

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

“O Significado da Gravidez na Adolescência a partir da Ótica dos Profissionais de Saúde”

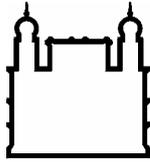
por

Ana Maria Otoni Mesquita

Tese apresentada com vistas à obtenção do título de Doutor em Ciências na área de Saúde Pública.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Suely Ferreira Deslandes

Rio de Janeiro, outubro de 2008.



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



Esta tese, intitulada

“O Significado da Gravidez na Adolescência a partir da Ótica dos Profissionais de Saúde”

apresentada por

Ana Maria Otoni Mesquita

foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof.^a Dr.^a Elaine Reis Brandão

Prof.^a Dr.^a Simone Ouvinha Peres

Prof. Dr. Alexandre José Baptista Trajano

Prof.^a Dr.^a Simone Souza Monteiro

Prof.^a Dr.^a Suely Ferreira Deslandes – Orientadora

Catálogo na fonte
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca de Saúde Pública

M582s Mesquita, Ana Maria Otoni
O significado da gravidez na adolescência a partir da
ótica dos profissionais de saúde. / Ana Maria Otoni
Mesquita. Rio de Janeiro : s.n., 2008.
220 p.

Orientador: Deslandes, Suely Ferreira
Tese de Doutorado apresentada à Escola Nacional de
Saúde Pública Sergio Arouca.

1. Gravidez na Adolescência. 2. Pessoal de Saúde.
3. Registros Médicos. 4. Registros Hospitalares.
5. Entrevistas como Assunto. I. Título.

CDD - 22.ed. – 618.24

Aos meus pais Maria Carmen e Raul, pelo estímulo.

A minha filha Dana, pela tolerante sabedoria.

AGRADECIMENTOS

Uma tese é uma produção coletiva.

Da construção do texto contribuíram desde a Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, que me acolheu e tornou possível a realização desse trabalho, a aqueles que, generosamente se dispuseram a uma reflexão sobre o tema através de entrevistas, como os profissionais de saúde cujos discursos são o foco desse trabalho; os componentes da Banca de Qualificação do Projeto que colaboraram para mudar o rumo das investigações, assim como a Banca Examinadora que tem o poder da palavra final.

Entretanto, o trabalho de criação cotidiana depende da tarefa assídua, interessada e dedicada do orientador. Foi com sabedoria e delicadeza que minha orientadora Suely Ferreira Deslandes permitiu a elaboração dessa versão, concomitantemente, final e provisória do texto dessa tese.

A ela agradeço especialmente e também, a todos que tornaram possível meu acesso aos profissionais pesquisados, como a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, o médico Moisés Rechtman do CEAMA e a psicóloga Maria Helena Alves Pereira do Programa de Atenção ao Adolescente do HMON, que coordenavam os respectivos serviços à época.

Agradeço a todos que, pacientemente deram suporte tecnológico como transcrições e formatações e, por fim, à psicóloga Lygia Ayres pela troca de idéias e apoio, aos familiares e amigos por acreditarem.

RESUMO

A tese teve como propósito a análise dos sentidos e significados atribuídos à gravidez na adolescência a partir dos discursos dos profissionais de saúde. Nosso enfoque partiu da hipótese de que o que tem limitado a produção de cenário favorável ao “agir comunicativo” segundo o conceito do filósofo Jürgen Habermas, na área da assistência à adolescente grávida, é a construção de uma visão hegemônica de “risco” revelada através da literatura especializada e, também, das falas dos profissionais sobre adolescência. A concepção de adolescência na cultura brasileira é ser fase de transição vinculada à puberdade, a processos fisiológicos, geneticamente determinados, e tem como padrão de referência a proposta, segundo Einsenstadt, de organização social e familiar universalizante. O setor Saúde formula um discurso hegemônico sobre o comportamento adolescente, apesar do fato de que o início das transformações fisiológicas, sexuais, psicológicas, sociais cognitivas podem variar muito de uma pessoa para outra, em diferentes contextos. Essa conceituação, somada às limitações relativas ao “agir comunicativo” intra-equipe multidisciplinar, contribuem para a manutenção do *status quo* “estratégico”, no sentido habermasiano, dos serviços de pré-natal de adolescentes. Esse contexto tem dificultado a formulação de novas perspectivas no universo da inter-pessoalidade, dificultando a construção da proposta de humanização do atendimento baseada, entre outros, nos princípios da transversalidade de saberes, na articulação entre gestão e atenção e, especialmente, a oportunidade do protagonismo dos sujeitos.

A metodologia empregada foi a da análise do conteúdo dos discursos dos profissionais selecionados e teve como referência uma visão pragmática do discurso, que considera a linguagem uma “forma de vida” e que a partir dela podemos inferir significados às relações e processos subjacentes.

Palavras-Chave: significados, gravidez na adolescência, profissionais de saúde, ação comunicativa, ação estratégica.

ABSTRACTS

The purpose of this thesis is the analysis of the meanings attributed by health professionals to the phenomenon of teenage pregnancy. The focus was in the hypothesis that what limits the development of a more favorable scenery to the 'communicative action', according to the philosophical concept of Jürgen Habermas, aiming a better assistance to pregnant teenagers in health services, is the construction of a hegemonic "risk conception" identified in the specialized literature and through the words of the interviewed professionals on adolescence. The conception of adolescence in the Brazilian culture is that of a transition period, organized in function of puberty and the physiological, genetic determinate characteristics, social and family ideals that purchase universality of goals and values, according to the anthropological concepts of Eisentadt. The hegemonic vision of health area is developed, ignoring the fact that adolescent characteristics being quite different from one person to another in multiple contexts. Added to the referred facts, are the limitations of the 'communicative action' between members of health staff, which contributes to maintain the *status quo* of 'strategic action', referring to the Habermasian concept. The scenery turns the process of making changes for new practices in the assistance procedures very difficult, which helps to perpetuate old and inefficient patterns, putting aside the aims of humanization of the attendance as: transversal knowledge, integrated attention to management and the possibility to include the creative participation of all involved in attention. Communicative or strategic action, this is the question for management in health assistance for teenagers.

The methodology applied was analysis of contents through a pragmatic point of view, which considers language a concrete form of life, according to Wittgenstein's philosophical proposals.

Key Words: meanings, teenager pregnancy, health professionals, communicative action, strategic action

SUMÁRIO

Título: O Significado da Gravidez na Adolescência a partir da Ótica dos Profissionais de Saúde

I. INTRODUÇÃO – p. 8

II. MARCO TEÓRICO – p. 20

- 1. O olhar acadêmico sobre Adolescência vigente no século XX**
- 2. Adolescência versus Juventude**
- 3. O desejo de engravidar como construção coletiva**
- 4. O agir comunicativo**

III. METODOLOGIA – p. 39

- 1. Desenho**
- 2. Definição dos Campos de Investigação**
- 3. Sujeitos**
- 4. Fundamentação da Análise dos Dados**

IV. ANÁLISE DA LITERATURA – p. 52

- 1. Introdução**
- 2. Caracterização Geral dos Periódicos**
- 3. Área de Formação dos Autores**
- 4. Distribuição por sexo dos autores**
- 5. Origem Institucional dos Autores e dos Artigos**
- 6. Metodologia utilizada pelos autores segundo a área profissional**
- 7. Enfocando os temas constantes na produção de Saúde Pública**
- 8. Discussão e Considerações Finais**

V. A CONSTRUÇÃO DOS REGISTROS – p. 101

- 1. A Importância dos Prontuários e dos Registros Hospitalares**
- 2. Sobre os prontuários e as práticas dos profissionais do CEAMA E dos profissionais do HMON**
- 3. Análise dos prontuários e das práticas**
- 4. Análise Comparativa**
- 5. Considerações Finais**

VI. O DISCURSO DOS PROFISSIONAIS: SENTIDOS E SIGNIFICADOS - p. 143

- 1. Sentidos e Significados sobre a adolescente grávida a partir dos relatos dos profissionais: Análise das Entrevistas**
- 2. Eixos Temáticos**

VII. CONCLUSÃO – p. 203

VIII. REFERÊNCIAS – p. 208

ANEXOS – p. 218

I. INTRODUÇÃO

Pesquisas científicas na área da saúde pública indicam que, nas últimas duas décadas, na contramão da queda das taxas de fecundidade em todas as faixas etárias, a taxa de fecundidade na adolescência tem crescido no Brasil.¹

Dados recentes da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS) de 2006, sobre Saúde da Criança e da Mulher, mostram que a taxa de fecundidade entre 10 e 19 anos cresceu no Brasil, de 17% em 1996, para 23%, dez anos depois.²

Apesar de se observar uma pequena queda nos últimos anos na faixa etária entre 15 e 19 anos, os índices referentes à faixa etária entre 10 e 14 anos, aumentam. As taxas mais altas de fecundidade eram tradicionalmente verificadas em mulheres entre 20 a 24 anos. A partir dos anos 80, chama a atenção o crescimento contínuo das taxas na faixa entre 15 e 19 anos³.

Em função disso, na última década (1997-2006), alguns serviços voltados para a assistência ao adolescente, cujo objetivo é dar suporte médico, psicológico, social, nutricional e de cuidados de enfermagem, incluindo pré-natal e informação sobre aleitamento e contracepção foram implantados nas três instâncias de governo: municipal, estadual e federal.

A gravidez na adolescência tem despertado grande interesse da sociedade, dos pesquisadores da área de saúde pública e da mídia em geral. O Relatório da BEMFAM (1996)⁴ apontou algumas variáveis que poderiam ser associadas à fecundidade mais elevada entre adolescentes, como: o início precoce da vida sexual, o que determinaria maior tempo de exposição à concepção, níveis de escolaridade e socioeconômico baixos, cor da pele, estado civil e o desconhecimento da fisiologia reprodutiva, como a

capacidade de identificação do período fértil. Quanto aos aspectos psicológicos, estudos^{5,6} têm apontado para algumas características generalizantes, donde destacamos a ambivalência sobre o desejo de procriar, o comportamento inconseqüente e, ainda, a necessidade de afirmar virilidade ou feminilidade, características entendidas como “normais”, ou seja, próprias da adolescência.

Ao abordar o tema da gravidez na adolescência, tem-se enfatizado o caráter de problema social, partindo do pressuposto de que as adolescentes não teriam “*capacidade fisiológica para gestar e incapacidade psicológica para criar*”⁷. As variáveis médicas mais citadas nessas referências são: imaturidade física, crescimento de partos prematuros (inversamente proporcionais à idade da parturiente) e abortamento; as razões psicológicas estão associadas a características negativas atribuídas à adolescência como ambivalência, onipotência, inconseqüência, impulsividade, imaturidade para criar; sendo que as razões sociais versam sobre a precariedade das condições de vida, falta de informação sobre métodos contraceptivos, e o desconhecimento dos direitos básicos que lhe garantem a cidadania, direitos esses enunciados na constituição, no Estatuto da Criança e do Adolescente e pela legislação do Sistema Único de Saúde (SUS), como acesso universal à educação e aos cuidados da saúde.

Considerando a gravidez indesejada, Belo e Silva⁸ fazem referência ao fato de que autores brasileiros têm mostrado que esse índice seria em torno de 50% como verificado no estudo citado por eles e realizado no Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher (CAISM – Universidade Estadual de Campinas), quando se encontrou uma percentagem de 45,9%, entre jovens de 15 a 19 anos, usuárias da unidade em 1980. Entre os motivos citados para essa atitude estão: falta de conhecimento sobre os métodos contraceptivos, além da objeção de seu uso pelo parceiro, "o pensar que não

engravidaria" (segundo os autores, pensamento característico do período adolescente), ou por "não esperar ter relações naquele momento". No mesmo artigo, Belo e Silva⁹ questionam esses dados, pois em estudo de 2004, realizado por eles no mesmo CAISM, os resultados apontaram que 54% das entrevistadas estavam utilizando algum tipo de proteção na primeira relação sexual e, a maioria, tinha conhecimento de métodos anticoncepcionais. Esses dados refletem, em parte, o maior acesso da população à informação e ao uso de contraceptivos, fato que, por si só, parece não ter influenciado a diminuição das taxas de crescimento da GA. Vale ressaltar que, na pesquisa de 2004, o principal motivo alegado para o não uso de contraceptivo, foi o desejo de engravidar (24,5%).

Goldberg et al.¹⁰ no estudo realizado em Montes Claros, MG, chamam atenção para o significado da gravidez nesta faixa etária, mais freqüente nos segmentos sociais mais desfavorecidos, e que representa um agravante no complexo quadro existencial, comprometendo o futuro profissional, dificultando o retorno à escola e limitando as oportunidades de trabalho.

Outro aspecto importante foi o destaque dado para as diferenças de comportamento sexual e classe social. Quando comparados os jovens de classe baixa com nível de escolaridade menor, aos jovens de classe média, que já haviam ingressado na universidade, Pirotta & Schor¹¹ investigando a intenção de engravidar numa população de estudantes universitários na cidade de São Paulo, observam o uso intensivo de contraceptivos e a interrupção voluntária da gestação (abortamento) como contribuindo para a baixa taxa de fecundidade e o adiamento da maternidade/paternidade em função dos projetos de vida.

Constatou-se que esses estudos refletem uma relação de correspondência entre contracepção, gravidez, gênero e escolaridade. Confirmou-se uma marcante tendência a considerar a gravidez na adolescência um fenômeno fortemente indesejável, prejudicial à saúde da gestante, ao seu projeto de vida e que, potencialmente, estaria dando visibilidade a conflitos subjacentes de ordem psicológica, social, econômica, cultural ou, ainda, familiar. Segundo Brandão ¹², ao realizar um balanço da bibliografia sobre o tema, observa que críticas recorrentes aos enfoques disseminados pela demografia, medicina, epidemiologia e psicologia social, apontam o conteúdo fortemente normativo dessas visões. Segundo ela, há uma ênfase no “enfoque de risco”, que acaba por abrigar uma visão negativa da sexualidade na adolescência.

Ao voltarmos nosso olhar para a população de jovens gestantes que freqüentam os ambulatórios de pré-natal das instituições regidas pelo Sistema Único de Saúde, nos deparamos com diversos perfis de adolescentes que combinam variáveis como baixa escolaridade, apoio familiar, apoio do parceiro, baixo nível sócio-econômico como renda familiar. Ao entrevistar gestantes adolescentes que freqüentam o pré-natal de hospitais públicos da cidade do Rio de Janeiro, observamos no discurso das jovens que a gravidez é, muitas vezes, desejada pelas protagonistas, pelos pais dos bebês e pelos familiares. As entrevistas clínicas apontam o “desejo da gravidez” como a justificativa isolada, mais freqüente, para o ato de engravidar. Fato que nos desafia a refletir sobre o fenômeno, na tentativa de criarmos novas possibilidades de encontro entre usuárias e especialistas.

Ao explorar este universo de interações entre equipe de especialistas e gestantes adolescentes, no sentido de entender os discursos dos profissionais sobre a gravidez na adolescência e significados atribuídos à adolescente grávida, podemos ampliar as possibilidades de interpretação do fenômeno do ponto de vista da comunicação e prever

um melhor acolhimento das usuárias que procuram os serviços de pré-natal do Sistema Único de Saúde (SUS)

A qualidade da comunicação estabelecida na relação de produção de cuidado como expressão da qualidade da atenção é uma das preocupações da proposta de Humanização. Seus princípios enfocam *“a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção da saúde e afirmando que os valores que norteiam esta política são a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a co-responsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários, a participação coletiva no processo de gestão e a indissociabilidade entre atenção e gestão”*. (MS, 2004)¹³.

Ao visar a operacionalização desta política, o PNH institui três princípios que são assim formulados:

- a inseparabilidade entre atenção e a gestão nos processos de produção de saúde;
- a transversalidade;
- a autonomia e protagonismo dos sujeitos.

Entende-se por inseparabilidade a consideração de que as diversas práticas são interdependentes e complementares; por transversalidade as concepções e práticas que atravessam as diferentes ações e instâncias que aumentam o grau de abertura da comunicação intra e inter grupos e ampliam as grupalidades; e autonomia e protagonismo dos sujeitos, quando valorizados e implicados no processo de produção de saúde e estimulados a se co-responsabilizar por ele enquanto gestores, usuários e trabalhadores de saúde; estimulados a estabelecer vínculos solidários e a participar coletivamente nos processos de atenção e gestão. (MS, 2004)¹⁴

Ao realizar um trabalho clínico de psicologia, em ambulatório de atendimento as gestantes entre 10 e 19 anos pude identificar dificuldades na operacionalização de cada um dos princípios acima descritos. Considerando o trabalho dos especialistas que compõem a equipe de técnica, observou-se a falta de transparência e de diálogo sobre concepções e práticas de cada um, o que prejudica a formação de vínculos solidários que favoreçam a transversalidade dos saberes, a grupalidade e a comunicação intra e inter grupos. Quanto a autonomia e ao protagonismo dos sujeitos, observou-se uma relação assimétrica que se pauta na falta de sintonia com os anseios dessa população, atitude que impede o movimento de construção do vínculo baseado na reciprocidade e no encontro entre prestador e usuário, necessário para que um trabalho responsável e criativo em saúde possa acontecer.

Evidentemente não estamos diante de um caso de falta de comunicação, mas muito antes, um tipo de comunicação muito peculiar que aponta para o quadro de fragmentação das ações da equipe no processo de atenção, que prejudica a formação de vínculos intra-equipe e, também, entre usuários e equipe, comprometendo a qualidade da assistência. De outro lado, parece ser um indicativo de concepções díspares, não convergentes, sobre a relação entre gestão e atenção, transversalidade e, especialmente, a importância de se valorizar a autonomia e o protagonismo dos sujeitos envolvidos na construção da saúde. Como afirma Watzlawick et al., todo comportamento, numa situação interativa, tem um valor de mensagem, isto é, é comunicação. Portanto, *“por muito que se esforce, é impossível ao indivíduo não comunicar”*.¹⁵

Atualmente, convive-se com práticas discursivas dissociadas, como se fossem dois mundos que se movem por lógicas sociais que não se intercomunicam, que não dialogam, que do ponto de vista dos especialistas, se instaura no que Buber conceitua como relação Eu-Isso, que interfere na dialógica do encontro, que ele define na palavra

princípio Eu-Tu. ¹⁶ Filósofo de tradição judaica e do romantismo alemão, Buber afirma que a díade Eu-Tu é, de fato, a unidade relacional fundadora do ser e afirma: *O mundo como experiência diz respeito à palavra-princípio Eu-Isso. A palavra-princípio Eu-Tu diz respeito ao mundo da relação.*¹⁷ A unidade relacional da relação do mundo dos objetos é Eu- Isso. Entretanto, dar sentido a uma obra de arte ou a uma árvore, por exemplo, é tornar um Eu-Isso em Eu-Tu. Por outro lado, destituir de um sentido relacional a relação Eu-Tu, é qualificá-la como Eu-Isso. *Relação é reciprocidade*¹⁸.

Outra questão pertinente abordada pelo autor é a temporalidade. O presente dá-se quando existe presença, encontro e relação; já o objeto é estagnação, interrupção, desvinculação, ausência de presença. O relacional seria vivido na presença e as objetividades no passado.

Jürgen Habermas, filósofo que recentemente abordou a comunicação de um ponto de vista sócio-institucional e pragmático, divide a ação social em duas vertentes: ação comunicativa e ação estratégica. Sob o título de ação comunicativa ele classifica as ações orientadas para o entendimento, ações consensuais, concomitantemente desdobradas em ações e discursos. Já sob o título de ação estratégica são classificadas as ações: estratégica evidente e estratégica latente, sendo que sob essa última estão incluídas a manipulação e a comunicação sistematicamente distorcida.¹⁹

Entendemos o desejo como expressão de subjetividade, como produção social, histórica e geograficamente contextualizada, e supomos que no discurso dos especialistas predomina uma visão estratégica, simplificadora, impregnada do olhar técnico, especializado, que impossibilita novas construções a partir da diversidade dos significados que emergem dos discursos das jovens sobre o ato de engravidar.

Aspectos como nível sócio-econômico, nível educacional, local de moradia, valores familiares e comunitários, projeto de vida parecem ter pesos diferentes nos

diferentes contextos, quando a decisão de engravidar está em jogo caracterizando um universo comunicativo de ampla diversidade.

Após todas essas considerações definimos como objeto desta tese as concepções, os sentidos e significados atribuídos por profissionais de saúde, ao ato de engravidar na adolescência, sejam eles pesquisadores, profissionais e/ou especialistas que integram as equipes de assistência à gestante adolescente. Buscamos identificar a produção de ações comunicativas, a partir de diferentes formas discursivas.

Minha experiência clínica em psicologia apontou que no discurso da equipe de especialistas observa-se que desejos e expectativas das gestantes são minimizados ou mesmo desprezados, em detrimento de categorias apontadas como determinantes da gravidez “precoce”. Quando se atribui o desfecho da gestação a determinantes tais como: desconhecimento sobre métodos contraceptivos, mau uso da ‘camisinha’, à ambivalência qualificada como ‘própria da juventude’, inseqüência, irresponsabilidade e impulsividade; o foco da abordagem passa a ser a prevenção e o uso de contraceptivos, enquanto a preocupação principal das jovens é com o parto e o puerpério, a possibilidade de ter acompanhante durante os dias de hospitalização e o aleitamento. Uma visão que além de claramente negativa, *a priori* desqualifica a subjetividade das jovens.

Nossa **hipótese** foi a de que o reconhecimento dos desejos e expectativas das jovens gestantes resulta do reconhecimento das gestantes como sujeitos históricos e comunicativos e que este fato está sendo negligenciado pela literatura especializada e pela equipe de especialistas de ambulatórios de pré-natal do SUS, em função de uma visão não histórica, descontextualizada do fenômeno. Na relação entre profissionais e

usuárias, prevalecem assimetrias que reforça relações de poder hierarquizadas, o lugar do técnico como depositário de um saber que escapa ao domínio da clientela. Ao cultivar uma visão que estigmatiza a adolescência e do adolescente, considerado pessoa imatura, instável, inconseqüente, incapaz de projetar seu futuro com responsabilidade, esse olhar dos ‘especialistas’ impede a construção de relações comunicativas, que leve em consideração a intersubjetividade.

Nosso **objetivo geral** foi analisar os significados atribuídos pelos profissionais de saúde (acadêmicos e aqueles ligados à assistência) ao ato de engravidar e à gestante adolescente, avaliando as possibilidades de se qualificar a comunicação entre estes protagonistas do cuidado pré-natal.

Os **objetivos específicos** foram:

1. Analisar os significados atribuídos por especialistas autores da literatura científica especializada ao ato de engravidar na adolescência;
2. Analisar a produção comunicativa intra-equipes pesquisadas e em relação às usuárias.
3. Analisar os significados atribuídos pela equipe de especialistas de ambulatórios de assistência a gestantes entre 10 e 19 anos sobre o ato de engravidar na adolescência;

Nosso argumento é que ao identificarmos a natureza do processo comunicativo, favorecido pela inter-subjetividade entre os envolvidos na busca do entendimento sobre as circunstâncias que favorecem a eventualidade do processo de engravidar podemos, enquanto profissionais de saúde, contribuir teórica e factualmente, para o

aprimoramento das práticas de assistência, promoção do bem-estar e oportunizar, junto a equipe e população de usuárias, um questionamento sobre seus projetos futuros.

Compreende-se que, para além do controle das toxemias gravídicas, da prevenção dos partos prematuros ou da prevenção da depressão pós-parto, coloca-se para a equipe de saúde o desafio de contribuir para a inserção social das gestantes, para a diminuição da evasão escolar e para a possibilidade dessas jovens formularem novos e criativos projetos de vida.

Entretanto, para que isso possa se constituir num propósito do trabalho da equipe de assistência, composta por profissionais de diversas especialidades como medicina, enfermagem, nutrição, serviço social e psicologia, além do profissional administrativo e de manutenção, há de se dar novos significados às práticas discursivas no sentido de promover a interatividade intra-equipe e em relação às usuárias, atualmente marcadas pela fragmentação e pouco operantes para os princípios do agir comunicativo.

Da perspectiva das gestantes, a frequência ao ambulatório de pré-natal pode se constituir numa oportunidade única de encontro criativo com a equipe de saúde, um momento de reflexão sobre as escolhas existenciais, para além dos riscos de adoecimento, naquilo que podemos conceituar como clínica ampliada para a humanização da assistência no SUS.

Ao voltarmos o olhar para o universo dos profissionais de saúde e das gestantes adolescentes algumas questões podem ser formuladas, como: em que medida, esses profissionais refletem a visão naturalizada e negativa da adolescência e da juventude? Ao constatarmos o desejo pela gravidez, como podemos atribuir o fenômeno a motivações que tenham raízes nas dificuldades encontradas nas trajetórias escolares, às adversidades decorrentes da pobreza, à falta de acesso à informação e aos benefícios da

sociedade de consumo e, também, concomitantemente, a um complexo de valores sociais e familiares que oferecem um paradoxal reforço às solidariedades particularistas? A falta de acesso às instituições mediadoras estaria impedindo a inserção dessa população de jovens de incluir-se na sociedade dos direitos universais? Estaríamos observando, sob essa ótica, a intensificação de pressões de gênero, no sentido de reproduzir os papéis tradicionais da família?

Essas são as questões que estaremos debatendo nos capítulos seguintes dessa tese.

O primeiro capítulo é dedicado à Introdução, o segundo aborda o Marco Teórico numa referência breve às teorias desenvolvimentistas que prevaleceram no século XX até a construção de um olhar sócio-histórico, antropológico e comunicativo em relação à adolescência e à juventude. No terceiro capítulo expomos a metodologia da Análise de Conteúdo e da Triangulação de Métodos utilizada na leitura dos significados da linguagem utilizada na literatura especializada, na análise dos prontuários e nas respostas às entrevistas. No quarto capítulo desta tese realizamos uma análise da literatura brasileira especializada em saúde de uma década, produzida entre os anos de 1997-2006, disponíveis no site www.scielo.com.br. (Scientific Electronic Library Online). Nosso propósito foi identificar nos discursos acadêmicos, o significado social, simbólico, da GA para os pesquisadores da área, através dos temas, pressupostos, termos utilizados, metodologia aplicada, filiação profissional, institucional e sexo dos pesquisadores. Foram identificadas duas visões abrangentes sobre o fenômeno e ambas foram amplamente caracterizadas e contribuíram para delinear um perfil que tenta contemplar a complexidade do tema.

