparados para prestar uma assistência integral à saúde das adolescentes e também não têm o olhar sensibilizado para questões como a violência doméstica, geralmente não percebida por eles.

Cabe, pois, aos profissionais de saúde, à sociedade em geral e ao Estado discutir o contexto das histórias de vida das adolescentes grávidas em situação de violência doméstica para, então, traçar/implementar políticas públicas efetivas que atendam às demandas dessas mulheres. Faz-se necessário também, uma urgente capacitação de profissionais da área de saúde e da área de educação, no sentido de identificar e intervir nas situações de violência, através da prevenção, diagnóstico e tratamento dos sujeitos envolvidos no processo.

Logo, faz-se necessária a inclusão dos graduandos de enfermagem nesse processo de capacitação, ratificando a importância da prática de estágios no atendimento pré-natal, uma vez que, o contato com os usuários favorece uma maior aproximação entre os envolvidos neste processo, bem como, permite ao estudante conhecer as demandas da sua clientela. No entanto, o que se tem visto são formações acadêmicas cada vez mais distantes das atividades práticas, cursos que formam profissionais da saúde em laboratórios de práticas com situações

hipotéticas que, muitas vezes, estão longe da realidade vivenciada, favorecendo, desse modo, uma assistência fragmentada que não alcança as reais necessidades do indivíduo.

Este estudo é, portanto, de grande importância, por ser uma oportunidade de se discutir sobre a questão da violência contra as mulheres, especialmente as adolescentes grávidas, na academia, na sociedade em geral, e por contribuir para fazer com que os profissionais que prestam assistência a essas adolescentes reflitam a esse respeito.

REFERÊNCIAS

- ABERASTURY, Arminda; KNOBEL, Mauricio. *Adolescência normal*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.
- ABRANCHES, Cecy Dunshee; ASSIS, Simone Gonçalves de. A (in)visibilidade da violência psicológica na infância e adolescência no contexto familiar. *Caderno de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 27, n.5, p. 843-854, mai. 2011.
- ALFONSO, Libertad Martín; DÍAZ, Zunilda Reyes. Conducta sexual, embarazo y aborto en la adolescencia: un enfoque integral de promoción de salud. *Revista Cubana Salud Pública*. Cuba, v.29, n.2, p.183-187, 2003.
- AMORIM, Melania Maria Ramos et al . Fatores de risco para a gravidez na adolescência em uma maternidade-escola da Paraíba: estudo caso-controle. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, Rio de Janeiro, v. 31, n. 8, p. 404-410, ago. 2009.
- ANTUNES, Deborah Christina; ZUIN, Antônio Álvaro Soares. Do bullying ao preconceito: os desafios da barbárie à educação. *Psicologia & Sociedade*, Porto Alegre, v.20, n.1, p. 33-41, jan./abr. 2008.
- AQUINO-CUNHA, Margarida et al. Gestação na adolescência: relação com o baixo peso ao nascer. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, Rio de Janeiro, v.24, n.8, p. 513-519, set. 2002.
- AQUINO, Nicole Morais Rêgo de et al . Violência sexual e associação com a percepção individual de saúde entre mulheres gestantes. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 43, n. 6, p.1647-1653, ago. 2009.
- ARAGÃO, Regina. De mãe para filha: a transmissão da maternidade. In: MELGAÇO, Rosely Garize. (Org.). *A ética na atenção ao bebê: psicanálise, saúde e educação*. São Paulo: Casa do Psicólogo. 2006.
- ARAÚJO, Maria José de Oliveira. O papel dos Governos locais na implementação de políticas de saúde com perspectiva de gênero: o caso do Município de São Paulo. In: SEMINAR WOMEN'S AND HEALTH MAINS TREERING THE GENDER PERSPECTIVE INTO THE HEALTH SECTOR, 1998, Tunis, Tunisia. *Anais...* São Paulo, 1998.
- ARCOS, Estela et al. Impact of domestic violence on reproductive and neonatal health. *Revista Medica do Chile*, Chile, v. 129, p. 1413-1424, 2001.
- ARIES, Philippe. *História social da criança e da família*. 2. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1981.

AUDI, Celene Aparecida Ferrari et al. Percepção da violência doméstica por mulheres gestantes e não gestantes da cidade de Campinas, São Paulo. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n.2, p. 587-594, mar./abr. 2009.

_____. Violência doméstica na gravidez: prevalência e fatores associados. *Revista Saúde Pública*, São Paulo, v. 42, n. 5, p. 877-885, out. 2008.

AVANCI, Joviana. et al. Escala de violência psicológica contra adolescentes. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 39, n.5, p. 702-708, out. 2005.

BADEIA, Marcos. *Ética e profissionais de saúde*. São Paulo: Santos, 1999.

BAHIA. Secretaria de promoção da igualdade. *II plano Estadual de Política para as Mulheres*. Salvador: Conselho Estadual de Defesa dos Direitos das Mulheres. 2009a.

_____. Prefeitura Municipal de São Francisco do Conde. Secretaria Municipal de Planejamento e Desenvolvimento Econômico. *Relatório de gestão*. 2009b.

_____. Prefeitura Municipal de São Francisco do Conde. Secretaria Municipal de Planejamento e Desenvolvimento Econômico. *Diagnóstico Municipal*. 2008.

BALLONE, Geraldo José. *Transtorno por estresse pós-traumático*. Disponível em: <<http://gballone.sites.uol.com.br/coce/postrauma.html>>. Acesso em: 15 jan. 2008.

BARDIN, Laurence. *Análise de conteúdo*. 3. ed. Lisboa: Edições 70, 2004.

BENETTI, Silvia Pereira da Cruz. Conflito conjugal: impacto no desenvolvimento psicológico da criança e do adolescente. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, Porto Alegre, v. 19, n. 2, p. 261-268, 2006.

BETTIOL, Heloisa. et al. Saúde perinatal: metodologia e características da população estudada. *Revista Saúde Pública*, São Paulo, v.32, n. 1, p.18-28, fev. 1998.

BIREME. *Biblioteca Virtual em Saúde*. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/regional/index.php>>. Acesso em: 30 out. 2010.

BHONA, Fernanda Monteiro de Castro; LOURENCO, Lelio Moura; BRUM, Camila Resende Soares. Violência doméstica: um estudo bibliométrico. *Arquivos Brasileiro de psicologia*, Rio de Janeiro, v. 63, n. 1, p. 87-100, 2011.

BONFIM, Elisiane Gomes; LOPES, Marta Julia Marques; PERETTO, Marcele. Os registros profissionais do atendimento pré-natal e a (in)visibilidade da violência doméstica contra a mulher. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, v.14, n. 1, p. 97-104, jan./mar. 2010.

BORGES, Ana Luiza Vilela; SCHOR, Néia. Início da vida sexual na adolescência e relações de gênero: um estudo transversal em São Paulo, Brasil, 2002. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.21, n.2, p. 499-507, mar/abr. 2005.

BRASIL. Constituição (1988). Emenda constitucional nº 65, de 13 de julho de 2010. Altera a denominação do Capítulo VII do Título VIII da Constituição Federal e modifica o seu art. 227, para cuidar dos interesses da juventude. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc65.htm>. Acesso em: 12 dez. 2011.

_____. *Estatuto da Criança e do Adolescente*. Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8069.htm>. Acesso em: 5 de ago. 2011.

_____. Conselho Nacional de Saúde. *Resolução nº 196*. Dispõe sobre pesquisa envolvendo seres humanos. *Revista Bioética*. Rio de Janeiro, Conselho Federal de Medicina, v.4, 1996, p. 15-25.

_____. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Saúde da Família. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v.34, n.3, p. 316-319, jun. 2000.

_____. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2004.

_____. *Lei Maria da Penha*. Lei n.11.340, de 07 de agosto de 2006a – DOU de 07/08/2006. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil/_ato2004-2006/2006/lei/111340.htm>. Acesso em: 2 de mai. 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada - manual técnico*. Brasília; 2006b.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Informação e Informática do SUS (DATASUS). *Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC)*, 2008. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br>>. Acesso em: 13 de mai. 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências: orientação para gestores e profissionais de saúde*. Editora do Ministério da Saúde: Brasília, 2010a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica*. 3 ed. Atual. e ampl. Brasília, 2010b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de políticas para as mulheres. *Balanco central de atendimento à Mulher*. Editora do Ministério da Saúde: Brasília, 2010c. Disponível em: <http://www.sepm.gov.br/noticias/ultimas_noticias/2010/10/balanco-da-central-de-atendimento-a-mulher>. Acesso em: 01 dez. 2011

BRÉTAS, José Roberto da Silva et al. Aspectos da sexualidade na adolescência. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 7, p. 3221-3228, jul. 2011.

BRUNO, Zenilda. Vieira. et al . Reincidência de gravidez em adolescentes. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, Rio de Janeiro, v. 31, n. 10, p.480-484, out. 2009.

CAMARGO, Aspácia. Os Usos da História Oral e da História de Vida: trabalhando com elites políticas. *Revista de Ciências Sociais*, Rio de Janeiro, v.27, n.1, p.5-28, 1984.

CAMPOS, Maria da Luz Aguiar O. *Violência conjugal em mulheres que tiveram parto prematuro*. 2010. 110 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador.

CARVALHO, Anna Yáskara Cavalcante. et al. Perfil sociodemográfico e reprodutivo de adolescentes grávidas acompanhadas na Unidade Básica de Saúde do Município de Canindé. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, Fortaleza, v.10, n.1, p. 53-61, jan./mar, 2009.

CARNIEL, Emília de Faria et al. Características das mães adolescentes e de seus recém-nascidos e fatores de risco para a gravidez na adolescência em Campinas, SP, Brasil. *Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil*, Recife, v.6, n.4, p. 419-426, 2006.

CASTRO, Roberto; RUÍZ, Agustín. Prevalencia y severidad de la violencia contra mujeres embarazadas. México. *Revista Saúde Pública*, São Paulo, v. 38, n. 1, 2004.

CECOVI. *Centro e Combate à Violência Infantil. Dados científicos. Violência Física – Estatísticas: dados estatísticos, principais características, perfil da vítima, perfil do agressor, etc*. Disponível em: < <http://www.cecovi.org.br> >. Acesso em: 10 dez. 2011.

CERQUEIRA-SANTOS, Elder. et al . Gravidez na adolescência: análise contextual de risco e proteção. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 15, n. 1, p.72-85, mar. 2010.

CHALEM, Elisa. et al. Gravidez na adolescência: perfil sociodemográfico e comportamental de uma população da periferia de São Paulo, Brasil. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.23, n.1, p. 177-186, jan. 2007.

CHAVES, José Humberto Belmino et al. Abortamento provocado na adolescência sob a perspectiva bioética. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, Recife, v. 10, supl. 2, p. 311-319, dez. 2011.

CNDSS. Comissão nacional sobre determinantes sociais da saúde. *As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. Disponível em: <<http://www.cndss.fiocruz.br/pdf/home/relatorio.pdf>>. Acesso em: 01 nov. 2010.

COSTA, Teresinha. *Histórias que merecem ser ouvidas e contadas: uma abordagem antropológica da gravidez na adolescência no Brasil em adolescentes de 10 a 14 anos*. 2002. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

COUTO, Margaret Pires do. As novas organizações familiares e o fracasso escolar. *Psicologia da Educação*, São Paulo, n. 30, p. 57-66, jun. 2010.

DENZIN, Norman K. *The research act*. Chicago (IL): Aldine Publishing, 1973.

DESSEN, Maria Auxiliadora; POLONIA, Ana da Costa. A Família e a escola como contextos de desenvolvimento humano. Universidade de Brasília, Distrito Federal, Brasil. *Paidéia*, Ribeirão Preto, v. 17, n. 36, p. 21-32, abr. 2007.

DESLANDES, Suely F.; GOMES, Romeu; SILVA, Cosme Marcelo Furtado Passos da. Caracterização dos casos de violência doméstica contra a mulher atendidos em dois hospitais públicos do Rio de Janeiro. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.16, n.1, p.129-137, jan./mar. 2000.

DINIZ, Normélia Maria Freire et al. O aborto Provocado e a violência doméstica entre mulheres atendidas em uma maternidade pública do Município de Salvador-Ba. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 2010. (no prelo).

_____. Mulheres vítimas de violência sexual: adesão à quimioprofilaxia do HIV. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 15, p. 7-12, 2007.

DOUBOVA, Svetlana Vladislavovna. et al. Violencia de pareja en mujeres embarazadas en la Ciudad de México. *Revista Saúde Pública*, São Paulo, v.41, n.4, p. 582-590, 2007.

