

A CONSTITUIÇÃO HISTÓRICA DA GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA COMO UM PROBLEMA SOCIAL

1. INTRODUÇÃO¹

Neste texto, examina-se a hipótese de que a contra indicação da gravidez na adolescência é uma formação discursiva recente e está relacionada a expectativas contemporâneas sobre as maneiras mais apropriadas de se vivenciar a maternidade e a adolescência. Segundo essas expectativas, o bom desempenho da maternidade exige qualidades como maturidade, responsabilidade e autonomia, atributos considerados incompatíveis com a adolescência, compreendida como uma etapa do desenvolvimento marcada pela instabilidade, irresponsabilidade e dependência.

A partir da análise dos discursos veiculados em manuais de puericultura publicados no Brasil na primeira metade do século XX, busca-se identificar referências às condições necessárias ao bom exercício da maternidade. Pretende-se ainda verificar se havia prescrições médicas relativas à idade da mãe e se a gravidez na adolescência já era apresentada como um problema social ou de saúde.

Nem sempre a passagem para a vida adulta foi marcada por este intervalo que hoje conhecemos como adolescência e juventude, constituindo-se numa categoria social com conteúdos próprios (ainda que ambíguos e relativos). Para Ariès (1981), a ideia da cristalização das idades emerge com força na era industrial, associada à educação escolar de crianças, sua exclusão do mundo do trabalho e a transformações ocorridas no âmbito da família. Esse processo de cronologização das etapas da vida iniciou-se por volta do século XVII e intensificou nos séculos XIX e XX. Em nossos dias, a

¹ Esse texto é parte de uma investigação mais ampla, presente na dissertação de mestrado, apresentada ao Programa de Estudos Culturais da Escola de Artes, Ciências e Humanidades, da Universidade de São Paulo, em 2014, sob o título *Gravidez na adolescência: a construção discursiva de uma condição discursiva desviante?*

questão etária se constitui como elemento importante para compreender as sociedades modernas, seu funcionamento e suas transformações.

Os investimentos na periodização da vida, realizados, por exemplo, pela biologia humana, mas também pelos Estados Modernos, mostram “como um processo biológico é investido culturalmente, elaborado simbolicamente com rituais marcando fronteiras entre idades pelas quais os indivíduos passam” (Debert, 2004, p. 39). Para Debert, o papel do Estado, no processo de transformação das questões relativas à esfera privada e familiar em questões de interesse público, foi decisivo na cronologização das idades, transformando o curso da vida em instituição social, que tem suas etapas bem regulamentadas, “desde o nascimento até a morte, passando pelo sistema complexo de etapas de escolarização, entrada no mercado de trabalho e aposentadoria” (Debert, 2004, p. 50). O papel do Estado na transformação do curso da vida numa condição social bastante regulamentada indica, como mostrou Foucault (1988), a operação de um poder centrado na vida e na regulamentação de seus processos (inclusive o cronológico). Essa institucionalização, que se deu no domínio das atividades do Estado, e que tem como exemplo paradigmático a instituição da escola pública seriada, não apenas definiu a sequência cronológica de cada etapa, mas regulamentou uma série de trajetórias, expectativas, projetos que cada indivíduo deve ter como referência para organizar sua própria vida.

Apesar das variações nas diferentes culturas e classes sociais, pode-se considerar que uma das representações hegemônicas sobre o modo ideal de viver a adolescência e a juventude tem a ver com um percurso linear de passagem para a vida adulta, marcada por alguns ritos: término dos estudos, início da vida profissional, saída da casa dos pais, início da vida conjugal e, depois disso, a maternidade/paternidade. Esse ideal de transição linear tem sido cada vez mais questionado quanto à sua correspondência com a vida de adolescentes e jovens, no entanto, continua a servir como referência (ou como norma) e parâmetro a partir do qual se pode interpretar ou planejar a própria experiência pessoal e geracional.

É neste contexto que a gravidez na adolescência tem sido considerada um fenômeno perturbador dessa trajetória linear, uma espécie de condição desviante, convertida num problema social de proporções, que a tornaram alvo de uma série de medidas políticas, educacionais, higiênicas, que buscam prevenir, coibir, inibir sua incidência.

Quem estranharia ou lamentaria que uma mulher com menos de 20 anos de idade engravidasse, nas primeiras décadas do século XX ou no período colonial? Do mesmo modo que a juventude, como categoria social, é um fenômeno datado, configurado a partir de alguns acontecimentos

históricos recentes e próprios das sociedades industriais ocidentais, a percepção da gravidez na adolescência como um problema é um dado histórico contemporâneo, relacionado a algumas condições de possibilidade específicas. Dentre elas, a conversão da maternidade numa atividade que exige preparação e orientação especializadas, como resultado de um investimento do movimento higienista, na passagem do século XIX para o século XX.

2. JUVENTUDE E GRAVIDEZ COMO EFEITOS DO BIOPODER

Nesse texto, ambos os fenômenos - a construção da juventude como uma categoria social e a problemática da gravidez na adolescência - são compreendidos como efeitos de um tipo de poder que se exerce sobre as vidas humanas, particularmente sobre os corpos femininos e os corpos das crianças. Trata-se do biopoder, conceito que Foucault (1988) formulou para designar a modalidade de poder que se exerce sobre os processos de regulação da vida, especialmente os da reprodução. O biopoder emerge a partir do século XVIII, na Europa, e se constitui como um tipo de poder que, embora apresente uma face restritiva, que estabelece limites e proibições às condutas, é principalmente positivo e produtivo, isto é, “destinado a produzir forças, a fazê-las crescer e a ordená-las mais do que a barrá-las, dobrá-las ou destruí-las” (Foucault, 1988, p. 148). Trata-se de um poder que tem como propósito gerar a vida, ordená-la e multiplicá-la.