O quinto capítulo abordou a linguagem escrita dos prontuários, as visões expressas através dos registros realizados ou omitidos pelos profissionais de saúde dos

dois campos pesquisados. Observamos diferenças significativas entre os dois ambulatórios na padronização e manipulação dos prontuários pela equipe de profissionais. Nesse capítulo fazemos indagações sobre as motivações que levam os profissionais a desqualificarem o prontuário como elemento de promoção de comunicação transversal.

No sexto capítulo tratamos das falas e das representações dos profissionais que atendem gestantes no pré-natal, sobre temas ligados à GA, à gestante adolescente, ao trabalho que realiza nos ambulatórios hospitalares e às políticas públicas.

II. MARCO TEÓRICO

1. O OLHAR ACADÊMICO SOBRE ADOLESCÊNCIA VIGENTE NO SÉCULO XX

O conceito de adolescência em vigor no século passado revela uma visão prevalente de natureza desenvolvimentista-estruturalista, fossem as teorias mais voltadas para a dimensão cognitiva como a apresentada por Jean Piaget ou de determinação simbólica referenciada na anatomia e na fisiologia, como a psicanálise de Sigmund Freud. Essas teorias construíram hegemonias teórico-metodológicas à época.

Para Freud, o desenvolvimento acontece por fases ou períodos denominados: oral, anal, fálico, de latência e genital, quando o desenvolvimento da pessoa atinge a maturidade. A superação do Complexo de Édipo é considerada o dilema organizador da personalidade.

Entendemos que a psicanálise, foi a teoria sobre desenvolvimento mais influente durante o século passado e mantém, até nossos dias, considerável influência sobre a clínica psicológica e o ensino da psicologia médica. Ao destacar o caráter evolutivo, focado na anatomia, e atribuindo ao amadurecimento neurofisiológico o papel de norteador do desenvolvimento, Freud obedeceu à lógica centrada nas necessidades fisiológicas da criança para definir as fases do desenvolvimento. Atribuiu simbolismo sexual a essas fases, fundado no caráter instintivo das necessidades e nos princípios da economia e do prazer. Segundo ele, a energia propulsora do desenvolvimento seria a libido, ou seja, de natureza instintiva, sexual e em busca de satisfação (prazer). Na tradição psicanalítica, o elemento estruturante da sexualidade adulta é o Complexo de Édipo, conflito no qual os meninos viveriam uma relação fantasiosa de paixão pela mãe, cuja superação, nos processos de desenvolvimento “normal” se dá pelo medo da

castração que ele supõe como castigo, concomitantemente, ao processo de identificação com o pai.

Entretanto, no caso das meninas, segundo Freud, a questão tornou-se mais complexa. Na medida em que ele estrutura a teoria a partir das diferenças anatômicas, formulando uma teoria normativa, de natureza compensatória da castração, o pai da psicanálise vai teorizar sobre o desejo da maternidade na interseção de sexualidade e de gênero. Ao afirmar o sentimento de poder que a maternidade produz na mulher, sua ambição é encontrar padrões estruturantes da sexualidade humana, negligenciando os aspectos sócio-culturais aí presentes. Por isso, como argumenta Kehl, Freud afirma que *anatomia é destino*.²⁰

Para essa autora a concepção de Freud se fundamenta na idéia de natureza feminina totalmente *determinada pelo corpo, pelos órgãos genitais da mulher, vistos como impossíveis de simbolização*. Recorrendo às contribuições de Lacan aos estudos da psicanálise ela afirma: *para ele não existe ser que anteceda a linguagem*. E completa: *o sujeito de que trata a psicanálise é, por definição, um ser da cultura, constituído numa dimensão histórica e simbólica que o antecede sempre*.²¹

Em 2000, Dadoorian estudando o desejo da gravidez na adolescência reafirma a construção freudiana do feminino ao dizer que para Freud o caminho que leva à feminilidade se dá pela maternidade. A maternidade se coloca como atributo que caracteriza o feminino²².

Um dos expoentes da abordagem culturalista, a psicanalista nova-iorquina Karen Horney foi crítica dessa visão da psicanálise fortemente ancorada na anatomia. Horney²³ elaborou um esquema teórico-comparativo entre as supostas idéias dos meninos sobre as meninas e as da psicanálise, afirmando a ingenuidade da tese compensatória, que de fato releva os aspectos culturais das diferenças de gênero.

Outro universo de pesquisas que, durante o século XX lançou um novo olhar sobre as teorias ocidentais relativas adolescência, foi desenvolvido pela antropologia cultural e da psicologia social de caráter marxista, influenciada pela orientação do materialismo histórico. Através das pesquisas de Margareth Mead²⁴ com nativos das ilhas do Oceano Pacífico, nas primeiras décadas do século passado, a autora concluiu que, em diferentes contextos culturais e em comparação com a sociedade norte-americana e européia, a adolescência não se apresenta como uma fase longa, conflituosa e conturbada da vida.

Malinowsky realizou estudos sobre o comportamento dos nativos do arquipélago das ilhas Trobiand, de tradição matrilinear, e observou que as transformações da puberdade vivenciadas de forma conflituosa e prolongada nas sociedades ocidentais são vivenciadas de maneira diversa nas sociedades nativas da Melanésia. Tomando as teses psicanalíticas como referência, Malinowsky vai afirmar em primeiro lugar uma divergência metodológica, numa clara crítica ao seu caráter estruturalista. O autor afirma que:

*“sendo um trabalhador de campo, permaneci em todo meu ensaio no “plano puramente descritivo”... Não posso conceber o complexo (uma alusão ao complexo de Édipo, proposto por Freud) como causa primeira de tudo, como a única fonte da cultura, da organização e da crença, como uma entidade metafísica, criadora, mas não criada, anterior a todas as coisas e não causada por algum motivo”.*²⁵

O antropólogo observa a ausência de repressão sexual em todas as fases do desenvolvimento que ele descreve como primeira infância, segunda e terceira infâncias e puberdade. Segundo ele, o fato permite uma transição tranqüila da criança pelas diferentes etapas do desenvolvimento. Assim, quando chega à puberdade, a população de Trobiand não tem ritos de iniciação, mas estabelece regras de convivência como, a retirada dos jovens das moradias originais dos pais, para outras coordenadas por outros

adultos da comunidade, e regras para as relações sexuais que respeitam o tabu entre irmãos, entre mãe e filho e entre pai e filha, tio e sobrinha. Os jogos sexuais entre pares, em qualquer idade, não são proibidos e, conseqüentemente, não passam por rituais de repressão como castigos ou sentimentos de vergonha.

Ao fazer considerações sobre a relação entre uma abordagem antropológica e a psicologia social, Mead afirma:

*O estudo do desenvolvimento humano nas sociedades primitivas apresenta duas vantagens: contraste com nosso próprio ambiente social que revela aspectos diferentes da natureza humana e, freqüentemente, demonstra que o comportamento que ocorre quase invariavelmente dentro de nossa sociedade não é, entretanto, atribuível à natureza mas ao ambiente social...O antropólogo submete os dados encontrados pelo psicólogo que trabalha dentro de nossa sociedade, ao teste de observação dentro de outras sociedades.*²⁶

Os estudos de Mead sobre os diferentes comportamentos sexuais comparando as tribos Arapesh, Mundagumor e Tchambuli, foram largamente citados pelos movimentos feministas dos anos 70, como argumento sobre o caráter cultural das diferenças entre o comportamento de homens e mulheres, a compreensão de que masculinidade e feminilidade resultam mais de premissas sócio-culturais, do que de atribuições biológicas e, supostamente, universais.²⁷

Entretanto, pesquisas na área da saúde têm mostrado que a visão naturalizada e repleta de *apriori* sugestivos de negatividade sobre a adolescência, ainda é a regra na formação e na visão dos profissionais e pesquisadores. Do ponto de vista das referências teóricas, exemplos de sobreposição de atributos negativos e naturalizados podem ser encontrados nos escritos de Aberastury & Knobel²⁸, que propõem a “síndrome da adolescência normal”, caracterizada pela *sintomatologia* (grifo nosso) que inclui, entre

outras características, a busca de si mesmo e da identidade; necessidade de intelectualizar e fantasiar; atitude social reivindicatória com tendências anti ou associas de diversa intensidade; contradições sucessivas em todas as manifestações de conduta, dominada pela ação, que constitui a forma de expressão conceitual mais típica desse período da vida; constantes flutuações de humor e do estado de ânimo, entre outras características textuais apontadas pelos autores. Segundo Bock, essa visão, além de naturalizada, contempla um olhar que torna patológico o comportamento adolescente.

De maneira mais atenuada, Eisenstein afirma que:

*... adolescência é o período de transição entre a infância e a idade adulta, caracterizado pelos impulsos do desenvolvimento físico, mental, emocional, sexual e social... se inicia com as mudanças corporais da puberdade e termina quando o indivíduo consolida seu crescimento e sua personalidade...*²⁹

Vale ressaltar que essa visão de adolescência como fase de transição, tira do adolescente a possibilidade de ser sujeito de suas escolhas, sujeito de direitos e deveres com a sociedade. Devemos observar também, que não há consenso entre autores sobre os determinantes do fim da adolescência.

O início da adolescência é geralmente determinado pelo que Becker³⁰ chama de *metamorfose*, um complexo de mudanças bio-psicossociais que tem no corpo uma referência muito reconhecível e universal: as mudanças que ocorrem no corpo e o aparecimento das características sexuais, concomitantemente, a um maior interesse pelas atividades sexuais entre seus pares. A puberdade enquanto fenômeno biológico é universal. Entretanto, todas as outras manifestações psicossociais variam de acordo com a cultura.

Bock³¹ discutindo o caráter estruturante, normativo e desenvolvimentista das teorias sobre a adolescência, vai dizer que não há uma adolescência natural, e que a

concepção que se construiu afirma-se como “*claramente naturalizada e tem caráter universal e abstrato, inerente ao desenvolvimento humano; apresentando-se como carregada de conflitos naturais*”.

O que essa autora sugere é uma concepção sócio-histórica da adolescência argumentando que o ser humano não é *dotado* (grifo nosso) de uma natureza humana, mas sim um ser visto em perspectiva e, “*ao nascer, é candidato à humanidade e, no contato com os outros homens e em sua atividade sobre o mundo material, o homem se humaniza, isto é, se apropria da humanidade contida em seu mundo cultural e social, sendo esta, resultado da atividade de gerações anteriores*”.³²

Portanto, assim como podemos conceber a humanidade como uma construção dos seres humanos, na qual ao se objetivarem no mundo material humanizam-no, a adolescência também pode ser compreendida como constituída pelas pessoas, em suas relações sociais.

Concluindo, podemos afirmar que tanto os conceitos de adolescência e de juventude, assim como as teorias básicas que deram origem a abordagens diversas sobre adolescência no século XX, tomaram por referência para análise os aspectos estruturais, anatômicos e biofisiológicos e evoluíram para uma perspectiva de análise social, antropológica e cultural. O mesmo fenômeno vai ser observado em relação à interpretação do desejo como será abordado nos próximos itens.

2. Adolescência *versus* juventude

Formalmente, adolescência tem sido definida a partir do critério de faixa etária que compreende o período de 10 a 19 anos. Juventude tem sido considerado o período

entre 15 e 24 anos.¹ Essas definições foram estabelecidas pela Organização das Nações Unidas (ONU) e pela Organização Mundial de Saúde (OMS), e têm sido validadas pelas pesquisas na área de saúde no Brasil, em que pese o fato do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) considerar adolescência a faixa etária entre 12 e 18 anos.

Segundo Ariès³³, adolescência tal como concebemos hoje, é um fenômeno histórico e socialmente construído. Ao considerar o século XX o ‘século da adolescência’, diz que o primeiro adolescente contemporâneo típico teria sido *Siegfried*, um personagem da música de Wagner, na Alemanha de 1900 e suas características eram: pureza (provisória), força física, naturismo, espontaneidade, alegria de viver que, segundo ele, faria do adolescente o herói do nosso tempo.

Entretanto, Ariès também se refere à ‘juventude’ como adolescência e como tema literário e de interesse para moralistas e políticos, afirmando que então, havia uma necessidade de se renovar uma *sociedade velha e esclerosada*.³⁴ Entretanto, o fenômeno se universalizou após a primeira guerra mundial (1914), a partir da ampliação da *consciência de juventude* dos ex-combatentes, atribuindo-lhe um caráter beligerante e um desejo de deixar os mais velhos (retaguarda) para trás.

O autor chama a atenção ainda para a imagem popularizada do “adolescente-casado”. Ele teria sido um dos tipos mais específicos dessa época do pós-guerra na Europa. Em nosso entender, essa observação reforça a idéia da importância da formação do casal e, concomitantemente, da procriação ainda na juventude, atribuídas por Ariès a aquele período histórico.

Complementando a observação do autor, fato é que no pós-guerra observou-se o fenômeno demográfico denominado de *baby-boom*. O termo foi popularizado após a

¹ Juventude, segundo Resoluções 40/14 (1985) e 50/81 (1995) da Assembléia Geral das Nações Unidas, engloba as faixas etárias entre 15 e 24 anos.

segunda Guerra Mundial, quando houve um aumento importante da natalidade nos Estados Unidos e, também, em outros países envolvidos no conflito.

Para a demografia, trata-se de um fenômeno que se verifica em espécies que se encontram ameaçadas. Observou-se que, eventos hostis de curta ou longa duração provocam aumento na atividade reprodutiva e na prole.

Para Bourdieu, juventude é apenas uma palavra e lembra que a divisão entre as idades são arbitrárias, afirmando que *as classificações por idade (também por sexo, classe...) acabam por impor limites e produzir uma ordem em relação à qual cada um deve se manter em seu lugar.*³⁵

Para o sociólogo, juventude e velhice não são fases naturais, mas socialmente construídas e que falar de jovens como se fossem uma unidade social, um grupo constituído, dotado de interesses comuns e relacionar esses interesses a uma idade biologicamente definida trata-se de uma manipulação.

É nesta medida que ele considera que não podemos falar em uma juventude e sugere que ao compararmos, sistematicamente, as condições de vida, o mercado de trabalho, a organização do tempo entre os jovens que trabalham e aqueles que, da mesma idade, apenas estudam, vamos encontrar diferenças em todos os domínios da existência.

Observa-se que, no caso da realidade brasileira, a pressão para que os jovens adolescentes de uma classe social menos privilegiada abandonem a escola e se insiram no mercado de trabalho é muito forte. Isso vale mais para homens e, menos, para mulheres, sendo que observamos nas entrevistas clínicas com gestantes adolescentes que freqüentam os serviços públicos pesquisados, o desejo de “arranjar um emprego” é muito mais intenso e freqüente do que o de estar na escola ou cursar uma faculdade.

Camarano et al.³⁶ comparam as mudanças ocorridas no comportamento de homens e mulheres quanto a entrada no mercado de trabalho, escolaridade e parentalidade a partir do PNAD (Pesquisa Nacional de Domicílios) de 1980 e 2000 e observam um crescimento da frequência à escola para ambos os sexos, sendo que, apesar do crescimento expressivo da participação das mulheres no mercado de trabalho, elas se mantêm na escola por mais tempo, enquanto os homens se inserem no mercado de trabalho mais cedo. O PNAD de 2006 confirma essa tendência, entretanto nenhuma região brasileira conseguiu atingir a média de 8 anos de escolaridade para os jovens brasileiros.³⁷

Na vertente do pensamento de Bourdieu, Novaes³⁸ concorda que jovens da mesma idade vão sempre viver juventudes diferentes. Ao questionar a relação escola/trabalho no sentido de quando e como o jovem pára de estudar e/ou trabalhar ela encontrou que a origem sócio-econômica dos pais faz muita diferença. Ela aponta para outros fatores que vão contribuir para a exclusão social de muitos jovens brasileiros, como o viés de raça e de cor, de “boa aparência”, ser pobre, mulher e negra ou pobre, homem e branco, determina diferentes trajetórias no mercado de trabalho.

Ao comparar realidades, Novaes afirma que, atualmente na França, de cada dez jovens na faixa etária entre 15 e 24 anos, apenas dois estão no mercado de trabalho, oito estão inativos, ou seja, estudam para ingressar mais tarde no mercado de trabalho, em melhores condições de competir. No Brasil, diz ela, a situação é inversa. Sete jovens estão fora da escola no mesmo período, o que ela considera sempre uma marca da exclusão.

Entretanto, o mercado de trabalho, diz ela, não é dos mais promissores. As moças pobres se “beneficiam” do crescimento do emprego doméstico, mas as de classes

sociais diferentes ganham menos que os rapazes quando ocupam os mesmos postos de trabalho.³⁹

Considerando os critérios de inclusão/exclusão, Novaes ainda refere os preconceitos dos empregadores no que diz respeito ao local de moradia, quando esse apresenta altos índices de violência associada a *lugar de bandidos* e o fato de ser jovem de projetos sociais, que pode atenuar as marcas da exclusão, mas também, criar outras diferenças internas às comunidades onde vivem.

Tomando a juventude como categoria social, Groppo propõe a descrição e a análise mais gerais da construção das juventudes modernas, afirmando que “*a criação das juventudes é um dos fundamentos da modernidade, e a existência da multiplicidade quase que incontrolável de juventudes é um sinal de que esse fundamento, assim como outros fundamentos da modernidade, possui suas contradições*”.⁴⁰

Para o autor, não há apenas uma juventude, mas uma multiplicidade de juventudes, como não há uma realidade social, mas uma diversidade, uma complexidade sócio-cultural característica da modernidade. Portanto, as juventudes não se fundam no vazio social ou num nada cultural, mas tem como base experiências sócio-culturais anteriores, paralelas ou posteriores que criaram e recriaram as faixas etárias e institucionalizaram o curso da vida individual. Essas juventudes são atravessadas pela diversidade das classes sociais, etnias, gênero, oposição urbano-rural, nacional-local, regional-global.

Podemos afirmar que há, também, uma diversidade geográfica, entendendo geografia para além de um território físico, entretanto território como local no qual são produzidas ações e interações sociais, econômicas, religiosas e muitas outras. Uma geografia humana, donde imaginamos que, ao definirmos dois campos de investigação geograficamente distintos, poderemos ampliar nosso âmbito de análise.

Grosso aborda outro aspecto que enfoca o argumento de Eisenstadt, segundo o qual “*as sociedades que..., regidas por critérios independentes do parentesco, ou seja, orientações de valor universalistas tendem a criar grupos etários homogêneos com importantes funções de integração social*”.⁴¹

De fato, Eisenstadt⁴² trabalha com a aplicação de duas variáveis-padrão, ou seja, o particularismo e o universalismo. Por particularismo, ele entende os princípios particularistas que regem a vida familiar, qualitativos e difusos e que se estendem para todas as demais relações sociais, numa transição simples da vida infantil para a maturidade social. Segundo ele, *nas sociedades particularistas, a harmonização das normas gerais da sociedade com as normas familiares torna mais fácil o processo de manutenção da solidariedade e reprodução social*.⁴³

Já nas sociedades universalistas há a necessidade de que o indivíduo aprenda os padrões mais amplos de comportamento, que são diferentes daqueles das unidades de parentesco, “*As sociedades universalistas valorizam as realizações nas esferas amplas da vida social*”. Segundo Eisenstadt, é nessa medida que surge a necessidade de criar um princípio que ofereça gratificação social sem estar fundamentado no parentesco, esse princípio é a homogeneidade etária, que vai suprir as tensões dessa passagem das relações determinadas pelo parentesco, às relações dadas pela solidariedade global. Portanto, nas sociedades universalistas, entre a saída do indivíduo de sua família de origem e a formação de sua própria família, se encontrariam os grupos etários homogêneos.

É importante salientar, que são três as principais instituições nas sociedades modernas, continentes de grupos etários juvenis, apontados pelo autor: o sistema escolar educacional, agências juvenis mantidas por adultos e grupos juvenis espontâneos.⁴⁴

Excluído: ¶

3. O DESEJO DE ENGRAVIDAR COMO CONSTRUÇÃO COLETIVA

Quanto ao desejo manifesto das gestantes pela gestação, recorreremos aos escritos do filósofo Felix Guattari², que considera o desejo uma construção coletiva e portanto crítica as teorias psicanalíticas que, segundo ele, consideram o desejo uma coisa selvagem que necessita rituais de iniciação, castração, estruturação, ordenação pulsional ou qualquer outro termo, no intuito de discipliná-lo.

Fazendo um contraponto às noções psicanalíticas de impulso de vida ou de morte e à idéia de ser humano como herdeiro de uma energia selvagem, desejante, em desordem, sua noção de desejo é de que o “*desejo é sempre o modo de produção de algo, o desejo é sempre modo de construção de algo*”.⁴⁵ Desta maneira, sendo o desejo uma formação coletiva, ele forçosamente não é algo vergonhoso ou secreto, permeando o campo social em relação às práticas imediatas com os projetos mais ambiciosos. E propõe denominar o desejo “*a todas as formas de vontade de viver, de vontade de criar, de vontade de amar, de vontade de inventar outra sociedade, outra percepção do mundo, outros sistemas de valores*”.⁴⁶ Guattari considera o desejo, a noção que articula a produção de subjetividade no sentido da mudança, da construção do que ele denomina *devir*.³

Portanto, o universo das micro-políticas inclui as circunstâncias sociais e históricas que englobam os modos de vida e de convivência, ações institucionais, enfim, trazendo para o universo das gestantes, a genealogia da “falha” no contraceptivo. Trata-

² Felix Guattari (1930-1992), psicanalista e filósofo francês, criador da esquizoanálise.

³ Não por acaso Felix Guattari nomeou, em 1981, livro de sua autoria de *Revolução Molecular: pulsações políticas do desejo*. Em outra ocasião, em parceria com Suely Rolnik, 1996, lança outro título: *Micropolítica: Cartografias do Desejo*.

se de entender a positividade da afirmativa: o contraceptivo “falhou”, inferindo que ela seja a afirmativa do desejo de procriar. Procriar, na contramão daquilo que a sociedade científica e a sociedade em geral, através de suas manifestações midiáticas, vêm qualificando como indesejável.

Entender a produção dessa subjetividade adolescente, o que Guattari descreve como produção de singularidade. Ao fazer a diferença entre singularidade de individualidade, ele diz que:

“o processo de singularização da subjetividade se faz emprestando, associando, aglomerando dimensões de diferentes espécies. Pode acontecer de processos de singularização, portadores de vetores de desejo encontrarem processos de individuação. Nesse caso, trata-se sempre de processos de responsabilidade social, de culpabilização e de entrada da lei dominante...” .⁴⁷

Ao conceber a adolescência, vinculada à puberdade, a processos fisiológicos, geneticamente determinados, o setor Saúde estaria formulando um discurso hegemônico sobre o comportamento da adolescente, apesar do fato de que o início das transformações fisiológicas, sexuais, psicológicas, sociais cognitivas podem variar muito de uma pessoa para outra. De outro lado, enquanto fenômeno coletivo, a adolescência pode variar muito de um local para outro, na geografia das interações sócio-antropológicas. Ao observarmos a relação entre técnico e usuário na assistência, nota-se a presença de processos de culpabilização das gestantes sobre o ato de engravidar e, também, certa imputabilidade de responsabilidade social agravada pela imposição do código dominante de evitar a gestação de todas as maneiras.

Guattari afirma que não se pode menosprezar a importância da individuação. Ela pode ser entendida como uma condição inalienável ao sujeito, considerando que, num primeiro nível, somos indivíduos biológicos, comprometidos com processos de nutrição, de sobrevivência e individuados pela divisão sexual, assim como em outro nível, há individuação nas relações sócio-econômicas. Em relação à classe social, também somos coagidos a assumi-la, revelando que “*a individuação coteja diversos processos de integração e normatização*”.⁴⁸

A questão é que ao voltarmos nosso olhar para as concepções de adolescência no âmbito da saúde, atuante na prática da assistência, observa-se uma tendência fortemente centralizadora e normativa, que se não impede, dificulta a articulação entre a micro-política dos processos singulares e os processos de individuação, na relação entre usuárias e “especialistas”.

Um contraponto necessário a nossa argumentação, a noção de criatividade discutida pelo autor, aparece nos escritos de Guattari e Deleuze como crítica à noção de desenvolvimento espelhada nas idéias do estruturalismo, de que uma estrutura ordenadora, apriorística, subjaz ao crescimento. A noção de crescimento é criticada como noção de “árvore pivotante”, que se reproduz como decalque *ad infinitum*, seguindo uma lógica, no caso da psicanálise, de reprodução de complexos codificados no inconsciente, repartido sobre um eixo genético ou distribuído numa estrutura sintagmática. “*Ela consiste em decalcar algo que se dá já feito, a partir de uma estrutura que sobre-codifica ou de um eixo que suporta*”.⁴⁹ Vale ressaltar que, ainda é voz corrente na sociedade, que se atribua ao ato de engravidar na adolescência, uma relação de reprodução de conflitos emocionais na infância, vinculado a realidades familiares disfuncionais, dilaceradas por conflitos emocionais e pelas precárias condições sócio-econômicas.

Pantoja ⁵⁰ discutiu a questão do estigma da negatividade sobre a gravidez na adolescência, em pesquisa que realizou com uma população jovem de camadas populares da cidade de Belém do Pará, entrevistando e convivendo com adolescentes que freqüentavam uma escola pública da periferia da cidade e constatou que, ao contrário do que se tem afirmado, a gravidez não implica, para as meninas, a ruptura ou abandono dos projetos de vida. Ao contrário, escreve ela:

“a gravidez/maternidade é valorizada por traduzir tanto mudanças de status social para as mesmas, quanto a afirmação de projetos de mobilidade social no futuro, justificando assim, a continuidade dos estudos diante das dificuldades que a situação impõe”. ⁵¹

Podemos até entender que, em todo projeto há um grau de idealização maior ou menor, que depende da capacidade de avaliar as reais condições para sua realização. Entretanto, abordando a questão do ponto de vista sócio-antropológico, a autora critica a visão que estigmatiza, das pesquisas científicas e também, jornalístico-midiáticas sobre a gravidez na adolescência, vista como “problema social”, quadro de “gravidade” e “risco”, imaturidade psicológica dos jovens, quando não um desvio moral.

Portanto, nossa intenção é dar visibilidade às concepções da equipe de especialistas do serviço de pré-natal para adolescentes, que sugere estar pautada numa visão verticalizada de desenvolvimento e em função dela, tem pautado uma prática de assistência que não parece vislumbrar a descentralização, a diversidade, a dissidência, essenciais aos processos de subjetivação criativa e de práticas singulares de assistência.