DOURADO, Ana Cristina Dubeux. História da infância e direitos da criança. In: BRASIL. Ministério da Educação. *Salto para o futuro*, Secretaria de Educação a Distância, Brasília: Ministério da Educação, 2009.

DUARTE, Cristina Maria; NASCIMENTO, Vânia Barbosa do; AKERMAN, Marco. Gravidez na adolescência e exclusão social: análise de disparidades intra-urbanas. *Revista Panamericana de Salud Publica*, Washington, v. 19, n. 4, p. 236-243, abr. 2006.

DURAND, Julia Garcia; SCHRAIBER, Lilia Blima. Violência na gestação entre usuárias de serviços públicos de saúde da Grande São Paulo: prevalência e fatores associados. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, v.10, n.3, p. 310-322. set. 2007.

ELSEN, Ingrid; MARCON, Sonia Silvia; SILVA, Maria Regina Santos da. O viver em família e sua interface com a saúde e a doença. 2 ed. Maringá: Eduem, 2004.

EYMANN, Alfredo. et al . Impacto da separação sobre a qualidade de vida de crianças em idade escolar. *Jornal de Pediatria*, Porto Alegre, v. 85, n. 6, 547-552, nov./dez. 2009.

ERIKSON, Erik Homburger. *Identidade, juventude e crise*. Rio de Janeiro: Zahar editores, 1976.

FERRARI, Dalka Chaves de Almeida; VECINA, Tereza Cristina Cruz. *O fim do silêncio na violência familiar: teoria e prática*. São Paulo: Ágora, 2002.

FRIZZO, Giana Bitencourt; KAHL, Maria Luiza Furtado; OLIVEIRA, Ebenézer Aguiar Fernandes de. Aspectos psicológicos da gravidez na adolescência. *Psico*, Porto Alegre, v. 36, n. 1, p. 13-20, jan./abr. 2005.

GAMA Silvana Granado Nogueira da; SZWARCOWALD, Célia Landmann; LEAL, Maria do Carmo. Experiência de gravidez na adolescência, fatores associados e resultados perinatais entre puérperas de baixa renda. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.18, n.1, p.153-61, jan./fev. 2002.

GIORDANO, Mario Vicente; GIORDANO Luiz Augusto. Contracepção na adolescência. *Adolescência & Saúde*, Rio de Janeiro, v.6, n. 4, p. 11-16, out./dez. 2009.

GOMES, Nadirlene Pereira. Trilhando caminhos para o enfrentamento da violência conjugal. 2009. 178p. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador

GOMES, Nadirlene Pereira et al. Compreendendo a violência doméstica a partir das categorias gênero e geração. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v.20, n.4, p. 504-508, out./dez. 2007.

GROPPO, Luis Antonio. *Juventude: ensaios sobre sociologia e historia das juventudes modernas*. Rio de janeiro: Difel, 2000.

GUIMARAES, João Alfredo Tenório Lins; VILLELA, Wilza Vieira. Características da violência física e sexual contra crianças e adolescentes atendidos no IML de Maceió, Alagoas, Brasil. *Caderno de. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.27, n.8, p. 1647-1653, 2011.

GUIMARÃES, Eleuse Machado de Brito. Gravidez na adolescência: uma visão multidisciplinar. *Pediatria Moderna*, São Paulo, v.37, ed. esp., p29-32, mai. 2001.

GWATKIN, Davidson. R. et al. *Socio economic differences in health, nutrition, and population within developing countries: an overview*. Washington, DC: World Bank, 2007.

HAGUETTE, Tereza Maria Frota. *Metodologias qualitativas na sociologia*. Petrópolis: Vozes, 1987.

HEILBORN, Maria Luiza. *Família e sexualidade*. Rio de Janeiro: Editora Fundação Getúlio Vargas, 2004.

HEISE, Lori. Violência e gênero: uma epidemia global. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 10, supl.1, p. 135-145, 1994.

HOGA, Luiza Akiko Komura. Maternidade na adolescência em uma comunidade de baixa renda: experiências reveladas pela história oral. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 16, n. 2, p. 280-286, abr. 2008.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Indicadores Sociais Municipais 2010: incidência de pobreza é maior nos municípios de porte médio*, 2011. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=2019&id_pagina=1>. Acesso em: 10 dez. 2011.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Censo demográfico: nupcialidade e fecundidade: resultados da amostra*. Rio de Janeiro; 2003.

KAHHALE, Edna M. S. Peters et al. Assistência Multiprofissional à adolescente grávida: dificuldades somato-psico-sociais. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, São Paulo, v. 8, n.2, p. 4-9, 1997.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. *Metodologia do trabalho científico*. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2006.

LEVANDOWSKI, Daniela Centenaro; PICCININI, Cesar Augusto; LOPES, Rita de Cássia Sobreira. Maternidade adolescente. *Estudos de Psicologia*, Campinas, v.25, n.2, p.251-263, Jun. 2008.

MALDONADO, Maria Tereza P. *Psicologia da Gravidez*. 16. ed. Petrópolis: Saraiva, 2002.

MALTA, Deborah Carvalho et al . Bullying in Brazilian schools: results from the National School-based Health Survey (PeNSE), 2009. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.15, supl.2, p. 3065-3076, 2011.

MAGALHAES, Rosângela. Gravidez recorrente na adolescência: o caso de uma maternidade pública. *Adolescência & Saúde*, Rio de Janeiro, v. 1, n.1, p. 23-32, jan./mar. 2007.

MARTINS, Maria José D. O problema da violência escolar: uma clarificação e diferenciação de vários conceitos relacionados. *Revista Portuguesa de Educação*, Portugal, v.18, n.1, p. 93-105, 2005.

MARTINS, Priscila de Oliveira; TRINDADE, Zeidi Araújo; ALMEIDA, Ângela Maria de Oliveira. O ter e o ser: representações sociais da adolescência entre adolescentes de inserção urbana e rural. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, Porto Alegre, v.16, n.3, p. 555-568, 2003.

MAYOR, Susan. *Pregnancy and childbirth are leading causes of death in teenage girls in developing countries*. BMJ, 2004.

MEDINA, Ana Beatriz Campos; PENNA, Lucia Helena Garcia. Violência na gestação: um estudo da produção científica de 2000 a 2005. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p.794-799, dez. 2008.

MEDRADO, Benedito; LYRA, Jorge. A adolescência "desprevenida" e a paternidade na adolescência: uma abordagem geracional e de gênero. In: SCHOR, N.; MOTA, M.S.F.T.; CASTELO-BRANCO, V. (Org). *Cadernos: Juventude, Saúde e Desenvolvimento*, Brasília: Ministério da Saúde, v.1, p. 230-48, 1999.

MEIHY, José Carlos Sebe Bom. *História Oral: como fazer, como pensar*. São Paulo: Contexto, 2007.

_____. *Manual de História Oral*. 5ed. São Paulo: Edições Loyola, 2005.

_____. _____. São Paulo: Loyola, 1996.

MENDONCA, Rita de Cássia Magalhães; ARAUJO, Telma Maria Evangelista de. Análise da produção científica sobre o uso dos métodos contraceptivos pelos adolescentes. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 63, n. 6, p. 1040-1045, nov./dez. 2010.

MENEZES, Greice; AQUINO, Estela M. L. Pesquisa sobre o aborto no Brasil: avanços e desafios para o campo da saúde coletiva. *Cadernos de. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, supl. 2, p.193-204, 2011.

MENEZES, Telma Cursino et al. Violência física doméstica e gestação: resultados de um inquérito no puerpério. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 5, p. 309-316, jun. 2003.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; DESLANDES, Suely Ferreira. (Org). *Caminhos do pensamento: epistemologia e método*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. *O desafio do conhecimento científico: pesquisa qualitativa em saúde*. 4.ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 1996.

MOMBELLI, Mônica Augusta et al. Estrutura e suporte familiar como fatores de risco de stress infantil. *Estudos de Psicologia*, Campinas, v. 28, n. 3, p. 327-335 jul./set. 2011.

MONTEIRO, Claudete Ferreira de Souza et al. A violência intra-familiar contra adolescentes grávidas. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v.60, n.4, p. 373-376, jul./ago. 2007.

MORENO, Jacob Levy. *Fundamentos de la sociometria*. Buenos Aires: Paidós, 1976.

MOURA, Anna Tereza Miranda Soares de; MORAES, Claudia Leite; REICHENHEIM, Michael Eduardo. Detecção de maus-tratos contra a criança: oportunidades perdidas em serviços de emergência na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.24, n.12, p. 2926-2936, dez. 2008.

MULLER, Jean-Marie. *Não-violência na educação*. São Paulo: Editora Palas Athena, 2006.

MUUSS, Rolf. *Teorias da adolescência*. Belo Horizonte: Interlivros, 1976.

NASCIMENTO, Mirlene Garcia; XAVIER, Patrícia Ferreira; SÁ, Rafaella Domingos Passos de. Adolescentes grávidas: a vivencia no âmbito familiar e social. *Adolescência & Saúde*, Rio de Janeiro, v.8, n.4, p. 41-47, out./dez. 2011.

OLIVEIRA, Maria Amélia de C.; EGRY, Emiko Y. A adolescência como um constructo social. *Revista Brasileira do Crescimento e Desenvolvimento Humano*, São Paulo, v. 7, n. 2, p. 12-21, jul./dez. 1997.

OLIVEIRA, Régia Cristina. Adolescência, gravidez e maternidade: a percepção de si e a relação com o trabalho. *Saúde & Sociedade*, São Paulo, v. 17, n. 4, p. 39-102, out./dez. 2008.

OMS. Organização Mundial da Saúde. *Saúde reprodutiva de adolescentes: uma estratégia para ação*. Uma declaração conjunta OMS/FNUAP/UNICEF. Brasília: Ministério da Saúde, 1994.

_____. *Riesgos para la salud de los jóvenes*. 2010. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs345/es/index.html>>. Acesso em: 05 dez. 2010.

PATUSSI, Marcos Pascoal; HARDY, Rebecca; SHEIHAM, Aubrey. The potential impact of neighborhood empowerment on dental caries among adolescents. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, v.34, n.5, p.344-350, oct. 2006.

PEREIRA, Tânia da Silva. *Direito da criança e do adolescente: uma proposta interdisciplinar*. Rio de Janeiro: Renovar. 1996.

PEREIRA, Priscila Krauss. et al. Complicações obstétricas, eventos estressantes, violência e depressão durante a gravidez em adolescentes atendidas em unidade básica de saúde. *Revista de Psiquiatria Clínica*, São Paulo, v.34, n.5, p.216-222, 2010.

PERSONA, Lia; SHIMO, Antonieta Keiko Kakuda; TARALLO, Maria Celina. Perfil de adolescentes com repetição da gravidez atendidas num ambulatório de pré-natal. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 12, n. 5, out. 2004.

PIERANTONI, Lúcia Martins de Magalhães; CABRAL, Ivone Evangelista. Crianças em situação de violência de um ambulatório do Rio de Janeiro: conhecendo seu perfil. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, Rio de Janeiro, v.13, n.4, p. 699-707, dez. 2009.

PINHEIRO, Fernanda Martins França; WILLIAMS, Lúcia Cavalcanti de Albuquerque. Violência intrafamiliar e intimidação entre colegas no ensino fundamental. *Caderno de Psiquiatria*, São Paulo, v. 39, n. 138, p. 995-1018, dez. 2009.

POLIT, Denise; BECK, Cheryl Tatano; HUNGLER, Bernadette. *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização*. 5. ed. Porto Alegre: Artmed; 2004.

RAKOFF, Vivian M. Una interpretación psichistórica del adolescente. In: MADDALENO, M. et al. *La salud del adolescente e del joven*. Washington, Organización Panamericana de la Salud, p.57-64, 1995.

RAMOS, M. H. M.; CECÍLIO, M. A gravidez ao longo dos tempos. *Nursing*, ano10, n. 118, p. 26-27, 1998.

REIS, Cássia Barbosa; SANTOS, Nayana Rosa dos. Relações desiguais de gênero no discurso de adolescentes. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.16, n.10, p. 3979-3984, out. 2011.

ROCHA, Ricardo Cristiano Leal da et al. Prematuridade e baixo peso entre recém-nascidos de adolescentes primíparas. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 9, p. 530-535, set. 2006.

ROSA, Antonio Gomes da et al. A violência conjugal contra a mulher a partir da ótica do homem autor da violência. *Revista Saúde e Sociedade*, Rio de Janeiro, v.17, n. 3, p. 152-160, jul./set. 2008.

QUEIROZ, Maria Isaura Pereira de. Relatos orais: do “indizível” ao “dizível”. In: VON SIMSON (Org.). *Experimentos com histórias de vida: Itália-Brasil*. São Paulo: Vértice. 1988.

