

# **GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA: A PERSPECTIVA DA PATERNIDADE**

António Manuel Marques

Novembro de 2007



**Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género**  
Presidência do Conselho de Ministros

## **FICHA TÉCNICA**

Este estudo foi financiado pelo Programa de Iniciativa Comunitária EQUAL e elaborado no âmbito do projecto HUMANUS CAM com uma parceria de desenvolvimento que integra a Associação Humanidades, na qualidade de entidade interlocutora, a Associação para o Planeamento da Família (APF), a Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género (CIG), o Hospital Júlio de Matos, a PERFIL – Psicologia e Trabalho, Lda. e a Santa Casa da Misericórdia de Albufeira.

### **Coordenação do Estudo:**

Sónia Duarte Lopes – APF

João Paiva – CIG

### **Autor:**

António Manuel Marques - APF; Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal

### **Equipa de investigação:**

Sara Duarte (coordenação) - APF

Irina Fernandes - APF

ISBN: 978-972-597-294-6

Tiragem: 2.500 Exemplares

Depósito Legal: 268946/07

Execução Gráfica: Offset Mais Artes Gráficas, S.A.

Promover a Igualdade de Oportunidades e garantir o modelo social europeu é um dos objectivos centrais do Ano Europeu da Igualdade de Oportunidades para Todos e uma prioridade para os estados membros da União Europeia.

No ano em que celebramos os cinquenta anos do Tratado de Roma e do princípio da igualdade entre homens e mulheres, congratulamo-nos de promover a publicação deste estudo, que constitui um contributo para a compreensão do papel dos homens na maternidade e aponta pistas para desconstruir o estereótipo da maternidade centrada exclusivamente na mãe.

O envolvimento masculino na gravidez não tem merecido especial atenção, tanto por parte dos investigadores como dos profissionais que, no seu quotidiano, trabalham no âmbito da saúde sexual e reprodutiva o que acentua e promove, claramente, a exclusão masculina do universo reprodutivo e do cuidado dos filhos.

O projecto Humanus CAM financiado pela iniciativa comunitária EQUAL, permitiu a criação de uma estrutura integrada de resposta a jovens grávidas e mães, bem como a seus filhos, tendo permitido também experimentar uma metodologia de acolhimento, orientação, formação e inserção de grávidas/mães, dos 15 aos 19 anos, e seus filhos, dos 3 meses aos 3 anos, em elevado risco de exclusão social e/ou violência.

A Parceria do projecto não quis, no entanto, deixar passar em claro a oportunidade de ouvir os pais e tentar perceber qual a sua posição neste processo. Esperamos que as conclusões agora apresentadas neste estudo de caso possam contribuir para uma mudança do paradigma do conceito de *saúde sexual e reprodutiva* vigente, centrado na matriz ideológica e prática da *saúde materno-infantil*, para um conceito mais abrangente centrado numa partilha

efectiva de direitos e deveres entre mulheres e homens de acordo com o espírito do Ano Europeu de Igualdade de Oportunidades para Todos.

Elza Pais  
*Presidente da Comissão para a Cidadania  
e Igualdade de Género*

## NOTA INTRODUTÓRIA

O estudo, cujo relatório agora se publica, reveste-se de um significado especial, no contexto das actividades da APF. Este facto deriva de, entre outras, duas circunstâncias: a primeira tem a ver com a constatação de que a perspectiva da paternidade em contexto de gravidez na adolescência tem tido até agora muito pouca visibilidade investigativa, como é referido na introdução; o segundo pelo contributo que este estudo pode vir a dar a intervenções posteriores, no sentido de capacitar os jovens pais para o exercício de uma paternidade positiva, como parece aliás ser o seu desejo, de acordo com os resultados deste estudo, como medida preventiva de situações de violência sobre a primeira infância, por parte de progenitores, fenómeno que vem ganhando, infelizmente, expressão e visibilidade na sociedade portuguesa.

Na verdade, estudos recentemente publicados tais como a Síntese e as Recomendações do Projecto Europeu, “Homens e Famílias, a Evolução do Papel Masculino nas Famílias na Europa”, de Dezembro de 2006, sob a égide do Instituto Europeu para a Igualdade de Mulheres e Homens, concluem que a renovação da figura do pai parece ser o factor mais decisivo para a mudança de mentalidades na evolução dos papeis masculino e feminino no seio da família. As respostas dos inquiridos, no estudo citado, em vários países europeus, entre os quais Portugal, revelaram grande coincidência com os resultados do estudo que agora se apresenta: salientando o papel que o homem deseja cumprir enquanto educador e protector das crianças.

Esta aspiração, a confirmar-se, constitui, sob o ponto de vista de mudança das mentalidades, uma ruptura com o papel tradi-

cional das mães nestes dois domínios. No entanto, através dos resultados do nosso estudo, temos consciência da dificuldade que o assumir destes papéis pode constituir para todos os pais e com muito maior pertinência para os pais muito jovens, com pouca escolarização e poucos recursos. Daí, que faça todo o sentido que se desenvolva mais trabalho de intervenção comunitária nesta área, de modo a que os homens possam tomar consciência de que a igualdade de género dentro da família depende acima de tudo da sua vontade pessoal de a alcançar, da possibilidade de convencer a sociedade das vantagens e da legitimidade de sua presença em todas as fases do exercício da paternidade, desde a contracepção à concepção, ao envolvimento em todas as fases da gravidez e do nascimento, ao acompanhamento na primeira infância, em suma, como parece ser o seu desejo, na educação e protecção dos seus filhos.

É na esfera privada que se tem de travar este primeiro combate, que em certas circunstâncias, como demonstram os dados colhidos neste estudo, está ainda em estado de desejo embrionário e requer apoio continuado. Mais tarde poderão vir a envolver-se também noutros combates nas esferas profissional e pública.

Partindo destes pressupostos, resta-nos discutir qual deverá e poderá ser o papel da APF nesta construção social de uma realidade que necessita de urgente mudança. Esse papel terá de consistir no alargamento de acções de intervenção comunitária junto de populações em situação de desenvolverem respostas de paternidade precoce inadequada e de risco. As dimensões de apoio psico-social, de rapazes e raparigas, enfatizando a autonomia, a auto-estima e a responsabilidade pessoal e social, deverão juntar-se o envolvimento masculino, a educação contraceptiva, a prevenção da gravidez precoce e sua recidiva, o apoio na gravidez e preparação para o parto, a construção de projectos de vida adequados e realistas, em que as dimensões de paternidade e maternidade sejam contempladas em termo de igualdade de género. As ligações da APF às estruturas oficiais de apoio à Família e à Primeira Infância devem ser desenvolvidas

e as parcerias devem continuar a ser constituídas com aqueles que aos diferentes níveis de intervenção lidam com estas problemáticas. Por isso é tão significativa a publicação deste estudo, pois dá visibilidade à nossa acção concreta e abre outros espaços de intervenção para a APF a diferentes níveis desta problemática. Assim, os diferentes departamentos da APF e as delegações poderão desenvolver projectos que alargarão o horizonte temático geográfico desta problemática.

Manuela Sampaio  
*Presidente da Associação para o  
Planeamento da Família*





## PREFÁCIO

As representações sobre os fenómenos da reprodução, gravidez e maternidade decorrem, regra geral, segundo numa encenação criada no universo feminino.

No domínio da procriação, em particular nas idades jovens, as referências aos homens remetem-nos, na maioria dos casos, para as cenas anteriores, as da parada nupcial que acabaram em cópula e fecundação. Nesse processo, é raro que lhes seja atribuído o papel de bom na história. Além disso, são retirados, ou retiram-se, de cena quando a acção ainda vai no primeiro acto. Em casos extremos, não chegam sequer, a participar na estreia, porque nem sabiam que a peça ia ser levada à cena, porque recusaram nela participar ou, porque lhes é vedado o acesso, seja como protagonista, actor de segundo plano, figurante, ou, em desespero de causa, como mero espectador.

Infelizmente, a Saúde continua imbuída desta forma de pensamento colectivo, que faz olhar para o fenómeno da reprodução, como “assunto de mulheres”, não tendo sido capaz de encarar os homens que estão a aprender a ser pais como co-gestores de um projecto que se torna vitalício – quer se tenham envolvido nele de forma voluntária, programada, inesperada ou contrariada. Os serviços e os profissionais, salvo raras excepções, têm reproduzido o modelo social sobre as responsabilidades na procriação, que focaliza as atenções, quase em exclusivo, nas mulheres, enquanto objecto de investimento.

Em 2005, de acordo com o Instituto Nacional de Estatística, terão nascido em Portugal 1471 crianças filhas de pais com menos de 20 anos e, em setenta por cento dos casos, as mães enquadravam-se no mesmo grupo etário. No decurso e após as gravidezes, as atenções clínicas terão estado, com toda a propriedade, centradas nas mães e nas crianças.

Mas, se cada vez mais os serviços de saúde, e não só, têm vindo a dar maior ênfase ao impacte psicológico e social da maternidade nas jovens mães, porque razão parece ignorar-se, pura e simplesmente, que a procriação traz igualmente repercussões no processo de desenvolvimento pessoal e social e nas vivências dos jovens pais? Acaso deixarão de ser *adolescentes*, pelo facto de se reproduzirem? Não constituirá, em qualquer idade, um risco ter filhos e, por maioria de razão, quando os que estão à volta entendem que tal ainda não deve acontecer?

Porquê, então, mobilizar as energias, os saberes e os recursos para, apenas, metade (sempre a mesma) dos protagonistas do fenómeno da procriação, em particular nos mais jovens? Porque razão tarda, tanto, a fazer-se reflectir nas práticas aquilo que começa, aos poucos, a surgir nos discursos quanto a igualdade de direitos sexuais e reprodutivos?

Nesta matéria, os ditames do género e as assimetrias neles geradas acabam por penalizar também os homens, ao manter-se tanto obstáculo ao apoio a uma vivência mais informada, esclarecida e segura da paternidade – mesmo que muitos homens neguem que tal pretendem alcançar, fruto, talvez, das grilhetas demasiado apertadas que ainda os prendem ao velho sexismo e que não lhes permitem fruir a liberdade de serem plenamente pais.

No presente documento, ao dar-se voz a quem tem filhos e, regra geral, não é chamado a pronunciar-se, quando tal acontece, sobre emoções, afectividade, expectativas, atenções e cuidados (não) recebidos, está a prestar-se um contributo significativo para que se olhe, com olhos de ver, para aquilo que ainda não fomos capazes (não quisemos?) fazer; ou seja, apoiar uma parcela significativa da humanidade numa das mais fascinantes aventuras que lhe é dado viver ao longo da vida: a de ir aprendendo a ser pai, através da biologia e /ou do afecto.

Vasco Prazeres  
13 de Novembro de 2007

# ÍNDICE

<b>Apresentação.....</b>	<b>13</b>
<b>1 – Paternidade e gravidezes em adolescentes .....</b>	<b>17</b>
<b>2 – Apresentação do Estudo .....</b>	<b>27</b>
2.1 Objectivos do estudo .....	27
2.2 Participantes no estudo .....	28
2.3 Métodos da pesquisa.....	30
<b>3 – Elementos de análise.....</b>	<b>33</b>
3.1 Circunstâncias da gravidez .....	33
3.2 Alterações devidas à gravidez .....	43
3.3 Representações sociais da paternidade e maternidade.....	46
3.4 Conhecimentos sobre saúde sexual e reprodutiva (planeamento familiar) .....	48
3.5 Os apoios que gostariam de ter tido ou de vir a ter como pais.....	50
<b>Conclusões e recomendações .....</b>	<b>53</b>
<b>Referências .....</b>	<b>57</b>
<b>Apêndices .....</b>	<b>63</b>



## APRESENTAÇÃO

Esta é uma publicação acerca de alguns homens e rapazes que vivenciam a experiência de paternidade, numa condição específica, e que aceitaram reflectir connosco sobre ela. Conduzidos pelo desejo de aprofundar o conhecimento acerca da experiência masculina da paternidade, quando esta ocorre em situações de gravidez na adolescência, as narrativas dos participantes são encaradas como um olhar possível, mesmo que assumidamente incompleto.

Essa limitação consciente advém, sobretudo, dos objectivos que orientaram esta pesquisa e, também, do percurso que nos trouxe a este formato de edição.

Este estudo teve como objectivo fundamental contribuir para o aumento do conhecimento acerca do fenómeno da gravidez na adolescência, valorizando uma perspectiva menos explorada, entre nós, pela investigação e pela acção dos profissionais da saúde, da educação e da intervenção social e comunitária: a experiência dos rapazes e dos homens. Com efeito, por um conjunto vasto e complexo de factores, que iremos rever em seguida, o esforço de investigação e de intervenção no domínio da gravidez na adolescência tem-se focalizado, predominantemente, nas adolescentes.

É inquestionável a legitimidade e a necessidade de conhecer esse fenómeno, de agir sobre ele, no sentido da sua prevenção e de apoiar directamente as mães, as crianças e as famílias envolvidas. No entanto, adoptando, em exclusivo, o olhar sobre o lado feminino do problema, estamos a menosprezar o facto iniludível de que existem dois protagonistas (quer a gravidez tenha resultado de uma decisão voluntária ou não), que as crianças têm pai e mãe, que excluímos e isentamos de responsabilidades os rapazes e os

homens, acentuamos as desigualdades entre os sexos, restringimos as hipóteses de sucesso das estratégias de prevenção.