A esse respeito, importa dizer que a gravidez na adolescência não é percebida na nossa sociedade apenas como um problema individual das adolescentes grávidas, nem mesmo como um problema de suas famílias, mas como uma questão de saúde pública, a demandar providências do poder público. Ao ser percebida como um problema de governo, a gestação na adolescência mobiliza a produção de conhecimentos especializados e a tomada de providências, tais como a realização de campanhas, a introdução do tema no currículo escolar e assim por diante. É preciso salientar ainda que não é apenas a adolescente grávida que se torna alvo do governo, mas todas as adolescentes e, especialmente, aquelas “em risco” de engravidar precocemente. De modo geral, apontam-se como grupos de risco as adolescentes de classes sociais mais baixas e pouco escolarizadas. Além disso, aponta-se ainda como fator de risco a menarca que ocorre mais cedo, o início “precoce” da vida sexual na adolescência e o uso irregular de métodos contraceptivos.

No contexto de funcionamento do biopoder, a gravidez na adolescência, além de ser compreendida como um desvio nas trajetórias biográficas

de adolescentes, é pensada a partir das suas eventuais implicações para o funcionamento da sociedade como um todo. Essa articulação entre problema pessoal e problema social produz a ideia de inconveniência da gravidez dita precoce, sustentada, sobretudo, por discursos especializados médicos (mas também políticos, demográficos, pedagógicos, etc.), que indicam seus riscos e consequências.

Um conjunto disperso e crescente de órgãos especializados em formular estratégias para evitar a gravidez na adolescência, decretos de leis, documentos oficiais e outras publicações tem contribuído para consolidar a compreensão da gravidez na adolescência como um problema social, tornando-a alvo de diferentes intervenções, que têm como objetivo prevenir sua ocorrência. Nesse conjunto, encontram-se diferentes perspectivas na abordagem da questão, mas, de modo geral, tendem a enfatizar os riscos biomédicos da gravidez para as mães adolescentes e seus bebês, assim como os prejuízos sociais para cada adolescente grávida e para a sociedade. Essas consequências referem-se, sobretudo, à suposta interrupção no percurso normal da vida na adolescência, entendida como um período intenso de preparação para a integração adequada à vida adulta, a exigir intensa dedicação aos estudos e preparação profissional, investimentos que costumam ser interrompidos por uma gestação. Desse modo, no exame dos discursos sobre a questão, temos que a gravidez na adolescência apresenta tanto riscos à saúde quanto psicossociais, uma vez que a adolescente que engravida com menos de 20 anos², de acordo com os discursos especializados, não possui estrutura física, emocional ou financeira para cuidar de uma criança, além de comprometer as próprias condições de independência e sucesso profissional no futuro.

O Ministério da Saúde, nos últimos anos, publicou uma grande quantidade de documentos e cartilhas sobre a saúde do adolescente. Em todos eles, com abordagens distintas, a questão da gravidez na adolescência aparece. Alguns desses documentos são voltados para os próprios adolescentes, numa linguagem adaptada para o público (menos técnica, mais coloquial, mais pessoal), tais como: *Guia de Sugestões de Atividades da Semana Saúde na Escola* (2012); *Caderneta de Saúde do Adolescente: meninos* (2009); *Caderneta de Saúde do Adolescente: meninas* (2009); *Cartilha: Direitos Sexuais, Direitos Reprodutivos e Métodos Anticoncepcionais* (2006). A *Caderneta de Saúde do Adolescente* (2009). Nesses textos, pode-se observar a ênfase discursiva no tema da responsabilidade no exercício da sexualidade.

² A Organização Mundial da Saúde (OMS) define como gravidez na adolescência aquela ocorrida entre os dez e os vinte anos de idade incompletos.

É preciso cuidar da sua saúde física, mental e emocional e se preparar para assumir as responsabilidades e consequências que fazem parte da sua escolha, como conhecimentos e recursos que possam ajudá-la a se prevenir de uma gravidez não planejada e a se proteger de doenças, como as sexualmente transmissíveis. (Brasil, 2009, p. 42)

Outros documentos são orientações, parâmetros e diretrizes para gestores de políticas públicas e órgãos públicos de saúde e educação no atendimento ao público adolescente, tais como: *Orientações Básicas de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes nas Escolas e Unidades de Saúde* (2010); *Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violências: orientação para gestores e profissionais de saúde* (2010); *Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde* (2010); *Marco Legal: saúde, um direito de adolescentes* (2007); *Marco Teórico e Referencial – Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva de Adolescentes e Jovens: versão preliminar* (2006); *Saúde Integral de Adolescentes e Jovens: orientações para a organização de serviços de saúde* (2005). O *Manual de atenção à saúde do adolescente* (2006) indica que as características próprias da adolescência se opõem às responsabilidades maternas:

A qualidade da atenção que mães adolescentes dispensam a seus filhos é frequentemente questionada devido às características próprias da adolescência, período este de conflitos, oposição à realização de tarefas e a responsabilidades, ambivalência de opiniões, alteração de temporalidade, dentre tantas. (São Paulo, 2006, p. 156)

O Ministério também mantém uma Área Técnica de Saúde do Adolescente e do Jovem, responsável pela elaboração de documentos como o *Marco Legal: Saúde um direito de Adolescentes*. A Área tem dado atenção especial à questão da saúde sexual e reprodutiva desse público, é dela a publicação do *Marco Teórico e Referencial: saúde sexual e saúde reprodutiva de adolescentes e jovens* (2006), documento que busca promover os direitos sexuais e reprodutivos de adolescentes e jovens, por meio do “estímulo à educação” e do “envolvimento de jovens no planejamento, na implementação e na avaliação das atividades que a eles se destinam, com destaque para a educação, a saúde sexual e a saúde reprodutiva” (Brasil, 2006, p. 7).

Também o *Manual Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada*, de 2010, do Ministério da Saúde, enfatiza os riscos da gravidez na adolescência, sendo esses, sobretudo, relacionados à dificuldade do progresso

da escolarização e inserção exitosa no mercado de trabalho. O mesmo documento reforça a ideia de que o “aumento” da gravidez na adolescência é preocupante para o setor da saúde e demais setores que trabalham com adolescentes, sobretudo, porque essa fase da vida, no “contexto social vigente de percepção das idades e de suas funções deveria ser dedicada à preparação para a idade adulta, principalmente relacionada aos estudos e a um melhor ingresso no mercado de trabalho” (Brasil, 2010, p. 128).

Ainda no âmbito federal, a Política Nacional de Direitos Sexuais e Reprodutivos versa sobre a prevenção da gravidez indesejada entre adolescentes. Dentre as ações do Ministério está a distribuição massiva de contraceptivos, incluindo o de emergência. O Ministério da Educação mantém o Programa Educação e Gravidez na Adolescência que atua, entre outras coisas, com qualificação dos educadores, elaboração de materiais e incentivo à pesquisa sobre o tema (Fontoura & Pinheiro, 2009, p. 162). Já em São Paulo, a Secretaria Municipal de Saúde também tem serviços especializados para lidar com esse ‘problema’. O Manual de Atenção à Saúde do Adolescente da Secretaria enfatiza que “hoje o risco da gravidez na adolescência não é apenas biológico ou obstétrico, mas muito determinado por fatores psicossociais” (São Paulo, 2006, p. 153). Fatores que, segundo o documento, estão “associados à baixa autoestima, dificuldades de relacionamento familiar e carência afetiva levam a garota a engravidar” (São Paulo, 2006, pp. 153-154). O documento assume que o risco da gravidez neste período da vida é mais psicossocial do que orgânico. Ainda assim, aponta os riscos deste episódio para a saúde vida de uma adolescente e para o seu bebê: “maior índice de desproporção feto-pélvica, especialmente naquelas muito jovens e maior número de abortos espontâneos, natimortos e mortes perinatais, partos prematuros e RN de baixo peso” (2006, p. 154).

O ‘problema’ que, como apontado, tem ganhado repercussão no mundo resultou no Dia Mundial de Prevenção da Gravidez na Adolescência, realizado por seis anos consecutivos. Mais de 70 países da Europa, Ásia e América Latina se mobilizam para promover a Campanha³. No Brasil, o Dia é marcado por atividades, desenvolvidas por organizações sociais e governamentais, em favor da contracepção e da educação sexual de jovens e adolescentes, assim como debates com profissionais da saúde. No

³ Patrocinada mundialmente pela *Bayer Health Care Pharmaceuticals* e realizada pela agência global de saúde reprodutiva e sexual, *Marie Stopes International* (MSI), Organização Pan-Americana da Saúde e da Educação (PAHEF), Federação Internacional de Paternidade Planejada (IPPF), o *Population Council*, a Sociedade Europeia de Contracepção (ESC), Federação Internacional de Ginecologia Infantil e Juvenil (FIGIJ), o Conselho sobre Contracepção Ásia/Pacífico (APCOC), o Centro Latino-Americano de Saúde e Mulher (CELSAM) e a Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional (USAID).

município de São Paulo, a então prefeita Marta Suplicy assinou o decreto nº 42.082, de 7 de junho de 2002, que regulamentou a Lei nº 13.289, de 10 de janeiro de 2002, que institui a Semana de Orientação e Prevenção da gravidez na adolescência. De acordo com o texto da Lei, a Semana pretende diminuir o índice de gravidez na adolescência, mas também diminuir a exclusão social decorrentes da gravidez, sensibilizar a sociedade sobre a situação das mães adolescentes e dar visibilidade às ações voltadas à questão da gravidez na adolescência. Ainda no município de São Paulo, o então prefeito Gilberto Kassab lançou decreto (nº 50.745, de 21 de julho e 2009) que regulamentou a Lei nº 14.904, de 6 de fevereiro de 2009, a qual institui o Programa de Prevenção à Gravidez Precoce no Município de São Paulo, com o objetivo de prevenir a gravidez na adolescência, incentivar o planejamento familiar ou reprodutivo, prevenir doenças sexualmente transmissíveis, incentivar a inserção de jovens grávidas em programas sociais e “resgatar essa faixa etária para a cidadania através de suporte de assistência social, agentes de saúde e comunidade”.