SABROZA, Adriane Reis et al. Perfil sociodemográfico e psicossocial de puérperas adolescentes do Município do Rio de Janeiro, Brasil – 1999-2001. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.20, supl.1, p. 112-120, 2004.

SAFFIOTI, Heleieth Iara Bongiovani. *Gênero, patriarcado, violência*. 3. ed. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2007.

_____. Rearticulando gênero e classe social. In: COSTA, A. O.; BRUSCHINI, C. (Org.). *Uma questão de gênero*. São Paulo: Fundação Carlos Chagas/Rosa dos Tempos, 1992. p.183-215.

SAHIN, H. A; SAHIN, H. G. An unaddressed issue: domestic violence and unplanned pregnancies among pregnant women in Turkey. *European journal contraception & reproductive health care*, New York, v.8, n.2, p.93-98, jun. 2003.

SANTOS, Simone Agadir et al., Violência doméstica durante a gestação: um estudo descritivo em uma unidade básica de saúde no Rio de Janeiro. *Caderno de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.18, n.4, p.483-493, out./dez. 2010.

SCHRAIBER, Lilia Blima et al. Violência contra a mulher: estudo de uma unidade de atenção primária à saúde. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 36, n. 4, ago. 2002.

SCOTT, Joan. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. *Revista Educação e Realidade*, Porto Alegre, v. 20, n. 2, p. 5-22, jul./dez. 1990.

SILBER, Tomás J. Medicina de la adolescencia: su historia, crecimiento y evolución. In: MADDALENO, M. et al. *La salud del adolescente e del joven*. Washington, Organización Panamericana de la Salud, 1995.

SILVA, Luciane Lemos da; COELHO, Elza Berger Salema; CAPONI, Sandra Noemi Cucurullo de. Violência silenciosa: violência psicológica como condição da violência física doméstica. *Interface*, Botucatu, v.11, n.21, p. 93-103, 2007.

SINGLY, François de. *Sociologia da família contemporânea*. Rio de Janeiro: Editora Getúlio Vargas, 2007.

SPINDOLA, Thelma; SILVA, Larissa Freire Furtado da. Perfil epidemiológico de adolescentes atendidas no pré-natal de um hospital universitário. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p.99-107, jan./mar. 2009.

TACHIBANA, Miriam; SANTOS, Laíse Potério; DUARTE, Cláudia Aparecida Marchetti. O conflito entre o consciente e o inconsciente na gravidez não planejada. *Psyche*, São Paulo, v.19, n.10, p. 149-167, set./dez. 2006.

TAQUETTE, Stella R.; VILHENA, Marília Mello de. Uma contribuição ao entendimento da iniciação sexual feminina na adolescência. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v.13, n.1, p. 105-114, jan./mar. 2008.

TEODORO, Maycoln L. M.; CARDOSO, Bruna Moraes; FREITAS, Ana Carolina Huff. Afetividade e conflito familiar e sua relação com a depressão em crianças e adolescentes. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, Porto Alegre, v.23, n.2, p.324-333, 2010.

THOMPSON, Paul. *A voz do passado: história oral*. 2. ed. Tradução de Lólio Lourenço de Oliveira. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1998.

TRAVERSO-YÉPEZ, Martha A.; PINHEIRO, Verônica de Souza. Socialização de gênero e adolescência. *Estudos Feministas*, Florianópolis, v. 13, n. 1, p.147-162, jan./abr. 2005.

TOLOI, Maria Dolores Cunha. *Sob fogo cruzado: conflitos conjugais na perspectiva de crianças e adolescentes*. São Paulo: Ágora, 2010.

UNICEF. *A voz dos adolescentes*. Brasília: UNICEF, 2002. 150p

WHO. *Violence against women: a priority health issue*. 1997. Disponível em: <http://www.who.int/violence_injury_prevention/vaw/infopack.htm>. Acesso em: 03 dez. 2010.

VIDIGAL, Miza Maria Barreto de Araújo; TAFURI, Maria Izabel. Parentalização: uma questão psicológica. *Latin-American Journal of Fundamental Psychopathology Online*, São Paulo, v. 7, n. 2, p. 65-74, nov. 2010.

VILLELA, Wilza Vieira; DORETO, Daniela Tech. Sobre a experiência sexual dos jovens. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro v. 22, n. 11, p.2467-72, nov. 2006.

XIMENES NETO, Francisco Rosemiro Guimarães et al. Gravidez na adolescência: motivos e percepções de adolescentes. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 60, n. 3, jun. 2007.

YAZLLE, Marta Edna Holanda Diógenes. Gravidez na adolescência. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 8, ago. 2006.

APÊNDICE A – Termo de consentimento livre e esclarecido



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

Você está sendo convidada a participar de uma pesquisa intitulada “ História oralde adolescentes grávidas em situação de violência doméstica” que tem como objetivo geral analisar a história oralde adolescentes grávidas em situação de violência doméstica . Este é um projeto de pesquisa desenvolvido por mim, Rosana Santos Mora e minha orientadora Normélia Maria Freire Diniz, como atividade do Curso de Mestrado em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia.

Você poderá participar ou não da pesquisa, bem como desistir em qual quer fase do estudo, sem qual quer prejuízo. Caso aceite, todas as informações coletadas serão confidenciais, de modo que você será tratada por um nome fictício, garantindo o sigilo e anonimato e assegurando a sua privacidade.

As informações serão gravadas com o auxílio de um gravador portátil em um local onde você poderá falar livremente sobre a sua experiência. A coleta de dados será realizada de acordo com a sua disponibilidade e mediante a sua previa autorização por escrito. Concordando em participar da pesquisa, você poderá ouvir a fita e retirar ou acrescentar qualquer informação. O material da gravação será por mim guardado e após 5(cinco) anos será destruído.

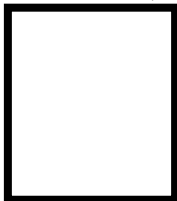
Ao participar desta pesquisa, você não terá nenhum tipo de despesa para participar desta pesquisa, bem como não será pago por sua participação. Também não haverá nenhum benefício direto. Entretanto esperamos que este estudo possibilite maior compreensão acerca do tema proposto e que possa contribuir com subsídios para discussão e ações a serem desenvolvidas nos serviços de atenção a adolescentes grávidas e em situação de violência doméstica. Os resultados deste estudo serão publicados na dissertação e em artigos científicos.

Os aspectos acima mencionados respeitam a Resolução n°. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que trata dos aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos. Sempre que desejar poderá pedir mais informações sobre a pesquisa através do telefone da instituição que eu estudo (71) – 3283- 7631.

Após este esclarecimento, solicitamos o seu consentimento de forma livre para participar desta pesquisa.

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Confirmo ter recebido todas as informações acima descritas e, de forma livre e esclarecida, manifesto meu consentimento em participar da pesquisa.



Polegar Direito

Assinatura da entrevistada

Rosana Santos Mota

Assinatura do (a) responsável pela adolescente
Salvador, _____ de _____ de 2011

APÊNDICE B – Roteiro da entrevista



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

- 1- Fale sobre sua infância
- 2- Fale sobre sua adolescência
- 3- Fale sobre vivência de violência doméstica na gravidez e em sua vida.

APÊNDICE C – Entrevistas

ENTREVISTA 01

Eu nasci na Ilha de São João, localizada no Município de Simões filhos, na Bahia. Sou a filha caçula, com 17 anos e, tenho um irmão com 24 anos. Morava eu, ele, minha mãe e meu pai. Minha mãe é dona de casa e meu pai trabalha no Pólo. A minha infância foi normal, apesar de eu não lembrar muito assim, mas foi uma infância que eu nem sei o que falar. Eu morava na Ilha de São João, depois passei pra Fazenda Grande do Retiro, fiquei morando lá uns tempos, estudei lá, eu e meu irmão, depois a gente passou para Itapuã. Minha mãe, meu pai e meu irmão ainda moram lá, eu que vim pra cá. Eu e meu irmão não temos o que falar da minha mãe, nunca foi de muita ignorância na minha infância e nem meu pai, também nem de me agredir, batia assim quando merecia, quando agente fazia alguma coisa errada, não tenho o que falar não sobre isso, não.

Em relação aos estudos, não fui muito bem, eu estava até comentando ontem com meu marido que já sofri preconceito, assim pelo fato de minha cor, passando a reportagem ontem no Fantástico falando sobre crianças que sofrem preconceitos na escola, aí estava conversando com ele que já sofri muito com isso. Quando eu morava de lá em Fazenda Grande, meu pai tinha emprego, assim bonzinho, era soldador do pólo petroquímico de Camaçari, aí dava pra eu estudar em colégio particular; meu irmão não, eu sempre estudei.

Lá na escola, tinha mais meninas da pele branca, cor clarinha, eu assim a única escurinha, teve muito preconceito, ninguém gostava de brincar comigo, eu ficava nos cantos, chegava em casa chorando, minha mãe tinha que todo dia ir ao colégio conversar, falar com a diretora o que estava acontecendo, eu falava que não queria ir mas estudar, era uma guerra pra ir pra escola, era muito difícil. Depois, quando eu sai da escola, na minha infância, eu não gostava de negro, quando algum negro chegava perto de mim, eu não gostava, eu dizia à minha mãe: “eu não quero estudar, eu tenho nojo de negro, eu não quero que fique perto de mim”. Eu cuspi, foi muito difícil minha mãe tirar isso de mim, porque eu não gostava mesmo, eu não queria que nenhuma criança negra brincasse comigo. Até meu irmão, meu próprio irmão, eu tinha nojo, eu não gostava, eu falava à minha mãe que eu queria ser branca, não queria ser dessa cor, sabe, sei lá... Eu fiquei muito atrapalhada pelo fato das meninas lá do colégio ficar assim, elas falavam mesmo que não gostava de brincar porque eu era dessa cor. Aí, eu fiquei com aquilo ali na cabeça, depois, graças a Deus, eu fui crescendo e a minha mãe foi me ensinando que não era assim.

Na minha infância, parte do colégio, eu não gostava até da minha cor mesmo, às vezes eu tinha ódio de mim, eu chorava, foi muito difícil, foi inexplicável, eu chorava e minha mãe perguntava: “por que eu estava chorando”, ela estava pra marcar um psicólogo pra mim, mas não sei, não deu certo.

Sofri, sofri muito. Assim, ninguém queria brincar comigo, eu não queria brincar com ninguém, graças a Deus, eu mudei. Hoje, eu não tenho mais isso não.

Quando eu fiquei moça, eu tinha 13 anos. Morava lá em Itapuã. Eu tive o primeiro namorado com 14 anos e logo perdi a virgindade, eu me chateei muito porque eu não queria... mas, influenciada pelas amigas, as amigas vão falando, então eu fui, mas eu não queria por causa da minha idade. Achava que estava muito nova, eu queria esperar um pouquinho pra conhecer a pessoa direito, saber se realmente era a pessoa que eu ia me entregar. Eu não me arrependo, foi bom... Mas achei muito cedo, não queria que fosse naquele momento. Eu fui com meu primeiro namorado, minha mãe já tinha aceitado e o pai também, ele mora até aqui, mas eu achei que estava muito nova.

Na minha primeira vez, eu usei camisinha, minha mãe sempre dizia que quando eu arrumasse um namorado, ela não queria que fosse naquele momento, tão cedo. Queria que eu descobrisse se era aquela pessoa, a pessoa mesmo. Quando eu comecei a namorar na porta, ela me chamou e conversou e falou como era e como não era, o que podia acontecer, que era para eu ter cuidado, e se acontecesse, que eu deveria usar camisinha pra evitar uma doença, foi me explicando. Ela sentou comigo conversou e depois disso perdi minha virgindade, fiquei nervosa, ela até ficou chateada comigo, ela falou que traía a confiança dela, porque eu não confiei nela.

Não foi falta de confiança. Tentei explicar isso pra ela, porque, sei lá! Eu fiquei nervosa na primeira vez. Assim, eu achava que a primeira vez de uma mulher... Assim, sei lá! Eu fiquei muito nervosa, chorei, fiquei com medo, pensando que meu pai ia me bater, reclamar. Aí, primeiro eu contei pra minha tia, depois contei pra uma amiga. Mas foi, assim, alguém da minha família não segurou a língua e disse pra ela, aí, ela se chateou, disse que eu preferi contar pra minha tia do que contar pra ela. Eu disse: “eu estava preparando com jeitinho pra contar pra senhora”, só que não estava tendo coragem, estava com medo, ela ficou chateada, chorou, disse que eu não confiei nela, aí, eu também chorei, mas depois a gente foi conversando, o tempo foi passando. Aí, pronto!