Tratou-se, pois, de uma pesquisa com objectivos precisos, ainda que limitados, e, de certa forma, localizada. É notória, como se verá, a forte presença dos efeitos das inserções sociais, uma vez que os entrevistados pertencem a estratos sociais baixos e muito baixos, com estilos de vida e recursos económicos e materiais bastante precários e têm alguma relação, na quase totalidade, com projectos de intervenção comunitária de iniciativa da APF ou nos quais esta é parceira. Não existe, portanto, a ambição de identificar e caracterizar elementos universais ou generalizáveis ao contexto regional e nacional e aos vários segmentos populacionais, o que não lhe retira, contudo, o mérito de dar visibilidade à necessidade de questionamento das experiências dos indivíduos-utentes, bem como das orientações institucionais e profissionais que pretendem agir activamente sobre a saúde sexual e reprodutiva.

O corpo desta edição recupera, quase na íntegra, o conteúdo do relatório técnico e científico elaborado para efeitos de apoio à intervenção directa nas acções e iniciativas comunitárias da APF ou de outras entidades. Entender-se-á, assim, que, não sendo um trabalho puramente académico, este se caracteriza por uma relativa simplicidade, tanto do ponto de vista conceptual como metodológico.

Contudo, através desta divulgação, esperamos contribuir para a continuação do debate em torno da perspectiva da paternidade, no caso das gravidezes em mães adolescentes, de forma a que se encontrem linhas de actuação realizáveis e empiricamente sustentadas e que respondam, com efectividade, à complexidade do problema em causa.

De início, num primeiro capítulo, apresentamos a revisão da literatura que nos permitiu formular os objectivos do estudo e desenhar o plano da pesquisa empírica. Em seguida apresentamos os processos e os princípios metodológicos, descrevemos o grupo de participantes e os instrumentos de recolha dos dados.

O capítulo 3 é constituído pelos elementos de análise recolhidos, fazendo uso dos excertos mais significativos das narrativas dos participantes, seguindo os principais temas e tópicos. Por

último, são salientadas as principais conclusões do estudo e, a partir delas, sugerem-se algumas pistas para reflexão acerca dos modos de organização e gestão dos serviços que prestam cuidados no domínio da saúde sexual e reprodutiva, sobretudo quando estes se focalizam na prevenção e acompanhamento de grávidas adolescentes.





## 1 – PATERNIDADE E GRAVIDEZES EM ADOLESCENTES

A constituição da paternidade como objecto de estudo foi ganhando, ao longo das últimas décadas, uma legitimidade indiscutível (Marsiglio, 2005; Marsiglio, Amato, Day, & Lamb, 2000; Pleck, 1997), sobretudo com referência às sociedades ditas industrializadas (Badinter, 1993; Hobson, 2002). Nas últimas décadas do Século xx, começou a ser reconhecido, tanto pelos investigadores e profissionais como pelo senso comum, que, tal como a maternidade, a paternidade produz efeitos ao nível psicológico e psicossocial (Le Camus, 2000). A delimitação do papel dos homens ao acto da fecundação, ao apoio directo à mulher grávida e à sobrevivência familiar foi-se evidenciando como uma concepção insatisfatória face à mudança social associada à parentalidade (op.cit.).

Por outro lado, também nos últimos anos, tem-se assistido a um investimento científico e técnico relativamente à ‘saúde no masculino’, com especial ênfase nos adolescentes e jovens, o que é notório no número e na diversidade dos estudos e na disponibilização e análise de dados estatísticos e epidemiológicos diversos (Prazeres, 2003)<sup>1</sup>.

Esta atenção à população de sexo masculino envolve também o campo específico da saúde reprodutiva, tanto ao nível nacional como internacional, seja dos investigadores como das instituições de saúde, educação e de outros sectores (Sonenstein, 2000; United Nations Population Found, 1995; World Health Organization, 2000a,

---

<sup>1</sup> Para além dos trabalhos que, de forma não exaustiva, consultámos e referenciamos nesta publicação, julgamos ser de assinalar que, presentemente, o INE disponibiliza na sua página WWW uma entrada específica de ‘Género’, através da qual podem ser recolhidos e comparados vários indicadores de saúde separados por sexos;

2000b). Tendencialmente, contudo, a argumentação acerca da importância do envolvimento masculino neste domínio tem-se focalizado nas vantagens que este poderá trazer à mãe e ao bebé, ou seja, carecendo de uma visão mais ampla que integre a saúde reprodutiva nas relações de poder entre os sexos, que questione os significados associados a cada sexo e que considere as necessidades específicas dos homens e dos rapazes.

Apesar do conceito de *saúde sexual e reprodutiva* pretender ser, hoje, uma proposta conceptual e organizativa (Araújo, 1996; Calado, 1997; Trindade, 2002)<sup>2</sup>, a matriz ideológica e prática pode ainda pautar-se pelo conceito de *saúde materno-infantil*<sup>3</sup>. Esse facto acentua e promove, facilita e justifica, claramente, a exclusão masculina do universo reprodutivo e do cuidado dos filhos.

Tal como afirmam Brindis e colegas (2005, p.30), apesar de uma gravidez envolver ambos os sexos, os profissionais de saúde têm sido lentos a clarificar como podem e devem os rapazes e os homens participar nos esforços da sua prevenção. Genericamente, as orientações técnico-científicas, os investimentos e as práticas institucionais e profissionais concretas assumiram, em grande maioria, que as mulheres e as raparigas seriam o alvo essencial das intervenções, não dando, por isso, especial relevo ao papel e às necessidades de saúde dos homens e dos rapazes (Brindis et al., 1998; Brindis et al., 2005; Correia & Sereno, 2005; Schulte & Sonenstein, 1995; Sonenstein, Stewart, Lindberg, Pernas, & Williams, 1997; The Alan Guttmacher Institute, 2002).

O convite e o esforço para que os rapazes e homens se dirijam ou frequentem as consultas de planeamento familiar são, vulgarmente, encarados como algo positivo e necessário. No entanto, o princípio subjacente é que a adesão masculina é benéfica para as raparigas e mulheres, não uma mudança que tenha, só por si, justificação conceptual e traga também benefícios a rapazes e homens

---

<sup>2</sup> Reforçado também pelo reconhecimento dos Direitos Sexuais e Reprodutivos (Conferência do Cairo sobre População e Desenvolvimento, em 1995);

<sup>3</sup> Como pode ser notado na nomenclatura de alguns serviços públicos e dos seus documentos oficiais;

(Brindis et al., 2005; Edwards, 1994; Schulte & Sonenstein, 1995). É, no fundo, o que sintetiza a afirmação de Prazeres e colegas (2005, p.20):

*“Tal como as mulheres, os homens têm necessidades específicas no domínio da saúde sexual e reprodutiva e torna-se fundamental entendê-los não apenas como interlocutores daquelas – ou como complemento das análises sobre maternidade –, mas também enquanto verdadeiros protagonistas.”* (Prazeres et al., 2005, p. 20).

Assim, a raridade da oferta de serviços de saúde específicos para rapazes e homens (ou que contemplem as suas necessidades) pode constituir uma clara barreira à sua participação e envolvimento, pondo em causa a consecução dos objectivos últimos da saúde sexual e reprodutiva (Schulte & Sonenstein, 1995; The Alan Guttmacher Institute, 2002).

O facto de serem as raparigas e as mulheres quem engravida reforça, pelo menos em parte, o esforço público e profissional na elevação dos níveis de qualidade dos serviços prestados nas chamadas áreas da saúde materna e materno-infantil (The Alan Guttmacher Institute, 2002). Por outro lado, a relativamente vasta oferta de meios contraceptivos seguros é, praticamente, utilizada pela mulher, uma vez que apenas o preservativo e, em alguns casos, a vasectomia, são destinados aos homens (Brindis et al., 2005).

Vários indicadores sugerem que, efectivamente, a população masculina tem necessidades não satisfeitas no domínio da informação acerca da gravidez não desejada, dos métodos contraceptivos, para além da prevenção das IST's (Edwards, 1994; Gideon, 2006; Marques, 2002a; Schulte & Sonenstein, 1995).

Os rapazes envolvem-se, em média, mais precoce e frequentemente em situações de risco, tanto em relação à gravidez não desejada como ao contágio de IST's (Brindis et al., 2005; Prazeres, 2003; Sonenstein, 2000) e, paradoxalmente, recebem menos atenção da parte das famílias no que respeita à disponibilização de

informação e de medidas de prevenção (Ketting, 2000; Lindberg, Ku, & Sonenstein, 2000a; Lindberg & Sonenstein, 2000b; Marques, 2002a; Vilar, 2002).

Por outro lado, alguns estudos sobre a população portuguesa têm clarificado que, apesar desse envolvimento em situações de risco, os rapazes e os homens tenderão a subvalorizar a sua vulnerabilidade face às consequências negativas dos seus comportamentos sexuais (Marques, 2002a, 2002b; Nodin, 2001; Roque, 2001; Santos, 2004; Vasconcelos, 1999).

Quando questionados, muitos dos rapazes referem que gostariam de possuir mais informação acerca da saúde sexual e reprodutiva do que aquela que, em geral, recebem (Brindis et al., 2005; Prazeres, 2003), e é também comum expressarem desconhecimento acerca dos locais a que podem recorrer para efeitos de prevenção ou de suporte neste domínio (Lindberg et al., 2000a; Sonenstein, 2000).

Alguns factores podem auxiliar a compreensão acerca da fraca adesão dos rapazes e homens aos cuidados de saúde sexual e reprodutiva (SSR), os quais nos parece pertinente salientar.

Desde logo, como enquadramento, há que considerar a baixa procura dos serviços de saúde por parte dos rapazes e dos adultos-jovens, mais do que ocorre nas raparigas e mulheres (Banks, 2001; Courtenay, 2000; Francome, 2000; Lindberg & Sonenstein, 2000b; Maharaj & Talbot, 2000; Marques, 2002a; Prazeres, 2003). Ainda que a saúde sexual e reprodutiva seja um domínio específico, esta fraca familiaridade dos indivíduos do sexo masculino com os serviços e profissionais de saúde pode ser um factor negativo a considerar.

Ainda que se refiram a realidades temporal, sócio-cultural e geograficamente distintas da portuguesa, valorizamos as interrogações produzidas a partir dos estudos de Schulte e Sonenstein (1995), Brindis e colegas (1998) e Armstrong e colegas (1999) acerca da influência das atitudes predominantes dos profissionais de saúde face ao envolvimento masculino na SSR, bem como dos valores e princípios orientadores da organização dos serviços (Sonenstein et al., 1997; Sonenstein, 2000).

Ao aludirem ao efeito das atitudes dos profissionais face ao envolvimento de rapazes e homens neste domínio, os autores não pressupõem nem defendem que existe um posicionamento expresso e deliberado contra a sua presença. A hesitação e o cepticismo em relação ao nível de adesão a serviços especialmente centrados nos homens e nos rapazes, ao ponto de justificar o investimento, podem constituir uma fonte de confusão entre causas e consequências quando se indaga sobre as razões destes não os procurarem (Brindis et al., 1998).

Por outro lado e segundo alguns autores, a insuficiente preparação dos profissionais para responder às necessidades masculinas neste domínio, pois esta focaliza-se ainda hoje nas raparigas e mulheres, afecta directamente a fraca procura dos serviços de SSR por parte dos homens e dos rapazes, (Armstrong et al., 1999; Raine, Marcell, Rocca, & Harper, 2003).

### ***Paternidade na juventude portuguesa: alguns dados epidemiológicos***

A gravidez em adolescentes é, como já referimos, um tema bastante aprofundado ao longo das últimas décadas, havendo já um conjunto vasto de conhecimentos acumulados acerca das suas múltiplas dimensões. Pode afirmar-se que estão basicamente descritas e analisadas (...) “*as determinantes e as consequências de ordem psicoafectiva, socioeconómica, cultural, educativa e laboral da sexualidade nas idades juvenis.*” (Prazeres et al., 2005, p.11).

Para o presente estudo, considerámos fundamental conhecer alguns dados de cariz epidemiológico e estatístico, realçando aqueles que mais se relacionam com a focalização na perspectiva da paternidade. Para tal, tomamos como fontes os dados disponibilizados pelo Instituto Nacional de Estatística, organizados e analisados por Ana Rita Laranjeira e Vasco Prazeres (2004) e por Prazeres e colegas (2005), e o estudo, do âmbito da psicologia, realizado por Maria de Jesus Correia e Sara Sereno (2005), sobre

uma amostra de rapazes e homens da Consulta de Grávidas Adolescentes da Maternidade Dr. Alfredo da Costa<sup>4</sup>.

Desde logo, deve destacar-se que, entre os anos de 1985 e de 2003, as taxas de fecundidade masculina abaixo dos 24 anos têm baixado de forma considerável, ainda que o decréscimo seja mais evidente no intervalo de idades 20-24 anos (menos 55,7%), do que no intervalo 15-19 anos (menos 20,3%) (Prazeres et al., 2005, p.14).