3. A GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA ANTES DE SER UM PROBLEMA

Lady Capuleto [dirigindo-se a Julieta, prestes a completar 14 anos] - Bem, pois começa a pensar em casamento a partir de agora. Mais novas que tu, aqui em Verona, há senhoras de respeito, que já são mães. Pelas minhas contas, eu já era tua mãe bem antes dessa idade em que tu agora continuas donzela. Assim sendo, mocinha, digo-te o seguinte, resumindo a história: o nobre Páris quer a ti por esposa. (Shakespeare, 1594/2013, p. 27)

Não se encontram restrições à gravidez antes da idade adulta no período anterior ao século XIX e é principalmente a partir do século XX que surgem as prescrições quanto ao intervalo de idade mais adequado para a maternidade e a paternidade. Essa mudança está diretamente relacionada ao surgimento da política higienista, uma modalidade do biopoder, que substituiu, pouco a pouco, o casamento de conveniência da época colonial, definido com base em critérios econômicos e sociais, pelo casamento higiênico, destinado a fornecer à nação uma prole saudável e numerosa.

No Brasil colonial, a disparidade etária entre marido e mulher costumava ser expressiva, de modo que era uma prática cultural comum e pouco questionada o fato de uma mulher de 12 anos se casar com um homem de 60, desde que as transações econômicas e o prestígio social dos nomes

de família estivessem a contento (Costa, 2004). A este respeito, Emanuel Araújo (2003) também enfatiza que “(...) meninas de 12 anos completos podiam contrair matrimônio, e até mais cedo se ‘constar que têm discrição e disposição bastante que supra a falta daquela [idade]’” (Araújo, 2003, p. 51). Além dos interesses familiares na preservação do nome e do patrimônio, a definição precoce do laço matrimonial para as moças funcionava como medida de controle e disciplinamento da sexualidade feminina, a ser tomada logo ao seu primeiro despertar. “Compreensível, portanto, a inquietação dos pais quando a menina de 14 ou 15 anos ainda não se casara, ou melhor, quando não haviam conseguido marido para ela” (Araújo, 2003, p. 51). Adquirindo matrimônio desde a tenra idade, logo, a adolescente estaria às voltas com a maternidade. “Finalmente, com prazer ou sem prazer, com paixão ou sem paixão, a menina tornava-se mãe, e mãe honrada” (Araújo, 2003, p. 52).

Mais tarde, a partir de fins do século XIX, o costume tradicional de unir jovens mocinhas a vetustos senhores bem estabelecidos, social e economicamente, passou a ser questionado pelos médicos higienistas. O casamento como instituição higiênica passou a ter como finalidade “a defesa da raça e do Estado, através da proteção das crianças” (Costa, 2004, p. 219). Os novos critérios higiênicos demandavam a substituição do cálculo das vantagens sociais e econômicas na escolha do parceiro pela inclinação amorosa. Assim, os casais se uniriam conforme o impulso natural da atração, determinada por fatores mais convenientes à boa constituição eugênica da prole, quais sejam: a juventude, a beleza e a saúde do cônjuge. A saúde dos filhos, futuros cidadãos da pátria, deveria ser o principal objetivo em qualquer união matrimonial.

Neste período, foram, portanto, os médicos, principais agentes da política higienista, que fizeram emergir o casamento por amor, o único capaz de incentivar uma vida sexual saudável entre o casal, evitando as relações extraconjugais e as doenças provenientes destas, além de afastar outros riscos de uma vida sexual infeliz. O sexo no casamento tornou-se, no entanto, objeto de regulação médica, de modo que “ninguém gozava impunemente” (Costa, 2004, p. 229). Esses especialistas atuaram com empenho para desmerecer o casamento consanguíneo (o que provocaria filhos débeis) e também o casamento por interesse (inadequado à boa constituição biológica da população).

Entre as novas recomendações para a união conjugal estavam as pertinentes à idade dos cônjuges e, mais especificamente, a contraindicação da disparidade acentuada entre eles. Deveria ser evitada a união de mulheres

muito jovens com homens velhos, “a idade ideal para casamento era de 24 a 25 anos para o homem, e a de 18 a 20 anos para a mulher” (Costa, 2004, p. 221). Isso era justificado pelos médicos sob o argumento de que

a mulher jovem, pela imaturidade do aparelho reprodutor, arriscava-se a uma gestação ou parto difíceis que podiam lesar o feto ou o recém-nascido. O velho tinha os órgãos reprodutores ‘enfraquecidos’ e com suas ‘funções perturbadas’, o que o tornava igualmente inapto a procriar. (Costa, 2004, p. 220)

Tais recomendações médicas foram decisivas para desmoralizar a figura do velho na sociedade, junto com o costume de unir senhores a moças. Essas orientações médicas nos informam que tal tipo de relação era comum até início do século XX e revelam a estratégia médica de combater o respeito e o culto que a sociedade colonial reservava aos homens mais velhos. Os médicos elogiavam o corpo jovem, sadio e propício à reprodução, em contraste ao corpo fraco do velho, de modo a destituir do poder o antigo patriarca colonial e promover a mulher como a parceira ideal do médico na constituição da família higiênica.