Por hora, resta-nos o pressuposto de que é possível desenvolver modos de subjetivação singulares, e construir, de certa forma, modos de sensibilidade, modos de relação com o outro, modos de produção, modos de criatividade que produzam transversalidade, gestão compartilhada e respeito à autonomia dos sujeitos. *“Uma singularização existencial que coincida com o desejo, com um gosto de viver..., com a instauração de dispositivos para mudar a sociedade, os tipos de valores que não são os nossos”*.⁵²

4. O AGIR COMUNICATIVO

O filósofo alemão Jürgen Habermas partindo das argumentações teóricas de Wittgenstein e, também, de Austin, desenvolve a teoria das ações comunicativas em que reafirma por um lado, o caráter auto-referente da linguagem⁵³, no que diz respeito à comunicação; e de outro articula ação comunicativa com a noção de consciência moral permeada pela idéia de consenso.⁵⁴

Vale ressaltar que estaria implícito, na versão pragmática da linguagem, o caráter social intrínseco e a função inerente de levar ao entendimento. Isso é semelhante à afirmativa de Watzlawick⁵⁵ de que o ser humano está sempre comunicando algo, mesmo que seus substratos não sejam explicitados, mas esclarecê-los faz parte do jogo. Aquilo que vai fazer a diferença em relação ao entendimento é a disposição ou não para o esclarecimento.

Habermas inicia sua tese fazendo uma primeira diferença ao dizer que em lugar de “pressupostos gerais da comunicação” ele vai falar de “pressupostos gerais da ação comunicativa”, considerando fundamental o tipo de ação adotado para se chegar ao entendimento, do ponto de vista da linguagem com base na palavra⁵⁶.

Ele deixa claro que vai discutir a comunicação do ponto de vista da pragmática, mas inicia propondo uma tipologia, que ele mesmo declara idealizada, para fins esclarecer seus conceitos.

Em primeiro lugar observa-se que, *ação comunicativa* e *ação estratégica* são dois braços de um mesmo universo denominado *ação social*. E explica:

*a ação comunicativa pressupõe a existência de uma base de pretensões de validade mutuamente reconhecidas... ou seja..., na atitude comunicativa é possível conseguir-se um entendimento mútuo, direto em relação às pretensões de validade. Pelo contrário, na atitude estratégica apenas pode ter um entendimento mútuo indireto.*⁵⁷

Ao qualificar ação social em comunicativa e estratégica, o autor sugere diferentes disposições para a comunicação, fato que nos interessa discutir no capítulo em que estaremos analisando conteúdos de falas de sujeitos originários de diferentes mundos profissionais, que estabelecem relações assistenciais com as usuárias nos dois serviços pesquisados. Identificando quais os indícios que nos possibilitem qualificar essa ação, se comunicativa ou estratégica, pode-se também comparar a forma concreta da linguagem entre os pares.

Habermas afirma, que o termo *ação social* ou *interação* é complexo e pode ser analisado com a ajuda dos conceitos elementares de *ação* e de *discurso*. Para ele *nas interações linguisticamente mediadas, esses dois tipos de ação surgem como que entrelaçados*⁵⁸. **Interação** pode ser entendida como solução do problema de como os planos de ação de diversos agentes pode ser coordenado de maneira que as ações do *Alter*, possam se ligar às do *Ego*. Num primeiro momento “ligação” seria uma tentativa de reduzir possibilidades, circunstancialmente discordantes, para tornar possível a interligação radial dos tópicos e ações dos espaços sociais e do tempo histórico. A

necessidade de ligação emerge do interesse que cada um dos participantes tem de cumprir os planos de ação.

Aqui, vale uma referência às considerações de Bakhtin sobre linguagem, alteridade e dialogismo. Escreve ele:

Nenhuma enunciação verbalizada pode ser atribuída exclusivamente a quem a enunciou: é produto de interação entre falantes e, em termos mais amplos, produto de toda uma situação social em que ela surgiu....O que caracteriza precisamente a enunciação – a escolha de certas palavras, certa teoria da frase, determinada entonação de enunciação – é a expressão da relação recíproca entre os falantes e todo o complexo ambiente social em que se desenvolve a conversa.⁵⁹

A *ação estratégica*, para Habermas, conta com a interpretação que apenas um agente faz da situação. Ao executar o plano preestabelecido, o agente depara-se com a circunstância em que a situação da ação forma um segmento do ambiente tal como este é interpretado por ele. O problema de coordenação da ação equaciona-se quando o agente consegue materializar seu plano com a ação de pelo menos mais um agente. Dependendo da forma como planos e ações de *Alter* estão ligadas aos do *Ego*, resultam diferentes tipos de interações linguisticamente mediadas, apenas entre poucos agentes.

Entretanto cada caso poderá ser distinguido consoante os mecanismos de coordenação da ação e do uso que se faz, ou não, da linguagem natural. A linguagem utilizada, apenas como mecanismo de informação consoante com a **ação estratégica**, segundo Habermas, mantém-se dependente da *influência* do seu exercício. Na **ação comunicativa**, *a força consensual dos processos linguísticos de se obter entendimento - ou seja, as energias vinculativas da própria linguagem – torna-se eficaz para a coordenação das ações.*⁶⁰

Portanto, a decisão de adotar uma ou outra **ação social**, vai depender dos sujeitos envolvidos nela e das condições sociais existentes. Não estamos dizendo que essa opção seja realizada sem divergências, entretanto, dela vai depender a fluência dos processos no sentido da força consensual dos processos linguísticos de se obter entendimento, ou caso contrário, no sentido de planos de ação de um ou poucos agentes.

Ao considerarmos os princípios de humanização do SUS, como *inseparabilidade entre atenção e gestão nos processos de produção de saúde, transversalidade e autonomia e protagonismo dos sujeitos*, entendemos que *a priori* esses termos são parte de uma ação social comunicativa, de um projeto, de um plano de ação. Na perspectiva de Habermas, e do ponto de vista da pragmática, precisamos perguntar que agentes de ação social são protagonistas dessa prática: aqueles que se sentem comprometidos com a vocação da ação comunicativa da linguagem ou aqueles que vão reduzi-la à ação puramente estratégica? Nosso interesse é, supondo ser a linguagem uma prática social concreta, entender as relações sociais que a pressupõem e que a constituem, que não são nem simples e nem aparentes.

Partindo da análise das falas apresentadas no terceiro capítulo, temos uma oportunidade singular de construir uma compreensão, uma hermenêutica das “formas de vida” dos agentes envolvidos e ainda, a partir das práticas linguísticas identificadas, poder estimular práticas de ação comunicativa.

III.METODOLOGIA

1. Desenho

O método é, por definição, um conjunto de regras e procedimentos que orientam a ação do pesquisador no sentido de alcançar os resultados da investigação definida no objeto. O objeto desta tese são as concepções, os significados atribuídos pela equipe de especialistas de dois hospitais públicos e pela comunidade científica da saúde, relativos ao ato de engravidar na adolescência e suas influências sobre o tipo de assistência prestada. Portanto, ao caminharmos no sentido de analisar concepções e significados de diferentes atores ou sujeitos sociais, ressaltamos o caráter linguístico, social e antropológico da investigação, que define o contexto social e histórico como referência para a construção dos eixos simbólicos. Por contexto, entendemos um conjunto de regras, ações, que orienta e dá significado às práticas e à visão de mundo de um determinado grupo social.

Importante ressaltar que, por gravidez compreende-se um evento que implica inúmeros sujeitos, desde a gestante, seus familiares, grupo sócio-cultural, serviços de assistência e políticas públicas que se expressam através da linguagem e exigem uma abordagem que possa articular as diversas falas às relações subjacentes ao campo de práticas.

A partir dessas considerações, essa tese objetivou investigar as diversas interpretações, produções sócio-discursivas dos profissionais envolvidos no campo de práticas dos serviços de saúde.

Estaremos considerando a linguagem uma forma concreta de vida, concomitante ao que ela possa representar, e que através dela podemos identificar as regras, as ações, o caráter das relações estabelecidas entre profissionais, entre profissionais e gestantes.

Isso quer dizer que, ao utilizarem determinados termos articulados em frases e sentenças, os sujeitos estão expressando uma determinada prática social⁶¹.

Recorrendo inicialmente à análise da literatura especializada em saúde, tratamos de realizar uma revisão sobre o tema e seus significados no contexto acadêmico.

Em seguida, utilizamos o recurso da Análise Documental, para a análise dos prontuários donde constaram anotações dos especialistas das equipes em questão e, por fim, analisar as respostas dos profissionais às Entrevistas Semi-Estruturadas complementando o discurso valorativo do ato de engravidar dos especialistas. Vale ressaltar que o prontuário tem sido utilizado com frequência nos estudos da área da saúde, como instrumentos que revelam práticas vigentes nas instituições.

Confrontamos alguns dos resultados obtidos junto aos especialistas com aqueles obtidos da análise do discurso acadêmico, analisando em que medida esses significados e conteúdos valorativos divergem ou convergem e em que sentido estão supostamente, dificultando alcançar os objetivos da ação comunicativa.

Em síntese realizamos uma combinação metodológica que contemplou distintos aspectos qualitativos relativos ao nosso objeto.

A ordem do estudo deu-se da seguinte forma:

A. Análise da literatura

Em função do nosso objeto, delimitamos nossa pesquisa aos artigos brasileiros publicados em revistas científicas, literatura produzida na área da saúde na década de 1997-2006 e disponível no site Scielo (Scientific Electronic Library Online);

Foram selecionados os descritores *gravidez*, refinado para *adolescência*, e a partir desse processo o site permitiu o acesso a 70 artigos em agosto de 2007, dentre os quais

57 foram selecionados. Os critérios de exclusão de 13 artigos foram: a inadequação do ano de publicação ao período por nós selecionado e a natureza do periódico, não compatível com a temática da saúde.

Neste trabalho, utilizamos um tratamento qualitativo, descritivo e frequencial aos artigos ao definirmos a natureza dos periódicos e a qual área de conhecimento eles pertencem. Procedemos à análise das frequências em relação à temática abordada e os significados atribuídos por eles ao tema da gravidez na adolescência.

O roteiro de análise obedeceu à seguinte sistemática:

1. Classificação do conjunto dos artigos segundo a missão descrita nos respectivos sites dos periódicos especializados e por área de conhecimento implícito na natureza dos periódicos, acrescido do ano de publicação;
2. Identificação da área de conhecimento dos autores segundo *curriculum lattes* do 1º autor, o número de autores e o sexo;
3. Descrição das temáticas abordadas considerando resumo, palavras-chave e títulos;
4. Seleção das hipóteses levantadas, resultados e encaminhamentos;
5. Caracterização da metodologia utilizada pelos autores;
6. Caracterização e análise dos significados sociais, simbólicos atribuídos ao fenômeno da gravidez na adolescência pelos autores.

As variáveis de análise selecionadas foram:

1. A área de conhecimento do periódico e o ano de publicação;
2. A metodologia utilizada;
3. A área de formação dos pesquisadores, a vinculação institucional e o sexo;
4. Os significados atribuídos à gravidez na adolescência.

B. Análise do conteúdo dos prontuários

No Centro de Atendimento à Mulher Adolescente (CEAMA) foram selecionados 40 prontuários para pesquisa, referentes ao primeiro semestre de 2005, no período entre 01/01 a 30/06 de 2005, dentre os 862 encontrados. Os critérios de seleção dos registros foram, em primeiro lugar, a idade das gestantes, adolescentes entre 10 e 19 anos, depois, a presença de formulários preenchidos por, pelo menos, três profissionais que integram a equipe multidisciplinar de saúde. Aos 40 (quarenta) prontuários analisados, atingiu-se o ponto de saturação.

No Hospital Maternidade Osvaldo Nazareth (HMON) foram selecionados prontuários de gestantes, cujos atendimentos haviam passado pela Saúde Mental. Isso porque, considerando que os prontuários são únicos e acompanham o paciente no ambulatório e internação, só constavam registrados no sistema de dados, aqueles em que constavam AIH (Atestado de Internação Hospitalar). Por outro lado, os registros não identificavam as gestantes por idade, mas por tipo de parto.

Portanto, selecionamos a partir do sistema de dados, as gestantes que haviam dado entrada no hospital no primeiro semestre de 2006, e que haviam realizado parto normal e, também, recebido algum tipo de atendimento pré-natal no ambulatório, pois apresentavam a ficha do pré-natal preenchida. Numa listagem onde constavam 343 gestantes de todas as idades, selecionamos aquelas com idade entre 10 e 19 anos.

Entre os prontuários encontrados, a partir do critério de parto normal, idade entre 10-19 anos e assistência pré-natal na instituição, selecionamos 17 prontuários onde constava, além da Autorização para Internação Hospitalar (AIH), a presença de anotações nos formulários sobre acompanhamento pré-natal.

Entretanto, não foram identificadas anotações de outros profissionais além daqueles da equipe médica e da enfermagem e em alguns casos, da nutrição.

Ao entrarmos em contato com a equipe de Saúde Mental, fomos informados que as anotações desta equipe eram realizadas em cadernos que ficavam guardados na sala dos profissionais. As entrevistas feitas no 1º semestre de 2006 só constavam no diário da psicóloga coordenadora do serviço na época. A partir dessas anotações conseguimos identificar 19 prontuários das gestantes que preenchiam os critérios mínimos selecionados. Os diários com anotações de outros profissionais haviam sido eliminados.

C. Análise dos relatos dos profissionais

Realizamos entrevistas semi-estruturadas com, pelo menos, dois profissionais de cada área de atuação, integrantes da equipe multidisciplinar dos respectivos ambulatórios de pré-natal analisados. Os convites para entrevistas foram feitos verbalmente e, antecipando cada entrevista, foram realizados os procedimentos formais de assinatura de Termos de Consentimento que constam em anexo.

Apesar do propósito de entrevistar dois profissionais de cada área, em alguns casos, apenas um profissional foi entrevistado, seja porque evitou participar, ou pelo fato de constar apenas um profissional daquela área no serviço, como o caso do nutricionista.

Ao todo, foram realizadas dez entrevistas no HMON, assim distribuídas: três médicas (duas ginecologistas-obstetras e uma psiquiatra), duas enfermeiras, duas psicólogas, duas assistentes sociais e uma nutricionista.

No CEAMA foram entrevistados oito profissionais: dois médicos ginecologistas-obstetras, duas enfermeiras, duas assistentes sociais, uma nutricionista e, apenas uma psicóloga.

Tentamos respeitar a regra inicialmente proposta de que, quando a pesquisadora realiza um trabalho clínico no CEAMA e em regime de plantão, deveria ter a cautela de entrevistar profissionais de outros plantões, na tentativa de manter certo distanciamento das concepções, posturas e práticas que, inevitavelmente, fluem entre os profissionais de uma equipe.

Entretanto, essa regra só foi possível respeitar para as entrevistas com os dois médicos e a uma psicóloga. Em relação às enfermeiras e assistentes sociais, o fato de existir regime de plantão alternativo e flexibilidade de horários inviabilizou o processo, pois em algum momento todos esses profissionais trabalharam juntos no mesmo plantão.

Vale observar que, o fato de haver convivência de trabalho clínico, em alguns casos pareceu ter permitido ao profissional adotar uma atitude reflexiva sobre sua concepção de gravidez na adolescência. Entretanto, em outros casos, a impressão que tivemos foi oposta, havendo maior interesse em reforçar as convicções já observadas no convívio diário.

Há que se fazer a ressalva de que, dentre todos os profissionais convidados a participar da pesquisa, apenas dois do CEAMA evitaram responder ao convite da pesquisadora, respectivamente, um profissional de psicologia e outro de enfermagem.

Foi realizada análise dos discursos dos profissionais identificando temas constantes, valores atribuídos, termos e definições indicando práticas sociais vigentes produzidas por eles, a partir das respostas às oito perguntas feitas e agrupadas segundo eixos temáticos da seguinte maneira:

Eixo I: concepções passadas e presentes sobre GA (perguntas 1 e 2);

Eixo II: motivações para a gravidez, (pergunta 3);

Eixo III: temáticas de interesse das gestantes (pergunta 6);

Eixo IV: motivações e percepção do papel profissional (perguntas 4, 5 e 8);

Eixo V: papel das políticas públicas (pergunta 7).

O roteiro das **entrevistas** pode ser encontrado no Anexo I

2. Definição dos Campos de Investigação

Foram selecionados dois campos de investigação: O CEAMA, Centro de Atendimento à Mulher Adolescente, que funciona no Hospital Estadual Pedro II, bairro de Santa Cruz, zona oeste da cidade do Rio de Janeiro e o Programa de Atenção à Adolescente Grávida e Família do Hospital Maternidade Osvaldo Nazareth, situado no Centro da cidade; com a finalidade de comparar os dois campos localizados em áreas programáticas diversas quanto ao perfil social, histórico e geográfico dos sujeitos.

O CEAMA, Centro de Atendimento à Mulher Adolescentes, fundado no ano 2000, atende à área programática 5.3 (A.P. 5.3) que abrange os bairros de Santa Cruz, Sepetiba e Paciência, com cerca de 300.000 habitantes. Segundo dados da Secretaria Estadual da Saúde (SES), uma área na qual há em média por ano 7200 mulheres gestantes, das quais 2400, cerca de 30%, são adolescentes. Na maternidade do HEPII, a incidência de partos em adolescentes varia de 28 a 31%. Dados de 2002, da Secretaria Municipal de Saúde, informam que 23% das adolescentes grávidas no município do Rio de Janeiro residem nesta área; a maior concentração da cidade.

Segundo o relatório de 2004⁶² da unidade, a ausência ou deficiência de pré-natal foi apontada como responsável pelo aumento da mortalidade e da morbidade materno-

fetal, principalmente entre gestantes adolescentes, quando os riscos são maiores, *devido à imaturidade biológica e emocional*. (o grifo é nosso).

O ambulatório ampliou a faixa etária de atendimento que, inicialmente era de 14 a 19 anos, passando para 10 a 19 anos, obedecendo à definição de adolescência proposta pela OMS e, atualmente, ampliou o atendimento para jovens até 24 anos, obedecendo ao critério de juventude, proposto pela, também, OMS. O número de usuárias assistidas diariamente pode variar entre 15 e 35 sujeitos por dia, dependendo de fatores como *presença ou ausência de médico* (o grifo é nosso). Observa-se que a lógica do atendimento é, atualmente, centrada no médico. Outro fato que vale ressaltar é a dificuldade, apontada pelas usuárias, para marcar consulta de pré-natal nos postos de saúde da região, sob a alegação da ausência de profissional *médico* (o grifo é nosso), para prestar o atendimento.

O objetivo do serviço é prestar assistência multidisciplinar, por equipes compostas de profissionais da área médica, de psicologia, enfermagem, auxiliar de enfermagem, assistência social, e nutrição.

O atendimento segue a seguinte rotina operacional: 1. solicitação de teste de comprovação de gravidez; 2. marcação de consulta; 3. chegar ao serviço às 8:00 horas e aguardar atendimento por ordem de chegada.

Cada gestante recebe um número de prontuário e um cartão de acompanhamento das consultas; uma consulta pós-parto é agendada e, posteriormente, a mãe e bebê são encaminhados para acompanhamento nos postos de saúde.

Levantamento sistemático é realizado anualmente pela equipe, com base nas anotações realizadas nos prontuários, onde são destacadas variáveis como idade; idade da primeira relação sexual; conhecimento, acesso e uso de métodos anticoncepcionais;

situação familiar como renda, apoio, proximidade e convivência; nível de escolaridade; relacionamento com o pai do bebê e outros familiares; sentimentos em relação à gravidez; projetos de vida; prática de aborto; presença de DST e AIDS, entre outros.

O segundo campo de investigação é o programa de atendimento à gestante adolescente junto ao Hospital Maternidade Osvaldo Nazareth (HMON), mais conhecido como da Maternidade da Praça XV, situada no centro da cidade do Rio de Janeiro, área programática 0.1 (AP 0.1). Segundo dados da Secretaria Municipal de Saúde, em 2002, 21% das adolescentes grávidas, no município do Rio de Janeiro, residiam nesta área, a segunda maior concentração da cidade.

A maternidade foi fundada na década de 1960, no Hospital da Lagoa, no Rio de Janeiro e nos anos 70 foi transferida para o prédio da Praça XV, atendendo uma população de gestantes de todas as idades. O modelo de assistência teve, nos seus primórdios, adotado as perspectivas de humanização do atendimento. Cada gestante era atendida por uma equipe multidisciplinar e tinha consultas com médico ginecologista-obstetra, hebiatra, pediatra, nutricionista, enfermeira, assistente social e psicóloga.

O programa específico para a população adolescente teve início no ano 2000, abrangendo a faixa etária entre 10 e 19 anos.

Como no CEAMA, o programa do HMON, a adolescente realiza um teste de gravidez e, caso o resultado seja positivo, é marcada a primeira consulta médica, sendo que até 30 semanas de gestação, as consultas são mensais, de 30 a 38 semanas são quinzenais e, posteriormente, semanais. O primeiro acolhimento é, geralmente, realizado pela enfermagem e nas consultas subseqüentes a gestante é atendida pelos outros profissionais.

Os primórdios do projeto a equipe de profissionais desenvolvia um trabalho de assistência através de grupos operativos, grupo de sala de espera e cursos ministrados semanalmente, com informações sobre o processo de gestação e parto, métodos contraceptivos, amamentação, cuidados com o bebê, direitos da adolescente, utilizando técnicas grupais e psicodramáticas, havia reuniões mensais com os pais para discutir a função parental e, também, informar a adolescente e os familiares sobre seus direitos e deveres e sobre a dinâmica institucional.

Caso o teste de gravidez fosse negativo e, a adolescente voltasse ao serviço, ela era orientada sobre prevenção de gravidez, doenças sexualmente transmissíveis e AIDS (DST-AIDS) e recebia um “*kit*-preservativos” com informações sobre métodos contraceptivos, exceto ligadura de trompas, sob alegação de que, pela legislação vigente, a mulher só pode recorrer ao método dos 25 anos em diante.

Hoje, a média de atendimentos estimada por mês é de 200 sujeitos no programa do HMON, e de 350 a 400 no CEAMA.

Pode-se afirmar que atualmente, o programa específico de assistência à gestante adolescente foi totalmente descaracterizado em sua especificidade. Durante essa investigação, toda equipe de profissionais do ambulatório atendia gestantes de todas as idades, com certa ênfase para que as adolescentes fossem entrevistadas por todos os especialistas da equipe. Outro aspecto que vale destacar é o fato de que o ambulatório tenha restringido o atendimento a gestantes até 16 anos e a aquelas que apresentam diagnóstico de gravidez de risco.

3. Sujeitos

A partir da equipe de especialistas, composta de médicos, assistentes sociais, psicólogos, nutricionistas, enfermeiros e auxiliares foram selecionados até dois de cada especialidade para entrevista que, no CEAMA, não tivesse trabalho desenvolvido diretamente com a pesquisadora, para evitar, como já dito, possíveis resultados alterados por sua influência; em segundo lugar, tenha concordado em ser voluntário e assinado o termo de consentimento informado.

Tomadas as medidas éticas compatíveis a uma pesquisa envolvendo seres humanos, todos os profissionais entrevistados assinaram um termo de consentimento individual cuja formulação encontra-se em Anexo no final da tese.

4. Fundamentação da análise dos dados

A metodologia qualitativa adotada teve referência na Análise de Conteúdo. Como afirma Minayo (2004), referenciada em Bardin, o método inicialmente proposto visava a análise do material de imprensa e de propaganda durante a primeira guerra mundial, de caráter mais quantitativo de termos e expressões utilizadas pela imprensa. Entretanto, o método ganhou um caráter qualitativo quando os pesquisadores passaram a compreender que, na ausência de uma leitura compreensiva dos significados e dos valores que podiam ser inferidos dos discursos, ele perdia seu caráter inferencial.

É nesta medida que a análise de conteúdo abre caminho para a análise dos relatos e demais acervos no sentido qualitativo, de valoração da linguagem como ação social entre sujeitos, num determinado contexto e condições de produção das falas dos protagonistas, de processo inacabado.

Nosso propósito nesta tese foi apoiar nossa investigação nesse caráter hermenêutico-dialético, inferencial da linguagem, enquanto mediador entre dados de observação de interações, práticas cotidianas, dados de levantamentos, dos discursos

escritos e falados, articulados a nosso objeto e as teorias que lhe dão suporte, um campo de enunciados que se transformam cotidianamente.

Segundo Bardin, “*a intenção da análise do conteúdo é a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção*”.⁶³

Inferência, tem o significado de dedução.

Inferir passa a ser o mesmo que deduzir de maneira lógica conhecimentos sobre o emissor da mensagem ou seu meio. Segundo a autora, inferência é um procedimento intermediário que permite a passagem explícita e controlada entre a etapa da descrição (enumeração de características do texto) e a interpretação (o significado concedido a essas características). Vale ressaltar que a inferência é, sobretudo, consequência de uma análise estatística. Nesta tese, nós trabalhamos com a opção da inferência a partir do referencial hermenêutico (compreensão) e, também, de uma pragmática, que considera a linguagem uma forma concreta de relação social.

Utilizamos também o recurso de triangulação de métodos, quando realizamos um diálogo entre diversas técnicas e fontes de investigação.

Gomes et al.⁶⁴ propõe um roteiro que ofereceu uma base bastante consistente para iniciarmos nosso trabalho.

O primeiro movimento foi a análise interna do material que implicou em reunir o material coletado nos artigos, nas entrevistas e, no nosso caso, também nos prontuários. Implicou, também, codificação dos dados, cujo foco foi nos termos utilizados que atribuíam valor e significado à gestante e ao ato de engravidar na adolescência, pelos especialistas.

O segundo movimento foi a análise contextualizado e triangulado dos dados, que no caso tem um caráter qualitativo e que visa a *interpretação dos sentidos*, cujo caminho, segundo ele, é a análise dos significados das palavras, ações, instituições,

entre outros. A interpretação, por sua vez, deu-se em três etapas: a primeira constituiu a leitura compreensiva do material selecionado, visando estruturar os dados a partir do diálogo entre ela e as referências teóricas adotadas; a segunda implicou na construção de inferências quando se busca as práticas que estão implícitas nos textos; a terceira foi a interpretação propriamente dita, ou seja, o momento de *construção de sínteses*, quando se leva em consideração a dimensão teórica, os dados empíricos, os textos e seus contextos, as perguntas, pressupostos e objetivos; e as informações encontradas no campo.