Da comparação entre a idade da mãe e do pai, nos nascimentos ocorridos em idades jovens, salienta-se um dado que, para este estudo, tem uma pertinência elevada: as gravidezes das adolescentes não resultam, necessariamente, de relações sexuais com adolescentes ou indivíduos de idades aproximadas. De facto, para o ano de 2003, “[e]m cerca de metade dos nascimentos de mães de 15-19 anos, os pais pertenciam ao grupo etário 20-24 anos” (op.cit., p.19). Deve igualmente sublinhar-se que, no mesmo ano, apenas em 19% dos nascimentos em mães menores de 20 anos os pais tinham também menos dessa idade e que cerca de 25% tinha mais de 24 anos (op.cit., p.15).

Nesta óptica de comparação entre sexos, nos nascimentos em idades jovens ocorridos em 2002, há uma clara tendência para que os pais possuam um grau de escolaridade inferior ao das mães, tanto no grupo dos menores de 20 anos, como no grupo dos 20-24 anos (op.cit., p.16). Mais de metade dos pais não conclui o 3.º Ciclo do Ensino Básico, o que é mais acentuado nos menores de 20 anos (op.cit., p.17).

Ainda que tendo resultado de um estudo localizado, sujeito à adesão à resposta ao questionário pelos pais que acompanharam a grávida à consulta, os valores obtidos na amostra do estudo de Correia e Sereno (2005, p.20) apontam também para o predomínio de níveis de instrução baixos. De facto, na amostra desse estudo,

---

<sup>4</sup> Neste estudo foi utilizado, como instrumento de recolha dos dados, o ‘Questionário aos Pais’ da autoria de M.J. Alves, M.J. Correia, F. Palma, F. Xarepe, do Núcleo de Estudo e Apoio à Adolescente Grávida, MAC, datado de 2000 (Correia & Sereno, 2005, p. 28-30);

cerca do 80% dos rapazes e homens ficou aquém do 3.º Ciclo do Ensino Básico.

Relativamente à condição perante o trabalho, no ano de 2002, há uma clara assimetria entre os sexos. Na faixa etária dos menores de 20 anos, cerca de 77% dos pais e 29% das mães estava incluído na categoria “empregado/a” e, no intervalo 20-24 anos, esses valores eram respectivamente 92% e 60%, respectivamente (Prazeres et al., 2005, p. 17).

O estudo desenvolvido na Maternidade Dr. Alfredo da Costa, apesar das características já referidas, pormenoriza os dados relativos à situação profissional dos rapazes e dos homens, uma vez que discrimina as profissões em que se ocupam. Para além da percentagem de estudantes (22,5%) e de desempregados (21,25%), as investigadoras sublinham a variedade e a indiferenciação das profissões dos participantes, destacando-se a categoria “construção civil” (16,25%) e “outros empregos” (16,25%) (Correia & Sereno, 2005, p. 20).

Mesmo considerando a existência de particularidades das realidades de cada país, este pequeno conjunto de dados de cariz epidemiológico e estatístico tem uma elevada correspondência com aqueles resultaram de estudos internacionais. De facto, por efeitos directos ou indirectos e, possivelmente, pela potenciação e cruzamento de causalidades, os estratos sociais, os fracos recursos económicos e os baixos níveis de instrução determinam uma probabilidade acrescida de ocorrência de uma gravidez não desejada nos jovens de ambos os sexos (Brown & Eisenberg, 1995; Hayward, Grady, & Billy, 1992; Ku, Sonenstein, & Pleck, 1993; Ohannessian & Crockett, 1993; The Alan Guttmacher Institute, 1994).

### ***A perspectiva de género no domínio da saúde***

Como afirma Giddens (1994), o género evidencia-se hoje, de forma crescente, como um tema inevitável, tanto para o cidadão comum como para a comunidade científica. De facto, a tendência secular para pensar e viver as diferenças entre sexos como algo

naturalizado e, como tal, inquestionável, permitiu sustentar as formas de organização das sociedades e, logo, dar fundamento e legitimidade à produção das desigualdades entre homens e mulheres. O género é, pois, um princípio organizador das interacções e da organização social (West & Zimmerman, 1987).

Esta conceptualização apoia-se no papel desempenhado pelo sexo de pertença enquanto característica diferenciadora dos indivíduos e suporte de construções psicossociais (neste caso sobre a paternidade e a maternidade). Assentes nas diferenças biológicas e psicológicas (assumidas como linearmente relacionadas) entre mulheres e homens, ao nível do senso comum, criam-se e partilham-se discursos que, com base nessa diferença, objectivam, confirmam e atribuem sentido e justificam modos particulares de interacção social e de concepção de cada um dos sexos (Amâncio, 1994, 1995).

Os efeitos da construção social do género não estarão, pois, ausentes, na ocorrência, vivência e acompanhamento de gravidezes em raparigas adolescentes nem, claro, nos modos de viver a paternidade nessa condição particular.

O discurso do senso comum, a investigação, as publicações, a organização dos serviços, a afectação de recursos e os projectos de intervenção comunitária podem espelhar e alimentar a hierarquia de género (Connell, 2002), mantendo inquestionáveis os modos de pensamento sobre os sexos e a divisão rígida de responsabilidades e de possibilidades de cada um deles.

Durante décadas, os estudos sobre o género focalizaram-se nos temas e nas situações particulares das mulheres e foram elas quem mais contribuiu para o seu reconhecimento, incluindo na academia (Connell, Hearn, & Kimmel, 2005). Lentamente, todavia, o questionamento do género trouxe consigo a problematização da posição social dos homens e, também, a interrogação acerca da masculinidade (Holter, 2005).

No campo da saúde, a adopção da perspectiva de género, tanto teórica como politicamente, tem-se concretizado com alguma lentidão, estando ainda longe da sedimentação plena (Sen, George, & Öslin, 2002). Dizem esses autores, a resistência à



adoção da óptica do género deve-se, sobretudo, à forte tendência para considerar o género como mero resultado da originalidade biológica de cada sexo (op.cit., p.2).

Na prestação dos cuidados de saúde, as diferenças dos sistemas reprodutores masculinos e femininos foram sempre valorizadas mas, nos últimos anos, tem sido aceite que as diferenças entre os sexos não existem apenas nesse domínio (Doyal, 2001). Quando se aceita a sobre-determinação das diferenças entre os sexos – nomeadamente ao nível reprodutivo – criam-se (e mantêm-se) discursos e situações de desigualdade, defende-se a inevitabilidade da existência de papéis sócio-sexuais, não se questiona a organização social mais vasta que os sustenta, tornando difícil a mudança social (Sen et al., 2002).

Quando se adopta a perspectiva da ‘desigualdade de género’, aposta-se na análise das desvantagens de ambos os sexos face aos problemas de saúde, aos sistemas e aos cuidados concretos (Gideon, 2006, p. 331).

Adoptar o género no olhar sobre a saúde exige a sua presença constante nas várias fases do planeamento e da prestação de cuidados, evitando, portanto que estes se centrem, exclusivamente no sexo feminino (Theobald, Tolhurst, Elsey, & Standing, 2005), o que será altamente pertinente num fenómeno aqui em estudo.

Assim, a acção sobre o campo da saúde ou neste domínio mais específico, é necessário considerar que os comportamentos dos indivíduos são socialmente mediatizados e não resultam meramente de decisões tomadas individualmente (Kabeer, 1994; Sen et al., 2002).

Como afirmam Theobald e colegas (2005,p.143), “*as intervenções devem ter em conta o grau de acesso e de controlo de homens e mulheres aos recursos necessários para proteger a sua própria saúde, da família e da comunidade*”. Assim, as medidas institucionais e preventivas adoptadas e as interações entre profissionais e utentes carecem de uma permanente vigilância quanto à consideração das necessidades e particularidades dos dois sexos.



## 2 - APRESENTAÇÃO DO ESTUDO

### 2.1 – Objectivos do estudo

Tomando como contexto apenas as gravidezes ocorridas em mães adolescentes, este estudo, de cariz exploratório, pretende contribuir para aumentar o conhecimento acerca do modo como os pais das crianças nascidas dessas gravidezes experienciam a paternidade. De forma mais concreta, este estudo visa recolher, directamente de indivíduos que tenham vivenciado a paternidade (de uma gravidez de uma mãe adolescente):

1. Experiências, nas dimensões afectiva, familiar, relacional e institucional (junto de profissionais e serviços de saúde e/ou outros);
2. As narrativas do acompanhamento do anúncio e da continuidade da gravidez, da relação com o/a bebé e com a mãe deste/a;
3. As avaliações do impacte desta transição no quotidiano e nos projectos imediatos e a longo prazo;
4. As representações sociais associadas à paternidade e à maternidade;
5. Os conhecimentos e as crenças relativos à saúde sexual e reprodutiva, nomeadamente, no domínio dos métodos seguros de contracepção;
6. As projecções de necessidades que a paternidade poderá desencadear, bem como as fontes e formas de apoio julgadas mais importantes.

## 2.2 – Participantes no estudo

Para a composição do grupo de participantes, considerámos alguns elementos empíricos e epidemiológicos actualizados, para além de alguma conveniência no seu contacto e anuência na participação.

Assim, os critérios inicialmente seguidos foram<sup>5</sup>:

1. ser pai de uma das crianças envolvidas no projecto HumanusCAM;
2. ter sido pai através da gravidez de uma adolescente;
3. ter sido pai – na condição 2 - há menos de 3 anos.

Vários factores terão levado a que não conseguíssemos manter os três critérios, cumulativamente, até reunir o conjunto de participantes. A não adesão voluntária do potencial entrevistado, a não permissão da jovem mãe para essa adesão, a inexistência de relação afectiva actual entre o pai da criança e a jovem, entre outras razões, levaram a que o critério 1 tivesse de ser relativizado. Assim, para além dos pais das crianças envolvidas no projecto HumanusCAM, foram também entrevistados outros, como explicaremos em seguida.

Como se intui pelos critérios antes referidos, os entrevistados são adolescentes e adultos, pois, como revimos anteriormente, sabíamos que as gravidezes em adolescentes nem sempre resultam de relações com parceiros no mesmo ciclo de desenvolvimento. O conjunto de entrevistados reflecte com bastante proximidade esta realidade.

Tínhamos previsto inicialmente que, para garantir o mínimo de variabilidade de experiências e de narrativas, da parte dos entrevistados, o número destes deveria situar-se entre 20 e 30. O número de entrevistados efectivamente envolvidos foi de 24, o que está dentro do intervalo referido, e a sua heterogeneidade em

---

<sup>5</sup> Para além destes, considerámos também a adesão voluntária da parte do rapaz/homem e, em simultâneo, a concordância da jovem mãe.

termos de idades, níveis de instrução e número de filhos/as e ocupação profissional também nos parecem cumprir os objectivos do estudo (Vide *Apêndice 1*).

Dos 24 participantes neste estudo, cerca de metade foi contactada através das adolescentes do Humanus-CAM. Os restantes foram identificados através das equipas da APF envolvidas em projectos comunitários desta área e, ainda, directamente, na consulta de Gravidez na Adolescência da Maternidade Dr. Alfredo da Costa.

Na altura da entrevista (último semestre de 2006), as idades dos entrevistados variavam entre 17 e 38 anos, como se constata no Apêndice 1, sendo que a média aritmética dessas idades era de 23,6 anos. Por sua vez, a média aritmética das idades da adolescente era de 17,7 anos. Os dados desse quadro em apêndice mostram que todos os entrevistados são mais velhos do que as suas companheiras<sup>7</sup>, em 14 casos eles tinham, no máximo, mais 5 anos do que elas. Em quatro dos casos, os entrevistados tinham mais de 30 anos.

Quanto à ocupação, 14 dos entrevistados tinham emprego fixo, 8 estavam desempregados e os 2 restantes estavam noutra situação (trabalho sem horário no restaurante da mãe e empregado mas em situação de imigrante ilegal).

Os níveis de escolaridade do conjunto de participantes eram bastante baixos. Assim, 10 tinham entre o 4.º e o 6.º ano de escolaridade<sup>8</sup>, 7 tinham o 9.º ano ou equivalente, 1 não sabia ler nem escrever e 3 tinham mais do que o 9.º ano.

Apenas dois dos entrevistados não viviam, na altura, com a mãe da criança (um porque se separou dela recentemente, outro porque continuou a viver com os pais, tal como ela).

Para além da criança nascida da relação com a mãe adolescente identificada e determinante para a inclusão no estudo, 5 dos

---

<sup>7</sup> Ou, nalguns casos, a mãe do filho mais novo (dado que em algumas situações, entre o entrevistado e a adolescente não existia relação conjugal);

<sup>8</sup> Destes, 3 tinham o 4.º ano de escolaridade;

entrevistados têm outros filhos. Destes, apenas num caso os filhos (2) são da mesma relação (a actual).

Uma informação ausente no quadro em apêndice, mas que pode ser significativa, é o facto de grande parte dos participantes ser filho de uma mãe adolescente, bem como ter irmãos e irmãs que foram pais/mães durante a adolescência.