Os médicos retiravam dessas cisões intrafamiliares inúmeros benefícios. Em primeiro lugar, conquistavam aliados contra o *pater familias*, apresentando-se como paladinos na defesa da mulher e da criança. Em segundo lugar, aproveitando-se do movimento cúmplice da mulher em sua direção, impunham-lhe, como condição de aliança, o direito de determinar o novo papel feminino na vida familiar. Em terceiro lugar, recuperavam a desorientação social do homem, restituindo-lhe parcelas do poder perdido da maneira que mais lhe convinha. (Costa, 2004, p. 226)

Note-se que o intervalo de idade de 18 a 20 anos para as mulheres, tido então como o período mais higiênico para a gestação, já não corresponde ao que se indica atualmente, uma vez que se considera como um problema médico-social toda gravidez que aconteça antes dos 20 anos de idade. Observe-se ainda que até o início do século XX o que se considerava como um problema não era a maternidade precoce, mas a maternidade fora do casamento, principalmente no caso das famílias burguesas. É preciso ter em conta ainda que nas classes populares os arranjos conjugais demoraram a aderir à modalidade de união consagrada pela família burguesa. Como evidencia o estudo de Claudia Fonseca (2003) acerca das configurações familiares nas classes populares no Brasil, nas primeiras décadas do

século XX, a gravidez na adolescência era frequente e nem sempre ocorria como resultado de uma união conjugal.

O caso de Ernestina [...]: casaram-na com 17 anos sabendo-a grávida de outro homem. Depois de seis anos, seu marido parou de sustentar a casa [...]. Um belo dia, mandou-a embora. [...] recusava toda proposta de reconciliação dizendo que ‘se envergonhava de viver com sua mulher’ [...]. Cansada de esperar, ela amasiou-se com um ‘homem bom’ [...] e recebeu a guarda dos filhos, demonstrando que havia uma aceitação tácita, da parte de certos juizes, de práticas costumeiras, tais como a mancebia e gravidez pré-nupcial. (Fonseca, 2003, p. 527)

A constituição da mulher como alvo e objeto dos novos investimentos de controle do Estado sobre a população contou com inúmeros dispositivos, dentre eles, manuais de puericultura e revistas femininas que objetivavam auxiliar as mães nos cuidados e na educação de seus filhos. As informações científicas produzidas sobre o bebê e os cuidados que ele requer influenciaram as relações mãe-bebê, chegando a sobrepujar “os conhecimentos tradicionais ou religiosos” sobre o tema (Lima, 2008, p. 3). A profusão de informações sobre a recepção higiênica do bebê ofereceu ao longo do século passado e oferece ainda hoje⁴ orientações para “as mulheres que vivem pela primeira vez a experiência da maternidade” (Lima, 2008, p. 2). Os manuais de puericultura cumpriram papel importante nesta difusão, divulgando os “princípios da higiene infantil”, com o objetivo de contribuir com o desenvolvimento da nação a partir do bem-estar de seus futuros cidadãos. Esses manuais tinham as mães como principais destinatárias de suas informações e postulavam que a saúde das crianças era resultado das decisões maternas no cuidado com o bebê e da relação afetiva estabelecida entre ambos. Disto, afirmavam os manuais, dependia também o futuro da nação.

4. A MATERNIDADE COMO OBJETO PRIVILEGIADO DA ATENÇÃO MÉDICA

A partir da escrita desses manuais de puericultura, no Brasil, desde os primeiros anos do século XX, os médicos higienistas passaram a se dirigir às mães em suas clínicas e consultórios e propor-lhes um pacto: se

⁴ Lima (2012) faz um estudo sobre as mudanças e permanências nas maneiras especializadas de avaliar as relações mães e bebês como normais ou patológicas, nos manuais de puericultura atuais e do início do século XX.

elas lhes prometessem lealdade e obediência, eles garantiriam que seus filhos cresceriam fortes, saudáveis e educados. Bastava apenas que elas não tomassem nenhuma iniciativa sem consultar o médico, nem adotassem qualquer procedimento em relação aos seus filhos seguindo conselhos de comadres ou de suas próprias mães. A condição para o sucesso na criação e educação dos filhos era a confiança irrestrita no pediatra. Em *O livro das mãezinhas*, pequeno guia de puericultura distribuído gratuitamente nos cartórios da cidade de São Paulo para os pais, no momento de fazer o registro civil de seus filhos, o Dr. Wladimir Piza dirigia-se à jovem mãe dizendo:

Escolhe entre os conselhos das amigas que, embora com boa intenção, te ensinam o que não sabem porque não estudaram, e as recomendações dos especialistas que passam a vida tratando de crianças, do hospital para o laboratório, e toma o caminho que a tua inteligência te indicar. Mas pensa bem antes! Teu filho será amanhã o prêmio dos teus esforços, ou o castigo da tua desorientação; tudo dependerá do modo pelo qual o criares. (Piza, 1940, p. 6)

No entanto, como bem observou Maria Martha de Luna Freire (2009) em seu estudo sobre o discurso maternalista da década de 1920 no Brasil, a aliança entre mães e médicos não teve como efeitos apenas a ampliar o prestígio do pediatra e submeter as mães à sua autoridade. Fosse assim, dificilmente, as mulheres teriam aceitado os termos do acordo. Se a parceria pôde se estabelecer foi porque proporcionou certas vantagens às mulheres-mães. Mais do que simplesmente dominação masculina, tratava-se, em muitos casos, de negociação entre as partes. As orientações do pediatra eram seguidas principalmente quando atendiam aos interesses maternos e, às vezes, não eram impostas às mulheres, mas solicitadas por elas, tendo em vista a sua própria conveniência. Segundo a autora,