Continuei com esse namorado, a gente ficou oito meses e depois a gente terminou. Não deu mais certo, a gente terminou e eu fiquei com outros meninos. Minha mãe disse que era pra eu usar camisinha e pra eu conversar as coisas com ela. Mas, assim, eu nunca fui

aberta com a minha mãe, eu não sei porquê. Eu sempre fui mais aberta com meu pai, não sei, nunca consegui ser aberta com minha mãe, sempre fui assim. Eu preferia conversar com minha avó do que com ela, eu não tenho aquela coisa, assim, não tenho aquilo de dizer à minha mãe, é isso, é aquilo!

Depois de um tempo, eu comecei a namorar com o meu atual, o pai de meu filho, a gente começou no carnaval, já tem um ano e dois meses. Não! Em janeiro do ano passado... A gente começou no dia cinco de janeiro. A gente ficava, aí eu cheguei pra ela e conversei, falei que a gente estava ficando, mas não era nada sério. A gente sempre vinha para cá, ele tem casa lá em baixo.

Ela disse que era pra eu ir com calma. Até mesmo, não é porque não era mais virgem que deveria me entregar, que se ele quisesse que fosse com calma, conversar mais um pouquinho, que não era assim. Aí, eu comecei a vim pra cá, a gente continuou ficando... Ai, ele me pediu em namoro, pediu pra namorar. Então, eu disse à minha mãe, disse a meu pai. Ele não queria nem aceitar. Aí, minha mãe explicou que era melhor ele apoiar, porque se ele não me apoiasse poderia continuar namorando escondido, aí, poderia ser pior. Sei lá! Ele apoiou e a gente começou a namorar. Quando eu tive a primeira relação com ele, eu disse à minha mãe, eu chamei ela e conversei, ela conversou comigo pra eu usar camisinha, eu usava, fui usando... Aí, agente foi namorando, namorando, e deixei de usar... Quando foi em outubro, eu engravidei. Eu já não estava mais usando camisinha, só que eu estava usando pílula do dia seguinte, eu tomei uma num dia e outra no outro, não deu certo, aí, veio... Engravidei.

Foi muito difícil pra mim... Está sendo até hoje, eu expliquei pra ela, mas tenho fé em Deus que isso vai passar. Quando eu engravidei, minha mãe estava em casa, ela tinha operado de mioma.

A menstruação dela vinha junto com a minha, então, ela começou a desconfiar; quando chegou a data da menstruação dela, ela perguntou: “sua menstruação já chegou?” eu disse que não, também não tinha desconfiado de nada, não fiquei nervosa, porque, às vezes, minha menstruação atrasava, vinha antes, vinha depois da data. No domingo, ela falou que na segunda a gente iria fazer o exame pra ver se eu estava grávida.

Eu disse que não estava grávida; ela disse que eu tinha que vê, pois minha menstruação ainda não tinha chegado e já estava atrasada quase um mês. Eu nem fiquei muito nervosa, aí, já conversei com meu namorado. Disse assim: “Ninho, daquela vez que a gente fez, da última vez, eu tomei no dia seguinte, eu tomei nos mesmos horários certos, as duas... minha menstruação até agora não chegou”.

Eu não achava que estava grávida, pois sempre usei a pílula do dia seguinte e deu certo. Eu aprendi sobre a pílula na televisão e também conversando com minhas colegas e com a agente comunitária que ia à escola conversar com a gente. Então, minha mãe me levou para uma clínica para fazer um BETA. Fiz numa quarta-feira pra pegar o resultado na quinta à tarde, aí, minha mãe teve que sair pra resolver uns problemas na rua e me mandou ir pegar o resultado. Aí, fui, e sei lá! Eu estava nervosa e peguei, quando cheguei em casa, peguei e vi... Tinha lá uns números, nem sei... Aí, deu positivo. Eu peguei, liguei e falei pra Ninho que deu positivo. Eu tinha falado a ele que já tinha feito o teste. Assim, minha mãe se chateou comigo porque ela não queria que meu namorado soubesse, não sei explicar por que ela não queria. Falei com ela que eu queria que ele soubesse. Não fiz sexo sozinha!

Ela queria que eu tirasse e foi aquela agonia toda, aquela embolação dentro de casa. “Eu quero que você tire e você vai tirar” (a mãe dizia). Meu pai não sabia, meu pai pensava que eu era virgem ainda.

Aquela coisa toda foi muito difícil pra mim, eu não queria tirar, é uma coisa minha, pois presenciei um aborto de uma colega. Ela abortou com Cytotec, ela tomou dois. Ela estava com medo, no dia que ela sentiu dor, só estava eu, ela e a irmã dentro de casa. Eu não gostei, foi muito triste, ela chorando, indo no banheiro, falando comigo e a irmã dela que não era pra a gente sentir nojo, falava assim: “não sente nojo de mim não, me ajude aqui”, sabe, eu fiquei com aquilo ali na cabeça e, sei lá, nunca apoiei ninguém a fazer um aborto. Sou contra. Não vou mentir! Eu não apoio ninguém, e porque eu ia aceitar?

Aí, eu disse à minha mãe que não queria tirar. Ela se chateou comigo, aquela coisa toda, disse se eu tivesse esse filho, que ela não ia mais me considerar como filha. Numa parte, eu entendo porque ela queria que eu terminasse meus estudos, fizesse uma faculdade, tivesse meu trabalho, eu entendo! Entendi e entendo até hoje o lado dela, mas, assim, sei lá, sou eu que decido minha vida.

Depois que ela chegou pro meu pai e falou, ele ficou nervoso, pois pensava que eu ainda era virgem, assim, sem esperar sua filha estar grávida. Aí, foi um baque, meu pai ficou arrasado, mas nem por isso ele se chateou bastante... Ela queria ir pra clínica de aborto, ela ainda me levou na clínica, só que, sei lá, eu não quis. Ela ia pagar R\$ 2.000,00 pra fazer o aborto, mas eu disse a ela que nem eu e nem meu namorado queria, e ela se chateou muito; então, foi uma agonia.

Todo dia, uma confusão, ela chegou até a me bater. Aí, eu ligava pra ele (*namorado*) chorando e ele dizia pra eu não ficar assim, que tudo ia se resolver. Foi muito difícil pra mim. Aí, eu tomei a decisão de vir embora; todo dia, eu baixava no hospital, minha pressão

ficava baixa, minhas colegas, minhas amigas me levava. Lá, tirava minha pressão e dava baixa, aquela coisa toda. Então, eu disse que não estava dando certo eu ficar lá e preferi ir embora. Foi aquela coisa toda, meu pai falou que se as coisas não desse certo, que as portas estariam abertas pra mim, que eu podia voltar. Eu não queria viver mais lá, não estava dando mais certo, minha mãe não estava aceitando. Até hoje, ela não aceita. Ela dizia palavras que me magoava.

Antes da gravidez, nossa relação era normal, assim né! Ela se chateada, mas era tranquilo. Depois da gravidez, que mudou, ficava chateada, não falava comigo, só meu pai e meu irmão. Agora ela não fala comigo porque eu engravidei, mas eu sei que isso vai mudar. Ela chegou até a me bater, disse que era pra eu tomar minha decisão, queria que eu tirasse, eu disse a ela que não queria tirar, aí, ela me bateu, só não bateu muito porque meu pai tirou. O negócio dele é na conversa, mas minha mãe é assim mesmo! Ela está com raiva, com estresse, agora está chateada e tudo depois vai mudar.

A relação de meus pais sempre foi normal. Assim, eles brigam direto, meu pai bebe e eles discutem, mas sem agressão, só gritando e conversando, ela sempre brigando mais. Minha mãe é assim muito bruta, eu gosto muito dela, mas ela, sei lá... Não tem aquela coisa de sentar comigo, na calma, e falar: – Vai por esse caminho que da certo. Sabe! Tudo dela é gritando, xingando, por isso mesmo que ficava meio revoltada, quando eu tinha minhas coisas, eu não gostava de conversar com ela, que com ela era tudo debaixo de porrada, no grito. Por isso que eu nunca fui de me abrir e conversar com ela.

Quando tinha algo, chamava minha madrinha pra conversar, ela agia totalmente diferente, me chamava pra casa dela, conversava, eu sentava, ela me explicava as coisas. Minha madrinha fazia assim com a filha dela. Quando a filha dela engravidou, ela fez isso, orientou, disse que ela estava para terminar o terceiro ano, falou que o vestibular estava batendo na porta dela, se ela queria estragar a vida dela agora assim; ela não disse para que a filha tirasse, nem que deixasse, ela disse que ia apoiar o que a filha decidisse; eu queria que minha mãe fosse assim, que ela sentasse comigo e conversasse. Eu fiquei pensando assim “poxa, por que cada um tem sua natureza?”. Eu queria que minha mãe fosse assim, entendeu? Que ela chamasse numa boa, falasse que ia me apoiar.

Acho assim: se eu vou ter um filho, o meu é menino, se fosse uma menina e se engravidasse na adolescência, claro que eu não ia querer que ela engravidasse como eu engravidei, entendeu? Pra atrapalhar os estudos, da mesma forma que minha mãe não queria que acontecesse comigo, jamais eu ia dizer à minha filha que ela abortasse, eu ia ficar chateada, mas, como minha madrinha conversou com a filha, eu poderia chegar pra

ela: – Minha filha, é assim. Eu ia contar minha história a ela, tudo o que aconteceu e aí aconselhar. Fiquei chateada quando eu disse a ela que não queria tirar, mas ela não teve jeito de sentar comigo e conversar. É muito difícil, eu queria entender minha mãe, a ignorância dela.

No início ela me xingava, dói muito, xingava de vários nomes; então, comecei a faltar às aulas, foi perto da semana das minhas provas, eu fiquei em recuperação. Aí, eu perdi de ano. Fiquei muito agoniada, nem estava dando tempo de estudar pra fazer minha recuperação, teve uma prova de recuperação que eu nem mesmo fiz, porque estava agoniada. Sai do colégio chorando, quer dizer, nem fui pro colégio, eu não sabia, eu não queria saber de nada, estava ficando maluca. Já ia perder o ano, ela pegou e se chateou e me xingou em casa, ficou jogando praga pra mim, me xingava de vagabunda.

Eu parei na 8ª série. Só estudei até ano passado, já era pra eu estar no terceiro ano, eu não tenho muita cabeça, eu não gostava de estudar. Na influência de amigos, ficava conversando na sala de aula, fui perdendo de ano. Este ano eu ia estudar, tinha que pedir minha transferência lá no colégio, só quem podia pegar era minha mãe ou meu pai, mas minha mãe não pegou, aí, eu fiquei sem estudar esse ano, mas ano que vem, com fé em Deus, eu vou estudar... Fico agoniada, porque eu não gosto de ficar parada. Procurei um trabalho, mas assim é muito difícil.

Minha relação com o pai do meu filho está normal, pra mim está tranquilo; minha vida está andando um pouco mais difícil, porque eu tinha aquela vida de adolescente lá em Salvador, da escola para casa, no computador e agora, tudo muda. Eu fazia as coisas dentro de casa, minhas obrigações, mas me divertia, ia pro Shopping e hoje em dia não. Ele é bom comigo, ele nunca foi de fazer ignorância comigo, só assim, de raiva mesmo, de aborrecimento, tanto ele quanto eu, não vou julgar só ele, eu também sou ignorante, quando estou enraivada, mas a gente não se agrediu, era só discussão, coisa normal.

Ele mudou pra melhor, ele fica mais comigo e não vai mais só pra rua, fica comigo o tempo todo, claro que ele tem que trabalhar, mas, final de semana, que antes saía direto, agora, fica comigo, me dá carinho, vai ao médico. À ultrassonografia, ele foi comigo, quando fui fazer os exames médicos em Salvador, não tenho do que me queixar. Ele melhorou, não sai, eu não imaginei assim, tinha medo, minha mãe me falava: “vá morar com ele que você vai ver, ele é um desgraçado e um vagabundo!”, ficava falando as coisas dela lá, e dizia: “quando você quiser sair, ele não vai deixar!”. Minha mãe falava assim porque não queria me ver presa dentro de casa; essa ousadia, eu não vou dar a ele... Mas, assim, minhas amigas que vem de Salvador passar o final de semana comigo, a gente sai, ele sai com as amigas dele e eu

com minhas amigas, ele nunca me prendeu, nunca disse assim: – Você não vai pra tal lugar, você não vai andar com tal pessoa. Eu não saio muito porque não tenho muita amizade aqui, só saio com ele mesmo, ele nunca me prendeu, ele nunca briga, assim, de agressão, só normal, nunca me bateu, nem agrediu; pelo contrário, a gente só discute de vez em quando.