IV. ANÁLISE DA LITERATURA

A GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA NA LITERATURA CIENTÍFICA BRASILEIRA DE 1997 A 2006

1. INTRODUÇÃO

Desde a década de 1990, a gravidez na adolescência tem merecido especial atenção dos profissionais da saúde, pesquisadores de diversas formações e diferentes práticas sociais.

Dados recentes, da PNDS de 2006 sobre Saúde da Criança e da Mulher confirmam o crescimento da taxa de fecundidade entre a população de 10 a 19 anos, configurando o que chamam de “rejuvenescimento da taxa de fecundidade no Brasil”.⁶⁵

Em 1997, a partir da Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde (PNDS), relatório da BEMFAM⁶⁶ já apontava que de 1991 a 1996 a média de filhos estimada por mulher em idade reprodutiva, foi de 2,5. Tratava-se de uma queda significativa, se comparada com a média de 1981 a 1986, que fora de 3,5 filhos. Essa redução foi encontrada em todas as faixas etárias com exceção das mulheres entre 10 e 19 anos, que representavam 18,9% das gestantes em 1993 e, em 1996, já constituíam 21,6% delas.

Outro dado que chamou atenção dos pesquisadores e especialistas foi o aumento do percentual de partos em adolescentes de 10 a 14 anos. Segundo informações do Sistema Único de Saúde, em 1993, dos 2.856.255 partos realizados pelo SUS no Brasil, 0,93% ocorreram com adolescentes nessa faixa etária, constituindo a primeira causa de internações das jovens dessa idade e, também, para a faixa etária entre 15 e 19 anos.

Segundo dados do Ministério da Saúde, em 2002 foram realizados cerca de 1.700 partos por dia, no Brasil, em jovens entre 10 e 19 anos, taxa que se manteve estável em 2003.⁶⁷

Ao compararem duas coortes de nascidos vivos, em Ribeirão Preto, SP, entre 1978-1979 e 1994, para verificar a prevalência de gravidez na adolescência e variáveis sócio-biológicas relacionadas à díade mãe e filho, Gonçalves & Gigante⁶⁸ identificaram aumento do número de mães adolescentes de 14,1% em 1979 e 17, 5% em 1994 e, também, maior crescimento de partos de adolescentes com idades entre 13 a 17 anos. Observaram que, curiosamente, houve incremento da escolaridade, redução do hábito de fumar e aumento das consultas ao pré-natal. Elevou-se o número de adolescentes sem companheiro, efetuando atividade remunerada, e tendo atendimento privado no parto.

Apesar de em termos estatísticos, esses números possam parecer pouco significativos, enquanto fenômeno social indica que muitos brasileiros estão envolvendo-se, ainda muito jovens, com as responsabilidades inerentes à maternidade e paternidade.

A partir dessas considerações, é fácil supor que o fenômeno tenha suscitado muitos questionamentos da área da saúde, de tal maneira que se observa um expressivo número de publicações enfocando a temática e tendo como objeto os sujeitos envolvidos, ou seja, gestantes, seus parceiros, familiares e profissionais da área.

Do ponto de vista das tendências da produção científica especializada, a temática tem sido abordada sob aspectos como as condições de vida do adolescente, as práticas e procedimentos mais adequados ao seu atendimento e ao cuidado das gestantes adolescentes. Nosso objetivo é através da análise da literatura científica, identificar características dos discursos científicos com respeito aos sentidos e significados

atribuídos à gravidez na adolescência, tendências temáticas, perfil institucional e profissional da produção, perspectivas teóricas e ideológicas.

2. CARACTERIZAÇÃO GERAL DOS PERIÓDICOS

Partindo da missão identificada na descrição que é publicada no site de cada periódico e a área de conhecimento especificada, agrupamos os periódicos da seguinte maneira: a Revista da Associação Médica Brasileira, a Revista Brasileira de Reumatologia, assim como a Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia compõem o grupo de periódicos médicos. A Revista Latino-Americana de Enfermagem, também, restringe suas publicações à temática do conhecimento científico em enfermagem, assim como a Revista de Nutrição. Esses periódicos são referência da especialidade na seleção dos artigos para publicação.

Outro grupo foi caracterizado por privilegiar as interfaces profissionais e, formalmente, por vincular-se à temática da saúde pública como é o caso da Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil, Ciência e Saúde Coletiva, Revista de Saúde Pública e, por fim, os Cadernos de Saúde Pública que, enquanto periódico individual, publicou o maior número de artigos sobre o tema da gravidez na adolescência. Quanto aos Estudos de Psicologia e a Revista Brasileira de Psiquiatria decidimos por classificá-las na área específica de Saúde Mental.

A partir dessas considerações, os artigos identificados ficaram assim distribuídos, segundo título dos periódicos, missão identificada, número de artigos publicados e data de publicação:

1. Área identificada como especializada:

1.a. **Medicina:** Revista da Associação Médica Brasileira contribuiu com dois artigos incluídos, respectivamente, nos anos de 2002 e 2004; Revista

Brasileira de Reumatologia contribuiu com um artigo publicado em 2005; a Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia contribuiu com 11 artigos publicados em 2002 (3), 2003 (3), 2004 (2), 2006 (3). A área totalizou 14 artigos.

1.b. **Enfermagem:** Revista Latino-Americana de Enfermagem teve cinco artigos incluídos e publicados nos anos de 2000(1), 2001(1), 2002(1), 2004(1), 2006(1);

1.c. **Nutrição:** Revista de Nutrição contribuiu com três artigos publicados nos anos de 2000(1), 2002(1), 2004(1); esse conjunto de periódicos especializados representou oito artigos.

1.d. **Saúde Mental:** Estudos de Psicologia incluiu dois artigos, respectivamente, em 2002 e 2005; Revista Brasileira de Psiquiatria publicou um artigo em 2006, totalizando três artigos.

2. Área identificada com a **Saúde Pública:**

2.a. Saúde Pública e Saúde Coletiva: Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil incluiu sete artigos, respectivamente, em 2002(1), 2004(1), 2005(1), 2006(3); Revista Ciência e Saúde Coletiva incluiu um artigo publicado em 2005; Revista de Saúde Pública foram incluídos sete artigos publicados em 2000(1), 2001(2), 2003(2), 2004(2); por fim, os Cadernos de Saúde Pública que tiveram incluídos 18 artigos, publicados em 1998(1), 2001(1), 2002(1), 2003(4), 2004(3), 2005(1), 2006(7). Os periódicos de saúde pública/saúde coletiva foram responsáveis pela maior parte do acervo com 33 artigos.

A distribuição por ano de publicação foi a seguinte: 1998, um artigo; 2000 (3); 2001 (4) ; 2002 (9); 2003 (9); 2004, (11); 2005 (5) e em 2006, 15 artigos. Observa-se que os anos de 2004 e 2006 foram os mais produtivos quanto ao número de artigos publicados, sendo que, em ambos, a área de saúde pública foi a que mais contribuiu em publicações. Constatou-se uma retração no ano de 2005 e um recrudescimento no ano seguinte.

Concluindo, no grupo das publicações restritas às especializações, a área médica contribuiu com 14 artigos, ou seja, 24,5% do total dos artigos incluídos; a enfermagem com 8,7% das publicações e a nutrição com 5,2%, totalizando 38,4% dos artigos incluídos. O grupo da Saúde Pública com 57,8% e Saúde Mental com 5,2%.

3. ÁREA DE FORMAÇÃO DOS AUTORES

Quanto à área de formação do primeiro autor, segundo informações colhidas nos respectivos *curriculum lattes*, foram identificadas as seguintes características:

- Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, todos os primeiros autores são médicos (100%), a mesma percentagem observada para a Revista da Associação Médica Brasileira e a Revista Brasileira de Reumatologia, respectivamente;
- Revista de Nutrição, 100% (3) dos autores pertencem à área da especialidade e Revista Latino-Americana de Enfermagem revela que 80% (6) pertencem à área e 20% (1) tem origem na pedagogia;

- Os Estudos de Psicologia e Revista Brasileira de Psiquiatria, também obedecem ao mesmo padrão da especialidade, respectivamente, psicologia e médica psiquiátrica, na totalidade dos autores principais;
- Os Cadernos de Saúde Pública, Revista de Saúde Pública e Ciência e Saúde Coletiva apresentaram uma grande diversidade de áreas de formação dos autores, assim distribuídos: Medicina (6), Psicologia (4), Epidemiologia (4)⁴, Nutrição (3), Cientista Social (3), Estatística (2), História (1), Antropologia (1), Serviço Social (1). Já a Revista de Saúde Materno Infantil, identificada como da área de Saúde Pública, revela que dos sete primeiros autores, seis são médicos e, apenas um, pertence à área da enfermagem.

⁴ Não foi possível identificar a área de formação de origem desses autores, portanto preferimos identificar a área de especialização pós-graduada.

TABELA 1
Área de Formação dos Autores segundo os periódicos

<i>Periódicos</i>	<i>Área de Formação</i>	N	%
Revistas Médicas	Medicina	15	100
Revista de Nutrição	Nutrição	3	100
Revista de Enfermagem	Enfermagem (6)	6	80
	Pedagogia (1)	1	20
Saúde Mental	Psiquiatria (2)	2	100
	Psicologia (2)	2	100
Saúde Pública	Medicina	6	37,5
	Psicologia	4	12,5
	Epidemiologia	4	12,5
	Nutrição	3	9,4
	Cientista Social	3	9,4
	Estatística	2	6,3
	História	1	3,1
	Enfermagem	1	3,1
	Antropologia	1	3,1
	Serviço Social	1	3,1

Observa-se que a autoria da produção médica se restringe aos profissionais médicos. Observa-se também, movimento semelhante na área da nutrição e, também, da saúde mental quando a publicação é específica da área, o que pode estar significando que apenas quem é da área é considerado apto a falar desse lugar. Nas publicações da saúde pública e saúde coletiva é que observamos uma maior multiplicidade de especialidades e campos diversos de conhecimento.

Contudo, a Medicina é a área com maior número de profissionais representados.

Mesmo reconhecendo o caráter específico de certos periódicos, vale comentar a relevância de se incluir outros olhares disciplinares ao se tratar de tema de tal complexidade como a gravidez na adolescência.

4. Distribuição por sexo dos autores

Quanto ao sexo dos pesquisadores⁵ observamos uma predominância do sexo feminino em todas as áreas, o que indica, por um lado, um interesse maior das mulheres pelo tema e, também, a maior presença delas nas profissões ligadas à área da saúde como a Medicina, a Psicologia, Serviço Social, Nutrição e Enfermagem. A **tabela 2** mostra a seguinte distribuição por sexo dos autores:

⁵ Nesse item estão incluídos todos os autores, individuais ou grupo, que produziram os artigos.

TABELA 2
Distribuição dos autores por sexo, segundo a área de publicação

<i>Periódicos</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Periódicos de Saúde Pública		
Mulheres	79	83,1
Homens	16	16,9
Periódicos de Medicina		
Mulheres	48	64
Homens	27	36
Periódicos de Enfermagem		
Mulheres	14	93
Homens	1	7
Periódicos de Saúde Mental		
Mulheres	8	72
Homens	3	28
Periódicos de Nutrição		
Mulheres	9	81
Homens	2	19

- Revistas de Medicina: 48 mulheres e 27 homens, respectivamente, 64% e 36%;
- Revista de Nutrição: 9 mulheres e 2 homens, respectivamente, 81% e 19%;

- Revista de Enfermagem: 14 mulheres e 1 homem, proporcionalmente, 93% e 7%;
- Revistas de Saúde Mental (Psicologia e Psiquiatria): 8 mulheres e 3 homens, 72% e 28%;
- Revistas de Saúde Pública: 79 mulheres e 16 homens, 83,1% e 16,9%.

Ainda que possamos observar a maciça presença de autoras em todas as áreas, proporcionalmente à presença de homens, ela é menor na área médica e adquire maior percentual na área da enfermagem, o que indica um viés de gênero na escolha profissional desses autores.

Como afirma Rosemberg (2001)⁶⁹, apesar de ainda observar-se diferenças de no que se refere à escolha profissional e mercado de trabalho para homens e mulheres, identificou-se em relação à profissões da área da saúde, forte crescimento da participação feminina nos cursos de odontologia, e uma tendência ao equilíbrio nas áreas de veterinária e medicina. (Rosemberg, 2001:523)

Relativo à dinâmica da área médica, essas observações foram reforçadas pelo levantamento realizado pelo Conselho Regional de Medicina de São Paulo (CREMESP) em estudo realizado em 2006 para delinear o perfil do médico no estado. Foram identificados dois fenômenos em relação à formação médica: o primeiro foi denominado “juvenilização da profissão”, entendendo que, hoje, a maioria dos médicos em atividade tem até 9 anos de formado. O segundo foi identificado entre os graduandos do ano de 2006, quando se observou que, pela primeira vez na história da profissão no estado, o número de mulheres ultrapassou o número de homens formados (www.cremesp.com.br/perfildomedico, 8/12/2007). Entretanto, se considerarmos o total

de profissionais da área médica, o número de homens supera o de mulheres, apesar da “feminização” crescente nos últimos anos.

Observa-se, também, crescimento de mulheres na área de odontologia e, também, a recorrente e histórica predominância de profissionais do sexo feminino nas áreas da psicologia, nutrição e enfermagem.

Por fim, ressaltamos que, embora predominem as autoras mulheres tratando de um tema diretamente ligado ao feminino, não pudemos constatar, em contrapartida, um viés de gênero preponderante nos trabalhos.

5. Origem institucional dos autores e dos artigos

Observa-se que a Medicina é a área de formação, quantitativamente, mais representada na produção de artigos. Todos os autores estão vinculados a instituições de ensino e pesquisa de nível superior, como professores e/ou alunos de cursos de pós-graduação, localizados em diferentes estados do Brasil, revelando uma representatividade da diversidade regional do país. Com respeito às revistas de caráter médico, o estado de São Paulo foi o que apresentou a maior contribuição, segundo a **tabela 3**.

Tabela 3
Distribuição dos Autores das Publicações Médicas segundo Filiação Institucional

Publicações Médicas	N	%
FMUSP-SP	3	21,4
FCMRibeirãoP-SP	2	14,2
EPM-SP	2	14,2
UFECampinas-SP	2	14,2
UFCE-CE	1	7.1
SCMVitória-ES	1	7.1
SCMRJ-RJ	1	7.1
UFPE-PE	1	7.1
UFRN-RN	1	7.1

Quanto aos artigos publicados em revistas identificadas como de Saúde Pública (**Tabela 4**) encontramos dez contribuições de instituições do estado do Rio de Janeiro. A maior contribuição identificada foi relativa a seis artigos produzidos por pesquisadores da Fiocruz, seguidos de três oriundos da Universidade Estadual do Rio de Janeiro, um da Universidade Federal do Rio de Janeiro. O segundo estado que mais contribuiu em publicações foi São Paulo com oito artigos, dois oriundos da Universidade de Ciência Médicas de Campinas, um da Universidade Estado de São Paulo de Botucatu (UNESP-Botucatu), da Enfermagem e Saúde Coletiva, da Escola Paulista de Medicina, da Universidade de São Paulo, Universidade Federal de São

Paulo e da Faculdade da Medicina de Ribeirão Preto. O estado da Bahia contribuiu com seis artigos, quatro da Universidade Federal da Bahia e dois da Universidade Estadual de Feira de Santana. Três artigos são oriundos de Pernambuco, um do Instituto Materno-Infantil de Pernambuco, dois da Secretaria Estadual de Saúde e Faculdade de Ciências Médicas. Rio Grande do Sul (Universidade Federal de Pelotas) e Universidade Federal do Maranhão, como a universidade de Manchester, Inglaterra, contribuíram com um artigo cada um. Vale ressaltar que, nesse item, foi contabilizado um artigo de saúde mental.

TABELA 4
Distribuição dos Autores das Publicações de Saúde Pública segundo Filiação Institucional

<i>SAÚDE PÚBLICA</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
<i>Rio de Janeiro [Ensp-Fiocruz (6), UERJ(3), UFRJ(1)]</i>	10	30,3
São Paulo [FCMC(2), UNESPBot(1) Enfermagem e S. Col-EPM (2) USP(1) UNIFESP (1) FCMRP(1)]	8	24,2
Bahia [UFBA (4) UEFS (2)]	6	18,1
Pernambuco [IMIPE (1) SES-FCMPE (2)]	3	9,6
Rio Grande do Sul [UFPelotas (1)]	1	3,0
Maranhão [UFMA (1)]	1	3,0
Inglaterra [Universidade de Manchester (1)]	1	3,0

A Revista Latino Americana de Enfermagem publicou três artigos oriundos de universidades paulistas (USP, UNESP-Botucatu e FAPESP), uma publicação da Universidade Estadual de Feira de Santana (Bahia), uma publicação do Instituto Fernandes Figueiras (IFF-Fiocruz).(Tabela 5)

Os três artigos da Revista de Nutrição tiveram origem na Universidade Federal de Goiás, Universidade Federal do Piauí, e na Universidade de São Paulo.

A Saúde Mental, com interface na Saúde Pública, publicou três artigos originários de universidades paulistas (USP e UNIFESP) e Universidade Federal do Espírito Santo.

TABELA 5
Distribuição das Publicações de Enfermagem, Nutrição e Saúde Mental segundo
Filiação Institucional

PUBLICAÇÕES DE ENFERMAGEM, NUTRIÇÃO E SAÚDE MENTAL	N	%
Enfermagem	5	8,7
[UNESP, FAPESP, USP],	3	
[UEFS-BA],	1	
[IFF-Fiocruz]	1	
Nutrição	3	5,2
[UFGO, USP, UFPI]		
Saúde Mental	3	5,2
[USP, UNIFESP, UFES]		

Observa-se grande diversidade institucional e de origem dos autores e que a Fiocruz (Ensp e IFF) foi a instituição individual que mais produziu artigos sobre o tema. Prevalece a representatividade das escolas localizadas no eixo geográfico São Paulo-Rio de Janeiro.

Este resultado não surpreende, pois sabemos que a maior parte das instituições universitárias com cursos na área da saúde está localizada na região sudeste, mais precisamente no eixo em questão.

6. Metodologia utilizada pelos autores segundo a área profissional

6.1. Medicina

Entendemos que a metodologia empregada enuncia, para além da maneira de abordar o tema, as hipóteses levantadas pelos autores, a compreensão da temática do ponto de vista teórico-conceitual. É dessa maneira, também, que podemos inferir os significados atribuídos à gravidez na adolescência pelos profissionais das diversas áreas representados nesse acervo.

Ao analisarmos a **metodologia** empregada pelos autores dos periódicos de cada área, foi possível agrupar os artigos segundo as seguintes abordagens: estudos quali-quantitativos, estudos, primordialmente, quantitativos ou qualitativos e estudos clínicos.

Dos estudos publicados nas revistas eminentemente, médicas, **oito** utilizaram metodologia **quantitativa** de caráter **epidemiológico**, **três estudos clínicos** e **três de caráter qualitativo** (uma análise da literatura, duas evoluções de casos clínicos)⁶. Esta

⁶ Fazemos uma ressalva sobre a diferença metodológica entre ‘estudo clínico’ e ‘caso clínico’. O primeiro trata de metodologia que implica na formulação de variáveis a serem testadas com a utilização de grupo

mesma metodologia é descrita pelos autores como: “estudo transversal descritivo” (3), “estudo clínico” (2), “método descritivo retrospectivo” (2), e um artigo para cada uma das seguintes descrições: “avaliação retrospectiva de dados epidemiológicos”, “estudo de caso”, “avaliação crítica”, “analítico transversal comparativo”, “analítico transversal prospectivo”, “descritivo prospectivo” e “análise de conteúdo”. Identifica-se o uso de metodologias diversas, para descrições diversas. Identificamos que os estudos médicos são, marcadamente, quantitativos e mesmo quando avaliando a evolução clínica, priorizam a evolução da sintomatologia, a análise dos signos e, em nenhum exemplo, enfocam aspectos da subjetividade.

Os instrumentos mais utilizados foram: questionários, escalas de avaliação pré-testadas, análises laboratoriais, análise de literatura e anotações clínicas em prontuários. Um estudo sobre efeitos dos anti-retrovirais em recém-nascidos foi conduzido por uma análise bibliográfica.

Temáticas identificadas na área de conhecimento médico, composta pelo grupo das revistas classificadas nesta área, foram assim caracterizadas:

Um artigo sobre saúde mental pelo viés da psiquiatria, Freitas & Botega⁷⁰ alertam para os sintomas de depressão e ideação suicida apresentados pela adolescente grávida enquanto outros seis artigos abordam a gravidez na adolescência associada à alguma patologia médica (^{71,72,73,74,75,76}) como febre reumática, doença associada a conseqüências danosas quanto ao uso de certo medicamento, aspectos da sexualidade associados ao diagnóstico de artrite idiopática juvenil, efeitos adversos no recém-nascidos pelo tratamento anti-retroviral, doença trofoblástica gestacional recorrente, elaboração de modelo preditivo de cesariana a partir de fatores de risco e, ainda,

de controle. Já o segundo trata de exposição de um caso que é avaliado qualitativamente, em profundidade, por um ou vários profissionais.

comparação de métodos laboratoriais para avaliação de anemia por deficiência de ferro no organismo.

Os artigos utilizaram nas palavras-chave, termos como gravidez, adolescência, ansiedade, depressão, cuidado pré-natal, medicina reprodutiva, cuidados integrais de saúde, recém-nascido de baixo peso, prematuro, pré-eclâmpsia, assistência perinatal, gravidez normal, cesariana, parto normal, complicações da gravidez, desnutrição, obesidade, idade materna, enunciados que suscitam a noção de “risco” associado a idade materna e à necessidade de cuidados integrais de saúde.

Os artigos mostram tendência a abordar a hipótese de “risco”, através de um enfoque, essencialmente clínico, geralmente relacionando gravidez na adolescência à prematuridade e baixo peso ao nascer, riscos obstétricos e idade da gestante, via de parto e adolescência e estado nutricional^{77,78,79,80,81}

6.2. ENFERMAGEM

A produção de artigos incorporada ao nosso acervo, relativos à área da enfermagem, está integralmente vinculada à Revista Latino-Americana de Enfermagem. Ao todo, foram incluídos cinco artigos, cuja metodologia é descrita como **qualitativa**, transversal e descritiva em dois deles; dois de caráter **quali-quantitativo**, utilizando, respectivamente, dados epidemiológicos e instrumentos como análise de prontuários e entrevistas semi-estruturadas e o terceiro é uma revisão da bibliografia.

Na terminologia usada para compor as palavras-chave identificamos descritores como saúde da família, relações familiares, atenção pré-natal, pediatria, além da recorrência de gravidez e adolescência.

Entretanto, esses termos descritores não fazem jus à originalidade das temáticas abordadas pelos artigos da enfermagem, apontando para um olhar crítico à produção centrada em dados quantitativos e generalizantes sobre o tema. Isto porque ao analisarmos o conteúdo dos artigos identificamos interesse pela singularidade dos sujeitos, quando observamos conceitos e questões tais como, sujeito coletivo, dilemas das famílias frente à gravidez dos filhos, reflexões sobre o impacto da gravidez nos projetos familiares, melhora ou piora da relação familiar. Há questionamentos como: a reação à gravidez é de felicidade ou de conformismo?⁸² Outro artigo questiona o apoio que as adolescentes recebem do ponto de vista pessoal, social e familiar e o significado que a gravidez tem em suas vidas⁸³. Um terceiro artigo discute o aborto na adolescência, um tema tabu que, talvez pelo peso da criminalização, não é citado nas palavras-chave do artigo, que trata de traçar um perfil epidemiológico das adolescentes internadas para procedimento de curetagem⁸⁴. Um quarto artigo aborda o perfil bio-psicossocial das adolescentes com repetição da gravidez⁸⁵ e, por fim, uma revisão da bibliografia sob um olhar crítico da visão da pediatria sobre o fenômeno⁸⁶.

Pode-se afirmar que, esse foi o acervo que mais inclui a perspectiva da subjetividade da adolescente e dos seus familiares.

6.3. Nutrição

Quanto à Nutrição, identificamos três artigos cujas metodologias empregadas foram: **quantitativas** (2) descritas pelas autoras como “estudos descritivos transversais”

e um **estudo clínico**, descrito como “caso-controle”, pois, de fato foram utilizados grupos de controle para verificação de efeito de ingestão de sulfato ferroso durante a gestação, a partir de resultados controlados de exames laboratoriais.

As palavras-chave identificadas foram: corpo, ganho de peso, estado nutricional, anemia, deficiência de ferro, ferritina, recém-nascido, suplementação alimentar além dos recorrentes gravidez e adolescência.

Podemos observar pelos termos, em complemento às hipóteses levantadas pelos autores, que há uma ênfase em focar os riscos nutricionais associados à gravidez na adolescência, para a mãe e para o recém-nascido ^{87,88}; por outro, um questionamento sobre as mudanças corporais não faz jus ao sugestivo título de “Mudanças corporais percebidas por gestantes adolescentes assistidas em serviços públicos de saúde de Goiânia”, que poderiam estar indicando uma tentativa de valorizar a subjetividade das gestantes em um serviço público de saúde de Goiânia, GO. ⁸⁹.

O estudo utiliza questionários dirigidos, validados a partir de escala de atitudes e outra de avaliação do apoio familiar, que resultou em dados quantitativos do tipo: 98,5% das adolescentes responderam ter percebido mudanças corporais, sendo a mudança no seio aquela mais percebida, seguida da percepção da mudança no peso. O dado que trás um diferencial foi a da observação de que as adolescentes goianas declararam não gostar das mudanças percebidas em relação ao crescimento dos seios, preferindo as mudanças em relação ao crescimento da barriga. Entretanto, as autoras se limitaram a comparar esses resultados aos dados sobre adolescentes americanas, que indicariam uma preferência inversa às apresentadas pelas adolescentes goianas.

6.4. Saúde Mental

Quanto à Saúde Mental, encontramos dois artigos de Psicologia e dois de Psiquiatria. Os artigos de Psicologia^{90,91} apresentam uma metodologia descrita como análise de conteúdo e descritivo-freqüencial. Ambos com vocação para uma abordagem **qualitativa**, com instrumentos que valorizam a subjetividade e crítica da visão que reitera os danos e riscos da gravidez na adolescência.