(...) mais que pautar um determinado comportamento feminino, possivelmente os médicos reagem a práticas já adotadas pelas mulheres e empenhavam-se em controlá-las e justificá-las segundo a racionalidade da ciência. Isso explicaria a aparente contradição de um discurso que insistia na defesa do aleitamento materno e simultaneamente divulgava estratégias de alimentação artificial. (Freire, 2008, p. 163)

A partir da aliança com os médicos, a mulher-mãe moderna instruída, de boa condição social, pôde distinguir-se das mães tradicionais. Vivendo em meio urbano, as informações sobre higiene infantil lhe chegavam

por diversos meios: o rádio, os manuais de puericultura, os jornais e as revistas femininas, em que os pediatras ofereciam conselhos sobre como conduzir a rotina do lar e os cuidados com os filhos de maneira “científica”. Com a ajuda dos especialistas, aprendiam a manejar o termômetro e a balança, a marcar no relógio o tempo das atividades e a elaborar receitas balanceadas. As orientações tinham em vista não apenas a saúde do corpo, mas também a educação. Cada procedimento, cada decisão em relação aos cuidados com a criança deveriam levar em conta a prevenção da doença e a formação de bons hábitos.

Examinando o processo de normalização da família burguesa pelo movimento higienista na passagem do século XIX para o século XX, Jurandir Freire Costa observou, porém, que as mães jamais conseguiram satisfazer completamente as exigências médicas, inclusive porque essas se transformavam continuamente. Sendo assim, por maior que fosse o empenho materno em acertar, da perspectiva especializada sempre havia algo a corrigir ou algo que faltava realizar. Nas palavras do autor:

Amar e cuidar dos filhos tornou-se um trabalho sobre-humano, mais precisamente, ‘científico’. Na família burguesa os pais jamais estão seguros do que sentem ou fazem com suas crianças. Nunca sabem se estão agindo certo ou errado. Os especialistas estão sempre ao lado, revelando os excessos e deficiências do amor paterno e materno. (Costa, 2004, p. 15)

Segundo Costa, a mãe higiênica é resultado de um movimento histórico duplo, que a emancipou do poder patriarcal e, por outro lado, submeteu-a ao poder médico (Costa, 2004, p. 255). O papel da mulher era estratégico para a constituição da família higiênica, desde que a mulher-mãe tivesse sido persuadida das vantagens de seguir as recomendações da higiene infantil. Para isso, ela devia ser convencida também de que a maternidade era o cumprimento de sua própria natureza. Ainda conforme Costa (2004), nos escritos de médicos da época encontram-se afirmações como as seguintes:

(...) A mulher, por sua vez, nascera para a família e para a maternidade. (...) Os sinais desta vocação eram perceptíveis desde a mais tenra idade: ‘com efeito, desde a infância a mulher começa a manifestar os doces sentimentos que a devem sucessivamente tornar amante, esposa e mãe. (...) mais fraca a todos os respeitos (que o homem) é a mais própria a prodigalizar à família os cuidados que ela reclama de sua ternura e do seu afeto. (Costa, 2004, p. 239)

Embora os discursos dos médicos higienistas enfatizassem que o instinto materno manifestava-se desde a infância, por outro lado contribuíram para a atual recriminação da gravidez na adolescência. Uma vez que a maternidade foi erigida ao posto de função pública da maior importância, deixou de ser uma tarefa possível de ser realizada recorrendo-se somente aos “instintos” e costumes aprendidos e passou a ser uma atividade complexa, que exigia preparo especializado. Além disso, na medicina e política higienistas, muitos fatores biológicos do corpo adequado e saudável para a reprodução foram requisitados aos que deveriam procriar e garantir o futuro da população, a evolução da espécie. Somaram-se, assim, exigências que, aparentemente, a adolescência não reúne, já que seu corpo é tido como despreparado e seu caráter é tido como irresponsável e instável (Aberastury & Nobel, 1992), incapaz de assumir as responsabilidades dignas do novo papel materno, de maneira independente.

5. OS ENUNCIADOS SOBRE A IDADE MAIS INDICADA PARA ENGRAVIDAR NOS MANUAIS DE PUERICULTURA

Os manuais de puericultura publicados nas primeiras décadas do século XX são frutos da iniciativa de pediatras prestigiados da época, os quais pretendiam contribuir para a redução das elevadas taxas de mortalidade infantil e promover a saúde da população. Dedicados ao estudo dos problemas relacionados à população infantil brasileira, os especialistas defendiam o aleitamento materno, a vacinação e uma série de práticas higiênicas relacionadas à alimentação, ao sono, ao banho do bebê. Acreditavam que era preciso fazer com que cada mãe se dispusesse a amamentar a intervalos regulares; convencê-las de que as vacinas eram seguras e serviam para a proteção de seus filhos contra doenças graves e ainda acostamá-las a uma série de procedimentos higiênicos. Por meio da escrita dos manuais, os autores procuravam difundir na sociedade, em especial entre as mães, os princípios da higiene infantil. Em seus textos, solicitavam a observância rigorosa de recomendações relativas aos cuidados com o corpo da mãe durante a gestação e do bebê desde o nascimento. Enfatizavam aspectos como a alimentação adequada, a limpeza de tudo quanto cercava a criança e a rotina regular.