Agora, eu estou com quatro meses, estou fazendo pré-natal, está normal, está tranquilo. Comecei a fazer no PSF, só que eu mudei, agora estou fazendo na clínica da mulher que tem ali, em cima na Cresan. Mudei para lá, pois no PSF estava atrasando demais, estava atrasando um pouquinho, não tinha feito nenhuma ultrassonografia. Eu cheguei aqui com três meses e ainda não tinha feito nada. Como tinha uma amiga de minha colega que trabalha na Cresan, fui lá, minha colega que me indicou, iniciei, tomei vacina, já estava atrasada, a médica passou vitaminas pra mim, estava precisando tomar vitaminas, comprei uma e outra, peguei na farmácia e fiz exames, ainda está faltando fazer três, vou marcar quarta ou quinta-feira na secretaria de saúde; até agora, fiz duas consultas: uma lá no PSF e uma na Cresan. Gostei de mudar para o Cresan, tem sido bem melhor, tem sido mais rápido, a médica que está lá, é maravilhosa, conversa bastante, fala tudo, aí, eu prefiro ficar lá. E o parto, eu quero ter normal, mas é a médica que vai dizer se eu vou poder ter normal, não estou com medo, estou tranquila.

ENTREVISTA 02

Tenho 19 anos, nasci em Santo Amaro-BA. Fiquei morando lá com minha mãe até os 9 anos de idade, depois dos nove anos, eu comecei a fazer uns trabalhos para minha madrinha, trabalhos na casa dela, quando recebi o primeiro dinheiro e fugi pra São Francisco do Conde. Morava na casa da minha mãe: eu, ela, meu pai, e meus sete irmãos, ao total, eu tive treze irmãos, mas, morreu a metade e ficou sete.

Minha mãe não trabalhava, ela é deficiente das pernas, a gente vivia da pescaria de meu pai, quando eu tinha 8 anos, minha mãe arranjou um rapaz além de meu pai, aí, foi para Feira de Santana com esse rapaz e deixou todo mundo com meu pai, quando ela foi embora, eu só vivia chorando, resolvi sair dessa vida, estava cansada dessa vida. Ela foi embora e me deixou com meu pai.

Aí, aconteceu uma coisa que eu não gostei, eu não tenho raiva dele não, entendeu? Mas, medo eu tenho, foi assim... Minha mãe viajou, aí, me deixou com ele e minha irmã, a mais velha, ficava com a gente. Aconteceu que, uma vez, eu estava dormindo, ele pegou e estava me bulindo, tirou minha roupa e colocou o negócio dele, não chegou a me abusar

sexualmente, assim, a penetrar, mas isso me causou um trauma, por isso, que eu fugi.

Aí, eu fugi, fiquei um tempão fora viajando por um montão de lugar, fiquei dormindo nas rodoviárias, tentei me prostituir, mas não cheguei a fazer programa, eu tinha nove anos. Aí, fui para a esquina, um homem me levou para fazer o programa, mas depois, ele ficou com medo, disse que eu era muito nova, que poderia dar problema para ele. Me deu o dinheiro, mas não fez nada comigo; outro homem que ia fazer, tentou, mas disse que eu estava muito fechada e não conseguiu terminar... Aí, eu vim parar aqui, comecei a trabalhar na casa de uma moça e não vi mais ninguém da minha família.

Algum tempo depois, eu vim saber que minha mãe estava passando por situação uma difícil, que ela tinha largado esse rapaz, então, eu comecei a trabalhar, juntei dinheiro, fui ver ela lá na minha terra, quando eu cheguei lá, ela não tinha roupa, tudo remendadinha, coitada, não tinha nem o que comer, ela passava por um sofrimento daquele. Eu comecei a trabalhar em casa de família, fazia uma faxina hoje, outra amanhã, outra depois e aí, sempre juntando dinheiro, tirava o de me alimentar e, ajudando nas casas que eu morava de favor, o outro eu ia guardando.

Quando eu fui lá novamente, aluguei uma Kombi, trouxe ela pra cá, aluguei um porão pra a gente continuar morando, aí, deixei ela morando lá na Pitangueira. Com tudo isso, ela virou a cabeça e foi embora de novo e perdeu de ganhar a casa. Eu trouxe ela para ver se conseguia ganhar a casa dela aqui, aí ela virou a cabeça, foi embora e depois voltou de novo. Aí, a gente ficou morando juntas. Até, quando eu disse que não estava mais dando certo a gente morar juntas, fui aguentando, aguentando, só trabalhando, até o dia que disse: “mãinha, já sei que já chegou minha vez de começar a viver sozinha”. Eu já tinha 12 anos, porque quando eu vim pra cá estava com 9 anos, e eu só ajudando, só ajudando. Depois, meus irmãos vieram todos morar aqui na casa de minha mãe, todo mundo se chegando e eu só vendo os errados e me aguentando. Fiz tanto sacrifício pra ela ficar sozinha comigo numa boa na casa dela, e ela trouxe os filhos todos.

Todos vieram, se eu fosse falar alguma coisa, aí, vinha um de lá e “pô”, me batia. Se falasse alguma coisa que eu visse, que estava errada, vinha logo e me batia. Eu só me aguentando, e todo dia era uma surra. Aí, ela passou a esconder comida de mim debaixo da cama, aí conheci um rapaz, o pai do meu primeiro filho. Conheci ele, tentando fazer programa, fui para a esquina para ganhar algum dinheiro, ele me chamou, começou a conversar e disse que estava querendo alguém para “queimar o feijão dele”, se eu não queria ir, então, fui morar com ele; a mesma tendência: comecei a apanhar.

Vivia amarrada dentro de casa, me batia, quebrava minha boca, fazia um monte de

barbaridade comigo, eu sempre aguentando. Um dia, a mãe dele viu, reclamou com ele, ele disse: “eu bato mesmo, mulher vagabunda tem que apanhar mesmo”. Aí, ela falou: “rapaz, você não pegou a menina moça, por que você faz isso com a menina?”, eu não dizia a ele nem que estava bom, nem que estava ruim, ele não sabia que eu estava grávida, eu só me aguentando. Uma dia, quando ele deu uma brecha, quando ele foi trabalhar, eu arrumei minhas coisas e voltei pra casa de minha mãe de novo. Aí, foi pior o inferno na minha vida, eu chamava por Deus, pedindo que me tirasse dessa, pedindo para eu ganhar minha casa. Lá na casa de minha mãe, voltou tudo de novo. Meus irmãos começaram a me maltratar. Pior! Meu pai tinha voltado e me chamava de tudo quanto era nome, de vagabunda, descarada, rueira, prostituta, dizia que eu estava no brega. Passou um tempo, apareceu um homem e me botou dentro de uma casa, continuei morando com essa pessoa, aí, tive meu outro filho.

Depois de dois anos, larguei esse rapaz, era muita briga. Um dia, eu tinha saído com as crianças para levar no peso, o mais velho e o molinho; na volta, fui na casa da irmã dele e deixei os meninos com ela para ir lá em cima, quando eu cheguei em casa, a porta estava trancada, os meninos tome a chorar... Eu falei: “abre essa porta, abre a porta!” e ele nada, nada. Eu disse: “ abre a porta rapaz, eu quero entrar!”, e os meninos chorando, a rua já estava cheia de gente e começou a sair fumaça da casa. Eu continuei pedindo: “ abre a porta!” e comecei a empurrar e chutar a porta... Até que ele veio e destrancou. Aí, ele começou a falar: “sua assim, assim, você estava na vagabundagem, estava nos seus bregas!”. Eu disse: “rapaz, eu fui ali na casa de sua irmã, eu esqueci um negócio lá, e ela mandou eu ir buscar, aqui o que foi”, quando eu entrei, ele chegou em cima do bebezinho se jogou e disse: “eu vou matar essa desgraça. Ele não é meu filho mesmo!”, e eu disse: “ oxe, rapaz! O que é isso, se acalme, você esta sem noção”. Ele estava bêbado, eu fiquei na minha, ele começou a puxar o facão e dizer que ia fazer e acontecer, eu fiquei quieta na minha, não disse nem que estava bom, nem que estava ruim; ele pegou o facão e disse que ia cortar a cabeça do menino pequeno, eu me joguei na frente com tudo, peguei o menino, os vizinho chegando, “você está doido! A menina não estava fazendo nada, ela só fica aqui, quieta dentro de casa”. Eu peguei minhas coisas, meus filhos, botei um dum lado e o outro do outro, me saí pra casa de minha mãe de novo.

Quando cheguei.... Tome a ser xingada de descarada, vagabunda e de tudo quanto é nome. Minha mãe disse que eu só ia ficar lá com um condição, eu disse que só queria um canto até eu consegui ganhar minha casa. Aí, ela falou que eu só podia ficar lá com um menino, com o mais novo. Eu perguntei: “o que eu vou fazer?”. Ela disse: “dê!”. Tinha uma colega que trabalha na pastoral, ela já tinha falado pra cuidar do menino que estava doentinho,

na hora de deixar o menino, eu não dei no papel passado, só deixei com ela, quando ela vinha pegar nos meus braços, eu não queria dar, eu saí puxando porque eu não queria dar, eu fiquei dormindo dois dias na rua porque não queria dar, e eles não deixaram eu entrar em casa com os dois meninos. Aí, ela soube que eu estava dormindo na rua com os meninos e foi falar comigo, eu dormia com o molinho e o outro juntinho do meu braço, coitadinho, tremendo de frio; foram pro conselho tutelar, aí, um homem foi conversar comigo, eu não queria entregar.... Minha mãe dizendo como era que eu ia cuidar do filho, mas eu não dei de papel passado. Eu ficava pensando besteira, em me matar, só pra não dar meu filho. Eu terminei dando, eu perguntei: “a senhora vai cuidar bem dele? Ele está bem doentinho, a senhora vai cuidar melhor que todo mundo?”

Eu só dei pra ela cuidar. Aí, eu comecei a correr atrás das coisas, deixava o menino em casa dos outros e ia trabalhar na casa... Tome humilhação, fazia uma coisa aqui, outra ali, dizia: “está mal feito”, eu ia lá, fazia tudo de novo, eu comecei a trabalhar por R\$ 100,00 por mês, nessa faixa, e só aguentando; eu sabia que ainda ia ganhar minha casa.

Quando começou a inscrição para o programa de habitação, eu fiquei quieta, não disse nada. Eu peguei, fiquei na minha, não disse nada a ela, eu corri atrás da casa, quando vi que estava escrevendo pra ganhar essa casa, corri atrás, tirei xerox dos documentos, eu mesmo nem tinha, quando eu saí da reunião, fui, tirei tudo e levei lá na habitação. Eu conversei com um rapaz, o rapaz falou que ia fazer uma visita, aí, eu dei o endereço da casa da minha mãe. No dia da visita, ele avisou, depois que estava esperando pra eu ir assinar os papéis, eu ganhei essa casa escondida.

Minha mãe falou: “por que eu não ganhei a casa? Por que você não me escreveu?”. Eu disse: “eu escrevi... só que em cada família só pode ganhar uma pessoa”. Só eu mesma que botava o pé na frente, os outros filhos todos não fazia nada. Eu não sabia que ia ganhar a casa, eu nem sabia que um dia eu ia ganhar a minha casa. Aí, eu conversei com esse rapaz que pegou e falou: “vai amanhã pra reunião”, eu: “tá certo!”, aí, eu estava trabalhando na casa de uma moça, eu disse a ela: “eu estou sem um centavo pra tirar umas xerox de documentos”, aí, ela: “tome esse dinheiro aqui” e me deu R\$ 0,50. Eu disse: “poxa, eu vou em casa me arrumar, ela disse porque não se arruma aqui?”, eu disse: “poxa, eu vou pra casa que eu vou numa reunião”.

Quando cheguei em casa, o homem já estava lá, ele estava me procurando, eu disse que morava perto do bar, quando eu cheguei perto, ele estava conversando com minha mãe, ele falou que foi avisar da reunião da casa, ela perguntou: “venha cá, por que ela vai ganhar a casa e eu não vou ganhar?”. Ele disse: “porque não pode duas pessoas da mesma família

ganhar”, aí, ela disse “isso é um trambique”, e começou a me xingar de descarada, vagabunda, rueira, chupona, prostituta, “tá fazendo vida, eu garanto que ela abriu as pernas pra você, não foi?”. Aí, ele olhou pro meu pai e minha mãe e pegou o pacote com o convite e me deu. Ele disse para mim: “eu não gosto de levar fama sem proveito, se uma dia você me desse ousadia aceitaria”. Eu disse: “eu sou solteira, sou sozinha, eu aceito”. No outro dia, eu fui para reunião, mandaram eu entrar, já estava todo mundo lá, aí alguém perguntou: quem é Fulana? Eu disse: “sou eu!”, pensei que era só uma reunião, mas já foi só pra pegar a casa, o sorteio já tinha sido feito e o rapaz pegou o meu nome. Quando eu cheguei em casa, minha roupa já estava na porta da rua, eu tinha 18 anos. Hoje, eu tenho dois filhos, três com essa menina que eu estou esperando, eu não fiz o pré-natal, mas acho que é menina.