Já os artigos de cunho psiquiátrico a abordagem foi **quantitativa**. Os autores levantaram hipóteses de associação da gravidez na adolescência a algum desvio ou transtorno mental e estudo sobre fatores de risco ao abuso de drogas associados ao tema.⁹² Podemos afirmar que a associação diagnóstica se sobrepõe à subjetividade e configura, no âmbito da saúde mental, visões diversas sobre o fenômeno.

6.5. SAÚDE PÚBLICA: DIVERSIDADE METODOLÓGICA, TEMÁTICA E DE SIGNIFICADOS

Conforme ressaltado anteriormente, a área da Saúde Pública é a mais profícua quanto ao número de publicações sobre o tema da gravidez na adolescência. Observa-se, também, que a área apresenta grande diversidade temática, hipóteses levantadas e metodologias empregadas.

Como afirma Coimbra (1999)⁹³ em relação à produção bibliográfica da saúde pública latino-americana, há uma enorme variabilidade interna no que diz respeito às suas disciplinas constituídas e, não raro, são publicados num mesmo fascículo, artigos

em ciências sociais, epidemiologia, avaliação nutricional, toxicologia, entre outros, que representam “culturas” acadêmicas próprias.

Seguindo o roteiro pré-estabelecido, tentaremos traduzir essa diversidade, assim como as características recorrentes observadas nas diversas publicações.

A área da Saúde Pública contribuiu com a maioria dos artigos, 33 ao todo e, conseqüentemente, apresenta a maior diversidade de “culturas” acadêmicas, supondo-se diversas visões sobre o fenômeno. Como ressaltado, os profissionais são oriundos de múltiplas áreas de formação. Apesar de manter um padrão de concentração de profissionais de formação médica, é na saúde pública que registramos uma maior presença de cientistas sociais e especialistas em epidemiologia, além daqueles com formação específica para a área da saúde.

Nos estudos classificados de quali-quantitativos estão aqueles que utilizaram levantamentos estatísticos, dados epidemiológicos complementados por análise qualitativa baseada em dados de entrevistas, geralmente conduzidos pela análise de conteúdo e de discurso. Dentre esses estão os estudos denominados pelos autores como “sócio-antropológico”, “de abordagem quali-quantitativa”, “sócio-demográficos”, “estudos transversais-descritivos de caráter sócio-demográfico”, “epidemiológicos”. Ao todo são **nove** artigos identificados de **quali-quantitativos**. Classificados predominantemente, como **qualitativos** são **oito** artigos: três artigos definidos como pesquisa etnográfica, dois artigos de revisão de literatura, um estudo retrospectivo, um artigo de análise crítica conceitual e (1) outro de análise metafórico-metonímica⁹⁴, respectivamente. Essencialmente **quantitativos** foram identificados **12** artigos, dez deles que basearam suas análises em banco de dados, de caráter epidemiológico, um estudo caso-controle de caráter epidemiológico, um estudo ecológico ou seja geo-sócio-epidemiológico.

Portanto, o somatório dos estudos quali-quantitativos totaliza 11 artigos, dos estudos quantitativos são 12 artigos e dos estudos, predominantemente, qualitativos 10 artigos. Esse fato indica um forte equilíbrio de metodologias empregadas e a necessidade dos pesquisadores de buscarem recursos mais complexos, reconhecendo que o fenômeno envolve a demanda de várias leituras.

Vale ressaltar que, a metodologia enuncia, para além de um instrumento de abordagem do objeto, os significados, os fundamentos teóricos, as concepções dos autores.

Como exemplo, temos a visão da sexualidade a partir do conjunto de artigos oriundos da pesquisa GRAVAD (*Gravidez na Adolescência: estudo Multicêntrico sobre Jovens, Sexualidade e Reprodução no Brasil*)⁹⁵ publicados nos Cadernos de Saúde Pública, comparados aos artigos oriundos da, assim denominada pelos autores, subamostra do *Estudo da Morbi-mortalidade e da Atenção Peri e Neonatal no Município do Rio de Janeiro*, igualmente publicados nesse periódico. Os primeiros artigos imprimiram um olhar sócio-antropológico ao fenômeno, inovador na metodologia e, também, na temática, no controle de variáveis que abriram perspectivas para a identificação de algumas circunstâncias determinantes das escolhas dos sujeitos. O segundo grupo de artigos teve origem na investigação sobre *Gravidez na Adolescência como variável explicativa de Baixo Peso ao Nascer e Outros Efeitos Adversos no Recém-Nascido em Maternidades do Município de Rio de Janeiro*, a partir de 1.228 entrevistas realizadas com puérperas de 12 a 19 anos de idade, em maternidades públicas e privadas do mesmo município. Nesse caso, torna-se explícita a associação entre gravidez, adolescência e “riscos” de baixo peso, de efeitos adversos à parturiente e ao recém-nascido.

A partir dos termos usados, podemos inferir que os autores partem de pressupostos distintos para análise do significado da gravidez na adolescência. A respeito da pesquisa GRAVAD trata-se de um estudo multicêntrico desenvolvido em três capitais brasileiras: Salvador, Rio de Janeiro e Porto Alegre, entre os meses de Outubro de 2001 e Janeiro de 2002. A pesquisa parte do pressuposto da sexualidade ser aprendizagem e selecionou jovens de ambos os sexos, de diferentes origens sócio-econômicas, com ou sem experiência de parentalidade na adolescência. Ela destacou aspectos das biografias dos 4.634 jovens entre 18 e 24 anos, relatados retrospectivamente, pois considerou a maioridade civil dos participantes, assim como sua autonomia e liberdade para tomar decisão ética de participar da pesquisa sem a necessidade de autorização dos pais.

Ao analisarmos os **termos** utilizados nos artigos produzidos a partir de sub-amostras da pesquisa GRAVAD, identificamos um padrão terminológico, pelo uso de palavras como: sexualidade, em sete deles; paternidade, estilo de vida, relações de gênero; identidade de gênero em quatro deles; nível educacional; aborto induzido; trabalho de parto e classe social.

Por outro lado, outro padrão terminológico aparece nas publicações da área da Saúde Pública, relacionando os **termos** gravidez e adolescência a outros que indicam abordagens teórico-conceituais dos autores sobre o fenômeno. Esses outros termos podem ser identificados como: estresse psicológico, condições sociais, mortalidade neonatal, baixo peso ao nascer, parto cesariana, idade gestacional e índice de Apgar, que indicam influência, marcadamente, médica, nutricional e epidemiológica. De novo, esse fato revela que as hipóteses e indagações propostas pelos autores, como a metodologia utilizada privilegiam aspectos biomédicos, enfocando os riscos atribuídos ao fenômeno abordado nesta tese.

Vale a ressalva sobre a abordagem de “risco” encontrada especialmente nos artigos de caráter epidemiológico. Não se trata de, questionar a importância desses estudos para a área da saúde. Compreendemos que a vocação, os fundamentos da epidemiologia, são os estudos de risco. Entretanto, essa seletividade no sentido de apontar desfechos indesejáveis ao fenômeno é que indica uma não relativização desse conhecimento, uma ausência de formulações que aportem outras teorias e hipóteses, valorizando a complexidade do fenômeno. É nesta medida que esses estudos podem conduzir a uma visão “negativa”, “pré-concebida” da gravidez na adolescência.

A partir desta constatação podemos inferir que as indagações dos pesquisadores também indicam **visões e significados** diferenciados sobre o fenômeno, marcadas por duas características estruturantes: uma visão clínica, epidemiológica e sócio-demográfica e outra, descrita como sócio-antropológica e etnológica. No conjunto de pesquisadores que integram a vertente sócio-antropológica, prevalece a formação nas áreas de ciências humanas, antropologia, psicologia, serviço social e, também, história. No outro grupo, encontramos especialistas em epidemiologia, estatística, nutrição e medicina.

Grosso modo, no conjunto de pesquisadores, que publicam sobre a área da saúde pública, encontramos aqueles propensos a considerar a gravidez na adolescência um desvio numa trajetória de vida, uma inadequação ao que seria desejável para as pessoas dessa idade, revelando imaturidade, desinformação, podendo estar, inclusive, associada a alguma patologia mental ou distúrbio de humor. Já na literatura de outros especialistas observamos o cuidado em contextualizar a realidade desses jovens, buscando indicadores que nos aproxime das circunstâncias sócio-econômicas, educacionais, familiares, habitacionais e de acesso à informação. Neste segundo grupo observa-se um maior cuidado na apreensão de questões de caráter subjetivo dos sujeitos.

Similarmente, constatamos que a maneira de abordar e interpretar o exercício da sexualidade do adolescente, também pode variar conforme a formação do autor ou autores, como o caso do questionamento sobre a experiência sexual dos jovens. Esta pode ser contextualizada a partir de referências sócio-antropológicas ou pode estar associado a questões como vulnerabilidade à contaminação por DST e HIV, às condições de pobreza em que vivem as populações pesquisadas e a argumentos como descompasso entre “maturidade sexual e imaturidade social”, com foco nos fatores de “risco” e agravados pela constatação de que as gestantes entre 10 e 14 anos apresentam menor frequência ao atendimento pré-natal⁹⁶. Numa seqüência de estudos de profissionais na área de epidemiologia articulada a formações médica, nutrição e estatística ^{97, 98,99, 100}, reafirma-se a hipótese da vulnerabilidade à DST e HIV, além de apontar as repercussões emocionais negativas da “gravidez precoce”, perfil sócio-demográfico e psicossocial desfavorável, e consumo alimentar inadequado.

Qualificar a gravidez de precoce tem um caráter eminentemente histórico. Segundo Heilborn & Cabral (2006)¹⁰¹, a faixa etária definida de adolescência, já foi considerada no passado recente, a idade ideal para as mulheres terem filhos. Isso indica que, seu papel na sociedade se transforma segundo as exigências sociais, econômicas e culturais de cada época, mas também revela divergências entre as expectativas construídas para as jovens adolescentes no Brasil e os dispositivos materiais para alcançá-los.

Na nossa cultura, enquanto travamos um intenso debate sobre o prolongamento da juventude e construímos expectativas sobre a universalidade da educação e dos direitos humanos, advogando que todas as crianças e jovens deveriam estar na escola, a realidade da exclusão social pressiona para que uma significativa parcela, principalmente de meninos, entre no mercado de trabalho antes dos 18 anos. Por outro

lado, enquanto esperamos de nossas adolescentes que freqüentem a escola investindo no futuro profissional, é intolerável pensar que uma menina entre 10 e 14 anos, ou entre 15 e 19 anos engravide. Trata-se de um comportamento dissonante com os padrões e contextos históricos preconizados para a sociedade contemporânea.

Portanto, no intuito de reafirmar a tese dos “riscos”, vários autores recorrem a dados epidemiológicos do SINASC (Sistema de Informações de Nascidos Vivos), com ênfase em DNV (Dados de Nascidos Vivos). Eles tendem a investigar a relação entre fatores sócio-econômicos e sócio-demográficos e os “riscos” identificados. A pergunta fundamental que atravessa esses estudos é se esses “riscos” potenciais são inerentes à condição da gravidez ocorrer na adolescência definida como faixa etária permeada por uma vulnerabilidade intrínseca ou, por outro lado, a vulnerabilidade está imbricada às condições de precariedade sócio-econômica, educacional e de assistência em que vive grande parte da população pesquisada? Qual seria o papel da assistência através dos programas de cuidados pré-natais, cuidados integrais de saúde e saúde da família?

Há a associação entre perfis sócio-econômicos e sócio-demográficos e os fatores de riscos obstétricos como partos prematuros, ou riscos para o recém-nascido, como baixo peso ao nascer e, também, atribuídas às práticas consideradas negligentes de contracepção foram abordadas em seis artigos.^{102,103,104,105,106,107}

Finalmente, dois trabalhos contemplam temáticas com foco na subjetividade dos sujeitos, como trajetórias afetivo-amorosas, perfil reprodutivo de mulheres adolescentes e percepções e práticas das adolescentes grávidas e dos familiares.^{108,109}

Considerando o acervo da Saúde Pública como aquele que mais contribuiu com artigos sobre a temática da gravidez na adolescência, nosso foco será sobre os significados atribuídos ao fenômeno nessa produção. Vale reafirmar, que se trata de um

conjunto de artigos que apresentou grande complexidade metodológica e, também, de pressupostos. Entretanto, foi possível identificar certa homogeneidade quanto aos resultados e conclusões.

7. Enfocando os temas constantes na produção da Saúde Pública

7.1. Adolescência e Condições de Vida

Com respeito ao significado de adolescência, a maioria dos autores nesse acervo toma como referência a definição da Organização Mundial de Saúde, conforme faixa etária de 10 à 19 anos completos. Vilela & Doreto¹¹⁰ fazem uma ressalva sobre os significados de adolescência e de juventude, atribuindo ao primeiro o sentido de cronologia ou faixa etária, enquanto o segundo teria um sentido geracional, coletivo, social, alguns autores afirmam que à adolescência atribui-se um caráter negativo que remete à dependência, impulsividade, irresponsabilidade, dificuldades emocionais, enquanto que à juventude as atribuições são positivadas em independência, criatividade e responsabilidade.

No mesmo estudo, as autoras chamam a atenção para fatores de “risco” como a relação entre maior precocidade do início da atividade sexual e risco de engravidar, risco de contrair o vírus do HIV e DST (Doenças Sexualmente Transmissíveis) e de abandonar a trajetória escolar. Por outro lado, discutem as desigualdades sociais e de oportunidades sob o aspecto de classe social e raça, quando constatarem a maior presença de gravidez na adolescência entre jovens pobres, negros e que apresentam menor nível de escolaridade. Elas consideram esses fatores um retrato da vulnerabilidade e exclusão dos jovens mais pobres.

Os estudos que abordaram as variáveis sublinhadas indicam aumento inegável nas taxas de evasão escolar, baixo nível de **escolaridade** ou inadequação entre **idade cronológica e idade escolar**, assim como, menor **frequência ao pré-natal** e, também, piores condições sócio-econômicas entre as adolescentes de menor idade e a evidência de grande dependência do grupo familiar.

A partir da análise quantitativa do inquérito domiciliar para a pesquisa GRAVAD, Aquino et al.¹¹¹, reiteram que a ocorrência da gravidez antes dos 20 anos varia inversamente à renda e à escolaridade. Traçando um perfil do universo das adolescentes grávidas, foi identificada a prevalência de: mulheres com 1º grau incompleto (13 vezes o valor observado entre as jovens de nível superior); homens e mulheres negras; menor entre católicas, e maior entre as jovens com nenhuma religião e as pentecostais; maior entre mulheres sem inserção no mercado de trabalho. Observou-se, também, que na socialização para a sexualidade e reprodução são reiteradas as diferenças de gênero.

No nosso entender, esses dados, recorrentes nos diversos estudos que verificaram o resultado da interseção dessas variáveis, reforçam a natureza complexa do fenômeno, pois sugere a imbricação entre condições de vida e gravidez na adolescência, apontando para uma forte relação entre elas.

Isso nos remete à reflexão sobre o argumento de Eisentadt¹¹², autora que discute as diferenças entre as sociedades particularistas e as universalistas, atribuindo o aparecimento da juventude, enquanto grupo etário, ao aparecimento de uma organização política e social não baseada nas unidades e critérios de parentesco, mas sim ao universo da construção das sociedades universalistas, hegemônicas no mundo ocidental e urbanizado. Cabe questionar, em que medida as instituições que exercem um papel preponderante na mediação dessa preparação, como aquelas orientadas para a educação,

o esporte e o lazer estão cumprindo seu papel na universalização de acesso para uma significativa parcela dos adolescentes e/ou jovens brasileiros.

7.2. “Riscos” e frequência ao pré-natal

Uma das principais observações é a relação identificada pelos autores entre as adversidades sócio-econômicas, educacionais, culturais e de saúde, inalienáveis à condição de pobreza em que vive a população de baixa renda e os diversos “riscos” atribuídos à “gravidez precoce”, expostos nesse capítulo. Considerando que a grande maioria dos trabalhos foi desenvolvida com populações de baixa renda, esse fato, por si só, parece ter influenciado as conclusões recorrentes dos pesquisadores ao atribuir a essas condições adversas os “riscos”, já identificados anteriormente, em lugar de vinculá-los, unicamente, à condição adolescente, pressupondo imaturidade física e psicológica.

A despeito da hipótese inicial, esses estudos revelaram baixa correlação entre gravidez na adolescência e pré-maturidade do recém-nascido. Entretanto, com relação ao baixo peso ao nascer aponta-se para a maior incidência entre gestantes com idade entre 10 e 15 anos completos, assim como, maior percentual de primiparidade, baixa renda familiar, baixa escolaridade e pouca assistência no pré-natal, em relação às adultas jovens (35),^{113,114} Por outro lado, ainda do ponto de vista médico, apontam para a menor incidência de parto cesariana e, também, para a necessidade de maior frequência ao pré-natal como uma das maneiras de minimizar “riscos”, sugerindo, concomitantemente, mais investigações que abranjam fatores sociais, econômicos e culturais. (23)

Semelhantes resultados foram encontrados no estudo de Simões et al.¹¹⁵ Que comparou características sócio-econômicas, demográficas, antropométricas e comportamentais aos resultados perinatais e identificou que as adolescentes entre 18-19 anos apresentaram resultados semelhantes às mulheres maiores de 20 anos. Quanto às adolescentes até 18 anos, estas são em maior proporção de filhos com baixo peso ao nascer, prematuridade, sugerindo, segundo as autoras, imaturidade biológica. A população que apresentou menor nível sócio-econômico eram, na maioria, primíparas, coincidindo com menor taxa de parto cesariana¹¹⁶ e, também, foi a que apresentou menor presença de companheiros. Nesses estudos, observa-se uma divergência de interpretação dos dados relativos à prematuridade e baixo peso ao nascer que reacende a questão da imaturidade biológica versus comportamento em relação ao pré-natal.

7.3. Relações Sociais

Do ponto de vista da socialização, Aquino et al.(46) identificaram que, para as meninas, a entrada na adolescência é demarcada pela menarca, evento cultural reinterpretado pelas pessoas e atribuídos significados culturais. Observou-se, também, que a comunicação verbal entre mãe e filha em torno da menarca transmitiu normas e valores sobre comportamentos preventivos e diminuiu a ocorrência de gravidez. Outro dado importante identificado é que pai e mãe foram considerados fontes de informação para mulheres e não para os homens, embora além da família, a escola, também, cumpre papel importante na informação; a pressão familiar estimula o envolvimento das mulheres com trabalho doméstico. Observou-se maior prevalência de gravidez entre as jovens que namoraram e ‘ficaram’ na adolescência, como fenômeno inversamente proporcional à idade do 1º namoro.

Quanto às **mudanças ocorridas na vida desses jovens**, o mesmo estudo verificou que a maternidade e a paternidade antes dos 20 anos motivaram a constituição conjugal em 47,8% dos homens e 39,3% das mulheres, 36% dos jovens não saíram da residência dos pais. A gravidez determina mudanças significativas na vida de homens e de mulheres, sendo que, em 72% das mulheres e 47,5% dos homens declararam ter diminuído a convivência com os amigos; que após o nascimento do 1º filho 37,6% dos homens e 45,6% das mulheres passaram a usar algum método contraceptivo. Identificou-se que 42,1% das jovens encontravam-se fora da escola por ocasião da gravidez e 48,7% dos homens, o que é um dado que, por um lado, denuncia um viés de gênero, pois apesar do impacto maior da gravidez sobre as carreiras das mulheres do que das masculinas, nessa amostra, os homens parecem deixar a escola ainda mais cedo para ingressarem no mercado de trabalho.

Esses dados reforçam observações anteriores de que a relação inversamente proporcional entre gravidez e escolaridade está a denunciar, além da precariedade do sistema educacional público brasileiro, um forte processo de exclusão de muitos adolescentes da oportunidade de preparação universalizante para a maturidade. É fato notório que, nas classes populares, comparativamente, a juventude tende a ser mais breve para homens e mulheres, com a interrupção precoce dos estudos e a inserção antecipada no mercado de trabalho em relação aos jovens de classe mais privilegiada.

Portanto, a realização de trabalhos domésticos para as mulheres e interrupções no processo de escolaridade para homens e mulheres provocam descontinuidades e defasagem em relação à série escolar. Nos contextos marcados pela desigualdade de gênero e classe social, a maternidade se apresenta como fonte de reconhecimento para jovens desprovidas de outros projetos educacionais e profissionais.

7.4. Gravidez “Indesejada”

A hipótese da gravidez indesejada por desconhecimento e/ou falta de acesso aos métodos contraceptivos, na maior parte das vezes, não foi confirmada pelos estudos. Carniel et al.(37), Kassar et al.(38), Figueiró(40), Lima et al., Costa et al.,¹¹⁷ Almeida et al.,¹¹⁸ observaram uma atitude positiva em relação à gravidez por parte das gestantes, dos co-responsáveis, parceiros e familiares próximos.

Belo & Silva,¹¹⁹ em estudo que objetivou estudar o conhecimento, a atitude e a prática em relação ao uso prévio de métodos anticoncepcionais em adolescentes gestantes encontrou que a idade média das gestantes era 16,1 anos, a idade média da menarca 12,2 anos e a da 1ª relação sexual 14,5 anos. Essa aproximação entre menarca e sexarca é um aspecto observado na prática clínica, também. Os métodos anticoncepcionais mais conhecidos e mais utilizados são o condom (a maioria absoluta) e o anticoncepcional oral; que as principais justificativas para engravidar foram: 51,2% queriam ser mães, 18,6% gostavam de crianças, 9,3% o desejo do casal, 4,7% não queriam perder o parceiro.

Dentre os recursos mais utilizados para evitar gravidez no início da atividade sexual, o coito interrompido que não é conhecido como tal, mas através de sinonímia popular, revelou ser praticado por 59% das adolescentes grávidas. Os autores concluíram que as adolescentes têm conhecimento adequado de métodos contraceptivos e fazem uso dos mesmos na adolescência. O principal motivo isolado, alegado para o não uso de contraceptivo foi mesmo o desejo de engravidar (24,5%). Esse estudo, também faz referência à correlação positiva entre melhor situação sócio-econômica e mais idade com conhecimento adequado de métodos anticoncepcionais.

Cabral¹²⁰ realiza revisão crítica das concepções de que a gravidez é fruto da ignorância sobre métodos contraceptivos, do argumento de que quanto mais precoce a iniciação da vida sexual mais probabilidade de engravidar, pois há menos chance de uso de contraceptivo e, pelo mesmo motivo, quanto menor o grau de escolaridade, também, maior chance de engravidar. Afirma que, não se pode ignorar que o comportamento contraceptivo adotado está vinculado ao contexto da relação e ao tipo de parceria.

Portanto, entendemos que estabelecer relações de causalidade entre essas variáveis resulta numa simplificação de questão complexa que, aparentemente obedece à sobreposição de múltiplos sentidos e significados.

Brandão,¹²¹ discutindo a iniciação sexual entre adolescentes de classe média na cidade do Rio de Janeiro argumenta que utilizar o contraceptivo depende de vários fatores relativos ao caráter das relações. Se essa é um relacionamento de namoro, há uma tendência a se ser menos vigilante quanto ao seu uso do que nas relações eventuais. O uso do método contraceptivo estaria inscrito em um processo de aprendizagem de negociação entre parceiros, que o conhecimento dos métodos não é o fator mais importante. Refere-se ao fato de que mais importante é a negociação onde estariam em jogo outros significados diversos do que “falta de responsabilidade”, como “prova de afeto”, do “compromisso” ou mesmo, do “correr o risco”.

Sabroza et al.¹²², autores de dois artigos (32), partiram de sub-amostras do Estudo da Morbi-mortalidade e de Atenção Peri e Neonatal no Município do Rio de Janeiro, que entrevistou 1228 puérperas entre 12 e 19 anos e destacam aspectos negativos da gravidez na adolescência do ponto de vista psíquico, da auto-valorização e de projetos para o futuro e, também, um perfil sócio-demográfico desfavorável das gestantes. As autoras apontam para o fato de que 1/3 da amostra apresentou “grande sofrimento psíquico” descrito através de variáveis selecionadas, como baixa auto-

valorização entre as gestantes que mantêm relações sexuais sem proteção, maior estresse entre aquelas que não contam com o apoio familiar e, também, entre aquelas que estão fora da escola e, conseqüentemente, com perspectivas de futuro mais precárias fora do ambiente doméstico. Identificou-se, nesse estudo, um viés de cor da pele, quando as autoras afirmam que as adolescentes negras que engravidam apresentam maior ausência de projetos para o futuro. Quanto às adolescentes brancas, “apesar da maior valorização social” pelo fato de serem brancas, as autoras sugerem que a característica de autovalorização negativa seria atribuível a traços de personalidade.

Essa é uma análise que corre o risco de reproduzir os preconceitos vigentes no senso comum e também, entre pesquisadores da área. Observar que a gestação na adolescência está concentrada na população de jovens pobres e negras, desperta inúmeras questões inquietantes sobre as condições sócio-econômicas e culturais que podem estar contribuindo para o fenômeno da maternidade/paternidade nesse momento da vida. O fenômeno, provavelmente, faz parte da construção de valores e modos de vida que integram o ambiente psicológico e existencial destas gestantes. Entretanto, trabalhar com a hipótese de baixa autovalorização ser traço de personalidade é, no mínimo, imputar a essas jovens o estigma do imponderável.

Em relação ao perfil sócio-demográfico que o artigo enfoca, comparativamente, dois grupos: gestantes com união consensual e sem união consensual e faz previsões sombrias quando afirmam que o evento, nesta faixa etária, influencia negativamente a vivência da gestação, assim como os efeitos da gravidez sobre a vida da gestante. As autoras sugerem que políticas públicas que privilegiam a educação sexual sejam implantadas. Entendemos também, como viés de uma visão que estigmatiza, quando afirmam que o “padrão gestacional” é estabelecido na adolescência, prevendo um futuro preocupante para as gestantes mais jovens, pois os termos padrão gestacional sugerem

repetição e imutabilidade e acaba por condenar essas jovens a um futuro sem possibilidade de melhores perspectivas.

No mais, o perfil levantado por essas autoras é semelhante aos já identificados anteriormente nesse capítulo, que mais indicam precariedade de oportunidades e condições compatíveis com a de exclusão social. Entretanto, vale, também, observar que ao afirmarem que há um alto índice de “gravidez indesejada”, sendo que maior entre as gestantes sem união consensual, o estudo parece fazer uma confusão terminológica bastante comum, de tratar gravidez “não planejada” como “indesejada”. Isso fica claro ao observarmos os dados relativos à reação negativa do pai do bebê que foi de 9% entre os com união consensual e 27,1% entre os sem união consensual, ou seja, a maioria está satisfeita com a gestação. Quanto à reação de insatisfação com a gestação por parte das gestantes, os índices foram, respectivamente, de 9,3% e de 18,9%, o que significa um alto índice de satisfação, que contradiz a tese da gravidez indesejada.