### **2.3 - Métodos da pesquisa**

A entrevista semi-dirigida foi a técnica que considerámos mais apropriada para a recolha da informação, tendo em conta os objectivos do estudo, a natureza íntima dos temas a desenvolver, bem como as características dos potenciais participantes<sup>9</sup>.

O guião da entrevista (ver *Apêndice 2*) passou por diferentes fases, até se considerar como atingida a sua versão definitiva. Assim, depois de terem sido identificadas as dimensões principais a aprofundar – em relação directa com os objectivos –, foi formulado um conjunto vasto de perguntas, sujeitando-o, depois, a uma análise crítica por parte de todos os elementos da equipa do projecto, bem como a outros profissionais da APF. Nesta tarefa, as experiências de contacto directo dos profissionais com populações com características similares aos potenciais entrevistados foram uma mais-valia importante em dois sentidos: na pré-avaliação dos graus de dificuldade e de adequação das perguntas já redigidas e, ainda, na sugestão de outras que não tinham sido incluídas no guião.

Foram recolhidos alguns questionários e entrevistas de estudos relacionados com a saúde no masculino que contribuíram para a elaboração do guião. Entre esses encontram-se o questionário do estudo de Maria de Jesus Correia e Sara Sereno (2005), o guião de entrevista utilizado no projecto de “Gravidez e Maternidade

---

<sup>9</sup> Nomeadamente o seu baixo nível de literacia, o que inviabilizaria ou dificultaria o recurso, por exemplo, ao questionário escrito de auto-resposta;

precoce na Adolescência” da APF em Casal de Cambra (2001/2004), e também o guião de entrevista do estudo sobre Saúde Sexual e Reprodutiva no Masculino realizado pela APF e pelo ICS, ainda não editado.

Com base nestes recursos e no conhecimento empírico dos técnicos da APF que trabalham há vários anos com situações de gravidez adolescente, foram definidas seis áreas temáticas:

- A primeira diz respeito à caracterização sócio-demográfica dos entrevistados.
- A segunda contempla várias questões acerca do/a último/a filho/a. Esta área foi criada com a intenção de funcionar como “quebra-gelo” e para preparar a introdução das questões seguintes, de natureza mais íntima. Os conteúdos recolhidos, contudo, foram considerados para efeitos de análise, quando pertinentes.
- A terceira área visa questões ligadas ao enquadramento e vivência da gravidez: de que forma soube da gravidez, se foi planeada ou não e todo o processo de vivência da mesma. Nesta pretendeu-se recolher opiniões acerca do atendimento prestado pelos serviços de saúde no acompanhamento da gravidez.
- O quarto grupo de perguntas visa a recolha de relatos acerca de como e onde ocorreu o parto, a forma como o pai se envolveu nesse processo e as suas percepções acerca do mesmo. Para além disso, incluíram-se questões sobre os primeiros dias, como foi alterado o quotidiano após o nascimento da criança.
- O quinto grupo diz respeito às representações sociais sobre a maternidade/paternidade: para além da recolha de narrativas sobre a vivência da paternidade e da maternidade, pretendeu-se caracterizar como a paternidade e a maternidade são conceptualizadas pelos participantes.
- Por fim, o sexto grupo diz respeito à Saúde Sexual e Reprodutiva, ou seja, pretendeu recolher informação sobre

os conhecimentos do entrevistado sobre métodos contraceptivos e sobre a sua utilização, bem como de outras questões relacionadas com o planeamento familiar.

As 24 entrevistas foram audio-registadas, transcritas na íntegra e, posteriormente, analisadas.

### 2.3.1 – Análise das entrevistas

O plano de análise das entrevistas foi conduzido de acordo com os objectivos traçados inicialmente, reflectindo assim uma orientação para os cinco domínios de perguntas<sup>10</sup> apresentados aos participantes ao longo da sessão.

Do ponto de vista metodológico, a nossa opção enquadra-se na distinção entre *temas* e *tópicos*, proposta por Van Dijk (1998), estando os cinco domínios da entrevista associados ao campo dos temas a explorar, e os seus vários componentes, ao plano dos tópicos. O processo que conduziu a análise dos vários temas e tópicos foi essencialmente *data-driven*, de modo a identificar e explorar os conteúdos significativos que os caracterizam e organizam.

Ao nível dos procedimentos, a técnica desenvolvida foi a de análise temática (Bardin, 1988), submetida às discursividades que foram construídas em torno dos vários temas e tópicos em estudo. A leitura deste material permitiu-nos mapear os seus “núcleos de sentido” (op.cit.), com base na identificação de temáticas centrais, bem como as suas dimensões ou categorias. A exploração destes conteúdos foi ainda continuada através de um plano interpretativo, seguindo uma reconstrução dos eixos de sentido que estruturam e organizam os diferentes tópicos de cada tema, de maneira a sublinhar os aspectos de similitude e/ou de diferenciação das narrativas dos participantes.

---

<sup>10</sup> Os dados do domínio socio-demográfico foram submetidos a um tratamento de sistematização, de forma identificar as características dos participantes.



## 3 – ELEMENTOS DE ANÁLISE

Neste ponto apresentamos uma selecção dos que nos parecem ser os elementos de análise essenciais e que melhor respondem aos objectivos que previamente apresentámos. Em cada excerto, indicamos, entre parêntesis, o número pelo qual cada participante é identificado.

### 3.1 – Circunstâncias da gravidez

#### 3.1.1 – Como teve conhecimento

A realização de testes – na farmácia, em casa ou numa instituição de saúde – foi o principal processo de confirmação da gravidez das suas parceiras. Na maioria das respostas não é explícito qual a fase da gestação em que tomaram a decisão de realizar o teste, mas as referências vão desde os ‘2 meses’, ‘5 meses’ ou, de forma mais vaga, ‘quando ela estava com vómitos’ ou ‘ela sentia-se mal’.

– *Depois não lhe vinha o período e a gente... pronto, ela deu-me a urina, **eu fui à farmácia**, fiz o teste, lá o doutor da farmácia fez o teste... (9)*

– *Nós descobrimos, fomos ao médico, fomos lá ao médico... Não sei se ela já se estava a queixar de alguma coisa e **nós fomos ao médico** e depois disseram lá que ela estava grávida. (14)*

– *Porque **ela estava com dores de barriga, e vómitos**, e ela fez uma consulta lá no médico da Amadora.*

*E – Médico de família?*

*– Acho que não.*

*E – No hospital?*

– No **Centro de Saúde**. E pediram-lhe para fazer o...

E – Teste?

– Teste da urina. Então a mãe dela tirou um bocadinho, meteu num frasco e foi ela fazer, para ver o que é que se passava. E então a mãe dela descobriu que ela estava grávida.

E – E como é que foi?

– Depois **ela foi falar com a filha, disse que estava grávida, para não se enervar**, que a mãe a ia ajudar no que podia.  
(18)

– **Fui com ela comprar o teste** e depois fomos até minha casa, ela foi fazer o teste e a gente ficámos lá naquele tempo que tem de se ficar à espera, e eu nem tava ao pé dela, ela tava lá sozinha, eu andava à volta da casa, sempre a pensar...(2)

Significativo, também, é que esta pergunta tenha facilitado a enunciação de narrativas acerca de como se terá processado a decisão (ou não) de engravidar. Existem excertos que sugerem que o parceiro não terá sido consultado pela rapariga, tendo ela decidido, unilateralmente, engravidar e, noutras situações, a gravidez resultou de uma vontade deliberada. A surpresa (o não esperar que ocorresse) parece ser, todavia, a situação mais comum.

– Quanto à [nome da filha], nós estávamos assim num momento de vida sexual, porque nós nunca usámos preservativo nem nada... nós estávamos bastante à vontade porque a [nome] tinha aquele aparelho [implante contraceptivo]. E nós pensamos que não havia qualquer problema em não termos relação, sem o preservativo. E aquilo aconteceu assim de um modo, fui mesmo, **eu não tava à espera que aquilo acontecesse** porque, por causa do aparelho. Então estranhámos, então começou-lhe a crescer a barriga e a gente fomos ao hospital e aí é que lhe disseram que ela estava grávida. Mas isso tava de poucos meses, dois meses ou o que era. (2)

E – Essa gravidez foi planeada? Vocês decidiram que iam ter um filho ou aconteceu?

– **Aconteceu.**

E – Mas foi uma surpresa ou já estavam mais ou menos à espera?

– Já estava mais ou menos à espera. (5)

E – Foi uma gravidez planeada, foi um acidente, foi...

– Foi um pouco planeada.

E – Foi um pouco planeada. Como, como “um pouco planeada”?

– Já tinha essas ideias e **já sabia que eu não tinha nenhuma protecção**, sabia que ela podia ficar grávida. Já estava mentalizado. (15)

E – Fez o teste de gravidez?

– Sim, sim. A gente já tinha feito antes, porque... por acaso era um bocado cedo porque ela era muito nova e depois... **por acaso eu não queria agora, porque era muito cedo**, porque ela também era nova e não sei quê, e depois disse, “ah vamos fazer os testes e não sei quê”. Ela foi fazer e quando viu que estava eu “olha, já tá, já tá, vamos ter”. Ela, mesmo que eu dissesse que não queria, ela queria; ela disse “ah, eu não desmancho”, a mãe dela também dizia “ah, se ela tem um filho eu mato-me e não sei quê”, e eu “ah, o que é que isso tem? É uma criança que vem ao mundo, não é mal nenhum”.(6)

E – E esta gravidez foi planeada, foi um acidente que aconteceu?

– Não, **basicamente foi planeada**. A gente...

E – Já tinham conversado em relação a isso?

– Sim.

E – Queriam ter um bebé?

– Sim.

E – Então não foi uma surpresa ela estar grávida?

– Não, praticamente, assim, não. **Foi uma surpresa mas...**

E – Usavam algum método contraceptivo, alguma maneira de evitar uma gravidez?

– Sim, mas há sempre coisas que interferem. (20)

### 3.1.2 – Reações e sentimentos face ao conhecimento da gravidez

O anúncio de que a parceira estaria grávida foi recebido, maioritariamente, como algo inesperado, uma vez que o planeamento (ou a intenção deliberada) da concepção não teria sido a situação mais frequente. Como já aludimos antes, a gravidez inesperada coincide, em alguns discursos, com a inexistência de protecção nas relações sexuais. Racionalmente, é difícil entender a surpresa da gravidez, mas deve assinalar-se a provável presença de um fenómeno que, na nossa opinião, mereceria aprofundamento e reflexão futuros.

– Não, **não usávamos nada**, foi mesmo... A gente já estava farto de ter relações, nunca houve problema nenhum... E foi assim: de repente. (10)

E – Então não foi uma gravidez planeada ou foi?

– Não, **aconteceu**.

E – Foi uma surpresa ou já estavam mais ou menos à espera?

– Não, foi surpresa.

E – Usavam algum método contraceptivo, alguma forma de evitar uma gravidez?

– **Ao princípio, mas depois...** (24)

E – Não foi uma coisa que vocês pensassem e discutissem, aconteceu... foi uma surpresa?

– Foi uma **surpresa**.

E – Mas imaginava que pudesse acontecer, ou seja, usavam alguma coisa para evitar a gravidez?

– Ela usava, ela usava a pílula mas...

E – Houve alguma coisa que falhou.

– **Foi qualquer coisa que falhou**. (22)

E – [...] contavam mesmo que ela engravidasse. Porquê? Porque desejava ser pai, porque desejava ter um filho?

– Eu queria, ela também queria, queria ter um filho...

E – Eram jovens os dois, não eram? Tinha 17 e ela 14?

– Eu tinha 17 e ela na altura tinha uns 13 para os 14, não me lembro bem. Pronto, **ela queria ter um bebé, eu também queria ter um bebé e fizemos por isso**. (17)

O contentamento, o entusiasmo, algum nervosismo e a felicidade terão sido os estados psicológicos resultantes e mais imediatos quando receberam a notícia de que iriam ser (alguns, mais uma vez) pais. O susto e o choque fazem também parte do leque de sentimentos a que os entrevistados recorrem para descrever o modo como se inteiraram da gravidez das suas parceiras.

- E – Mas ficou contente, ficou... nervoso, o que é que sentiu?*
- Não, fiquei contente e fiquei **assustado**. Por que tava naquela, “Será que vou aguentar, será que vou dar conta das coisas...”. Mas depois, quanto mais tempo passava, a pessoa mais se preparava e aquele medo passava. Ficava mais **ansioso** à espera da criança. É os primeiros meses, aquele “Será que vai dar?”. E ao longo da gravidez também tem aquele medo, “Será que a criança vai nascer bem?”. Mas depois passa, quando vais à consulta e o médico diz “Eh pá, tá tudo bem”, vais ganhando aquele ânimo e as coisas vão andando, não é? (12)*
  - Eu não sei, eu, às vezes encaro as coisas como... como é que eu hei-de dizer... está-me a faltar as palavras... fiquei, de certa forma fiquei **entusiasmado** e... com vontade de saber como é que ia acontecer.... (...) Fiquei de certa forma **curioso** também, saber como era e como também era uma garantia de como eu ia ficar com a [nome], aquilo para mim foi tudo muito bom. (2)*
  - Fiquei assim um bocado **surpreendido**, mas fiquei **contente**, também. (7)*
  - Queríamos mesmo ter, tínhamos tudo orientado, não é, “Vamos ter isto, é a filha que a gente quer e vamos para a frente com isto”. Ao princípio fiquei um bocado **assustado**, não é, mas agora a vida vai mudar. (4)*

### 3.1.3 – Reacções de familiares e próximos face à gravidez

As reacções dos familiares quando tomaram conhecimento da gravidez foram muito diversas, oscilando entre a aceitação e o regozijo imediatos e a recusa e manifestações de agressividade.