Eu conheci ele assim, estava morando com um rapaz que trabalhou na loja, ele estava morando de favor, não tinha nada comigo, aí, ele comprou um filtro, depois foi embora e não pagou, então, o rapaz veio aqui cobrar o dinheiro, eu disse que não ia pagar, que eu não comprei nada, e disse que ele fosse cobrar a quem comprou, então fui na loja tentar falar com ele, quando cheguei na loja, conheci esse rapaz, o pai de minha filha, logo no começo, ele pensou que eu era prostituta, ele disse que dava “50 conto pra você ir agora comigo”, eu me zanguei com o cara e disse “chame sua mãe”, ele: “rapaz, você não tem medo de perder os dentes, não? Vamos em Candeias dar um passeio?”. Eu falei: “se for amizade eu vou, se for na ousadia, eu não vou”. Ele: “na amizade”.

Aí, quando chegou lá, começou aquela coisa. Eu estava solteira, moro sozinha... Aí, olhei assim pra ele, ele falou que era solteiro, morava sozinho, eu já estava anos sozinha, tinha terminado um relacionamento de vida que não deu certo. Então, eu vou tentar a sorte com esse, me arrependo de querer tentar ter sorte. Aí, a gente estava ficando juntos, eu engravidei.

Um dia desse, eu fui receber o dinheiro do programa, antes de começar as aulas do menino. Eu fui pra Candeias, quando eu cheguei, uma moça disse “eu quero descer no Bom do Ano”, aí, eu sempre prefiro ficar na janela, que eu fico olhando na janela. Aí, eu vi aquele homem conhecido, eu pensei será que estou ficando doida, já estou de psicose, vendo esse homem em todo lugar, eu estava com um mal pressentimento. Quando eu olhei, que encarei, quando a mulher acabou de descer, eu vi ele, na casa que ele morava com a mulher e quatro filhos. Parecia um família feliz!

Aí, eu descí do ônibus e comecei a chorar, porque, pra mim, ele vinha morar comigo, ele me dava as coisas tudo que eu queria, ele dizia que vinha morar comigo, ele me dava tudo que eu queria, ficava o dia inteiro comigo e à noite ele sumia. Aí depois, ele falou que era mesmo a mulher e os filhos dele. A mulher dele ficou sabendo da história pelos colegas dele,

eu fui falar com ela, disse que ele era descarado, pois se ele fosse direito, ele não ia lagar a mulher dele dentro de casa para me intimidar na rua. A gente brigou e quase saiu na mão; eu disse a ela que a errada não era nem eu e nem ela e sim, o marido dela. Ela disse que ele falou para ela que eu era prostituta, mulher de rua, que disse que eu já fui mulher de vários homens, mas depois que eu comecei com ele, eu não fiquei mais com ninguém. Depois disso, ele começou a me maltratar, a dizer que o filho não era dele, me chamar de vagabunda, de prostituta.

Toda vez que eu ligo, ele me esculhamba, ele não chegou a me bater, mas me humilha, me chama de cachorra, de vagabunda e diz que não vai assumir a criança, ele ficou “retado”, porque a mulher dele ficou sabendo. Ele queria que eu tirasse a criança, disse que me dava tudo, me dava dinheiro e remédio, eu não sou doida para tirar essa criança com 4 meses. Eu disse a ele que se for menino eu vou deixar na casa dele, se for menina eu fico, mas se for menino eu vou deixar na casa dele. Eu estou com nojo dele, pois ele disse às minhas colegas que o meu filho não tem pai não. Até agora, eu não fiz o pré-natal, não estava me sentindo bem esses dias, mas à tarde eu vou ao posto.

Na minha vida, eu já passei por muito sofrimento. Meu pai maltratava muito minha mãe, batia, xingava, ela ficava lá sentindo dor e ele só maltratando, dizendo que ia matar ela. Meus irmãos também passaram por muitas coisas, ele chegava da pescaria e jogava o peixe na cara de minha mãe; para a gente não vê ela chorando, ia para o quarto e chorava, quando a gente ia falar, ela descarregava e começava a nos xingar. Minha irmã não é muito certa, o povo diz que é por tudo que ela passou.

Agora, estou aqui, só eu e meu filho, estou sem trabalhar e vivo do dinheiro do Programa, ganho R\$ 400,00. Minha casa está, assim, arrumadinha através desse dinheiro. No início, aqui não tinha nada, era só um tapete que dormia eu e meu filho; depois, eu comprei um fogão de duas bocas. Hoje, eu já tenho o fogão normal e minhas coisinhas aqui, quando eu vim para cá, eu não tinha nem o que comer direito, minha irmã que me ajudava. Às vezes, eu ia lá para ela cozinhar a comida para mim. Às vezes, minhas amigas me chama para beber com o dinheiro que eu ganho, eu digo que não, que esse é o dinheiro para eu cuidar do meu filho; eu não bebo e nem fumo, só fumei quando eu estava grávida do segundo filho. Outro dia, um rapaz me ofereceu drogas, minhas colegas deu tudo para pegar drogas, estão se acabando, estão agora se vendendo por cinco, por dez reais para usar drogas. Eu não! Depois de meu esforço, não caio nessa de ficar viciada para depois ter que pegar as minhas coisas e vender barato para usar drogas.

ENTREVISTA 03

Tenho 18 anos, sou filha adotada por pai e mãe. Conheço meu pai biológico, mas não convivo, não tenho uma relação com ele. Minha mãe biológica não conheço. Nasci em Pernambuco, quando eu nasci, minha mãe me deu para meu pai, meu pai disse que ela era mulher de “ambiente”, prostituta, aí, ele se envolveu com a minha madrasta. Depois de um tempo, eles se separaram e meu pai me deixou com ela. Quando eu estava com 7 anos, minha madrasta se envolveu com um homem. Eles são primos, ele ajudou ela a cuidar do pai dela que estava doente; depois, eles resolveram vir para a Bahia e me trouxe junto.

De lá pra cá, só passando dificuldades e humilhações, porque quando a gente não é filho da mesma mãe e pai, tem aquela competição familiar entre os irmãos e irmãs dentro de casa, aquela coisa de dizer que eu não sou filha mesmo. Eles têm três filhos, têm mais um que sempre vinha, que é filho do meu padrasto, ele passava algum tempo e voltava, não ficava totalmente dentro de casa.

Eu não era muito boa nos estudos, parei de estudar na 6ª série com 17 anos. Quando vim morar com ele (*companheiro*), fiz um curso de corte e costura, mas também parei. Eu ia para escola, mas nunca fui aquela pessoa interessada em meus estudos. Hoje, eu me arrependo porque sempre é assim, quando não estuda se arrepende. Depois que pari o meu primeiro filho, ficou mais difícil, eu não tinha liberdade, ficava com meu filho, não que ele empatasse, pois nunca empatou meus estudos, ele tinha a avó que tomava conta, eu não tinha muita liberdade, não saía, não bebia, só assim, quando estava com minhas colegas. Também, nunca fui namorada e tal, mas eu não me prendia aos estudos, eu filava muita aula pra conversar com as amigas, eu não tinha oportunidade, era prisioneira, era de casa pra escola, da escola pra casa e só saía para fazer alguma obrigação na rua.

Meu relacionamento com minha mãe adotiva era bom. Sempre tinha aquelas coisas... Sempre é passado na cara, o que eles fazem por você; isso já aconteceu comigo varias vezes. Então, desde quando eu me entendo por gente, eu não me acho uma pessoa importante, assim, eu agradeço a Deus por viver, mas eu não tenho aquela felicidade dentro de mim que poderia ser melhor, não sou totalmente infeliz, mas também não sou feliz completamente.

Minha relação com meus irmãos era aquela contradição entre irmãos que não é do mesmo sangue, eles diziam que eu tomava o lugar, que desde quando eu entrei na vida deles, embaralhou tudo, foi de mal a pior, como se eu fosse uma pedra de empecilho. Entendeu? Parecia que eu era uma pedra na vida deles. Mas, com tudo isso, eu superei a cada dia. A relação com o meu pai adotivo não é muito boa. No início, eu chamava ele de tio, mas depois,

por causa dos meus irmãos, eu comecei a chamar ele de pai, a gente convive desde os meus sete anos. Ele não chega e pergunta se estou bem, o que está acontecendo, entendeu? Eu sempre faço a minha parte, mas a gente não tem aquela relação de pai pra filho, a gente conversa, mas não tem uma relação de uma filha com o pai.

Já com a minha mãe, eu digo, assim... Passei uma parte boa, eu não digo que não, mas eu sempre fui aquele tipo de pessoa que sofri bastante, eu apanhei bastante, até hoje, tenho sequelas psicológicas, foram porradas e humilhações no meio de rua. Ela nunca deixava eu fazer nada, eu nunca fui de aprontar. Graças a Deus, eu conversava com minhas colegas, eu me envolvia, ela não gostava, eu cheguei a ponto de tomar tapa dentro de casa, na rua, na escola; eu sempre passei aquela vida humilhada. Hoje, graças a Deus, eu estou melhorando, depois que eu tive um filho. Eu engravidei com 14 anos, descobri que estava grávida com cinco meses. Eu não enjoava, não tinha nada, eu tomei um susto quando descobri, quando passei mal, fui levada pro médico e ele perguntou se eu não estava grávida. Eu disse que tinha certeza que não, pois eu não tinha tido relação de fato, aí, foi uma surpresa.

Desde quando eu tive meu filho, tudo se tornou pior pra mim, foi complicado quando eu estava grávida. O pai rejeitou, eu também não fiz questão; até hoje, meu filho não conhece ele. Eu não dei esse direito, por ele desfazer de mim e do meu filho. Quando eu engravidei, não tinha feito nada com ele, eu engravidei de “coxinha”, e ele falou que não ia assumir. Ele foi embora, claro, porque a gente teve certa relação complicada... Não foi totalmente uma relação e eu engravidei, fazendo uma tal de coxinha. Ele contou para os meus pais que não tinha mexido comigo, que ele não ia se casar, que ele não ia conviver comigo e disse que foi tudo uma brincadeira. Ele tinha 19 anos. Quando eu contei aos meus pais, ninguém acreditava. Me levaram até no médico, aí, quando o exame deu positivo que eu era virgem, meus pais começaram a acreditar.

Ele tinha conversado muito claro, ele disse que não queria compromisso, não queria assumir e pronto. A partir disso, eu não sou mais aquele tipo de pessoa, depois de tudo que a pessoa sofre na vida, quando se machuca, uma hora, joga tudo pro ar. Se você me diz algo que não me agrada e eu vejo que está me afetando completamente, eu deixo de mão, não quero não e pronto. Na hora de parir, foi uma complicação, os médicos não quiseram fazer meu parto, eu sofri muito no parto por não ter passagem, eles abriram e fizeram força. Por isso, eu tenho sequelas, até hoje eu sinto dores na barriga, por esse parto forçado, era pra ser cesário, mas, graças a Deus, meu filho saiu bem e hoje está aí.

Depois da gravidez, minha relação com meus pais ficou mais complicada, mais humilhações, jogavam tudo que fazia por mim e por meu filho na minha cara. Antes, já era

difícil ter uma roupa, um sapato, depois piorou. Então eu comecei a dar duro na casa de família, trabalhava na feira... Tive meu filho e fiquei três anos só, vivendo a maior humilhação dentro de casa, aí, foi que eu conheci esse meu esposo, ele assumiu a responsabilidade.

Eu fiquei morando dentro da casa de meu pai com meu filho, imagine! Com filho sem ser filha! Eu nunca pensei passar esse tipo de coisa na minha vida. Minha mãe e meu pai não me desampararam, eles têm defeito de humilhação de tudo, passa na minha cara, mas nunca chegaram a me botar pra fora, eles deram a meu filho, o que o pai não deu, agora, quem está continuando a dar é meu esposo; ele tem as falhas dele, ele não é nada santinho, passo certo tipo de coisa, mas eu tento por viver... Eu só peço, a cada dia, a Deus, que ainda me conceda o momento pra me sentir feliz (lágrimas). Mas, cada um tem seu sonho, é a minha primeira convivência com alguém, sempre pensava que seria diferente, mas nunca é aquilo que a gente pensa.