Entretanto, há consenso entre os autores, sobre a diversidade da experiência de engravidar na adolescência, entendendo que esta não é vivida pelos adolescentes e familiares de forma homogênea para a aceitação ou para a rejeição. Mesmo em adolescentes menores de 15 anos, os estudos revelam o predomínio da aceitação sobre a rejeição, do desejo sobre a negação, sendo a maternidade vivenciada, de modo geral, como uma experiência gratificante e, também, como fator de promoção social.^{123, 124} (39). Por outro lado, verificou-se que quando há a rejeição familiar, essa é uma experiência que causa grande sofrimento psíquico, sendo o apoio familiar mostrou-se ser o melhor antídoto para o estresse psicológico na gestação. (57)

Entretanto, a maioria dos artigos abordou a gravidez na adolescência como um acontecimento, no mínimo, problemático na vida da gestante e de sua família com

exceção de um artigo que aborda o fenômeno sob outra ótica. Pantoja (59) teve por objetivo a compreensão dos significados culturais do evento da gravidez na adolescência no contexto de jovens de camadas populares no que diz respeito às trajetórias afetivo-sexuais. Realizou uma pesquisa etnográfica com adolescentes de uma escola na periferia de Belém, no estado do Pará. Identifica e diferencia, a partir dos discursos, o significado de ‘ficar’ como envolvimento passageiro; de namorar e finalmente de ‘amigar’, que significa morar junto sem casar.

Segundo ela, namoro obedece a uma hierarquia de gênero na qual cabe à mulher determinar o ritmo e a dinâmica da relação. Entretanto, a 1ª relação sexual se dá pela insistência do parceiro, na maioria das vezes, sem proteção de preservativo. Obedecendo igualmente a uma lógica de gênero, notou-se que a mulher tem receio de tomar a iniciativa de exigir seu uso do preservativo, sob pena de ser vista como ‘experiente’. Os homens resistem ao uso alegando obstáculo ao prazer sexual ou pelo tipo de relação que estabelecem. Se a relação é inicial, ou com uma menina desconhecida, há uma tendência a fazer uso de proteção. Entretanto, quando a relação se torna ‘namoro’ ou ‘namoro’ firme, o casal tende a abandonar a prática. A autora observou que, por outro lado, no contexto de uma relação de namoro firme, isso denota valores positivos como: confiança e fidelidade entre parceiros.

Essa observação reitera os dados discutidos no estudo de Brandão(57), quando analisa a gravidez na adolescência em famílias de classe média no Rio de Janeiro. Os dados são convergentes quanto ao uso de algum método contraceptivo, pois Brandão afirma que este é mais negociado pelos parceiros, mas mais negligenciado quando a relação é de namoro estável.

Pantoja (59) ainda observou que, a gravidez e a maternidade no contexto da escola estabelecem um clima de grande especulação sobre quem está ou não grávida,

sobre quem é o pai e quem deixou de estar grávida supondo, inclusive, a prática do aborto. Algumas meninas são mais abertas na comunicação da gravidez, enquanto outras tendem a esconder a barriga o quanto podem, tornando-se mais esquivas. Notou-se afinidade entre as adolescentes grávidas, inclusive exercendo influência e admiração dos colegas. Há troca de experiências sobre conciliar gravidez/maternidade, escola e trabalho. Apesar do grupo, apresentar as mesmas características de discrepância entre idade e série escolar e, também, repetências encontradas em outros estudos, não se confirma a alegação da rejeição dos professores e colegas, como motivo para o abandono dos estudos, pois, no caso, as observações sugerem um movimento de utilizar-se do evento da gravidez para prolongar a estadia na escola e manter os projetos de continuar os estudos apontando para uma mobilidade social futura como desejo de fazer faculdade, ter uma profissão e se inserir no mercado de trabalho.

Observou-se um papel de relevo dos parceiros no apoio a gestante, na aceitação da paternidade e na importância de estar inserido no mercado de trabalho e que a maioria tinha mais de 19 anos, portanto não eram mais adolescentes.

Concluindo, Pantoja sugere que a gravidez para aqueles jovens tem o significado de um 'passaporte' a idade adulta e de manter um projeto de 'ser alguém na vida' com a ajuda da família e da escola. A autora ressalta que, do ponto de vista metodológico, observar a rede de sociabilidade construída na escola permitiu uma leitura das singularidades relativas ao fenômeno.

7.6. Aborto e comportamento contraceptivo

Apesar de ser um tema tabu, dois artigos abordaram a temática do aborto. Observa-se que o adolescente recorre ao aborto como forma de interromper a gestação

não desejada, e esse é realizado sob condições precárias, apresentando uma taxa de 57% de procedimentos infectados, como revela o estudo de Souza et al.(19). Outro artigo entende que a grande maioria dos adolescentes que engravidam, cogitaram realizar o aborto, mas foram convencidos a abandonar a idéia. Outro dado é a constatação de Peres & Heilborn ¹²⁵ de que os homens declararam mais abortos realizados pelas parceiras, do que as mulheres, indicando um viés de gênero nesse comportamento, provavelmente, resultado do fato do aborto ser criminalizado no país e as conseqüências danosas dessa prática recaírem sobre as mulheres.

O estudo realizado por Pirotta & Schor¹²⁶ oferece um contraponto esclarecedor sobre a influência do nível de escolaridade e o comportamento sexual dos jovens. A pesquisa foi realizada com a população de universitários da cidade de São Paulo, para investigar as intenções reprodutivas e caracterizar as práticas de regulação de fecundidade abarcando contracepção e aborto em população de adolescentes e jovens. Os resultados indicam que, os universitários projetam o nascimento do 1º filho para um futuro distante, pelo menos 10 anos, e comparado a adolescentes e jovens com menor escolaridade, segundo Camarano (1998) essa diferença de expectativa cai para dois anos. Nesse grupo, a idade da primeira relação sexual coincide com o ingresso na universidade. Já a idade da 1ª relação sexual das jovens menos instruídas é antes dos 18 anos. Observou-se entre os jovens e adolescentes universitários, baixa taxa de fecundidade, forte desejo de adiar a maternidade/paternidade, uso intensivo de métodos contraceptivos, concentrados na pílula anticoncepcional e no uso do *condom* e também na prática do aborto.

Vale a observação de que sendo o aborto provocado uma prática criminalizada no país, nas populações de baixa renda sua prática clandestina contribui para o aumento de mortes maternas por causas ginecológicas. Na população de universitários ele

mostrou-se ser muitas vezes, praticado sem o conhecimento do parceiro e foi considerada uma prática que contribui para manter baixos os índices de fecundidade desta população.

Sobre o comportamento dos parceiros Cabral(55) ressalta que existe uma ordem cronológica entre os acontecimentos: o comportamento contraceptivo é sempre posterior ao início do relacionamento sexual com a parceira, apenas posteriormente eles procuram saber se ela está utilizando algum método e providenciam a compra. Há tendência a atribuir a responsabilidade de se cuidar à mulher, assim como aqueles que sempre atribuem à imprevisibilidade e do inesperado do ato sexual como motivo da não proteção. Colocar a camisinha pode estar sendo entendido por racionalização, controle dos impulsos sexuais e, portanto, trair a virilidade (Paiva 1994:235). Há também, os casos da interrupção intencional do uso do contraceptivo visto que engravidar é o objetivo. Em outros casos o risco é ignorado do tipo “deixa rolar”. Aqui também se verificou a utilização generalizada da tabelinha e do “coito interrompido” como recursos para evitar gravidez. Há também a dupla moral na qual o homem é livre e a mulher deve ser recatada sexualmente, o que reprime o diálogo franco entre parceiros quanto ao uso de contraceptivos. Observou um forte elemento que aparece nos discursos dos entrevistados: “tornar-se responsável”.

7.7. Perspectivas dos jovens pais

Sobre a co-responsabilidade paterna, observou-se uma aceitação da gravidez, apesar de não planejada, em 80% dos relatos encontrados por Costa et al.(52). Entretanto, a percentagem de 12% dos homens afirmam ter proposto o aborto. Como foi ressaltado anteriormente, ser pai na adolescência significa estar fora da escola e inserido

no mercado de trabalho com ganhos de até um salário mínimo, cuja motivação encontrada é a necessidade do suporte familiar. Talvez pela mesma razão, observou-se uma baixa presença dos pais no acompanhamento do pré-natal. No mesmo estudo, os pesquisadores identificaram, também, uma ausência de dados nos sistemas de dados oficiais sobre saúde reprodutiva dos homens.

Sobre a gravidez na adolescência da perspectiva dos jovens pais em comunidade de favela no Rio de Janeiro, Cabral (55) problematiza a redefinição da expectativa em torno da juventude quanto à processos de escolarização, entrada no mercado de trabalho, idade adequada para se ter filhos, questões que desempenham um papel central na configuração de ‘precocidade’ do evento reprodutivo na vida do jovem, em relação à trajetória social. Ela observa o caráter heterogêneo e diversificado do ser jovem, pois é o fato de pertencer a uma classe, além de outros atributos sociais que modelam e distinguem os jovens uns dos outros (Bourdieu,1983; Pais, 1993), reforçando nossa compreensão de que a subjetividade é resultado de um processo que se manifesta individualmente, entretanto, como resultado de uma construção coletiva. A autora ressalta que a concepção da gravidez na adolescência como desvantagem ou problema social é devedora da construção da adolescência enquanto preparação para vida adulta, ou seja, na nossa cultura ocidental e universalizante, período destinado à escolarização do jovem.

Assumir prover, ser homem de responsabilidade, é parte do cotidiano desses jovens. O trabalho passa a ser um bem, reforçando o seu papel de protetor e provedor. A maioria deles assumiu a paternidade e alegou não estar arrependida, por considerar a paternidade uma coisa boa na vida, apesar de avaliar que as condições materiais não eram as mais apropriadas naquele momento. Verificou-se que a paternidade dá relevo aos papéis com atributos de “seriedade” e “responsabilidade”. (55)

7. 8. Questão nutricional

Abordando a questão nutricional das gestantes adolescentes, Barros et al. (33) investigaram o consumo alimentar das gestantes adolescentes no município do Rio de Janeiro, abordando a temática do ponto de vista da adequação ou seja, se suficiente ou insuficiente, quanto ao consumo de ferro, energia, proteína, vitamina C e cálcio, a partir dos hábitos alimentares das gestantes. Os resultados encontrados foram o consumo elevado de refrigerantes, batata-frita, salgadinho e pizza, ricos em açúcar e gordura e considerados pouco nutritivos. O consumo de calorias foi considerado aquém das necessidades em 50% dos casos e a ingestão de proteínas foi considerada adequada e insuficiente para cálcio e ferro. Quanto à vitamina C, o consumo excedeu à média recomendada devido ao amplo consumo de suco de frutas, laranja e legumes.

Um dos aspectos apontados como responsável pela inadequação nutricional das gestantes foi o baixo índice de comparecimento ao pré-natal, a falta de disponibilidade do alimento, de conhecimento nutricional e as influências culturais e familiares, características que independem da idade. O estudo destaca ainda, a importância da informação nas mudanças dos hábitos alimentares.

Nogueira et al¹²⁷ avaliou as mudanças na concentração plasmática de zinco e ácido fólico em estudo baseado em exames laboratoriais em gestantes submetidas a diferentes suplementos nutricionais.

Nota-se que, nos estudos sobre aspectos nutricionais da assistência às gestantes adolescentes, de modo geral, não há preocupação e abordar a questão alimentar do ponto de vista das motivações, gostos e hábitos alimentares. Isso parece revelar uma concepção normativa dos profissionais da nutrição.

7. 9. Avaliando o atendimento nas instituições públicas

Dois estudos avaliam instituições públicas de atendimento à gestante adolescente: uma maternidade em Salvador, BA¹²⁸ e outro realizado em serviços de saúde da rede pública¹²⁹. O 1º considerou que as parturientes na maternidade estudada sofrem de modo desnecessário. Sofrimento é atribuído em parte ao modelo tecnocrático de atenção obstétrica que incentiva a aceleração dos partos e a atitude dos profissionais perante as usuárias; desaprovação da maternidade na adolescência carregada de atitudes ‘hostis’ como ‘castigo’ ao exercício precoce da sexualidade. A hierarquia que privilegia o conhecimento médico e desqualifica o conhecimento das jovens sobre seu próprio corpo, a importância da presença de acompanhantes como contribuindo para o enfrentamento da dor, revelando desprezo e negação das manifestações de dor das parturientes. Consideramos que parturição é processo biossocial e constituído de intersubjetividade. A experiência do parto é marcada por sentimentos de medo, dor e solidão. A instituição hospitalar ignora a valorização do parto como etapa de construção de uma nova identidade para as mães. (63)

Estudo avalia a qualidade técnico-científica do atendimento oferecido a adolescentes gestantes e filhos em serviço de saúde identificou que os resultados mais satisfatórios são para: atendimento, avaliação antropométrica e de maturação sexual; pré-natal com intervalos adequados entre consultas, registros de peso e PA e condutas em intercorrências adequadas; o atendimento às crianças com calendário vacinal adequado, registros de peso/desenvolvimento motor e adequação de condutas clínicas foram também, considerados positivos. Já os resultados qualificados de menos satisfatórios foram atribuídos ao: baixo registro de condutas clínicas para adolescentes, condutas parcialmente inadequadas ou inadequadas, ingresso tardio no pré-natal e a

baixa frequência de registros de imunização antitetânica de gestantes, desmame precoce e sub-registro de estatura das crianças. O método de avaliação foi considerado de fácil execução.¹³⁰

Por fim, Andrade & Szwarcwald apresentaram um estudo ¹³¹ que abordou o fenômeno do ponto de vista sócio-geo-ecológico ao correlacionar dados epidemiológico partir de base de dados epidemiológicos do SISNAC (Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos), Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e dados censitários do IBGE de 1991, relativos à 153 bairros do município do Rio de Janeiro, sobre a gravidez na adolescência. Reiterando correlações já verificadas nesta revisão, as autoras encontraram correspondência espacial (bairro de residência) entre maior concentração do fenômeno e maiores taxas de mortalidade nos primeiros três meses de vida, maior índice de pobreza, maior concentração de população jovem, baixo nível educacional e de instrução e falta de atenção pré-natal. A instituição do CEAMA no Hospital Geral Pedro II, no bairro de Santa Cruz, AP 5.3 (área programática) é resultado desse estudo que detectou alto índice de concentração de gravidez na adolescência na área.

8. Discussão e Considerações Finais

Esse capítulo tratou da revisão da literatura científica brasileira sobre a temática da gravidez na adolescência na última década, restrita à produção de artigos em periódicos orientados para a saúde, no período compreendido entre os anos de 1997 e 2006 incluído.

Em 1997, a Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde, realizada pela BEMFAM, registrou-se queda no índice de fecundidade das mulheres brasileiras, exceto pelas mais jovens com idade entre 10 e 19 anos.

Identificamos uma produção significativa de estudos sobre o tema, orientadas para a saúde, e entendemos que através dessa análise podemos inferir características dos discursos científicos com respeito aos sentidos e significados atribuídos à gravidez na adolescência, tendências temáticas, perfil institucional e profissional da produção, perspectivas teóricas e ideológicas.

Identificamos também, publicações restritas às especializações da saúde como a área médica que contribuiu com 24,5% do total dos artigos incluídos, a enfermagem com 8,7% das publicações e a nutrição com 5,2% e a Saúde Mental com 5,2% totalizando 38,4% dos artigos incluídos. O grupo dos artigos da Saúde Pública foi o mais expressivo em termos numéricos e de diversidade metodológica, de conteúdo e de significados e contribuiu com 57,8% dos artigos.

Quanto ao sexo dos pesquisadores observamos uma predominância do sexo feminino em todas as áreas, o que indica, por um lado, um interesse maior das mulheres pelo tema e, também, a maior presença delas nas profissões ligadas à área da saúde como: a Medicina, a Psicologia, Serviço Social, Nutrição e Enfermagem.

Ainda que se identifique a maciça presença de autoras em todas as áreas, proporcionalmente à presença de homens, ela é menor na área médica e adquire maior percentual na área da enfermagem, o que indica um viés de gênero na escolha profissional desses autores. Entretanto, quanto ao conteúdo dos estudos, em sua maioria, não foram pautados em abordagens de gênero.

Observou-se grande diversidade de origem institucional das publicações e, também, que a Fiocruz, especialmente a Escola de Saúde Pública e o Instituto Fernandes Figueiras, foi a instituição individual que mais produziu artigos sobre o tema. Entretanto, prevalece a maior representatividade das escolas localizadas no eixo São Paulo-Rio de Janeiro.

Este resultado, de fato, não surpreende, pois se sabe que a maioria das instituições universitárias com cursos na área da saúde estão situadas na região sudeste, mais precisamente no eixo em questão.

Metodologicamente, os estudos de medicina foram classificados, predominantemente, de quantitativos, os de enfermagem de quali-quanti, os de nutrição como quantitativos, os de saúde mental ficaram divididos entre aqueles desenvolvidos por profissional de psicologia tiveram um caráter qualitativo, já o de psiquiatria teve caráter quantitativo. Por fim, foi na produção da saúde pública, onde se observou maior diversidade metodológica, verificando-se um grande equilíbrio entre as metodologias qualitativas, quali-quanti e quantitativas.

A maior parte dos autores definiu adolescência como faixa etária segundo definição da OMS que estabelece o período entre 10 a 19, omitindo o fato da legislação brasileira e o Estatuto da Criança e do Adolescente, considerar adolescente todo jovem entre 12 e 18 anos.

Há uma tentativa de diferenciar os significados de adolescência e de juventude, atribuindo ao primeiro o sentido de cronologia ou faixa etária e ao segundo um sentido geracional coletivo, social; sendo que o primeiro atribui-se um caráter negativo de impulsividade, dificuldades emocionais ou irresponsabilidade, enquanto o segundo as atribuições seriam positivadas em independência, criatividade e responsabilidade.

Entretanto, verificamos que na literatura especializada, esses termos se alternam com grande facilidade como podemos observar nos escritos do historiador Philippe Ariès¹³² que ao referir à Alemanha de 1900 explica que a *“juventude” que então era adolescência, iria tornar-se um tema literário, e uma preocupação dos moralistas e dos políticos....A juventude apareceu como depositária de valores novos, capazes de reavivar uma sociedade velha e esclerosada.* Vê-se que neste parágrafo o autor contextualiza historicamente o uso dos termos, sem mudar o seu sentido, e continua *“após a guerra de 1914...a consciência da juventude começou como um sentimento comum entre os combatentes”,* e conclui, *“daí em diante, a adolescência se expandiria empurrando a infância para trás e a maturidade para a frente”.*(1978:46-47)

O sociólogo Pierre Bourdieu¹³³ adota esse mesmo critério histórico, contextual e crítico do uso que se faz dos termos *“a juventude e a velhice não são dados, mas construídos socialmente na luta entre os jovens e os velhos.”* E conclui que, *“o fato de se falar dos jovens como se fossem uma unidade social, um grupo constituído, dotado de interesses comuns, e relacionar esses interesses a uma idade definida biologicamente já constitui uma manipulação evidente”.* (1983: 112-113)

Entendemos que Bourdieu se refere ao fato de que as sociedades modernas, urbanizadas, assim como outras em diferentes épocas, diante da necessidade crescente de mão de obra mais especializada associada à mobilidade social, criaram um sistema de ensino universalizante do conhecimento e que preparasse os jovens não apenas para um mercado de trabalho competitivo e complexo, mas para a vida em sociedade, quando afirma que, *a escola sempre se esquece disso, não é simplesmente um lugar onde se aprende coisas, saberes, técnicas; é também uma instituição que concede títulos, i.e., direitos e, ao mesmo tempo, confere aspirações.*(idem, 115)

Nosso acervo identifica reiteradas vezes a correlação negativa entre níveis de escolaridade e taxa de fecundidade na população pesquisada, e uma forte discrepância entre idade e nível de escolaridade entre as jovens gestantes. O risco que alguns estudos correm é o de tratar um fato social complexo que envolve toda uma concepção de sistema escolar universal, de modos de vida e valores de uma população majoritariamente de baixa renda, como um ato simples, individual de imaturidade ou falta de motivação para “investir no futuro”. Como se o futuro fosse um dado concreto, uma marca determinada que todos nós devamos estar sempre aptos a ultrapassar.

Do ponto de vista dos periódicos médicos domina a concepção de adolescente biologicamente imatura para gestar, daí o recurso freqüente a estudos comparativos de gestantes entre 10 e 14 anos, 15 e 19 anos e 20 a 29 anos, para via de parto, prematuridade, baixo peso ao nascer. Fato é que esses estudos chegaram a conclusões divergentes para via de parto, baixo peso ao nascer e prematuridade, e não são conclusivos para a hipótese da imaturidade biológica. Entretanto, o fato de ter freqüentado o pré-natal foi decisivo para evitar desfechos indesejáveis ao processo de gravidez e parto, como quadros de eclâmpsia e de depressão pós-parto.

A hipótese da gravidez, devido a desconhecimento de métodos contraceptivos não se confirmou, significando que, apesar do melhor nível de informação e de acesso aos recursos, outros fatores motivacionais foram determinantes na decisão de engravidar. Ressaltamos que há uma questão subjacente sobre se a gravidez é resultante de uma escolha, sugerindo que a adolescente não seria capaz de “escolher”, ou do acaso, do erro fruto do desejo de experimentar a sexualidade. Nas suas considerações, Brandão(56) argumenta que utilizar o contraceptivo depende de vários fatores relativos ao caráter das relações. Se o relacionamento é de namoro, há uma tendência a se ser menos vigilante quanto ao seu uso do que nas relações eventuais. Como já foi ressaltado

anteriormente, o uso do método contraceptivo estaria inscrito em um processo de aprendizagem de negociação entre parceiros, que o conhecimento dos métodos não é o fator mais importante. Mais importante seria a negociação onde estariam em jogo outros significados diversos do que “falta de responsabilidade”, como “prova de afeto”, do “compromisso” ou mesmo, do “correr o risco”.

Podemos dizer que a produção dos estudos da enfermagem foi a que mais ousou na problemática da subjetividade e do aborto. Revelou um olhar crítico à produção centrada em dados quantitativos e generalizantes sobre o tema e originalidade das temáticas abordadas. Nos artigos identificamos interesse pela singularidade dos sujeitos e pelos dilemas das famílias frente à gravidez dos filhos, além de traçar um perfil epidemiológico das adolescentes internadas para procedimento de curetagem e o sofrimento conseqüente da sua criminalização.

Estudos sobre nutrição foram marcados por uma visão centrada em dados relativos à presença de anemia, controle do Índice de Massa Corporal (IMC) e da ingestão mais ou menos adequada de sulfato ferroso e outras vitaminas; não denotaram interesse quanto aos aspectos subjetivos, motivacionais das gestantes em relação aos alimentos que consomem.

A Saúde Mental foi marcada pela dicotomia entre estudos realizados por psicólogos, de caráter qualitativo e, psiquiátricos associando a gravidez a alguma patologia psíquica.

Vale ressaltar que, a hipótese da gravidez indesejada não se confirma. Há sim uma tendência a perceber a gravidez como não planejada, entretanto alguns artigos apresentaram uma confusão semântica entre não desejada e não planejada.

Finalmente, podemos afirmar que a gravidez na adolescência é um fenômeno que tem um mapa na cidade do Rio de Janeiro. Em levantamento realizado em 153 bairros da cidade encontrou-se correspondência espacial (bairro de residência) entre maior concentração do fenômeno e maiores taxas de mortalidade nos primeiros três meses de vida, maior índice de pobreza, maior concentração de população jovem, baixo nível educacional e de instrução e falta de atenção pré-natal.

Observa-se que o fenômeno escapa aos limites de qualquer reflexão e, portanto, valem as palavras de Bourdieu *“quando o “sentido dos limites” se perde, vê-se aparecer os conflitos a respeito dos limites de idade, dos limites entre idades, que tem como objeto de disputa a transmissão do poder e dos privilégios entre as gerações.”*

V. A CONSTRUÇÃO DOS REGISTROS SOBRE A GESTANTE E A GESTAÇÃO NA ADOLESCÊNCIA: A VISÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE A PARTIR DA ESTRUTURAÇÃO E DOS RELATOS NOS PRONTUÁRIOS

1. A IMPORTÂNCIA DOS PRONTUÁRIOS E DOS REGISTROS HOSPITALARES

É nosso objetivo, nesse capítulo, fazer uma análise dos registros realizados pelos profissionais de saúde que compõem as equipes do Centro de Atendimento à Mulher Adolescente (CEAMA) e Hospital Municipal Osvaldo Nazareth (HMON) nos prontuários desses dois campos enfocados nessa tese.

O prontuário integra um sistema de registro que, no caso da instituição hospitalar, deve conter dados de identificação, os motivos do atendimento, a história da doença, a história pregressa, dados familiares, hipótese diagnóstica caso haja alguma patologia identificada e outros procedimentos como solicitação e exames, evolução e os encaminhamentos realizados. Vale ressaltar que para a equipe de saúde o registro é considerado material sigiloso, cujo acesso, é facultado apenas aos profissionais envolvidos no atendimento. Os prontuários fazem parte do setor denominado documentação médica.

Portanto, consideramos o prontuário é uma construção que implica múltiplas ações envolvendo um universo de linguagens e de relações complexas entre os saberes e práticas da equipe de saúde e os usuários dos serviços.

Segundo o dicionário Aurélio¹³⁴, **prontuário**, palavra de origem latina, *promptuariu*, que significa *lugar onde se guardam ou depositam coisas das quais se*

pode necessitar a qualquer instante e, também, ficha médica, policial, com dados referentes a uma pessoa.

Observa-se que, pela definição, os prontuários transcendem às práticas do universo de registros hospitalares e abrangem outras instituições disciplinares como prisões, exércitos e escolas cuja formação remonta à Idade Média e mesmo à antiguidade, mas que sofreu uma sistematização unificada que, segundo Foucault¹³⁵, observou-se na Europa do século XVIII, a partir do advento da alfabetização.