Assim, apesar de alguma preocupação manifesta devido à idade do casal ou de um dos elementos (ou à subsistência económica), as mães e os pais (e outras figuras parentais) destes acabaram por apoiá-los e envolver-se activamente.

– *A minha mãe veio a saber já ela tinha quatro ou cinco meses de gravidez. Pronto, a minha mãe... a minha mãe é uma pessoa, pronto, não é uma pessoa que seja assim rígida nessas coisas, é **uma pessoa que apoia**.* (15)

*E – Então e como é que foram as reacções, da família, dos amigos?*

– *Foram boas, não é, porque a minha tia, ficou... “pá, já que aconteceu, então vai lá para a frente, vamos tentar se organizar no sentido das coisas correrem bem”. Foi bom, por acaso não senti que alguém ficou assim aquela coisa, meio triste, aquela coisa assim, não. **Foi uma coisa que as pessoas admiraram, gostaram**, “Já que vais ser pai, só tens é que trabalhar mais, para zelar pela família e tal”, e foi só isso.* (12)

– ***Foi um bocado surpresa para todos**, não só para nós como para os nossos pais e os nossos avós e a reacção foi... já não foi tão preocupante, pronto, quando aquilo aconteceu mas já ouvi “podias ter prevenido e podias ter feito com que isso não acontecesse”, mas de resto não passou daí. A reacção do pai dela também já não foi a mesma, já se preocupou mais durante a gravidez dela e tudo.* (2)

As manifestações de não aceitação da gravidez, nalguns casos, terão tido origem nos pais, mães ou padrastos da rapariga, envolvendo, por vezes, agressão física, expulsão de casa e, num dos casos, um processo judicial, dada a menoridade da futura mãe.

– ***Houve aí umas guerras**, umas coisas, **ainda tivemos que ir para tribunal** e não sei quê, por causa... derivado à minha idade, porque ela é nova.*

*E – Que idade é que a [nome] tem?*

- 17 anos, e eu tenho 30, não é? E prontos, com o pai **houve umas guerras, maus-tratos e ninguém aceitou a princípio**. Depois ninguém aceitou, tivemos que ir para tribunal, tivemos umas grandas confusões. Agora tá tudo bem. (13)
- Isto é assim. Eu como tava junto, e ela estava a viver com a mãe e com o padastro, eles não queriam a nossa relação. **O padraço partiu para a agressão**. Isto aqui, a gente vai ser muito explícitos [...]. Partiram para a agressão.

E – O padraço dela?

- O padraço, queria abortar e não sei quê, prontos, foi um bocado complicado... depois tivemos que... eu pedi à minha tia, em [bairro de Lisboa], para a gente ir para lá um tempo. Para as coisas, a ver se normalizavam.

E – E a mãe da [nome]?

- **Ela teve de sair de casa, a mãe da [nome]...**

E – Como é que reagiu?

- Reagiu pessimamente, não é... há coisas na vida, por isso é que eu digo, é das pessoas que eu tenho imensa pena de não conhecer a neta, mas se tiver que um dia conhecer... (4)

O surgimento da hipótese ou necessidade de IVG é aludida em algumas das entrevistas mas, o que nos parece de assinalar, tendo tido origem em familiares diversos, como tias, cunhada e mãe. Esta hipótese parece não ter sido sequer ponderada pelo casal.

E – Então as reacções foram, sobretudo, negativas em relação à gravidez?

- Sim. **Eles queriam que ela abortasse e tudo**.

E – Mas de qualquer modo deram-lhe apoio ao mesmo tempo, ou ficaram mesmo zangados consigo?

- Deram. Não, tou lá a morar na mesma. (8).

E – Então, ficaram zangados, contrariados?

- E depois **foram um bocado exagerados, foram mesmo... foram estúpidos**. Porque a [nome] quando disse quem é o pai, **mandaram logo abortar**, principalmente a mãe.

A mãe ficou muito contrariada?

- Mandou logo tirar. Eu não gostei da atitude dela.

- E – Como é que foi... como é que vocês lidaram com isso?*
- Eu, de qualquer maneira... pronto, ela disse o que disse, não vale a pena ir sempre para a briga, mas com ela cá fora, foi aceite, ela foi falando, às vezes fala comigo. (16)*
- E – Então e outras reacções? Como é que se manifestaram outras reacções? Disse-me, falou em reacções menos positivas, se calhar...*
- Sim, da parte das tias dela. **Não queriam que ela tivesse.***
- E – E sugeriram que vocês interrompessem?*
- Sim.*
- E – Mas...*
- Não... (19)*

### 3.1.4– Relação com os serviços de saúde no acompanhamento da gravidez e do parto

Em termos genéricos, o contacto com os profissionais e os serviços de saúde aquando do acompanhamento da gravidez e do parto é avaliado positivamente pelos entrevistados. São descritos cenários de aceitação e de fomento de envolvimento dos pais nas consultas, na realização de ecografias e no parto, da parte dos profissionais.

- E – E o que é que sentiu? Como é que foi recebido pelos médicos, pelos enfermeiros...*
- Bastante **cuidadosos**, e eles, tendo em vista que eu era novo e ela também, daí, não digo ajudar-nos mas pondo mais à vontade e **saber tranquilizar-me** e tudo, acho que **foram excelentes**. (...)*
- E – E como é que o [nome] se sentia nesses espaços, nessas situações?*
- **Sentia-me bem**, eu procurava mais era fazer com que a [nome] se sentisse segura, e... para que ela não se sentisse só. Eu então, detestava mesmo quando ela tinha de ir a uma consulta e eu não podia tar lá com ela, porque ela própria diz-me que sente-se muito melhor quando eu tou lá ao pé dela, então eu procurava sempre tar ao pé dela quando ela fosse. (2)*



E – Assistiu mesmo ao parto?

– Sim.

E – como é que foi? O que é que sentiu?

– Foi fixe. **Gostei de ter visto.** Só tinha visto ainda pela televisão, todos os documentários que davam no Odisseia e noutros canais eu via. Quando vi aquilo disse que então vou ter que ver o da [nome] também. (1)

– Eu tava no corredor e aquilo saía da sala de parto, ia lá para o segundo piso e passava no corredor onde tão as pessoas. Só aí é que a médica me disse, “ah, já és pai e tal”, toda simpática. Eu não vi o bebé e não podia ir também, não podia avançar. Vim para casa não é. No outro dia é que eu tive que regressar ao hospital, já dava para ver a criança. **E as médicas normalmente tratam bem,** quando é esses casos, não é, as pessoas sentem. Não, são pessoas capacitadas para isso, são pessoas que pronto, têm aquela vontade, não é, trabalham para isso, além de trabalhar gostam daquilo que fazem. **Por acaso quanto a isso eu não tenho nada a falar.** (12)

A sua ausência durante o parto foi explicada, frequentemente, por impossibilidade de faltarem ao trabalho, por dificuldades logísticas dos serviços de saúde, porque foi a mãe da jovem quem a acompanhou no parto ou por má relação com os profissionais de saúde.

– Estive na maternidade e queria ver, só que elas ainda não... internaram-na, só que não tinham a certeza se ia nascer naquele dia, se ia nascer no dia a seguir, e eu disse “mas eu posso ficar com ela que é para assistir?”, “ah, peço imensa desculpa mas não pode assistir que **isto tá em obras**”, e eu “ei, não me diga isso que eu...” (3)

– A mãe dela entrava. Ela... **A mãe dela punha-se logo à frente** e “Não entra mais ninguém, sem ser eu. Eu é que entro com a minha filha, a filha é minha, e não sei quê...”. E assistiu. Pronto. E ela ainda, agora, pronto, já não diz isso, mas ainda antes da criança nascer dizia “Não, ela é minha filha e mais nada. Eu vou com a minha filha para onde for.” A mãe dela...

E – E o [nome], gostava de ter assistido?

- Gostava, também de ter assistido, foi o... quando ela nasceu. (10)
  - Eh pá, não tive presente. **Não tive presente porque eu tava no trabalho** e foi uma coisa que apanhou de surpresa porque ela fez a consulta na... na primeira ecografia já tinha quatro meses, coisa assim, e a doutora disse que ia para dia 21 de Novembro e calhou no mesmo dia que ela disse (...). – Eh pá, não tive contacto com ninguém porque eu tava... não me deixaram entrar não é, porque ela tava com a mãe. (12)
- E – Acha que não há espaço para o pai?
- Não, pode haver muito espaço, muito coiso e... só que **não há aquela explicação como deve de ser**, uma pessoa quer fazer um papel, quer fazer uma coisa qualquer tem que dar quatro ou cinco voltas para nada, para uma pessoa poder explicar isso. É diferente, e depois é assim: **não dão aquele acompanhamento que deviam dar**, penso eu, não é, no meu pensamento. Deviam de explicar melhor as coisas, deviam ter mais atenção, e parece que não, parece que aquilo é tudo a partir. “Tás porque tás, se não tás ficas aí. Ficas aí uma hora ou duas, uma coisa que é 5 minutos, mas ficas aí uma hora ou duas à espera.” Uma pessoa vai para lá, **perde um dia inteiro, para chegar, dar duas palavras, assinar um papel e vir embora**. Uma pessoa perde o dia inteiro. É mais complicado para mim, derivado à nossa vida. (...) Se a gente pudesse estar a perder o tempo que eles quisessem, era diferente. Só que não podemos. (...) (13)
  - Às vezes eu penso que **não me trataram muito bem**. Houve vezes que houve chatices. Quando ela foi para casa, por exemplo, não lhe deram nada. Uma receita para dizer que ela tinha que tomar qualquer coisa para os pontos e não sei quê. Ela foi sem nada e nós não sabíamos, praticamente, o que é que podíamos fazer por ela, para os pontos dela, essas coisas. Ou se o bebé tinha que levar alguma coisa, nada.
- E – Não lhe deram a indicação de nada?
- **Não deram a indicação de nada**, ela foi assim. Também já houve outras vezes, mas esta já não me lembro bem, mas até tive para fazer uma reclamação no hospital, lá do pessoal do hospital. Mas não fiz. (...)

E – Porquê?

– Houve uma senhora lá... a [nome] foi com... tinha que tocar a um botão para abrir a porta. Ela tocou uma ou duas vezes e **a senhora começou logo a tratar mal ela**. Foi por causa que dois toques... (14)

E – E consigo, como é que se sentiu recebido?

– É assim, **eu nessa altura fui assim um bocadinho ignorado**, digamos assim, porque eu estava sentado como estou agora, assim, ao lado dela, e eles chegaram, tiraram o bebé cá para fora e levaram o bebé. (20).

### 3.2 – Alterações devidas à gravidez

Para melhor entendermos os efeitos imediatos da paternidade nos percursos de vida dos entrevistados, solicitamos que identificassem aspectos que se tenham alterado com a gravidez da parceira e/ou o nascimento do/a bebé.

Em ligação directa com a alteração de estatuto social (ser pai, ter uma relação conjugal instituída), o investimento afectivo no/a filho/a ('apetece estar com ele') e estar cansado pelo início de uma actividade laboral, a restrição voluntária das saídas nocturnas, para divertimento, são, sem dúvida, as consequências mais referidas. Esta restrição tem, por um lado, uma relação real ou simbólica com a assunção da responsabilidade e, por outro, com o redireccionamento dos investimentos afectivos e financeiros <sup>11</sup>.

– É a tal **responsabilidade**, desde que fui pai, então agora pela segunda vez, pronto, já não me lembro da última vez que saí à noite. Por vezes os meus amigos vão-me chamar só que custa-me às vezes a [nome da parceira] tar lá a adormecer as duas e eu ir, tipo, sair com eles à noite, e já abdiquei de montes de coisas para ficar a tomar conta delas. (2)

---

<sup>11</sup> O que nos parece estar relacionado com as representações sociais da paternidade, que analisaremos posteriormente;

- *A minha vida é diferente da deles porque, prontos, eu assumi, **tenho responsabilidades, e tenho uma coisa que tenho que lutar por isso**, ou seja, tenho que lutar pelo bem do meu filho, tudo o que eu lhe puder dar, eu dou. Tanto que deixei de falar com os amigos, prontos, se sair à tarde ou assim, vejo eles, falo com eles e não sei quê, mas de resto, nada disso. Eu antes saía para ir tomar uns copos, para ir jogar à bola, para ir fazer outras coisas e agora já não, cortei nisso. (5)*
- *A única coisa que mudou é que eles saem mais do que eu. Eu quando saio, ou, por exemplo, quando quero ir a uma discoteca eu, tenho que ver os sítios que vou e... **não gostar muito dinheiro**. (1)*
- *E com filhos, uma pessoa chega do trabalho, **chega a casa, brinca um bocado, e os filhos, quando dá conta, tá na hora de jantar**. Depois de jantar, está na hora de deitar. Passa o tempo na sua, não sai. Portanto, eu saio de casa de manhã, entro à noite, já não saio. (10)*

A alteração da residência de um dos elementos do casal ou de ambos foi outra das mudanças necessárias: ir morar com um familiar (pais, avós, ...) parece ser a situação mais vulgar.