Eu conheci ele depois de três anos, no começo foi tudo flor... tem aquele ditado: “no início tudo são flores...”, eu tive muito desengano da maneira que eu pensava, tive sim! Assim, por gostar eu enfrento, eu encaro, eu acho que sou forte, já passei por cada coisa na minha vida; eu me acho forte por suportar. A gente passou a morar juntos, ele queria a gravidez, eu também queria. No início, eu fiquei pensando um pouquinho, pelas coisas que já tinha passado, pensava que poderia acontecer tudo novamente, de não dar certo e eu ter que ir para a casa de meus pais e acontecer as mesmas coisas. Isso podia se tornar mais difícil pra mim. Mas ele apoiou, pois ele queria. Depois de algumas tentativas, eu não engraidei, nunca consegui, então, desisti. Aí, quando ele ficou internado, fez uma cirurgia de um dente, eu comecei passar mal dentro do hospital, eu achava que era porque eu estava passando dias no hospital acordada, foram quatro ou cinco dias com ele no hospital, achei que era cansaço, aí, ele desconfiou você está grávida, eu disse que nada, a gente tentou um ano e nada, não deu certo, por que agora ia dar certo? Mas a Assistente Social conseguiu que eu fizesse no mesmo dia o exame, eu peguei logo o resultado, deu positivo.

Eu fiquei alegre, porque meu outro filho praticamente não foi criado por mim, foi pela mão dos outros, da minha mãe, ela quem mandava, depois que eu vim morar com o pai do meu segundo filho é que ele passou a conviver mais comigo, agora que eu estou passando aquele amor, aquele afeto que eu não podia dar pra ele. Até hoje, é a maior briga por causa desse menino, a maior confusão, entendeu? Minha mãe quer ficar com ele; a gente está para se mudar daqui, estou indo para o que é meu. Meu pai vendeu um pedaço do terreno ao meu marido e ele construiu uma casa lá, a gente está se mudando, a gente construiu dois vãos, eu

vou ter mais privacidade, vai dar para botar duas camas e um guarda-roupas, vai ser mais fácil pra mim e pro meu filho, vai ser melhor! Porque mulher parida não é brincadeira, passo certo tipo de coisa. Como você mesmo vê, aqui não tenho minha privacidade, porque o pessoal está ai do lado, são parentes dele e tudo ouve e se mete.

Eu sou dona de casa e ele trabalhava como soldador, mas tem três meses que ele está parado da profissão. Ele é pedreiro, faz biscate, vários biscates: não tem uma coisa, ele faz outra, vai para a maré... Ele tem seus defeitos de um lado, mas esse defeito, graças a Deus, ele não tem, nunca corre das responsabilidades. Como eu estava dizendo, a gente espera uma coisa assim de uma pessoa, a gente sonha muitas coisas, muito alto, e quando cai, a queda é muito feia, a porrada dói, porque eu sonhei tão alto, Depois que a gente começou a conviver, começaram as brigas, ele começou a me agredir; eu já fui agredida até grávida, a gente passa certos tipos de coisas. Eu sinto por ele o que nunca senti por ninguém, porque ele é o pai do meu filho, eu não esperava que minha primeira convivência fosse desse tipo, eu já fui agredida, eu já passei certo tipo de coisas... Até sangue meu, ele já tirou com uma faca, a gente faz por viver, tem vezes que a gente consegue e tem vezes que tem muitas decepções na vida.

Até hoje, eu estou tentando conviver, faço por onde. Logo no início da nossa convivência, começaram as brigas. Depois de grávida, foram várias vezes. Eu também não sou santa, eu não fico por baixo, quando ele me bate, eu quebro as coisas tudo dentro de casa, é minha forma de colocar para fora as coisas que estou sentindo. Nem sei bem porque ainda tenho essa criança, nem sei o plano de Deus, porque ele não tem respeito algum, são certo tipos de agressão. Chegou o tempo de tirar sangue, mas mesmo assim eu estou fazendo por viver. Eu gosto dele, eu quero ter uma família como sempre sonhei e não viver como vivo hoje, e nem viver com um homem hoje e outro amanhã e depois outro. Eu quero ter minha família, minha casa.

Eu não sei porque ainda acontece esse tipo de coisa, eu sou um tipo de pessoa que eu não entendo porque passo certos tipos de coisa na minha vida, eu pergunto a mim mesmo, eu pergunto... “por que tanta coisa assim pra uma pessoa só?”; desde os nove anos que eu comecei sofrer decepção e humilhação. Eu fico machucada. Por que acontece essas coisas comigo? Falar sobre isso é um desabafo. Por que? A gente sonha... eu não quero perder as esperanças, quando a gente pensa que vai melhorar, aí, piora. Eu estou tentando, mas é difícil. Hoje mesmo, eu pensei em arrumar as minhas coisas pra ir embora quando ele começou com a confusão. Ele faz, depois se arrepende, pede desculpa, sei lá, uma coisa que eu não entendo, eu já pensei em ir na psicóloga com ele. A Assistente Social me encaminhou pra psicóloga, eu

disse para ele “vamos nós dois, pra ver se o erro está em nós dois”, porque não é normal, eu não acho uma vida normal, eu não sei porque a gente passa esse tipo de coisa. Tem um ditado que diz: “agente colhe o que planta”. Nem sempre! E quando a gente não planta e colhe? Sempre me pergunto se o erro está em mim, até hoje eu não tenho resposta nenhuma, até hoje ele não foi comigo.

Eu estou fazendo o pré-natal, não lembro quantas consultas eu já fiz, mas está faltando alguns exames ainda, ele me acompanha. Eu estava com pedido de fazer ultrassonografia, ele fez a maior questão de ir, eu pensei que fosse mudar alguma coisa. Sei lá! Eu não entendo, não mudou nada, meu parto já está marcado em uma clinica em Candeias. Eu sinto tanta dor, não sei se é sequelas da outra gravidez, porque o parto foi forçado. Ainda não tinha estrutura, agora que eu estou com mais corpo, eu não tinha estrutura nenhuma, não sei se é por causa disso, ou se são as coisas que acontece, eu não sei. Eu estou sendo forte de segurar essa criança.

É muito complicado para mim, penso tanto, mas não entendo essas coisas; ninguém assim na gravidez, ou não estando grávida, quer passar por esse tipo de coisa. Às vezes, tem seu momento bom, mas eu não tenho aquela confiança de poder lutar, entendeu? Sei lá, eu já pensei e toda vez que acho que vai melhorar piora, é uma decepção!

ENTREVISTA 4

Tenho 16 anos, nasci em Santo Amaro-BA. Minha mãe já morava aqui, quando eu tinha um ano, veio morar com minha madrinha, aqui mesmo em São Francisco do Conde. Aos sete anos, voltei a morar com minha mãe; minha mãe é amiga de minha madrinha e, por isso, deu para eu ficar um tempo com ela; eu considero minha madrinha como minha segunda mãe, entendeu? Minha infância foi normal, não teve nada demais, ia para a escola e hoje estou terminado o terceiro ano do segundo grau, sou uma boa aluna, nunca perdi de ano; tinha uma infância normal, brinquei, como toda criança brinca. Minha relação com minha mãe é normal, uma boa relação, a gente não briga, não discute, eu tenho uma irmã de 20 anos e tenho vários irmãos por parte de pai.

Minha mãe não vive com meu pai, desde quando ela engravidou que eles não estão mais juntos. Ela tem outro companheiro, mas eu não tenho uma boa relação com ele, a gente não se fala, minha mãe é vendedora, vende roupas e outras coisas. Minha adolescência foi normal, não teve nada demais, o pai do meu filho foi o meu primeiro namorado, esse traste! A gente começou ficando e depois passou a namorar. Quando comecei com ele, tinha 14 anos, eu

conheci ele aqui na rua mesmo, lá na porta da minha madrinha; ele mora aqui em São Francisco, a gente namorou um ano e depois tivemos a nossa primeira relação sexual, eu estava com 15 anos, a primeira relação foi normal, não teve nada demais; eu usei remédio para não engravidar por um tempo, usava “Alestra”, depois, parei porque a médica tinha dito para eu parar, eu ia trocar de remédio. Ela tinha dito que no período da troca era para eu usar camisinha, mas eu não usei, não usei porque não quis, aí, depois que eu parei, engravidei.

Eu tentei abortar, mas não consegui. Tomei remédio, chás, um bocado de coisas, eu nem lembro o nome, mas não consegui; quando eu descobri que estava grávida, já tinha uns meses. Eu não falei nada à minha mãe, ela descobriu sozinha. Logo quando ela descobriu, ficou falando várias coisas, reclamando, mas depois parou; ela não queria que eu engravidasse tão nova, mas depois, ela disse que era melhor um filho, do que do que uma doença. Meu ex-namorado, a gente não está mais junto. Quando soube que eu estava grávida riu, depois que eu engravidei, tudo mudou. Ele vem aqui na porta, fala um bocado de coisa... coisas que me agride; eu nunca fiz nada pra ele me falar um bocado de coisa, ao contrário dele.

Ele me xingava de muitas coisa que eu não quero falar, não gosto de lembrar... me faz mal. Eu fico triste com essas coisas, agente brigava, ela já me agrediu, mas não, grávida. Quando ele me agredia, eu ficava com raiva, mas depois a gente se entendia; aí, depois que eu engravidei era só brigas. Um tempo a gente ficou de boa, mas depois começou as brigas, ele saía com os colegas e um bocado de gente e eu só em casa. Ele falava um bocado de coisa, assim, que eu dava corno nele, e eu nem saía de casa. Chegavam pra ele falando um bocado de coisa, até os parentes dele falavam, aí, ele nem perguntava. No início, quando a gente namorava, ele era normal, mas depois que eu engravidei, tudo começou.

Ele vai assumir o filho. Não tem jeito! Mas ele disse que não vai ficar comigo; hoje eu vou pensar em mim, eu vou pensar primeiro, segundo, terceiro, em mim. Estou fazendo pré-natal no posto, é menino! Ele tem 19 anos e trabalha numa firma de construção civil.

Agora, estou morando com minha irmã, ela alugou uma casa lá em baixo e me chamou para morar com ela, minha mãe mora aqui com o marido dela, antes eu morava aqui, mas agora estou com minha irmã, eu não gosto do meu padrasto, o santo dele não bateu com o meu (risos), sei lá! Minha relação com minha irmã é boa. No início, ela apoiou meu namoro com ele, ela gostava dele, mas depois...

Eu tenho 19 anos, nasci em Santo Antônio de Jesus, aqui na Bahia. Minha mãe é dona de casa e, às vezes, fazia alguns trabalhos na rua, com faxina; meu pai trabalhava na roça, mas agora ele está aposentado, tenho seis irmãos, sendo duas mulheres e quatro homens. Na minha infância, eram muitas brigas com meus irmãos, um bocado de coisa; meus irmãos brigavam muito comigo. Eu sou a mais nova entre eles, então, qualquer coisa que acontecia em casa, a culpa era minha, vinha logo pra cima de mim, nem perguntava. Se sumia alguma coisa, era eu, tudo eles me batiam. Na escola, não era muito boa, estudei até a 5ª série, deixei de estudar quando tive minha primeira filha aos 17 anos. Perdi vários anos, eu gostava muito de ficar do lado de fora, conversando com as meninas, não ia para a sala de aula e, aí, perdia de ano. Depois dessa menina, eu deixei de estudar, não deu mais, a menina estava doente, aí, o diretor da escola queria que eu deixasse ela no hospital para ir às aulas. Eu disse que não ia fazer isso e que não ia retornar para a escola. Depois que engravidei, saí de casa para morar com o pai dela.

Minha primeira relação sexual foi com um rapaz que morava numa casa, aí em cima. Eu tinha 16 anos, tenho vergonha de falar (risos), eu ouvi falar que era bom, mas eu não gostei, eu não tinha ficado com nenhum homem, só andava com as meninas, aí, botaram pilha, minhas colegas disseram para eu ir. Eu fiquei com medo, alguma coisa assim, ele me levou para a casa do pai dele, e aconteceu. A gente não namorava, só ficamos, depois, eu voltei para a casa dos meus pais e ele ficou na casa dele. Depois, eu não fiquei mais com ele. Não usei camisinha, porque não sabia o que era, não usei nada, não tinha conhecimento. Depois de um tempo, eu conheci o pai dela na igreja. Logo quando eu vi ele, gostei, a gente começou a conversar; aí, foi ficando naquela amizade; aí, foi namorando, namorando... Nessa época, eu também não usei nada, a gente namorava sem camisinha, mas eu não engravidei logo, fiquei um tempo sem engravidar, depois que engravidei, aí, eu tive o primeiro filho.