Do ponto de vista histórico, é nos escritos do filósofo, psicólogo e historiador Michel Foucault que vamos encontrar contribuições relevantes sobre o papel do registro no processo de nascimento do hospital moderno, concomitantemente ao nascimento da clínica. Segundo ele, a necessidade de se organizar um sistema de registro permanente e exaustivo aparece nessa época, com as mudanças que ocorrem, especialmente, na França, na concepção de doença, de clínica e de hospital, como espaço terapêutico.

Como o autor demonstrou exaustivamente, até meados do século XVIII, o espaço hospitalar era entendido como espaço de hospedagem, o lugar onde eram encaminhados os mendigos, os doentes, os loucos e os estrangeiros, afastados do convívio social, sendo definido por historiadores como um espaço de exclusão. A partir das mudanças na reorganização do hospital, quando esse passa a ser considerado um espaço de cura, são promovidas mudanças no papel do médico e na concepção de clínica. Foucault explica que isso acontece, predominantemente, em função de uma tecnologia política, a disciplina em especial.

Disciplina como tecnologia, foi empregada na época, também, para reorganizar, além do espaço hospitalar, o exército e a escola. Seus atributos foram definidos como:

- A arte da distribuição espacial dos indivíduos;

- O exercício de controle sobre o desenvolvimento da ação dos indivíduos, como o controle dos gestos no tempo;
- A técnica de poder que implica uma vigilância perpétua e constante dos indivíduos e;
- A disciplina que implica um *registro contínuo* (grifo nosso), anotação do indivíduo e transferência de informação de modo que, no cume da pirâmide, nenhum detalhe, ou elemento disciplinar escape a esse saber, que vai deixar sua marca nas mudanças institucionais ocorridas naquela época¹³⁶.

Enquanto mudanças significativas aconteceram na prática da clínica, como a concebemos hoje, entrou em curso a elaboração de uma nova linguagem de sintomas e signos. Tratou-se então, de transformar a medicina numa prática baseada no olhar e, não mais, na imaginação:

*...ver que a densidade das coisas encerradas em si próprias tem poderes de verdade que não provêm da luz, mas da lentidão do olhar que as percorre, contorna e, pouco a pouco, as penetra, conferindo-lhes apenas sua própria clareza (2004: X)*¹³⁷

Entendeu-se que nenhuma luz, no sentido cartesiano de iluminação divina referindo-se ao conhecimento, poderá dissolver as coisas nas verdades ideais; mas a aplicação do olhar sucessivamente sobre os sujeitos, os despertará e lhes dará objetividade. O olhar não era mais redutor dos objetos às verdades ideais, mas fundador do indivíduo em sua qualidade irredutível, tornando-se, assim, possível organizar em torno dele uma *linguagem racional*. (grifo nosso).

Portanto, a clínica nasce de uma articulação entre olhar e linguagem. Olhar característico da história natural que vê, isola traços, reconhece os idênticos e os diferentes, reagrupa em espécies e famílias, que seriam os sintomas.

Em síntese, as transformações observadas à época indicam que nascia alí um novo sistema de práticas clínicas que envolvia uma linguagem racional sobre o sujeito, configurando estratégias disciplinares de caráter espacial, corporal, gestual, administrativo e lingüístico que, na contemporaneidade, ainda exercem forte influência sobre as práticas de atendimento em saúde. É, nesse sentido, o prontuário vem consolidar a sistematicidade desta linguagem racional.

A versão contemporânea, segundo a legislação médica promulgada, recentemente, pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) é válida para os múltiplos Conselhos Regionais de Medicina (CRMs), o prontuário é considerado um conjunto de documentos padronizados, ordenados e concisos, destinados ao registro de todas as informações referentes aos cuidados médicos e “paramédicos” prestados ao paciente.

O texto disponível no site do Conselho Regional de Medicina de São Paulo (<http://www.cremesp.com.br>, 2007), lê-se que o prontuário é, na verdade, o *prontuário do paciente*, e nessa medida, determina-se que as anotações que constam no documento ou na ficha clínica sejam feitas de forma legível, permitindo, inclusive, identificar os profissionais de saúde envolvidos no cuidado ao paciente.

O texto ainda realça que, o prontuário médico é um instrumento valioso para a paciente, para o médico e demais profissionais de saúde, além da instituição que atende, bem como para o ensino, a pesquisa, a elaboração de censos, propostas de assistência à saúde pública e para a avaliação da qualidade da assistência médica prestada. A instituição ressalta também que o correto e completo preenchimento do prontuário

tornam-se grandes aliados do médico para sua eventual defesa judicial junto à autoridade competente.

Reconhecida a importância documental e ética do prontuário para a prática médica e, também, de profissionais definidos como paramédicos, como enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, nutricionistas e outros que possam compor a equipe de saúde no exercício da clínica hospitalar, a ele foram dedicados dois artigos no Código de Ética Médica (CEM), dos quais destacamos o art. 69, que determina que: "É vedado ao médico deixar de elaborar prontuário médico para cada paciente".

Contudo, nem todas as categorias profissionais entendem o prontuário sob a mesma ótica, de tal maneira que inviabilize o preenchimento de anotações coletivas. Ao realizar a leitura dos respectivos códigos de ética dos psicólogos, do serviço social dos nutricionistas, nos sites dos respectivos conselhos federais e regionais, identificamos que todos se espelham na declaração universal dos direitos humanos e são extensos quanto ao respeito às liberdades democráticas, respeito e promoção da cidadania, direito do usuário a ser bem informado entre outras considerações relevantes.

Com respeito ao preenchimento de prontuários não identificamos qualquer referência específica em dos três códigos de ética pesquisados. Contudo, podemos inferir procedimentos em relação ao código de ética dos **psicólogos**, no art.12º lê-se: *nos documentos que embasam as atividades em equipe multiprofissional, o psicólogo registrará apenas informações necessárias para o cumprimento dos objetivos do trabalho.* E preocupação em preservar o sigilo, quando na relação com outros profissionais não psicólogos, quando se lê no art. 6º, item b, *compartilhar somente informações relevantes para qualificar o serviço prestado, resguardando o caráter*

confidencial das comunicações, assinalando a responsabilidade, de quem as recebe, de preservar o sigilo.

Em relação aos códigos de ética dos **assistentes sociais**, há referências à identificação no título II, art. 3º, item b: *utilizar seu número de registro no Conselho Regional no exercício da profissão* e no capítulo III, art.10, item d, referência ao trabalho em equipe: *incentivar, sempre que possível, a prática profissional interdisciplinar.*

Sobre os deveres do **nutricionista**, no Capítulo III, art.5-II, lê-se: *identificar-se, informando sua profissão, número de inscrição no Conselho Regional de Nutricionistas e respectiva jurisdição, quando no exercício profissional.*

Vale ressaltar no caso dos demais profissionais, apenas no código de ética da profissão de enfermagem, há uma referência específica quando no Capítulo I, sub-item Responsabilidades e Deveres, art. 25 lê-se: *registrar no prontuário do paciente as informações inerentes e indispensáveis ao processo de cuidar.*

A partir dessas considerações, entendemos que o prontuário é por definição, apenas na concepção de médicos e enfermeiros, um documento necessário, obrigatório que preservaria a relação ética entre profissionais e clientes, assim como dos profissionais e seus pares, através do registro cujo caráter informativo funcionaria como um mediador na comunicação entre os sujeitos envolvidos.

Entretanto, além do valor documental e comunicativo do prontuário, ele ainda pode ser considerado acervo para análise dos discursos médicos e de profissionais, assim denominados “paramédicos”, que compõem a equipe de saúde na atualidade, fonte de acesso aos conhecimentos, jargões, expressões das categorias que exercitam a racionalidade médica e a “clínica social”.

Eis a questão, tema fundamental desse capítulo: através da linguagem dos prontuários poderemos identificar sinais e signos que contribuam na interpretação do discurso e revelem as possíveis assimetrias relacionais, as simplificações reducionistas que se estabelecem na relação entre equipe de saúde e gestantes e entre profissionais, na tentativa de dimensionar o sentido, o significado atribuído às práticas clínicas desenvolvidas pela equipe de profissionais da assistência.

Isto porque, para além do aspecto clínico, lingüístico e histórico desse instrumento de registro, há de se ressaltar que o prontuário revela um modo de ver, de descrever e de interpretar um sistema de sintomas e signos que vigora entre os atores de uma equipe de saúde. Atribuindo significados e, também, instituindo uma linguagem que revela, entre outras coisas, as crenças e as práticas vigentes.

Entendemos que o prontuário apresenta-se na contemporaneidade, não apenas como um elemento de valor documental, mas também um objeto que deveria intermediar a relação ética entre o profissional de saúde e o usuário. Obedecendo a uma regra disciplinar de registro, no sentido de tornar a clínica hospitalar não apenas um lugar de cura, mas também um espaço relacional rico, de formação e de produção de saber.

2. SOBRE OS PRONTUÁRIOS E AS PRÁTICAS DOS PROFISSIONAIS DO CEAMA

Dos 40 prontuários analisados, em todos constam formulários preenchidos do Serviço Social; em 38 constam formulários médicos preenchidos; em 32 constam de enfermagem; em 30 da Nutrição e em 16 da Psicologia. Isso indica, por um lado, a ativa presença do assistente social que se manifesta, também, pelo número de profissionais e

de horas trabalhadas; por outro lado, isso se explica pelo fato de uma de suas principais missões, ser a de entrevistar e orientar a gestante e seus familiares.

Entretanto, apesar da compreensão da importância do prontuário para o sistema de saúde como um todo e a assistência em particular, Silva e Tavares-Neto¹³⁸ realizaram uma pesquisa sobre a qualidade do prontuário médico em 77 hospitais universitários brasileiros e o emprego de novas tecnologias de informação. Verificaram que o tipo predominante de prontuário ainda é em suporte de papel, sendo que nenhum em suporte eletrônico. Ao usarem uma tabela de classificação para o número de itens anotados nos prontuários, concluíram que a média de 4,3 para escores de itens anotados de *anamnese* ficou muito aquém do resultado máximo esperado, calculado em 22 escores, indicando seu precário preenchimento. Os autores alertaram para fato de que o prontuário além de ser do paciente e do médico é um elemento fundamental ao bom atendimento e um instrumento de educação permanente e de pesquisa entre outras finalidades de gerenciamento hospitalar, mas que nessa medida verificou-se que, na prática suas possibilidades estão muito aquém do desejável.

Vale ressaltar ainda, que dos 77 hospitais investigados, em 27,3% identificou-se a falta de formulário da enfermagem; em 80,5% não constavam relatório do serviço social; em 94,8% ausência de impresso de psicologia e em 97,4% a inexistência de ficha de terapia ocupacional, além de 81,8 de ausência de ficha de fisioterapia.

Ao identificar resistências dos profissionais quanto ao registro de ocorrências, Deslandes¹³⁹, tratando de registros nas emergências hospitalares, específicas para casos de violência, revela que, segundo Garfinkel toda equipe tem seu repertório de “registros” e “não registros”, de acordo com a categoria profissional. Nesses casos, a

autora também ressalta o temor do profissional diante da perspectiva de ser envolvido com a polícia, depoimentos e ameaças por parte dos pacientes e familiares.

No CEAMA identificamos algumas dificuldades muito específicas como falta de funcionário administrativo para organizar a burocracia do serviço, que impõe aos profissionais, especialmente de enfermagem e de nutrição, um sistema de sobreposição de papéis na dinâmica do atendimento. Essa prática sobrecarrega esses profissionais de tarefas administrativas, como anotar os dados nos cartões de acompanhamento da gestante, preencher um consolidado que acompanha e classifica os atendimentos diários, proceder às tarefas de receber o público usuário, controlar a chamada, marcar consultas e encaminhar para exames. Isso em parte, explica o menor número de formulários preenchidos pela nutrição e pela enfermagem. Cabe também, à enfermagem, além de entrevistar e orientar as usuárias, as atividades de pesar e medir a pressão arterial de todas as gestantes antes do atendimento médico.

2.1. ESTRUTURAÇÃO DOS PRONTUÁRIOS

Na leitura dos prontuários de acompanhamento das gestantes adolescentes que freqüentaram o CEAMA no 1º semestre de 2005, observa-se que os prontuários que mais ofereceram material informativo sobre a gestante foram os do Serviço Social e da Enfermagem.

A estratégia básica do atendimento do Serviço Social e da Enfermagem é a de realizar entrevistas individuais com as gestantes, durante a qual é preenchido um formulário com perguntas estruturadas, de múltipla escolha, sobre a identidade, as condições médicas, sociais, econômicas, educacionais, psicológicas, detalhes sobre o exercício da sexualidade da adolescente grávida, intercaladas com algumas questões de

conteúdo aberto. Sem dúvida, os formulários, em sua totalidade, oferecem dados bastante relevantes sobre esses sujeitos, sua relação com a família, com a escola, sua vida sexual, seus medos, sonhos e expectativas de vida futura.

Os formulários da Nutrição oferecem dados de identificação, tabelas das refeições diárias e gráficos de IMC (Índice de Massa Corporal). Eles indicam se a gestante está com peso adequado, acima ou abaixo do peso esperado para o período da gestação.

Já as anotações da Medicina são realizadas a partir de um roteiro inicial onde constam **Anamnese Sucinta** acrescida de indicadores como altura, peso, pressão arterial, temperatura e pulso, mais um espaço para exames solicitados e resultados. As consultas subsequentes são livres e observa-se que seguem um roteiro estabelecido pelo próprio profissional. Vale observar que, esses índices são atualizados pela enfermagem a cada consulta de pré-natal e anotados, também, no cartão de gestante, que ela leva consigo e pode apresentar em qualquer unidade de saúde do país, caso necessário.

O formulário médico sugere liberdade, na aparência de espaços em branco, permitindo a descrição livre das observações do profissional; o formulário da psicologia é concebido com questões semi-abertas. Os outros formulários, enfermagem, serviço social e nutrição, são fortemente diretivos, padronizados para permitir uma avaliação, fundamentalmente, quantitativa dos dados..

Outro aspecto, que diferencia o registro do profissional de psicologia dos outros profissionais é o fato de que suas anotações aparecem em apenas 16 dos prontuários pesquisados. Isto pode ter origem na própria concepção que a equipe de profissionais tinha e, creio que de forma atenuada ainda tem, desse profissional. Observa-se que ao descrever as funções de cada profissional da equipe de saúde, o relatório quadrianual

(CEAMA, 2001-2005) das atividades do CEAMA, sugere que as gestantes sejam entrevistadas por todos os profissionais, exceto pelo profissional da psicologia. O texto explica que as consultas da psicologia ficariam a critério da indicação do médico da equipe.

Na prática, a equipe, apesar de alegar razões de ordem operacional, entende que o psicólogo deve priorizar os sujeitos com disfunções psíquicas que possam prejudicar o processo de gestação e indiquem risco de evoluir para depressão pós-parto.

Outra característica que chama a atenção é a centralidade do olhar médico-clínico sobre a organização estratégica do serviço, do atendimento e das avaliações, e que aparece nas anotações dos prontuários. Sem o formulário de acompanhamento médico, o prontuário não existe. Pode até ser aberto, mas não é dada continuidade.

2.2. O estudo do registro segundo categoria profissional

Apesar da importância, no formulário que cabe ao **médico** preencher não encontramos anotações que referem sobre a pessoa da gestante. A partir do primeiro item, sob o código de **Anamnese Sucinta**, as informações são focadas em índices e taxas, resultados de exames com dados sobre glicemia, colesterol, reações sorológicas para doenças sexualmente transmissíveis (HIV e outras), entre outros. Segue o exemplo que ilustra anotações sobre gestante de 17 anos:

*DUM= 22/09/2004; DPP= 30/06/2005; G5 PO; HF não informa (?); HP= DC5; HE=10 cz(?)*⁷

O discurso médico revela-se voltado para seus pares, em códigos que andam na contramão do objetivo de práticas de atendimento pautadas pela transparência e interlocução que deveriam caracterizar as atividades de uma equipe multiprofissional e, para além dela, o caminho para a construção de uma equipe transdisciplinar. O uso intenso de siglas também impede a compreensão pelo leigo, em especial, pelo usuário que, por definição, deveria ser o interlocutor primordial do médico e de todos os profissionais da equipe de saúde.

Importante ressaltar que, não se trata de produzir uma análise crítica aos profissionais, enquanto sujeitos no exercício da profissão. O intuito é o de realizar uma leitura que promova um olhar crítico sobre as práticas que os profissionais acabam internalizando e reproduzindo a partir de sua formação, assim como, sobre as condições e circunstâncias operacionais que lhe são apresentadas e às quais, por inúmeras razões, acabam por se submeter. Mais prejudicial do que a ausência de diálogo intra-equipe é a ausência da valorização desse procedimento como promotor da interatividade, da transversalidade, por nós entendida como possibilidade real de transcender, criticamente, as limitações impostas pelas contingências cotidianas.

Desta maneira, a centralidade do atendimento na figura do médico limita e direciona a ação dos outros profissionais, reproduzindo, nem que artificialmente, um sistema hierárquico que desmobiliza as ações mais amplas de saúde, englobando educação e prevenção. Por outro lado, cria-se uma enorme demanda pela consulta

⁷ Esclarecimento: DUM= data da última menstruação; DPP= data provável do parto; HF=história familiar, G= gesta 5; HP ou HPP= história patológica pregressa. Como falta clareza na grafia de letras e palavras, as outras siglas são suposições e nenhum técnico ousou decifrá-las.

médica que acaba por sobrecarregar o profissional com excessivo número de atendimentos diários, em detrimento de uma atenção mais particularizada.

Quanto ao prontuário da **Nutrição**, este acompanha o caráter de cultura biomédica em priorizar as anotações sobre taxas e índices. A partir de dados de identificação e de informação sobre a quantidade de refeições realizadas por dia e o alimento ingerido, o profissional chega ao item **observações**. Nele lê-se, com frequência, a palavra “água”, que sugere que a gestante tenha sido orientada, apenas, a beber água.

Em todos os prontuários encontramos o cálculo do IMC (Índice de Massa Corporal), cujo resultado é lançado numa curva que identifica se o peso da gestante é considerado baixo, adequado, acima ou indica obesidade. Encontramos anotações objetivas sobre a adequação da alimentação da gestante, mas, em contrapartida, nada há sobre as motivações, preferências ou rejeições por alimentos, sugestões de procedimentos que facilitem chegar a um objetivo negociado com as usuárias, a partir de um parecer ou sugestão de encaminhamento.

Ao analisarmos os formulários preenchidos pela **Enfermagem** observamos seu caráter, eminentemente, pró-médico. Com dados de múltipla escolha sobre **antecedentes ginecológicos, antecedentes familiares, obstétricos, sexualidade, histórico de saúde, exame físico e de mamas, além de itens sobre vacinação**, a enfermagem cumpre o seu papel tradicional de subsidiar o médico com informações consideradas necessárias para o diagnóstico de alguma enfermidade e, por outro lado, tenta desempenhar um papel preventivo e educativo.

Ochoa et al.¹⁴⁰ consideram o prontuário um elemento fundamental na manutenção do Processo de Enfermagem (PE) que significa a "dinâmica de ações

sistematizadas e inter-relacionadas, visando assistir ao ser humano, caracterizado pelo inter-relacionamento e dinamismo de suas fases". Este processo é composto de seis etapas: histórico, diagnóstico, plano assistencial, plano de cuidados ou prescrição, evolução e prognóstico de enfermagem¹⁴¹. A maneira como a enfermagem fortalece o PE, é dando às suas ações um fundamento científico, é mantendo um registro sistemático de suas ações através do prontuário.

Estes registros constituem, também, um meio de comunicação importante para a equipe de saúde envolvida com o paciente, facilitando a coordenação e continuidade do planejamento de saúde¹⁴². A comunicação escrita documenta, de modo permanente, no prontuário, informações relevantes sobre os cuidados prestados ao paciente, e cabe ao enfermeiro a responsabilidade de mantê-lo atualizado¹⁴³, contribuindo assim, para a melhor qualidade da atenção.

Santos et al ¹⁴⁴ realizaram estudo sobre a percepção do enfermeiro sobre o sistema de informação manual, ou seja, anotações e registros em prontuários hospitalares e concluíram que os sujeitos pesquisados encontravam-se insatisfeitos com o sistema vigente, identificando os seguintes fatores em escala de atitudes: 1. Pouco conhecimento sobre sistemas de informação; 2. Insatisfação com o sistema manual de registro; 3. Necessidade de um sistema de informação de registro do cuidado de enfermagem; 4. Desejo de utilizar um sistema de classificação em todas as fases do processo de enfermagem; 5. Dificuldades com os diagnósticos de enfermagem no sistema de informação manual.

Os profissionais sugeriram que para reverter esse quadro, eles são favoráveis, por um lado, às mudanças tecnológicas que contribuam para minimizar a lacuna entre a teoria e a prática, a partir do desenvolvimento construído de sistemas que permitam maior envolvimento com a assistência de enfermagem e diminuam o tempo gasto com

anotações. Por outro, eles propõe uma mudança de paradigma de uma abordagem individualizada para uma abordagem participativa, centralizada no relacionamento social, no conhecimento, na competência, na interação interpessoal e na experiência vivenciada pela prática do trabalho com o usuário.

Os dados ginecológicos levantados pela enfermagem indicam que a maioria das gestantes são primíparas. Essa informação reforça o levantamento interno divulgado no relatório quadrianual (2001-2005) das atividades do CEAMA, segundo o qual 65% das gestantes adolescentes que freqüentam o ambulatório, são primíparas, sendo que apenas 18% declara 1 (uma) gestação anterior e 6% (duas). Um dado importante refere-se à sexarca (primeira relação sexual). Um percentual de 39% dos sujeitos tinha entre 10 e 14 anos e outros 36% entre 15 e 19 anos, e 25% aparece sem informação. Portanto, para 39% das gestantes, a sexarca apresenta grande probabilidade de coincidir com a idade da menarca.

O relatório quadrianual também confirma observações posteriores da prática clínica revelados nos relatos da enfermagem de que se a maioria dos sujeitos deseja a gravidez, apesar desta não ter sido planejada. Vale ressaltar a preocupação da enfermagem relatada nos prontuários com as condições de higiene, ou seja, se a gestante apresenta-se adequadamente vestida, se toma banho regularmente ou se apresenta sinais no corpo ou odores indicativos de cuidados inadequados de higiene. De modo geral, as condições foram classificadas entre regulares e boas, assim como, não houve anotação de afirmativa de DST/AIDS, nessa amostra.

Há dois itens que demandam resposta em aberto, que são o item: **Diagnóstico e Evolução de Enfermagem e Prescrição da Enfermagem**. As anotações revelam que no item Diagnóstico, os profissionais enfocam de forma sucinta, situações que revelam

preocupação com a subjetividade das gestantes como as circunstâncias de moradia, de acolhimento ou rejeição da gestação e reação da família. No item Prescrição, observam-se ações educativas de orientação em relação a preparo dos seios para a amamentação, o uso do sutiã e ATT (antitetânica) são recorrentes. As anotações indicam as diversas possibilidades de arranjos familiares como, após a gravidez: transferir-se de outro estado para morar com parceiro no Rio; morar só, no quintal da mãe e do irmão; construir casa no quintal de algum familiar; ou então, continuar morando com a família de origem composta de mãe, padrasto, irmãos e avós ir morar com a família do parceiro, mas também, mudar-se para casa própria em terreno doado por familiar; são algumas das alternativas apontadas.

No item sobre as prescrições da enfermagem, as anotações são sucintas e, na maioria dos prontuários, apenas relatam:

Orientada sobre amamentação, uso de sutiã e ATT.

Ou ainda, em menor frequência:

Orientada sobre a importância do pré-natal, parto e puerpério.

Vale reiterar que, apesar da vocação preventiva e educativa do profissional de enfermagem, ele é aquele mais sobrecarregado de funções burocráticas em meio às

inúmeras exigências de um trabalho de equipe totalmente hierarquizado, centrado no papel primordial do médico.

Quanto às entrevistas relatadas pela **Psicologia**, observa-se que o profissional segue um roteiro próprio para as anotações, invalidando o roteiro de perguntas semi-estruturadas do formulário proposto pelo serviço. O exemplo disso é o que segue:

Pergunta impressa no formulário:

Antecedentes Psicológicos (desenvolvimento intelectual, desenvolvimento motor, desenvolvimento da fala, desenvolvimento psicosexual, relacionamento intrafamiliar, dependência química, questões judiciais)

Anotações do profissional:

Pr⁸ relata uso incorreto de contraceptivo. Gestação ã planejada mas bem aceita pela Pr (o companheiro não aceitou ainda) Pr reside c/ a família e vai continuar c/ os mesmos...Pr parou de estudar há muitos anos e sente-se desestimulada.

Aparentemente, a primeira preocupação é identificar o uso correto ou não do contraceptivo, sendo que não fica claro sobre o que se está falando, pois não há referência ao tipo de contraceptivo declarado pela gestante, nem o procedimento utilizado. Na seqüência, a atenção parece voltar-se para as motivações da gestante relacionadas à gravidez, sua aceitação, planejamento, pela gestante, pelo companheiro e pela família. A aceitação ou não pela família, associada ao apoio ou não do grupo familiar é reiterada em vários itens, denotando uma preocupação grande com a rede de suporte sócio-econômico e afetivo que a gestante adolescente relata poder contar. Na seqüência, o roteiro revela o interesse pela situação da escolaridade da gestante e,

⁸ Pr = parturiente

também, pela atividade sexual se estável ou instável, se revela conhecimento do próprio corpo, mas sem detalhes sobre as variáveis que estão sendo consideradas. Logo, lê-se:

Atv. Sexual instável. Às vezes boa, outras é ruim...Falta conhecimento do próprio corpo e de sua sexualidade.

Observa-se, também, o uso repetitivo de abreviações que pode estar revelando pressa em anotar, necessidade de simplificar o discurso e limitá-lo ao que é considerado essencial.

Outra característica encontrada nos relatos da psicologia é a atenção dada ao item orientação no tempo e no espaço, própria da anamnese de saúde mental e das práticas de psicodiagnóstico, assim como a formulação de juízos de caráter normativos sobre afetividade e os anseios da gestante. De um lado, sugere que a gestação tenha motivações ‘fantasiosas’ e, por outro, que as fantasias podem não ser normais, como no exemplo abaixo:

No item **Parecer**, lê-se:

Pr orientada, apresenta fantasias normais ao período gestacional. Imaturidade afetiva, parece querer dar para o bebê algo que ainda falta para preencher a “vida” dela.