*E – Mais coisas... Quando soube que ela estava grávida, ela continuou... ela foi viver para sua casa...*

*– **Foi viver para minha casa.***

*E – Ainda durante a gravidez.*

*– Foi logo no 3.º mês é que ela... foi para minha casa... Por causa da mãe, daquela confusão, com a mãe e com o padrasto. (9)*

O anúncio da gravidez ou o nascimento do/a bebé também introduziu mudanças do ponto de vista ocupacional: nalguns casos o entrevistado começou a trabalhar, noutros deixou de frequentar a escola ou o centro de formação profissional, às vezes, em co-ocorrência.

– Foi um bocado difícil ao princípio, eu ainda estava a estudar. Foi por causa disso que tive mais de largar, não conseguia dormir bem à noite, ia para a escola e não conseguia estar atento, foi mais por causa disso que **tive de largar a escola**.

E – No final do 11.º?

– Não, já estava no 12.º. (7)

E – Mais coisas que a gravidez tenha alterado logo na sua vida?

Casa alterou, na família, no trabalho, na escola, onde é que estava nessa altura? Estava a fazer o curso?

– Estava, **ainda estava a fazer o curso**. Estava quase a abandonar o curso.

E – E foi depois da gravidez que abandonou o curso ou foi quando a bebé nasceu?

– Foi durante a gravidez.

E – Desistiu?

– **Já não me apetecia mais ir para lá...** (15)

O impacto do nascimento do/a bebé liga-se ainda a alterações previsíveis ou desejadas. A mais frequente é a aquisição ou aluguer de uma casa própria, seguindo-se a compra de um automóvel. Outras referências a aspirações podem ser englobadas no domínio da afirmação da independência individual e do casal e da sua sobrevivência: frequentar um curso, tirar a carta para acesso a outro emprego ou emigrar.

– **É, queria comprar uma casa, juntar um dinheiro...** só que um gajo ganha mal... a minha profissão, que eu gostava de ter, que é a pintura, tá cheio e não sei quê, e é um bocado complicado. Um gajo também não tem estudos, não tem nenhum curso, é complicado para a gente, a gente se há para serventes, temos que ficar para serventes, é a única hipótese... (6)

– (...) **Quero ir trabalhar, juntar algum dinheiro, que é para mais tarde comprar casa. Tirar a carta, comprar carro. Organizar a vida.** (24)

### 3.3 – Representações sociais da paternidade e da maternidade

A sugestão para que expressassem as suas ideias acerca da paternidade revelou-se, para os entrevistados, como algo difícil de concretizar, pelo menos numa primeira aproximação.

A metáfora do amadurecimento pessoal, atingida pelo nascimento de um/a filho/a tem muita saliência na globalidade das entrevistas. Este amadurecimento associa-se, nas afirmações, a ‘ficar mais adulto’ e ‘crescer’ e, acima de tudo, ao acréscimo de ‘responsabilidade’, uma das expressões mais salientadas. Parece, contudo, que, do ponto de vista discursivo, a ‘responsabilidade’ tem uma conotação positiva, algo inevitável e inerente à paternidade.

– *Acho que fiquei um bocado mais **maduro**. (24)*

*E – Se para um homem é importante passar por esta experiência?*

– *Julgo que sim. É assim, eu, no meu ponto de vista foi muito importante porque, também, de certa forma acho que estou a ganhar muito mais **responsabilidade e afecto por alguma coisa**. É diferente, é assim uma coisa... (2)*

*E – Em quê, que muda tanto?*

– *Tornar-se mais **responsável**, ser mais adulto, pensar de outra maneira, e lutar muito... porque eu antes era mesmo só para andar a curtir. Mas depois, desde que nasceu o [nome], parei com isso. (5)*

*E – Porquê? Porque é que acha que é importante ser pai?*

– *É mais uma **responsabilidade**, mais uma responsabilidade. É diferente, pronto, uma pessoa já não tá tão sozinho em casa, já não tem aquela liberdade que podia ter. É diferente, **sente-se mais preso**, sente-se mais... (13)*

Em geral, os aspectos positivos são dominantes. Ainda que se refiram ‘dificuldades’, a ‘novidade’, ‘a emoção’, o prazer de dar continuidade à ‘lei da vida’ são recompensas suficientes.

*E - Para si é importante ser pai? E porquê? Porque é que é importante?*

- *Porque faz parte da vida, **é a lei da vida**. Viemos com esse objectivo ao mundo, penso eu. (15)*
- E – Mas por exemplo, na vida de um homem, acha então que é importante ele ser pai, ou acha que não?*
- *Eu acho que sim.*
- E – Porquê?*
- *Porque sim, é um filho nosso, **é uma continuidade a nós**, é uma coisa que é nossa, ninguém nos pode tirar. Amigos deixamos de ver, namoradas trocamos ou... filhos, nunca. (21)*
- E – É importante para si ser pai ou é... é importante ser pai?*
- *Eu penso que sim, para toda a gente. (19)*
- E – Mas é importante... acha que para a sua vida foi importante ter sido pai?*
- *Sim, é importante porque é assim: primeiro é uma experiência. É uma **experiência nova que uma pessoa tem na vida**, é uma experiência. E depois torna-se engraçado porque tem sempre aquela coisa para fazer, há sempre uma coisinha qualquer que ele precise, ou isto ou aquilo, é sempre **mais ocupado**, é diferente. (13)*

A verbalização dos entrevistados acerca da maternidade não é muito abundante nem variável. Porém, a partir do que é expresso, o acesso mais directo à idade adulta, através de um acontecimento novo e emocionante, é um aspecto comum entre as representações da paternidade e da maternidade. Nesta última, a gravidez dá-lhe uma especificidade, vantagem ou mais importância relativamente à paternidade.

- *Para... para as mulheres serem mães... é um passo... primeiro **é um passo para ser adulta**, não é, que é uma coisa que também... tem tudo a ver com a gravidez também porque no momento em que estão grávidas, têm o feto dentro delas, o filho... um bocado difícil, essa pergunta... (...) (4)*
- E – E para as mulheres, é importante serem mães?*
- *Acho que sim.*
- E – E porquê?*
- *Não sei. **Deve ser uma sensação diferente**, ter um ser a crescer dentro delas. (5)*

E – Acha que é importante serem mães?

– Sei lá! Acho que sim. Pelo menos é assim: deve ser mais importante para elas do que para a gente, porque **elas é que o geram lá dentro e elas é que o criam**, não é. Principalmente, penso eu que seja assim. Porque é assim, uma mulher é que sofre, é que anda a criá-lo aquele tempo todo, acho que tem mais gosto do que o pai, penso eu. (...) (12)

E – E para as mulheres acha que também é importante serem mães?

– Isso já tem que perguntar a elas, mas acho que sim.

E – Porquê?

– Não sei, elas vivem aquilo de outra maneira. Sabem que **ele está lá dentro da barriga**, ganham sempre aquele carinho ainda nem ele nasceu. Acho que sim. (21)

### 3.4 – Conhecimentos sobre saúde sexual e reprodutiva (planeamento familiar)

No conjunto das entrevistas, são nomeados praticamente todos os métodos de contraceção segura. Todavia, a frequência com que os entrevistados se referem a cada um destes é nitidamente diferente. A pílula e o preservativo são os métodos mais referidos praticamente por todos os participantes. O ‘implante’ é o terceiro método mais referido, o que não deixa de ser uma informação importante, uma vez que é relativamente recente e pouco difundido.

– É mais a **pílula**, os **preservativos** e não conheço assim mais nenhuns. (9)

– Agora há aquele **aparelho** (aponta para o braço).

E – Mais, conhece mais algum?

– O preservativo, a pílula. [...] Por acaso escapou-me agora. (24)

– Conheço a **pílula**, não é... a pílula... conheço aquela **injecção**, não sei o que é que é, nunca me inteirei bem mas só sei que é uma injecção que dão de 9 em 9 meses que evita



*também a gravidez. De ano a um ano ou de 6 em 6 meses, ou o que é que é, a mulher tem que apanhar essa injeção para evitar a gravidez e acho que só. (12)*

*– É mais a pílula, os **preservativos** e não conheço assim mais nenhuns.*

*E – Mais nada?*

*– Eu penso que não. As mulheres é que devem conhecer mais do que os homens. (19)*

Não existem muitas afirmações reveladoras do grau de conhecimento acerca do funcionamento de cada um dos métodos nem dos contextos em que recolheram os conhecimentos que dizem possuir. São referidos os amigos, os ‘adultos’, a escola e a televisão.

*– Os nomes não sei... desde usarmos o **preservativo**; a **pílula**; **a de fim-de-semana**, não sei como é que isso funciona... e depois temos um **implante**. Para mim o implante foi a melhor coisa que aí apareceu. Pelo menos durante três anos a pessoa sabe, quer dizer, a não ser que haja um azar mesmo, mas muito, muito difícil. Acho que o implante foi a melhor coisa. Pelo menos... (4)*

*– A pílula, o preservativo, e acho que não conheço mais nada. Acho que não. (...) Não, **nas aulas, no 5.º ano**, mas pouco. Havia um ou outro professor que chamava à atenção por causa de doenças e não sei quê. Pronto, e uma pessoa a ver na **televisão**... foi um bocado assim. (17)*

*– Isso da pílula **não sei como é que funciona assim muito bem**, porque a [nome] também nunca a tomou e eu quando ouvi falar foi de outras pessoas e nunca perguntei como é que era tomado, nem nada, por isso disso não tenho conhecimento. (2)*

### 3.5 – Os apoios que gostariam de ter tido ou de vir a ter como pais

Os entrevistados reconhecem a importância de reforçarem e aumentarem os seus conhecimentos acerca do seu papel como pais. Por isso, uma das sugestões que apresentam é, justamente, a realização de acções de informação e formação específicas para pais (rapazes-homens) sobre temas concretos como: como cuidar dos/as bebés (ou, mais genericamente, dos/as filhos/as), o processo da gravidez e também os direitos legais conferidos aos pais.

- *Se calhar é levá-los para **um curso também**, a ver se eles, tipo, sei lá... há muitos de nós que somos pais só por ser, não sabemos o que é que é ser... as mesmas coisas que vocês fazem com as mães podiam fazer com os pais também. (16)*
- *Qualquer coisa que tivesse a ver com... **que ensinasse mais sobre as crianças**, que eu pudesse ajudar mais o meu filho. (7)*

Os contextos em que as acções se poderiam desenvolver são diversos e não são mutuamente exclusivos. O Humanus/CAM (ou instituições similares), os Centros de Saúde, as Maternidades ou Hospitais e os Centros de Atendimento de Jovens são as possibilidades avançadas. O formato destas acções não é especificado, mas é referida a possibilidade destas acções terem o formato de ‘grupos de ajuda’.

De forma mais global e, em simultâneo, mais específica é sugerida a possibilidade de ser criado um centro similar ao Humanus-CAM, mas dirigido aos homens, no qual fosse garantido o apoio – por exemplo, formação para encontrar emprego – e também onde fosse possível ‘tirar dúvidas’.

- *Como... assim como lhe disse, assim como um centro de apoio que... que os jovens se sentissem à vontade para que... não fosse preciso se inscrever em nada, **do género aqui do Humanus CAM**. A [nome] teve que se inscrever e ficar aquele tempo todo à espera para poder ter esta ajuda*

toda... que assim que necessitassem dessa ajuda recorressem logo àquele local e sabendo que aí podiam ajudá-lo e tirar logo aquelas dúvidas todas que lhe falei. Acho que... sei lá... das coisas que, pronto, na minha ideia, podia haver. (...)  
Também, porque eles, de certa forma, também precisam de alguma ajuda. **Também estão a viver a mesma situação que elas**, e também acho que, se há ajuda para elas também devia haver uma certa ajuda para nós. (2)

- Por exemplo, agora estou desempregado e você apresenta-me um projecto desses e eu digo assim, “então mas o que é que eu tenho que fazer?”, **“olha, vais fazer a mesma coisa que elas estão a fazer, um curso, não é, tens essas aulas, tens isso e tens o outro e podes escolher aquilo que queres fazer ou aquilo que gostas mais de fazer”**, que eu acho que é uma coisa que... e depois não só, mais um incentivo do que andar à procura de trabalho, “agora vou para ali, vou para o outro”. (4)
- Visto que **muitos pais muitas das vezes precisam de ouvir conselhos ou alguém a falar dessa experiência de ser pai**, não é. Deveria haver uma associação ou uma coisa do género, que colaborasse com isso, a fim de que os pais não só se inteirassem mais como que uns tratam ou como uns agem, devia haver uma associação que na minha maneira de ver **devia haver uma associação em que eles tinham que se inteirar mais e procurar saber como é que funcionam as coisas nas casas dos outros, como é que os pais cuidam, se eu cuido devidamente como os outros cuidam**. É isso que eu acho que deveriam de haver. [...] E quem já é pai há muito tempo, e pessoas que já têm muita experiência nesse ramo deviam procurar, ajudar mais, não é, as pessoas que estão a começar agora, não é, porque não é fácil. Conforme isso tá a andar, isso não é fácil, por mais que uma pessoa queira, muitas vezes as situações da vida levam-nos a agir de maneira que a gente não planeou. Não planeamos assim e agora as coisas são assim, torna-se complicado, às vezes a pessoa fica baralhada. Como será

*que será, será que não será? Essas coisas assim. **Ouvindo alguém que já passou por várias experiências vai encorajar mais as pessoas, e a pessoa vai ganhando mais madureza e que as pessoas também consigam ajudar outros**, não é, a começar, desse gênero. Por isso eu acho que uma associação que as pessoas sabem, “Não, eu tenho uma associação, eu tenho um sítio onde ir buscar ajuda quando estiver a passar por dificuldades ou coisas que nunca vi”. E ter uma associação acho que é uma coisa boa. (12).*

## CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

Como salientámos de início, os elementos analisados devem ser encarados pelo seu valor próprio e não como representativos de um universo mais vasto. Não assumimos o grupo de 24 participantes como uma amostra do universo dos rapazes e homens nacionais envolvidos na paternidade de gravidezes em adolescentes, mas atribuímos valor aos seus discursos.