O tema da idade mais indicada para a mulher engravidar não era central nos manuais de puericultura, mas aparecia em alguns compêndios, na parte relativa à higiene pré-nupcial ou eugenia. Apresentavam-se considerações sobre providências importantes à geração de um bebê saudável,

algumas das quais deveriam ser tomadas antes mesmo da concepção. Os cuidados incluíam a criteriosa escolha do cônjuge, baseada em critérios biológicos e nas qualidades morais do candidato e a realização do exame pré-nupcial. Em alguns manuais, aconselhava-se as leitoras a levar em consideração também a idade mais propícia para a gravidez.

No manual *Higiene e alimentação da criança* (1933), o doutor Vicente Baptista apresentava as condições para o nascimento de um bebê sadio, dentre as quais a idade adequada dos pais, que não deviam ser nem muito novos nem muito velhos. Dizia ele:

Chorou o bebê que acaba de nascer. Se a mãe foi bem orientada durante a gestação, se cumpriu as regras de puericultura pré-natal, se a gravidez transcorreu sem acidentes, ou estes tiveram assistência adequada, se na própria ascendência ou na do marido não há doenças hereditárias ou familiares, se ambos não são muito jovens, nem velhos, e gozam de perfeita saúde física e psíquica, o recém-nascido deve ser sadio. (Baptista, 1933, p. 23)

O livro *das mães*, de Almeida Junior e Mario Mursa, apresenta considerações sobre a “idade dos candidatos” a mãe e pai. De acordo com os autores, Platão recomendava que o casamento ocorresse entre os 20 e 30 anos para os homens e entre 19 e 25 anos para as mulheres, intervalos de idade que, segundo eles, eram também os mais indicados pela ciência moderna. Assim como o doutor Vicente Batista, entendiam que a gestação não devia ser nem muito precoce, nem muito tardia, por razões que eram tanto físicas como psicológicas. Segundo eles, “Muito precoce, o casamento encontra os esposos mal desenvolvidos, tanto física como moralmente, para as graves responsabilidades da procriação e da educação dos filhos” (Almeida Junior; Mursa, 1938, p. 214). Por outro lado, ponderavam:

Se a união é tardia, o organismo de um e de outro cônjuge terá já perdido aquele viço pujante que assegura descendentes sadios; na mulher, não haverá a necessária plasticidade orgânica para adaptar-se às circunstâncias do primeiro parto; nenhum dos dois, talvez, conseguirá levar a cabo a delicada tarefa da educação dos filhos. (Almeida Junior Mursa, 1938, p. 214)

Em seu *Guia para Criar o Bebê* (1951), o Dr. Martinho da Rocha afirmava que a escolha instintiva do parceiro tendia a dar melhores resultados do que a escolha por conveniência. Embora não se encontre no texto a justificativa dessa orientação, pode-se inferir o raciocínio do autor: a escolha

motivada pela “inclinação instintiva” atenderia a critérios de juventude e beleza, portanto a qualidades biológicas superiores para a reprodução, enquanto os casamentos de conveniência tenderiam a privilegiar a condição social do parceiro e não seus atributos genéticos. Não fosse assim, pareceria estranho que no mesmo manual o autor se manifestasse favorável à obrigatoriedade do exame pré-nupcial e afirmasse que a liberdade dos indivíduos em escolher o seu par deveria ser “logicamente limitada pelos direitos do menino que irá nascer” (Rocha, 1951, p. 19). De modo que as tendências naturais eram valorizadas apenas na medida em que fossem consideradas úteis para os objetivos estabelecidos pelos médicos-cientistas.

O manual que dedica mais espaço à questão da idade propícia à gestação e à maternidade intitula-se *Prepara teu filho para a vida* (1947) e foi redigido pelo Dr. Odilon Andrade Filho. Nesse compêndio, há um breve capítulo intitulado “Não se deve prostrar a vinda dos filhos”. O autor afirma “Seria de enorme vantagem para as mulheres, se tivessem os filhos quando ainda jovens” (Andrade, 1947, p. 293). O especialista lastimava que as moças contemporâneas não pensassem do mesmo modo e preferissem dedicar a mocidade aos prazeres, aos divertimentos, à vaidade, às viagens, entendendo a maternidade como uma forma de inibição da liberdade. O autor acreditava que essa atitude era prejudicial porque impunha uma distância muito grande entre pais e filhos. Nas palavras dele:

Para que uma geração possa influir sobre a outra é necessário que o espaço temporal que as separa seja pequeno, diz Carrel, e acrescenta: As moças, casando-se quando ainda jovens, não ficarão separadas dos filhos por um espaço temporal tão grande que nem o amor possa transpor. (Andrade, 1947, p. 294)

O autor recomendava ainda: “casem-se cedo, pois, se possível minhas leitoras ainda solteiras. E procurem ser mães logo que a Natureza resolver. Não oponham obstáculos à sua ação. Às mães jovens são mais queridas pelos filhos” (Andrade, 1947, p. 294).