Eu queria ter o primeiro, engravidei porque quis, não usava nada, mas esse segundo não. Quando eu descobri que estava grávida da primeira vez, fiz o pré-natal direitinho, a médica disse que era pra eu ter cuidado, porque era gravidez de risco, pois eu estava nova, mas foi tudo direitinho. Depois que eu engravidei, fui morar com o pai dela, aos 17 anos, em uma casa lá em cima. Tive ela e fiquei tomando remédio, fiquei tomando remédio direitinho, a médica que passou, eu nem sabia que eu estava grávida, porque eu estava tomando remédio, aí, todo mundo dizendo que eu estava grávida, o pessoal dizia que eu estava grávida porque minha barriga estava aparecendo e eu dizendo que não estava. Aí, quando fui ver, estava grávida. Aí, eu tive que tirar a mama dela, ela já estava com um ano. Na verdade, o que aconteceu foi que eu estava tomando remédio de três meses e quando fui tomar da última vez,

não tinha mais o de três meses, só tinha o de um mês, mas eu não fiquei sabendo que era para voltar no outro mês, achei que era de três, só descobri que era de um mês, depois que engravidei.

Minha relação com ele foi sempre assim: agente brigava, às vezes, ele me batia, ele bebe muito, quando ele chega em casa bêbado, fica procurando confusão, mas agora que a mãe dele encheu a cabeça dele, ele saiu de casa e foi morar com ela... Antes, ele vinha aqui me ver e ver a menina, agora ele vem e depois vai pra casa da mãe, que ela não quer mais saber nem mesmo da menina. Aconteceu umas coisas aí, uma briga. Aí, ela não quer mais saber nem mesmo da menina e nem quer a gente junto de novo. A briga foi porque ele fica me enchendo, eu discuti com ele, e ela foi se meter. Aí, eu peguei a faca, eu estava nervosa, ela ficou me enraivando, me enraivando, aí, chegou num ponto até que eu peguei a faca, eu não cheguei a fazer nada, só peguei a faca, aí, ela não quis mais saber, ela não quer saber de eu ficar com o filho dela.

Quando a gente morava lá em cima, era minha mãe que não queria, ficava dizendo que ele não trabalhava não fazia nada, mas ele estava trabalhando na fábrica. Aí, teve até uma briga deles dois. Ele trabalha na fabrica, quando a gente veio morar aqui, ela parou de encher, aí, começou a mãe dele. Ele me xingava, às vezes, era mais xingamento. Ele já chegava assim xingando, mas quando a gente brigava mesmo, de sair na mão, era por causa da mãe dele mesmo e, às vezes, por causa do pai dele. Eles não queriam que ele ficasse comigo.

Antes, quando ele vinha aqui, ficava me xingando com um bocado de nome baixo. Agora, ele está parando. Quando ele me xinga, eu fico com raiva, mas o médico disse para eu não ligar, que isso aí passa, porque senão eu vou ficando com raiva e isso passa pro meu filho, então aí eu deixo ele pra lá, mas tem horas que ele bebe, aí, quando mãe dele começa encher a cabeça dele, ele começa a me encher e eu não aguento. Pego e saio com a menina até ele parar de falar. Quando ele está são, tudo fica bem, mas quando ele está bêbado não. Aí, eu evito ficar com a menina perto dele.

Ele, uma vez, estava com uma bombinha cheia, eu nem sabia que ele estava bebendo, aí, eu vi nas coisas dele, ele bebe mais nos finais de semana, até quando a mãe dele está aí, só chega, assim, bêbado e tarde da noite e começa a xingar, brigar. Às vezes, eu fico do lado de fora, eu já fiquei ate duas horas da manhã, esperando ele dormir. Eu e a menina, até na menina, bêbado, ele já bateu. Ele é capaz de fazer alguma coisa até com a própria mãe dele. Uma vez, eu peguei ele jogando a menina pra lá, empurrando na cama, aí, eu peguei a menina e saí; no outro dia, eu perguntei a ele se ele se lembrava o que ele fez com a menina, ele disse que não se lembrava. Aí, eu peguei e disse a ele o que ele fez, ele pegou a menina e disse “ó

minha filha, desculpe viu? Papai não sabia o que estava fazendo”. Ele disse que quando ele bebesse, não era pra deixar a menina perto dele.

Agora, por causa da mãe dele, só mora eu e a menina. Ele vem, demora um pouquinho e vai embora, quando ele dorme aqui, a mãe dele vira a porra com ele. Eu vivo com o dinheiro que ele me dá e com a ajuda da minha família, antes eu ganhava o dinheiro do programa do governo, mas agora foi suspenso, eu estou tentando ver porque parei de receber, mas até agora ainda não descobri.

Já terminei o pré-natal, estou no nono mês, fiz sete consultas e já sei que é menino. Pretendo ter aqui mesmo, pretendo fazer normal, o dela era pra ser cesáreo, mas deu tudo certo. O dele, eu também quero que seja normal. Quando eu for ter ele, ela vai ficar com o pai dela e com a avó, quando ele for trabalhar, a avó fica com ela.

Hoje, minha relação com minha família é melhor, meu pai e minha mãe estão melhor agora, eles me ajudam. Com meus irmãos, continua a mesma coisa, a gente sempre briga por alguma coisa, minha mãe e meu pai estão na paz, eles nunca foram de brigar muito, ele vem até aqui, às vezes, ver a menina. Uma vez mesmo, minha mãe trouxe R\$ 100,00 que foi meu pai quem mandou, eu nem sabia. Ele está, assim, meio idoso; aí, não sai muito de casa.

Mas minha relação com a pai dela continua a mesma coisa, quando ele me bate, a minha vontade é de me sair dele. Parece uma coisa que vem assim pra cima dele, eu não gosto! Minha irmã foi, assim, pra cima dele uma vez, ele mandou fazer uma comida pra ele, aí, demorou a gente queria dormir e ele disse “Ah, você e sua irmã, tudo vagabunda”, aí, até meu irmão brigou comigo, porque eu levei ele. Ele já veio chegando, me deu um tapa, no outro dia, eu falei com ele e ele disse que não se lembrava, aí, quando é de manhã ele vem pede desculpa, eu já estava grávida pela segunda vez, quando ele fez isso. Já tem uns seis meses que ele mora com a mãe dele; quando ele vem aqui, bêbado, bate, xinga, diz isso e aquilo, aí, de manhã, pede desculpa, diz que a mãe dele fica falando coisa e xinga ele, aí, ele vem e me diz coisa. Eu já estou até acostumada. Eu não trabalho, vivo às custas dele e de ajuda da minha família, fico aqui, só com ela nessa casa, no futuro, pretendo voltar a estudar.

ANEXO A – Formulário



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

Gravidez na adolescência: Condições de vulnerabilidade

Entrevistador: _____

Data: ___/___/2011

1 – Dados pessoais e sócio-econômicos:

1– Idade:	
2 – Cor da pele: 1.preta 2.parda 3. branca 4. amarela 5.indígena	
3 - Grau de escolaridade: 1. analfabeta 2. antigo primário 3. fundamental ou 1º grau incompleto 4. fundamental ou 1º grau completo 5.ensino médio ou 2º grau incompleto 6.ensino médio ou 2º grau completo 7.superior incompleto	
4 – Situação conjugal: 1. casada/união consensual 2. solteira 3.separada/divorciada 4. viúva 5.Outro _____	
5 - Com quem mora? 1. marido/companheiro 2. filhos 3.pai 4. mãe 5.outros _____	
6 - Trabalha fora de casa? 1.sim 2.não O que Faz? _____ Onde? _____	
7 – Trabalha em casa com remuneração? 1.sim 2.não O que faz? _____	
8- Você é independente financeiramente? 1. sim 2.não Se não, parcialmente () totalmente ()	
9- Quem ajuda você financeiramente? 1. marido / companheiro 2.pai 3. mãe 4.parentes 5. amigos 6. outros: _____	

2- História gineco-obstétrica:

Nº de gestações: _____
Nº de partos: _____
Nº de abortos: _____
Nº filhos vivos: _____
Nº filhos pré-maturo: _____
Fez pré-natal 1. sim () 2.não ()
Você engravidou: 1. não uso de métodos contraceptivos () 2. desconhecimento de métodos contraceptivos () 3. falha no uso do método contraceptivo () 4. desejo de ser mãe () 5. vontade de sair de casa () 6.seu companheiro queria um filho () 7. medo de perder o marido/companheiro () 8. outros _____

3- Dados relativos à vivência de violência:

Alguém já humilhou você publicamente? 1. sim 2. não quem? _____ E na gestação atual? () quem? _____	
Alguém já xingou você ou sua família? 1. sim 2. não quem? _____ E na gestação atual? () quem? _____	
Alguém já lhe impediu de trabalhar ou ter amizades? 1. sim 2. não quem? _____ E na gestação atual? () quem? _____	
Alguém já deixou você sem assistência quando doente ou grávida ? 1. 1. sim 2. não quem? _____ E na gestação atual? () quem? _____	
Alguém já lhe trancou dentro de casa/impediu de sair? 1. sim 2. não quem? _____ E na gestação atual? () quem? _____	
Alguém já esbofeteou, chutou, mordeu, ou empurrou você ? 1. sim 2. não quem? _____ E na gestação atual? () quem? _____	
Alguém já lhe feriu com algum objeto (faca , revolver, pedra, pau ou outros instrumentos)? 1. sim 2. não quem? _____ E na gestação atual? () quem? _____	
Você já foi forçada a praticar algum ato sexual ou ter relação sexual sem sua vontade? 1. sim 2. não quem? _____ E na gestação atual? () quem? _____	
Alguém já te tocou ou fez algum ato sexual sem sua vontade? 1. sim 2. não quem? _____	

E na gestação atual? () quem? _____	
Na gestação atual – O pai da criança disse que o filho não era dele? 1. sim 2. Não	
Na gestação atual – O pai não quis assumir? 1. sim 2. não	
Na gestação atual- Você sofreu ameaça dos familiares de não ajudá-la? () sim () não Quem? _____	

4 - Como era a sua relação familiar antes da descoberta desta gravidez?

5 - Como está a sua relação familiar durante a gestação?

6 - Como você tem vivenciado a experiência da gravidez?

7 – Quais eram seus planos para o futuro antes da gravidez?

8 - Quais são seus planos para o futuro?

ANEXO B – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CONEP****COMUNICADO**

De posse do Parecer consubstanciado emitido por este Plenário em 22.4.2010, e após análise da documentação apresentada pelos pesquisadores no atendimento às recomendações emitidas sobre o Protocolo 04.2010, Folha de Rosto 316.608 o Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia tem o prazer de comunicar que o seu projeto de Pesquisa - abaixo nominado, apreciado na Reunião Extraordinária realizada em 13.5.2010, na sala deste CEP, situado no 4º andar da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia foi considerado **APROVADO** pelo Plenário.

Titulo do Projeto: "Fatores de vulnerabilidade na saúde das crianças e adolescentes de São Francisco do Conde".

Pesquisadoras Responsáveis: Dra Climene Laura de Camargo

Demais pesquisadores: Normélia Maria Freire Diniz, Aisiane Cedraz Moraes, Nadirlene Pereira Gomes, Jovânia M. de Oliveira, Andrea Broch Siqueira L. Lessa, Eloina Santana Alves, Telma Maria Oliveira.

OBSERVAÇÃO: As autoras devem apresentar os relatórios parciais a cada 6 (seis) meses e o Relatório Final após a conclusão da pesquisa à Coordenação do CEP em atendimento ao disposto na Resolução 196/96.

Salvador, 20 de maio de 2010.

Darci de Oliveira Santa Rosa

Darci de Oliveira Santa Rosa
Coordenador do CEP-EEUFBA
COREN BA 11.111

ANEXO C – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CONEP**

COMUNICADO

Comunicamos que o protocolo nº 05/2011 – fr - 396912- História de vida de adolescentes grávidas em situação de violência doméstica. foi considerado pela plenária do dia 24 de fevereiro de 2011 como APROVADO

Título do Projeto: História de vida de adolescentes grávidas em situação de violência doméstica

Pesquisadoras Responsáveis: Rosana Santos Mora

Demais Pesquisadores: Normélia Maria Freire Diniz (orientador)

Data da apreciação do CEPEE/UFBA: 24.02.2011

CONSIDERADO PELO PLENARIO: APROVADO

OBSERVAÇÃO: Os pesquisadores devem Atentar para as novas diretrizes da resolução 196/96 sobre a entrega do parecer a instituição e pegar o modelo da declaração para a instituição. Após a coleta de dados lembrar a entrega do relatório final.

Salvador, 24 de Fevereiro de 2010.

Climene Laura de Camargo
Vice-Coordenadora do CEPEE.UFBA

Salvador, 16/3/2010
Darci de Oliveira Santa Rosa
Coordenadora do CEP-EEH/UFBA
COREN-BA