Pela variabilidade e complexidade das narrativas recolhidas e analisadas, julgamos que as opções metodológicas seguidas permitiram a consecução dos objectivos deste estudo, bem como identificar ideias essenciais acerca do tema.

O panorama genericamente caracterizado sobrepõe-se, em múltiplos aspectos, às leituras prévias, indo também ao encontro do que, empiricamente, tem sido observado por profissionais próximos da realidade estudada.

Julgamos que este estudo reforça a importância de aprofundar o conhecimento acerca das vivências e construções sócio-cognitivas masculinas quanto à reprodução, dada a saliência que ainda hoje é atribuída à óptica feminina. Como sublinham os discursos analisados, ao nível dos saberes partilhados, este universo continua a ser intimamente associado às mulheres e às raparigas, o que é visível em diversos contextos: pela responsabilização do sexo feminino pelo uso dos métodos de contraceção potencialmente segura; pelo protagonismo das mães das raparigas (avós); pela não garantia absoluta, pelos serviços de saúde, do envolvimento dos rapazes e homens no acompanhamento da gravidez e do parto.

Pela conjugação destes factores, ou no seguimento dos papéis sócio-sexuais tradicionalmente atribuídos aos pais (e ao sexo masculino), os discursos destes fazem emergir uma representação

da paternidade ancorada na figura do ‘chefe-de-família’, sublinhando a responsabilidade pela sobrevivência familiar através do trabalho. O aparente abandono da perspectiva hedonista (um traço da juventude), como consequência imediata e inevitável da paternidade, pode dever-se, por um lado, à paternidade recente e, por outro, à acentuação do desejo de ascender à categoria de adulto, como transparece nas narrativas. Interrogamo-nos sobre os efeitos negativos dessa mudança rápida (ou ilusória) de estatuto social – permitida ou forçada pelo nascimento de um/a filho/a – no desenvolvimento global destes indivíduos e, ainda, se esta vontade de assumir um novo papel social se manterá na continuidade das relações conjugais e parentais.

Dada a precariedade dos recursos académicos e económicos dos entrevistados, a sintonia entre as aspirações de independência face à família de origem, o cumprimento do papel de adulto (nomeadamente de marido e de pai) e a realização pessoal poderão exigir-lhes um esforço assinalável. As suas aspirações, legítimas e louváveis, e as expectativas elevadas, e com algum irrealismo, face ao futuro próximo (daqui a um ano) poderão, muito provavelmente, acarretar alguma frustração.

Parece-nos, todavia, que, quando acentuam o valor das competências, da instrução e da formação para a negociação com o ‘mundo real’ do mercado de trabalho, para poder ter uma casa própria e educar os filhos, revelam um sentido mais realista acerca do futuro. Talvez seja essa a razão pela qual o apoio específico que gostariam de vir a receber se focalize bastante nesses domínios, ainda que sem desprezarem a importância de aprenderem a ser ‘melhores pais’.

Os entrevistados que têm conhecimento do programa desenvolvido pelo Humanus-CAM beneficiam de alguma vantagem na identificação das suas necessidades e na sugestão de formas de apoio. Este conhecimento permite-lhes materializar as suas aspirações em algo real e existente, o que é mais difícil a outros entrevistados. Ao dizerem ‘devíamos ter o mesmo que elas têm’ expressam, no fundo, o reconhecimento dos benefícios da inclusão em actividades e programas deste tipo.

Apesar das limitações deste estudo, os elementos de análise sugerem tópicos e questões pertinentes para a reflexão, sobretudo para quem tem responsabilidades e exerce a sua profissão em serviços e programas no domínio da saúde sexual e reprodutiva, nomeadamente, aqueles que se focalizam na prevenção e acompanhamento das gravidezes em adolescentes.

Por isso, com base nas conclusões deste estudo e na revisão da literatura e tomando como inspiração algumas propostas de Brindis e colegas (2000, p.127,129-30), identificámos alguns itens para reflexão e análise das organizações e das práticas profissionais. Esta lista de itens, na sua forma interrogada, não pretende ser exaustiva, pois não cobre todas as dimensões do problema, do mesmo modo que não pode ser assumida como um instrumento de avaliação das organizações e das práticas, no que se refere ao envolvimento masculino na saúde sexual e reprodutiva.

Assim, no domínio da **organização espacial** dos serviços:

- a) A organização do espaço geral da sua instituição foi pensada para acolher ambos os sexos?
- b) A organização dos espaços de acolhimento e de atendimento revelam a possibilidade da presença de rapazes e de homens?
- c) Esses espaços permitem o acolhimento e o atendimento de casais, sem que os homens e os rapazes sejam (ou se sintam) subalterinizados ou marginalizados (mais afastados ou fora do raio de visão do profissional, por exemplo)?
- d) Existem espaços disponíveis para o sexo masculino quando, por alguma razão, apenas a sua companheira está a ser atendida ou observada ou a sua presença não é necessária ou possível?

No domínio dos **princípios orientadores da organização** dos serviços:

- a) A adesão dos rapazes e dos homens às actividades e serviços prestados é um objectivo essencial da organização ou é um objectivo secundário?

- b) O funcionamento geral e a afectação de recursos materiais e humanos consideram, com efectividade, as necessidades específicas do sexo masculino e dos casais ou foram pensados apenas para o sexo feminino?
- c) As nomenclaturas dos serviços, a imagem institucional e os dispositivos de comunicação e de informação procuram abranger ambos os sexos ou são marcadamente dirigidos às raparigas e mulheres?
- d) A planificação da formação em serviço dos profissionais valoriza a perspectiva de género?
- e) As necessidades específicas do sexo masculino fazem parte dos conteúdos e da definição de competências profissionais a desenvolver na formação?

No domínio dos **materiais de divulgação e informação**:

- a) Estão disponíveis materiais de divulgação e de informação específicos para o sexo masculino?
- b) Os materiais dirigidos ao casal consideram ambos os sexos com estatuto de igualdade (em termos de linguagem, por exemplo)?
- c) As mensagens escritas, slogans, imagem gráfica e simbólica consideram a especificidade do ser masculino?

Por fim, julgamos ser primordial o esforço de clarificação individual e colectiva de valores e de princípios subjacentes ao envolvimento em actividades desta natureza, de forma a procurar a coerência conceptual e, através dela, níveis mais elevados de efectividade na promoção da saúde sexual e reprodutiva de ambos os sexos. Deseja-se, no fundo, que as questões da paternidade sejam verdadeiramente consideradas como prioritárias e não como um domínio acessório da promoção da saúde no feminino e das crianças, pois acreditamos que, ao investir nela, as vantagens evidenciar-se-ão nos planos individual, relacional e social.



## REFERÊNCIAS

- Amâncio, L. (1994). *Masculino e Feminino. A construção social da diferença*. Porto: Edições Afrontamento.
- Amâncio, L. (1995). Social identity and social change. The case of gender categories. In L. Amâncio & C. Nogueira (Eds.), *Gender, Management and Science*. Braga: Universidade do Minho, Instituto de Educação e Psicologia.
- Armstrong, B., Cohall, A. T., Vaughan, R. D., Scott, M., Tiezzi, L., & McCarthy, J. F. (1999). Involving men in reproductive health: the young men's clinic. *American Journal of Public Health, 89*(6), 902-905.
- Badinter, E. (1993). *XY. A identidade masculina*. Porto: Edições ASA.
- Banks, I. (2001). No man's land: illness and the NHS. *British Medical Journal, 232*, 1058-1060.
- Bardin, L. (1988). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Brindis, C., Boggess, J., Katsuranis, F., Mantell, M., McCarter, V., & Wolf, A. (1998). A profile of the adolescent male family planning client. *Family Planning Perspectives, 30*(2), 63-66.
- Brindis, C., Porter, L., Flores-Sánchez, H., & Sonenstein, F. (2000). Getting started: practical advice. In F. Sonenstein (Ed.), *Young Men's Sexual and Reproductive Health – toward a national strategy. Getting started* (pp. 125-139). Washington, DC: The Urban Institute.
- Brindis, C. D., Barenbaum, H. S.-F., McCarter, V., & Chand, R. (2005). Let's hear it for the guys: california's male involvement program. *International Journal of Men's Health, 4*(1), 29-53.
- Brown, S. S., & Eisenberg, L. (1995). *The Best Intentions: Unintended Pregnancy and the Well-Being of Children and Families*. Washington, DC: National Academy Press.
- Connell, R. W. (2002). *Gender*. Cambridge: Polity Press.

- Connell, R. W., Hearn, J., & Kimmel, M. S. (2005). Introduction. In M. S. Kimmel, J. Hearn & R. W. Connell (Eds.), *Handbook of Studies on Men and Masculinities* (pp. 1-12). Thousand Oaks, California: Sage Publications.
- Correia, M. J., & Sereno, S. (2005). O lado masculino da gravidez adolescente. *Sexualidade & Planeamento Familiar*, 40/41, 17-30.
- Courtenay, W. H. (2000). Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health. *Social Science Medicine*, 50, 1385-1401.
- Doyal, L. (2001). Sex, gender, and health: the need for a new approach. *British Medical Journal*, 323, 1061-1063.
- Edwards, S. R. (1994). The role of men in contraceptive decision-making: current knowledge and future implications. *Family Planning Perspectives*, 26, 77-82.
- Francome, C. (2000). *Improving men's health*. Londres: Middlesex University Press.
- Giddens, A. (1994). *Modernidade e Identidade Pessoal*. Oeiras: Celta.
- Gideon, J. (2006). Integrating gender interests into health policy. *Development and Change*, 37(2), 329-352.
- Hayward, M. D., Grady, W. R., & Billy, J. O. G. (1992). The influence of socioeconomic status on adolescent pregnancy. *Social Science Quarterly*, 73, 750-772.
- Hobson, B. (2002). *Making Men into Fathers: men, masculinities and the social politics of fatherhood*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Holter, O. G. (2005). Social theories for researching men and masculinities. In M. S. Kimmel, J. Hearn & R. W. Connell (Eds.), *Handbook of Studies on Men and Masculinities* (pp. 15-34). Thousand Oaks, California: Sage Publications.
- Kabeer, N. (1994). *Reversed realities. Gender hierarchies in development thought*. Londres: Verso.
- Ketting, E. (2000). A sexualidade dos rapazes na Europa moderna. *Sexualidade & Planeamento Familiar*, 27/28, 5-12.
- Ku, L., Sonenstein, F., & Pleck, J. H. (1993). Neighborhood, family, and work: influences on the premarital behaviors of adolescent men. *Social Forces*, 72, 479-503.

- Laranjeira, A. R., & Prazeres, V. (2004). Padrões de reprodução em idades jovens. *Cadernos da Direção-Geral da Saúde*, 4, 3-10.
- Le Camus, J. (2000). *O Verdadeiro Papel do Pai*. Porto: Ambar.
- Lindberg, L. D., Ku, L., & Sonenstein, F. (2000a). Adolescents reports of receipt of reproductive health education, 1988-1995. *Family Planning Perspectives*, 32(5), 220-226.
- Lindberg, L. D., & Sonenstein, F. (2000b). Why males, why now: the rationale for addressing the reproductive health of young men. In F. Sonenstein (Ed.), *Young Men's Sexual and Reproductive Health - toward a national strategy. Getting started* (pp. 51-84). Washington, DC: The Urban Institute.
- Maharaj, J., & Talbot, Y. (2000). Male gender role and its implications for family medicine. *Canadian Family Physician*, 46, 1005-1007.
- Marques, A. M. (2002a). Problemas e necessidades de saúde sexual e reprodutiva em bairros de arrendamento público. *Sexualidade & Planeamento Familiar*, 29/30, 7-16.
- Marques, A. M. (2002b). Masculinidade e prevenção do VIH/SIDA. Estratégias de prevenção em condutores de longo curso. *Sexualidade & Planeamento Familiar*, 35, 23-30.
- Marsiglio, W. (2005). Fatherhood and masculinities. In M. S. Kimmel, J. Hearn & R. W. Connell (Eds.), *Handbook of Studies on Men and Masculinities* (pp. 249-269). Thousand Oaks, California: Sage Publications.
- Marsiglio, W., Amato, P., Day, R. D., & Lamb, M. E. (2000). Scholarship on fatherhood in the 1990s and beyond. *Journal of Marriage & the Family*, 62(4), 1173-1191.
- Nodin, N. (2001). *Os Jovens Portugueses e a Sexualidade em Finais do Século XX*. Lisboa: APF.
- Ohannessian, C. M., & Crockett, L. J. (1993). A longitudinal investigation of the relationship between educational investment and adolescent sexual activity. *Journal of Adolescence Research*, 8(2), 167-182.
- Pleck, J. H. (1997). Paternal involvement: levels, sources, and consequences. In M. E. Lamb (Ed.), *The Role of the Father in Child Development* (3.<sup>a</sup> ed., pp. 325-332). Nova Iorque: Wiley.