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Atualmente, a gravidez na adolescência é considerada como um problema social. Diversas estratégias biopolíticas são mobilizadas para combatê-la. Entende-se que a adolescente que engravida é prejudicada em seu desenvolvimento biológico, psicológico e social, na medida em que precisa assumir responsabilidades para a qual não está preparada. Frequentemente,

a adolescente grávida interrompe sua formação escolar, o que diminui suas chances de conquistar a independência financeira e aumenta a probabilidade de que venha a depender da ajuda de familiares e/ou do Estado para atender às suas próprias necessidades e a de seu(s) filho(s).

Não foi sempre assim. Como se procurou mostrar neste texto, no período colonial, era normal e esperado que meninas se casassem e tivessem filhos a partir da idade de quinze anos ou mesmo antes disso. Muitas vezes seus maridos tinham idade para ser seus pais ou mesmo seus avós. O casamento atendia, então, aos interesses econômicos e sociais da família e era decidido pelos pais dos noivos. Mais tarde, a partir da passagem do século XIX para o século XX, os médicos higienistas condenaram a prática tradicional do casamento por conveniência e passaram a defender que se observassem critérios biológicos e afetivos nas uniões conjugais. A grande disparidade entre o homem e a mulher foi considerada anti-higiênica e passou-se a recomendar que os filhos fossem gerados por casais jovens, cuja saúde fosse atestada por exames médicos pré-nupciais. Ainda na década de 1940, era possível que um especialista recomendasse às moças que se casassem cedo e não adiassem a vinda dos filhos, como atesta a exortação do doutor Odilon de Andrade.

Atualmente, a expectativa social parece ser de que os pais sejam capazes de se responsabilizar sozinhos pelos cuidados e a educação dos seus filhos. Valoriza-se principalmente a capacidade de criar os filhos com autonomia, sem depender da ajuda de outros parentes ou do governo. É provavelmente por isso que a gravidez na adolescência é tratada como um problema social, enquanto a gravidez tardia, de mulheres na faixa dos 40 anos, embora possa apresentar mais riscos do ponto de vista médico, é socialmente aceita e até valorizada, na medida em que as mães nessa faixa etária são mais provavelmente capazes de arcar com as responsabilidades e os custos da maternidade, mesmo quando são mães solteiras.

O combate à gravidez na adolescência não consiste, portanto, apenas ou principalmente, em uma forma de proteção às adolescentes e ao seu desenvolvimento. Trata-se de uma estratégia para evitar o crescimento de uma população considerada problemática, porque tende a necessitar de ajuda numa cultura que valoriza, antes de tudo, a autonomia.

REFERÊNCIAS

- Almeida, J. A. & Mursa, M. (1938). *O livro das mães: noções de puericultura*. São Paulo: Companhia Editora Nacional.

- Andrade, F. O. (1947). *Prepara teu filho para a vida*. São Paulo: José Olympio Editora.
- Araújo, E. (2003). A arte da sedução: sexualidade feminina na colônia. In M. D. Priore (Org.), *História das Mulheres no Brasil* (pp.45-77), São Paulo: Contexto.
- Ariès, P. (1981). *História social da criança e da família*. Rio de Janeiro: Ed. LTC. 2. Ed.
- Baptista, V. (1993). *Higiene e alimentação da criança*. Rio de Janeiro: Editor Calvino Filho.
- Brasil (2009). *Caderneta de Saúde do Adolescente: meninas*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Correia, V. A. A (2014). *Gravidez na adolescência: a construção discursiva de uma condição desviante?*. Dissertação de Mestrado, Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil. Acedido em http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/100/100135/tde-03062014-173127/publico/Vanessa_Correia_dissertacao.pdf
- Costa, J. (2004). *Ordem médica e norma familiar*. Rio de Janeiro: ed. Graal.
- D´incao, M. A. (2003). Mulher e família burguesa. In M. D. Priore (Org.), *História das Mulheres no Brasil* (pp. 223-240), São Paulo: Contexto.
- Debert, G. G. (2004). *A reinvenção da velhice: socialização e processos de reprivatização do envelhecimento*. São Paulo: editora da Universidade de São Paulo: Fapesp.
- Foucault, M. (1988). *História da sexualidade I: a vontade de saber*. Rio de Janeiro: ed. Graal.
- Fonseca, C. (2003). Ser mulheres, mãe e pobre. In M. D. Priore (Org.), *História das mulheres no Brasil* (pp. 223-240), São Paulo: Contexto.
- Freire, M. M. (2009). *Mulheres, mães e médicos: discurso maternalista no Brasil*. Rio de Janeiro: editora FGV.
- Lima, A. (2009). A recepção higiênica do bebê: um estudo a partir de manuais de puericultura publicados no Brasil entre 1918 e 1968. In *Formação de Profissionais e a criança sujeito – Livro de atas do VII Colóquio do LEPSI*. São Paulo: IP/FE. Acedido em <http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?>
- Lima, A. (2012). O normal e o patológico na relação mãe-bebê: um estudo a partir de manuais de puericultura publicados no Brasil (1919-2009). *Estilos Da Clínica*, 17(2), 324-343.
- Rocha, J. M. (1951). *Guia para criar o bebê*. Rio de Janeiro: Minerva. 2ª. ed.

São Paulo (2006). *Manual de atenção à saúde do adolescente*. São Paulo: Secretaria Municipal da Saúde.

Shakespeare, W. (2013). *Romeu e Julieta*. Trad. Beatriz Viégas-Faria. Porto Alegre: L&PM.