- Prazeres, V. (2003). *Saúde Juvenil no Masculino: Género e saúde sexual e reprodutiva*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.
- Prazeres, V., Laranjeira, A. R., & Oliveira, V. (2005). *Saúde dos Jovens em Portugal: elementos de caracterização*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.
- Raine, T., Marcell, A. V., Rocca, C. H., & Harper, C. C. (2003). The other half of the equation: serving young men in a young women's reproductive health clinic. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 35(5), 208-214.
- Roque, O. (2001). *Semiótica da Cegonha. Jovens, sexualidade e risco de gravidez não desejada*. Lisboa: APF.
- Santos, H. (2004). Sexo para o que der e vier: masculinidade e comportamentos preventivos face à SIDA. In L. Amâncio (Ed.), *Aprender a Ser Homem, construindo masculinidades* (pp. 91-120). Lisboa: Livros Horizonte.
- Schulte, M., & Sonenstein, F. (1995). Men at family planning clinics: the new patients? *Family Planning Perspectives*, 27(5), 212-225.
- Sen, G., George, A., & Öslin, P. (2002). Engendering health equity: a review of research and policy. In G. Sen, A. George & P. Öslin (Eds.), *Engendering International Health: the challenge of equity* (pp. 1-34). Cambridge, Massachusetts: MIT Press.
- Sonenstein, F., Stewart, K., Lindberg, L. D., Pernas, M., & Williams, S. (1997). *Involving Males in Preventing Teen Pregnancy: A guide for program planners*. Washington, DC: Urban Institute Press.
- Sonenstein, F. L. (2000). *Young Men's Sexual and Reproductive Health – toward a national strategy. Getting started*. Washington, DC: The Urban Institut.
- The Alan Guttmacher Institute. (1994). *Sex and America's Teenagers*. Nova Iorque: The Alan Guttmacher Institute.
- The Alan Guttmacher Institute. (2002). *In Their Own Right: addressing the sexual and reproductive health needs of American men*. Washington DC: Alan Guttmacher Institute.
- Theobald, S., Tolhurst, R., Elsey, H., & Standing, H. (2005). Engendering the bureaucracy? Challenges and opportunities for mainstreaming gender in Ministries of Health under sector-wide approaches. *Health Policy and Planning*, 20(3), 141-149.

- United Nations Population Found. (1995). *Male Involvement in Reproductive Health, Including Family Planning and Sexual Health. Technical Report 28*. Nova Iorque: United Nations Population Found.
- Van Dijk, T. A. (1998). *Discourse and Ideology. A multidisciplinary approach*. Londres: Sage Publications.
- Vasconcelos, P. (1999). Algumas questões sobre a sexualidade juvenil. *Sexualidade & Planeamento Familiar*, 21/22, 7-11.
- Vilar, D. (2002). *Falar disso. A educação sexual nas famílias dos adolescentes*. Porto: Edições Afrontamento.
- West, C., & Zimmerman, D. H. (1987). Doing gender. *Gender & Society*, 1(2), 125-151.
- World Health Organization. (2000a). *What about boys - a literature review on the health and development of adolescent boys*. Genebra: WHO.
- World Health Organization. (2000b). *Boys in the picture: gender based programming for adolescent health and development in Europe*. Genebra: WHO.



# APÊNDICES





## Apêndice 1 – Caracterização dos participantes

N.º	No momento da entrevista		Filhos/as	Ocupação	Escolaridade	Vive com a mãe da criança
	Idade (entrevistado)	Idade mãe da criança <sup>12</sup>				
1	20	17	Rapariga - 6 m	Desempregado	4.º Ano + curso Artes gráficas (equiv. 6.º ano)	Sim, + mãe, tia, irmão (13), primo (12)
2	22	19	Rapariga - 6 a Rapariga - 18 m	Trabalha no restaurante da mãe	9.º Ano (desistiu depois de 2 anos no 10.º)	Sim
3	20	17	Rapaz - 5 m Rapaz - 5 m	Desempregado (há uma semana trabalhava em Hotel)	6.º Ano	Sim, + sogro, cunhado e cunhada
4	32	17	Rapariga - 8 m	Empregado	9.º Ano	Sim, + filha
5	21	18	Rapaz - 18 m	Empregado	5.º Ano	Sim + sogros
6	30	19	Rapaz, 7 a Rapaz, 5 a Rapariga - 1 a	Empregado	Não sabe ler nem escrever, andou na primária	Sim + pai e mãe
7	21	16	Rapaz - 18 m	Empregado	11.º Ano (desistiu no 12.º)	Sim + avó, mãe e tio
8	25	19	Rapaz - 3 a e 8 m	Empregado	7.º Ano	Sim + mãe e pai
9	23	20	Rapaz - 3,5 a	Desempregado	6.º Ano	Não, + mãe, filho e irmão
10	29	17	Rapariga - 7 m	Empregado	8.º ano + curso Electricista auto (equiv. 9.º ano)	Sim, + filha
11	38	17	Rapaz, 19 a Rapaz, 6 a Rapariga - 4 m	Empregado	6.º Ano	Sim, + filha
12	23	18	Rapariga - 8 m	Empregado (ilegal em Portugal)	8.º Ano	Sim, + filha
13	30	17	Rapaz - 5 a Rapaz - 2 m	Desempregado	5.º Ano	Sim, e com filho + novo
14	23	17	Rapaz - 3 sem	Empregado	9.º Ano	Sim, + filho, mãe, irmãs e um sobrinho

(continua na página seguinte)

(continuação da página anterior)

N.º	No momento da entrevista		Filhos/as	Ocupação	Escolaridade	Vive com a mãe da criança
	Idade (entrevistado)	Idade mãe da criança <sup>12</sup>				
15	19	19	Rapariga - 2 a	Desempregado	6.º Ano	Sim, + filha e mãe
16	26	18	Rapariga - 9 m	Empregado	9.º Ano	Sim, + filha e avó da Ana
17	29		Rapaz - 9 a Rapaz - a nascer	Empregado	4.º Ano	Sim, + pais e irmã
18	17	16	Rapariga - 1 m	Empregado	9.º Ano	Não, pais e irmãos
19	27	20	Rapariga - 4 m	Desempregado	4.º Ano	Sim, + filha
20	19		Rapaz - 6 m	Empregado	9.º Ano	Sim, + filho
21	19	17	Rapaz - 1 m	Empregado	12.º Ano	Sim, + filho, + avós, + tio
22	17	17	Rapariga - 1 m	Empregado	11.º Ano	Sim, + filha, + pais da Rita
23	20		Rapariga - 4 m	Desempregado	6.º Ano	Sim, + filha, + pais
24	17	16	Rapariga - 2 m	Desempregado	4.º Ano	Sim, + filha, + pais

<sup>12</sup> Refere-se à mãe adolescente, a que terá levado à inclusão no estudo. Esta pode não ser a mãe de todos os filhos do entrevistado;

## Apêndice 2 – Guião das entrevistas

### ENTREVISTA AOS PAIS

#### **Proposta de texto para apresentação inicial aos entrevistados.**

Este trabalho enquadra-se num projecto com grávidas e mães adolescentes, em que as actividades são sobretudo para as jovens.

Queremos, no entanto, envolver os pais destes bebés neste projecto, pelo que nesta fase pretendemos realizar uma entrevista, com o objectivo de aumentar o conhecimento sobre o modo como os pais das crianças nascidas de uma gravidez adolescente vivem essa situação.

A entrevista será gravada, para mais facilmente serem recolhidas as opiniões dos participantes.

No final deste trabalho serão apresentadas conclusões gerais, mas será sempre garantido o anonimato.

## **GUIÃO DE ENTREVISTA**

### **1. Caracterização sócio-demográfica**

**Idade**

**Residência** Onde mora?

**Filhos** Quantos? Idades? Sexo?  
Se tem mais do que um, são da mesma mãe?

**Estado civil (e reconstruções)**  
É casado?  
Com quem vive? Com quem vivia antes de ter sido pai?

**Irmãos** Idades?  
Têm filhos? Idades dos filhos?

**Pais** Idades? (ver se há irmãos ou os pais com gravidez na adolescência)

**Trabalho** Está empregado?  
Se sim, o que faz?  
Se não, há quanto tempo?

**Escolaridade** Estudou? Até que ano?

### **2. O bebé (último filho/a)**

**Sexo** Era o que esperava/desejava? Porquê?

**Nome** Como se chama o bebé?  
Quem escolheu o nome? Por alguma razão especial?

**Saúde** O bebé tem sido saudável?

### **3. Enquadramento da(s) gravidez(es)** *(Para cada gravidez)*

**Enquadramento** Como soube da gravidez?  
Como gostava de ter sabido?  
Gravidez foi planeada?  
Imaginava que essa gravidez pudesse acontecer ou foi mesmo uma surpresa?

Na altura, que relação tinha com a mãe do bebé?  
Que relação tem agora? (Resultou de uma actividade sexual ocasional ou de uma relação com alguma duração)  
O que sentiu quando soube da gravidez?  
Considerou hipótese de interromper?  
Chegou a discutir esse assunto com a mãe do bebé?  
Com quem falou dessa gravidez em 1.º lugar?  
Reacção da(s) família(s) / Amigos / Outros (Como se materializou/manifestou?)

**Vivência** A gravidez foi acompanhada nos serviços de saúde?  
Se sim, foi às consultas-ecografias? Em que momentos?  
Como se sentiu?  
Se não, porquê?  
De que modo a gravidez altera o corpo e a maneira de ser das mães?  
De que modo o afectou/sentiu? De que modo o manifestou?  
O que é que essa gravidez alterou logo na sua vida? (casa, família, escola, trabalho, amigos...)

#### **4. Parto** *(Para cada gravidez)*

**Parto** Como e onde ocorreu o parto?  
Esteve presente ou não? O que sentiu?  
Se esteve presente, como se sentiu recebido pelos profissionais de saúde (TSS, Psi, Méd, Ped,) Enf,...) quando a mãe do bebé esteve no hospital/maternidade?  
Que idade tinham quando o bebé nasceu?

**Quotidiano** Como foram os primeiros dias do bebé?  
Passou esse tempo com o bebé? (Que tarefas? Que tipo de contacto?)  
Em geral, actualmente, quanto tempo passa com o bebé (diário, semanal...)  
De que modo participa na vida do bebé (sono, alimentação, creche, médico, higiene...) / Como gostaria que fosse essa participação?

Para além do pai e da mãe, quais as pessoas que cuidam do bebé?

**Direitos** Quando o bebé nasceu, teve oportunidade de usar a licença de paternidade?

Se não, porquê?

## 5. Projecto de vida

**Paternidade** Ser pai é como imaginava?

Se sim, em quê? Se não, em quê?

O que acha que é diferente na sua vida em relação aos seus amigos ou conhecidos sem filhos?

Para si é importante ser pai? Porquê?

**Maternidade** E para as mulheres, é importante ser mãe? Porquê?

De que modo é que este bebé alterou a sua vida? (*casa, família, escola, trabalho, amigos...*)

## 6. Saúde Sexual e Reprodutiva – Planeamento familiar

**Conhecimento** Que métodos conhece?

Sabe como funcionam?

Com que idade teve conhecimento dos métodos?

Fontes de informação?

Gostaria de saber mais sobre este assunto?

Onde acha que poderia obter essa informação?

Como podia funcionar um serviço adequado ?

**Utilização** Que métodos utilizou?

Razões de mudanças?

De quem acha que deve ser a iniciativa?

Quem adquiria? (até que ponto se sente apto e com espaço para se envolver ou, então, excluído)

**Planeamento familiar** Antes de ser pai, queria ter filhos? Quantos?

Sexo? Quando?

E os planos dela(s)? Partilhou essas ideias com a mãe do bebé?

**Futuro** Pensa ter mais filhos? Quando?

Como imagina a sua vida daqui a um ano (casa, família, escola, trabalho, amigos...)?

Como pensa que pode conseguir isso?

Quem acha que o poderá ajudar? Como?

Se houvesse uma campanha, um material, um serviço (para tratar as questões da informação, divulgação, integração dos pais nestes assuntos) como deveria ser?