Observa-se a referência à estabilidade familiar e a centralidade dos aspectos motivacionais, inconscientes ou não. Prontuário da gestante de 18 anos lê-se:

pr orientada, gestação desejada, conhece mas nunca fez uso de métodos contraceptivos. Mora com companheiro, não pretende parar de estudar, apoio familiar. Relacionamento familiar: estável.

Outros relatos revelam uma confusão conceitual, por vezes, também, encontrada na literatura científica, entre gravidez ‘indesejada’ e ‘não planejada’, como se os termos fossem sinônimos. O relato que segue é indicativo desse entendimento, quando lemos:

Gestante de 17 anos: gravidez indesejada pela gestante, mas casal está muito feliz com a gravidez. Família apoia.

Também é no relato da psicologia que identificamos considerações solipsistas e normativas⁹ que reforçam a visão de que o sujeito “amadurece” a partir do autoconhecimento, do trabalho mental do olhar para dentro de si, fruto da forte influência da psicanálise na formação do psicólogo. Vale considerar que se trata de uma visão diversa daquela que adotamos nessa tese, que concebe o sujeito como interativo, cuja subjetividade é produção e produto de suas circunstâncias sociais e históricas. Consideramos que o desenvolvimento de uma atitude reflexiva do sujeito sobre sua circunstância existencial e a possibilidade de transformá-la, seja altamente desejável.

Sobre gestante de 16 anos, com histórico de fuga de casa para morar na rua, lê-se:

Pr diz que engravidou sem querer, vivia nos becos de fumo, vida desregrada. Vai procurar melhorar depois do susto...pr parece ter mente confusa diante dos objetivos a serem tomados na vida, falta “ela” se conhecer para caminhar mais segura do que quer...(grifo nosso)

⁹ Nota: o solipsismo e a normatividade são termos originários de concepção filosófica de René Descartes, que com sua teoria do “cogito” desenvolveu a idéia da centralidade do sujeito pensante, auto-determinado, como fundante da racionalidade e da verdade. Para mais detalhes, consultar MARCONDES, D. Iniciação à História da Filosofia, Rio de Janeiro: Jorge Zahar ed., 1997.

A anotação também é indicativa de atribuição de valor sobre o comportamento da gestante.

No prontuário da psicologia encontramos poucas informações sobre a subjetividade das gestantes, ou seja, o que pensam, sentem, desejam, planejam, as relações familiares, a relação com o companheiro, o que lhes causa dor, sofrimento, alegria e tristeza. Não se observa qualquer relato de suporte, aconselhamento, orientação ou encaminhamento realizado.

Ressaltamos que, os prontuários enquanto relato de práticas dos profissionais de psicologia, assim como dos outros profissionais médicos da equipe de saúde, podem estar indicando o esgotamento de um modelo de prática de assistência modelada pela clínica convencional, cujos objetivos escapam à lógica da humanização proposta pela saúde pública e pelo SUS.

Lima (2005)¹⁴⁵ ao pesquisar as dificuldades encontradas pelo profissional de psicologia no trabalho da saúde pública, realiza uma reflexão pertinente sobre o papel do psicólogo em Unidade Básica de Saúde (UBS) e identifica que um dos pontos fundamentais que poderia explicar esse descompasso entre as demandas e necessidades dos serviços de saúde regidos pelo SUS e as necessidades de atendimento psicológico é a tentativa de transpor os elementos da clínica tradicional para os níveis de assistência à saúde.

Segundo ela, essa clínica é caracterizada pela ênfase no psicodiagnóstico, nas psicoterapias individuais ou em grupo, centradas na dimensão intra-individual dos indivíduos percebidos como abstratos e a-históricos, assim como voltadas para uma população mais abastada social e economicamente. Entretanto, ao entrar em contato

com populações de menor poder aquisitivo esses profissionais costumam encontrar dificuldades de redefinir seu papel profissional. Ao entrevistar psicólogos que trabalham na rede básica de saúde em Salvador (BA), Lima identificou três modalidades de trajetórias:

- a) de conflito, que tende à ociosidade do profissional;*
- b) de reprodução, que conduz ao isolamento típico da assistência ambulatorial;*
- c) de construção que demonstra certa abertura para a busca de atuação fora da clínica tradicional.(2005:433)*

A autora sugere que a trajetória de construção é a mais apropriada para as demandas do SUS, nas UBS. A essa abordagem ela denominou *atuação psicológica coletiva (APC)*: que consiste em instaurar um processo contextual de identificação de demandas, de planejamento e de execução de necessidades de atendimento psicológico, sócio-econômica e culturalmente orientado. (2005:435)

No formulário do **Serviço Social** destacam-se os itens que versam sobre a **composição familiar, a dinâmica, a vida social, projeto de vida futura, o sentimento em relação à gravidez e parto e o sentimento da família em relação a gestação.**

Nele, observa-se a centralidade da temática familiar, das condições sócio-econômicas e de moradia. Sobre a composição familiar descrita no acervo há uma diversidade de arranjos. Enquanto o casal (gestante e pai do bebê) é apresentado como ainda muito dependente do grupo familiar é comum lermos que um dos parceiros se mudou para a casa do outro, ou seja, gestante vai morar na casa da sogra ou parceiro vai morar na casa da gestante. Conseqüentemente, é mais freqüente encontramos a

composição familiar descrita por pai, mãe, irmãos, companheiro (pai do bebê) e gestante; ou ainda, quando os pais são separados, mãe, irmãos, gestante, sendo que o pai do bebê ainda vive com a família de origem. Quando a mãe da gestante casa-se novamente, por separação ou viuvez, a composição familiar pode incluir o padrasto e assim fica: mãe, padrasto, irmãos, gestante e parceiro (pai do bebê). Apesar de em menor número alguns casais já formam um núcleo familiar autônomo, em casa própria ou alugada.

Com respeito à **dinâmica** familiar, as anotações versaram sobre a relação da gestante com seu parceiro e sua família, tais como: há quanto tempo o casal se conheceu, se estão morando juntos, se o companheiro está desempregado ou se esteve presente à entrevista, se as famílias apóiam a gravidez, entre outras.

Em outro relato, lê-se, gestante de 17 anos é entrevistada com seu parceiro e a assistente social escreve na **dinâmica**:

pr reside com a família. Padrasto é irmão do namorado. Relacionamento familiar normal. Quanto à situação sócio-econômica, completa: a casa é mantida por todos.

Observa-se, nesse relato, que a generalização do termo *normal* para qualificar as relações familiares cria certa ambigüidade no leitor, quando poderia estar sugerindo bom, amigável ou tradicional quando, aparentemente, há uma sobreposição peculiar de papéis familiares, pois o padrasto, como irmão do pai do futuro bebê acaba por ser também tio e seu avô. Podemos inferir dos inúmeros relatos sobre a **dinâmica** são primeiramente, a importância atribuída pelo profissional do serviço social à presença ou não de uma rede de suporte familiar e por outro lado, a centralidade da relação com o

parceiro e pai do bebê, a presença marcante do grupo familiar extensivo, na vida da gestante em particular e do casal, por inclusão. Esse movimento de incluir os novos membros na rede de solidariedade familiar é reiterado nas anotações relativas a outros itens como **o sentimento da família em relação à gestação**. Constata-se que apenas 1(um), entre os 40 (quarenta) prontuários pesquisados, há referência à **rejeição** da gravidez. Todas as demais anotações revelam que, a família dava **apoio** à gestante e acolhia a sua gravidez.

Na análise do item referente aos **sentimentos da gestante em relação à gravidez**, encontramos os relatos recorrentes que reiteram o desejo da adolescente pela gravidez, desejo esse que, na maioria dos relatos, é compartilhado pelo parceiro e pelas famílias. Entretanto, a gravidez pode ter outros matizes mais sombrios a partir da rejeição do parceiro, com maior frequência em relação aos outros atores, como nos relatos seguintes:

(14 anos) gravidez não planejada, mais conformada. Família dela aceita, a dele não.

(16 anos) gravidez não foi planejada, e namorado não quer registrar o bebê.

Ou então:

(15 anos) pensou em abortar tomando chá. Pai do bebê é casado, tem 1 filho com outra mulher e ainda não sabe da gravidez.

Algumas jovens viveram situações de violência no passado como morte de algum membro da família por assassinato, enquanto outras relatam histórias de relacionamentos longos e estáveis:

(16 anos) namora parceiro há 4 (quatro) anos, 1º parceiro sexual. Casal está feliz.

O tratamento ‘casal’ é frequentemente, dado ao par gestante-parceiro que mantém uma relação conjugal estável e raramente, seguida de casamento formal que, aliás, segundo relatos identificados, não faz parte das expectativas de futuro dessas jovens. Ao serem questionadas sobre a perspectiva de futuro, as gestantes raramente se referem ao casamento formal com o parceiro; e quando perguntadas formalmente sobre a expectativa de casamento, o mais freqüente é dizerem que não precisam ou mesmo que não querem formalizar a união. Segundo a tese instigante de Edin e Kefalas¹⁴⁶ *mulheres pobres até aspiram ao casamento, contudo, enquanto temem nunca alcançá-lo, elas julgam o fato de terem filhos uma necessidade, uma parte absolutamente essencial na vida de uma mulher jovem, uma fonte primordial de identidade e significado. (tradução livre)*

Vale destacar que nos relatos das assistentes sociais, assim como nos relatos da enfermagem, a diferença entre gravidez planejada e desejada está clara, o que não acontece no relato da psicologia. Observamos que, na maioria dos relatos, a gravidez não foi planejada, mas é desejada.

Quanto à prática do aborto, na amostra trabalhada, não há anotações sobre aborto provocado. Encontramos duas referências a interrupções eventuais e espontâneas da gravidez. O fato corrobora as observações coletadas nas entrevistas mais recentes da clínica da psicologia, quando diante de casos extremos de rejeição à gravidez, houve inicialmente motivação para provocar o aborto. Entretanto, a maioria das mesmas teria sido desencorajada a realizá-lo, pelo procedimento ser considerado crime ou por medo

de sofrer ou de morrer. Outras gestantes foram desencorajadas pela mãe, parceiros ou amigos, que prometeram dar apoio durante a gestação e, futuramente, nos cuidados do bebê. Pouquíssimos sujeitos fizeram tentativas de abortar recorrendo ao uso do medicamento Citotec¹⁰ e, é possível perceber através das falas, certas crenças que se perpetuam no imaginário dessas jovens. Muitas gestantes alegam terem sido informadas por médicos consultados que, caso o feto não fosse abortado, o bebê poderia nascer com algum defeito físico ou mental.

Vale ressaltar, um caso de gravidez por estupro, numa gestante de 14 anos, que segundo o relato de todos os profissionais, havia sido seqüestrada por um vizinho e forçada a manter relações sexuais. Os sentimentos em relação à gravidez eram de rejeição, por parte da gestante e de sua família.

Não há anotação sobre tentativa de aborto ou orientação por parte dos profissionais quanto ao direito ao aborto nos casos em que a gravidez tenha sido consequência de ato de violência sexual. Ressaltamos que, o código penal brasileiro considera o aborto um crime contra a vida, mas ressalva, que não se pune o aborto praticado por médico, se a gravidez resulta de estupro e precedido do consentimento da gestante ou, quando incapaz, seu representante legal¹¹. Além da resistência observada dos profissionais em abordar o tema abertamente, geralmente por questões religiosas, a gestante e também as famílias escondem a gravidez e só comparecem ao pré-natal quando a gravidez já ultrapassou os primeiros meses, criando-se uma situação de

¹⁰ O Citotec, nome comercial da substância *Misoprosol*, é um medicamento considerado abortivo porque atua, ao que tudo indica, provocando contrações de parto e a consequente expulsão do feto, em qualquer idade gestacional. Ela não age, portanto, sobre o próprio feto, mas provoca a sua expulsão. (site: <http://www.bebe2000>)

¹¹ Código Penal Brasileiro, cap. I art. 128.

impasse, pois nessas circunstâncias, o aborto é considerado de risco para a saúde da gestante.¹²

Em relação ao **projeto de vida futura** é recorrente o relato sobre o desejo das adolescentes em *cuidar do bebê, voltar a estudar e trabalhar*. A expectativa de cursar uma faculdade não aparece em nenhuma anotação, o que indica que, neste cenário, qualificar-se profissionalmente, não inclui formação universitária.

Outro item, relativo à **vida social**, inclui um quadro com seguintes variáveis: **Aceitação, Namoro, Amigos, Atividades em grupo, Esporte, TV e Computador**. A variável **Aceitação** sugere a pergunta sobre o sentimento que a gestante tem em relação ao seu grupo social, ou seja, se sente **aceito, rejeitado, ignorado** ou se **não sabe**. Dos 40 prontuários, identificamos 36 anotações que referiam o fato dos sujeitos se considerarem **aceitos**, dentre 39 prontuários que continham a informação, apenas três sujeitos se declararam **rejeitados**: uma jovem de 13 anos e outras duas de 16 e 18 anos. Em 38 prontuários 19 nada informavam sobre namoro; 9 declaravam que sim namoravam e 10 que não namoravam, o que pode estar indicando a diversidade de concepções sobre a caracterização das relações entre parceiros nesta população. Há as gestantes que se consideram ‘casadas’, portanto o parceiro é considerado marido e não namorado; e aquelas que se consideram solteiras, namoradas ou não, dos respectivos pais dos bebês.

Os dados relativos a ter **amigos**, revelam que dentre as 16 anotações identificadas, 13 respondem positivamente e 3 sujeitos afirmam que não tem amigos. Devido ao baixo número de anotações, aparentemente, este foi um item considerado pouco relevante pelos profissionais.

¹² Norma Técnica do Ministério da Saúde determina que o procedimento pode ser realizado até o 5 meses ou 20 semanas, de gestação. Após esse período aconselha-se que a mulher tenha acompanhamento pré-natal com acompanhamento integral e seja dada opção de adoção do bebê.

Para Edin e Kefalas¹⁴⁷ a confiança é impressionantemente baixa entre residentes de comunidades pobres das vizinhanças de Filadélfia, EUA, onde realizaram pesquisa sobre maternidade na adolescência. Segundo as autoras, a maioria das jovens mães entrevistadas disse que não tinham amigos íntimos e muitas desconfiavam de intimidade entre amigos. Ao interpretarem esses dados, elas apontam para o fenômeno do isolamento social, experiência considerada por elas comum entre as pessoas que vivem na pobreza e que pode se exacerbar na adolescência, quando o fator relacionamento com os pais é tensionado pela pressão em forjar uma identidade de independência.

Podemos concluir que a gravidez poderia ser em parte, uma resposta ao desejo simultâneo de intimidade e, também, do anseio por independência. Os dados a seguir, sobre atividade em grupo e prática de esporte, acesso à TV e a computadores, parecem reforçar essas observações.

No caso de prática de **atividade em grupo**, a situação se inverte: 26 afirmam que não praticam e, apenas 2 afirmam que praticam, dentre 28 anotações. Quanto a alguma prática de **esporte**, das 27 anotações, 26 afirmam não praticar, e apenas 1 revela que sim. Quanto ao acesso a **TV**, apenas 1 afirma não ter, 33 afirma que tem, dentre 34 anotações. Quanto ao acesso a **computador**, a situação é inversa: 1 afirma ter, comparadas a 24 que afirmam não ter, dentre 25 anotações.

Concluindo, podemos observar que, pelos dados anotados pelas assistentes sociais, as gestantes percebem-se como socialmente aceitas, mas não praticam atividade em grupo, não praticam esporte, tem acesso massivo à televisão, quase nenhum acesso a computador e apresentam ambigüidades quanto aos itens **namoro** e ter **amigos**.

Segundo os dados dos prontuários do Serviço Social, a centralidade da rede familiar na vida desses sujeitos é, significativamente, mais intensa do que qualquer

outro grupo social de outra natureza como o dos amigos, da prática esportiva ou aqueles voltados para aquisição de outros saberes como é a escola formal. Os dados revelam, também, a falta de acesso às novas tecnologias da informação, proporcionada pelo uso do computador, que em 2005, estava ausente do contexto sócio-cultural das adolescentes entrevistadas.

Por fim, um estudo realizado por Lima, Miotto & Dal Prá¹⁴⁸ chamando a atenção sobre a importância da documentação no cotidiano da intervenção profissional e tecendo considerações sobre o instrumento de registro denominado diário de campo das ações profissionais.

As autoras alegam que, ele permite a sistematização da intervenção desenvolvida pelos Assistentes Sociais e estudantes nos processos investigativos sobre a realidade social e auxiliam nos processos de intervenção que permitem qualificar as ações profissionais por desenvolverem reflexões cotidianas sobre a prática e a teoria.

Entretanto, ao realizarem um trabalho de campo junto a estagiárias de serviço social, observaram que sua utilização fica restrita às descrições e observações pontuais, a meros agendamentos de tarefas cotidianas, deixando de explorar as inúmeras possibilidades do instrumento para ações como análises e diagnósticos sobre a realidade social. Excluem também das anotações, as demandas singulares da população atendida, dando visibilidade às formas de planejar e executar as ações profissionais, de modo a identificar os limites e as possibilidades contidos no processo de atendimento.

Em nossa realidade clínica observa-se que, apesar de não constituírem formalmente um diário de campo, as anotações das assistentes sociais apresentaram uma grande riqueza de informações que permanecem sub-aproveitadas para os objetivos de

implementar análises, formular proposições e planejar um trabalho da equipe para melhor responder às demandas da equipe e da população dos usuários do CEAMA.

3. Análise dos prontuários e das práticas dos profissionais do HMON

Ao iniciar a análise dos prontuários do ambulatório de pré-natal do Hospital Maternidade Osvaldo Nazareth (HMON), observamos que o próprio formato do prontuário revela que a prática do atendimento obedece a uma sistemática organizativa bastante distinta daquela que foi descrita sobre o CEAMA.

Enquanto o CEAMA tem uma dinâmica ambulatorial separada espacial, administrativa e também, organizacional da maternidade e das inúmeras enfermarias do hospital geral Pedro II e se define como um espaço ambulatorial específico para gestantes adolescentes; o ambulatório de pré-natal do HMON integra a maternidade como um todo e extensivo às gestantes de todas as idades. Da mesma forma, enquanto o CEAMA mantém um sistema de registro independente do prontuário hospitalar, com folhas guardadas em envelopes pardos, numerados e individuais, o ambulatório de pré-natal do HMON o mantém integrado, ou seja, prevalece a lógica do prontuário único, para os procedimentos de internação e ambulatoriais também.

Isso contribuiu para o quadro da primeira dificuldade encontrada pela pesquisadora, ou seja, determinar o processo de identificação dos prontuários a serem analisados. Descobriu-se que no sistema de registros do HMON, não havia separação entre gestantes atendidas no ambulatório e gestantes que haviam demandado outros procedimentos hospitalares como internações por motivos diversos. Outra dificuldade diz respeito à classificação por idade, pois o sistema não identificava a gestante por faixas etárias, mas por outros critérios como parto normal *versus* parto cesariana.

3.1. SENTIDOS E SIGNIFICADOS DAS ANOTAÇÕES NOS PRONTUÁRIOS

Na totalidade dos casos, o profissional que realiza as anotações é o **médico**, sendo a maioria do sexo feminino, com especialidade em ginecologia e obstetrícia. Apesar de ser da responsabilidade da **enfermagem** ou da **auxiliar de enfermagem**, as anotações referentes a peso, altura e pressão arterial, podemos afirmar a invisibilidade da enfermagem nos prontuários analisados, no que refere ao acompanhamento pré-natal. Há anotações explícitas de **enfermagem** somente nos períodos de internação durante a gestação ou para procedimento de parto e puerpério. O segundo profissional identificado, através de formulário específico, é a **nutricionista**, cujo formulário não estava presente em todos os prontuários pesquisados, o que significa que nem todas as gestantes são atendidas pela nutricionista. Chama atenção a ausência de formulário específico para os outros profissionais que compõem a equipe de saúde, como assistente social, psicólogo e, no pré-natal, a própria enfermagem.

Há o formulário sob título de **Anamnese e Exame Físico**, que é incluído no prontuário, mas não é preenchido. O formulário intitulado **Controle Pré-natal** é, geralmente, preenchido pelo médico e versa sobre resultados de exames, medicações prescritas, taxas e índices. Observou-se uma forte presença de anotações sobre resultados de exames de sorologia para Hepatite B, Toxoplasmose e Anti-HIV. Houve, também, resultado de hemograma, com avaliação dos níveis de glicose, VDRL, EAS+cultura TTSP, N. T., e grupo sanguíneo, assim, especificados. Outras anotações e observações, quando encontradas, são de difícil compreensão, denotando, à semelhança do CEAMA, uma não valorização do prontuário como instrumento de comunicação intra-equipe e, tampouco, com os usuários da instituição.

As avaliações **nutricionais** são semelhantes ao que foi observado no CEAMA, centradas no cálculo do IMC. Entretanto, em casos extremos de baixo-peso ou sobrepeso, encontramos anotações recorrentes sobre o acompanhamento realizado, com comentários sobre os procedimentos adotados, como podemos ler na seguinte citação, sobre gestante de 16 anos, com o resultado de IMC= 15,6 (1,60 m x 40 kg) na avaliação nutricional:

1ª consulta: 27/06 paciente relatou que toma leite duas vezes por dia. Come de tudo, almoça e janta. Parou de usar refrigerante. Função intestinal normal.

2ª consulta; 13/07 ganho ponderal de 364 g acima do esperado.

3ª consulta: 10/08 ganho ponderal de 1,2 kg. Abaixo do esperado. Refere apetite, 1x suco de laranja A e J.

A anotação é complementada com considerações sobre o peso e altura do bebê ao nascer, que foi considerado normal para gestação de 38 semanas e meia.

O que é importante observar nessa anotação é o fato de ter havido um acompanhamento que levou em consideração o comportamento da gestante em relação à alimentação e, aparentemente, a profissional manteve uma negociação que preservou o vínculo, resultando num bom desfecho ao fim da gestação.

Como foi constatado, nenhum outro profissional, além do médico e do nutricionista, possui formulário próprio para anotações e acompanhamento pré-natal da gestante. Entretanto, ao folhear o prontuário geral e único sobre a evolução das internações, pudemos identificar anotações de assistentes sociais, de psiquiatra e psicóloga, esses identificados pela equipe como da saúde mental. Não há formulário

próprio e as anotações dos profissionais são esparsas e, também, sucintas como no relato da assistente social sobre gestante de 12 anos:

S. Social, em 16/12/05 – para informar que foi contatado familiar sobre internação. Telefone: 9147...

Observou-se que o profissional está dando uma informação que sugere o desempenho de um papel específico e, entendido na área da saúde hospitalar, próprio das atribuições da especialidade do Serviço Social, que é entrar em contato com a família de pacientes hospitalizados sem acompanhante.

Identificou-se, também, nas anotações da psicologia e da psiquiatria registro do acompanhamento de gestantes que apresentaram algum distúrbio de comportamento ou de humor, indicando alguma problemática mental. No caso, a saúde mental avalia e acompanha, apresentando relatos longos, incluindo falas da gestante, situação sócio-econômica e familiar, reação à medicação psicotrópica utilizada, quando necessário. Mas voltamos a afirmar: esses profissionais estão ausentes das anotações referentes ao pré-natal.

1. Os diários dos especialistas: agendas e cadernos de registro

Intrigou-nos observar a ausência de anotações da maioria dos profissionais nos prontuários e, portanto, perguntamos a eles se mantinham um acompanhamento por escrito, das gestantes atendidas. Foi explicado que, cada área mantinha anotações em cadernos de registro e de agendas, próprios de cada área e mantidos nas respectivas salas desses profissionais.

A partir dessa revelação ficou, também, entendido que a equipe não se comunicava por escrito, que nem todas as gestantes eram entrevistadas por todos os profissionais. Apenas aquelas gestantes com idade até 16 anos eram entrevistadas pela psicóloga que coordenava o Programa do Adolescente ou aquelas que a partir da avaliação inicial da médica apresentavam alguma problemática específica, atribuível a cada especialidade.

Com relação aos cadernos de registro da saúde mental, aqueles referentes ao ano de 2006 haviam sido descartados sob alegação de falta de espaço no setor e os transtornos causados pelas obras em andamento no ambulatório.

Entretanto, a psicóloga responsável por atender a todas as gestantes adolescentes com idades entre 10 e 16 anos, como parte do Programa do Adolescente instituído no ambulatório, mantinha uma agenda com todos os nomes e datas de atendimento das jovens. Esse fato permitiu o acesso aos prontuários onde constavam, pelo menos, anotações da psicologia.

Aqui vale um esclarecimento sobre o pré-natal de adolescentes do HMON. A maternidade foi concebida para atender gestantes de 'alto risco' (hipertensão, iminência de eclâmpsia, etc...), incluindo gestantes adolescentes até 16 anos. No manual técnico do Ministério da Saúde, a gravidez na adolescência não é considerada de alto risco, entretanto, como podemos constatar na revisão realizada no Capítulo I, há um entendimento 'popularizado' entre os profissionais da saúde, de assim considerar.

O que podemos identificar nas anotações da psicologia é que, em termos quantitativos, 37 gestantes adolescentes passaram pela entrevista psicológica naquele semestre. As anotações realizadas pela profissional foram livres, ou seja, sem roteiro prévio ou formulário a ser preenchido. A gestante de menor idade constou ter 11 anos e

a de maior idade, 19 anos. As idades foram distribuídas entre 14, 15 e 16 anos, cada idade contabilizando, igualmente, 7 gestantes.

As variáveis valorizadas e destacadas nas anotações da psicologia foram: sentimentos em relação à gravidez, parceiro estável, aceitação da paternidade pelo pai do bebê, apoio familiar, sofreu algum tipo de agressão de cunho sexual ou não, nível de escolaridade, projetos para o futuro, trabalho, se é primípara, se sofreu algum aborto.

O seguinte relato sobre gestante de 13 anos, originária de Duque de Caxias, ilustra essas categorias:

Adolescente 13 anos, gest 2m, estudante da 6ª série do fundamental, o namor tem 16 anos, estuda 1ª série do ens médio e trabalho de forma informal nos finais de semana. Gravidez não planejada, result. de 4 meses de relacionamento. Adolesc. vem recebendo apoio da família, relata que o namorado vai assumir paternidade.

Apesar das abreviações, entende-se perfeitamente o texto e as preocupações da psicóloga. Notou-se que a grande maioria dos relatos reitera os dados desse exemplo. Entretanto, há um número significativo de relatos de violência sexual (5 estupros) sendo um dos casos agravados por situação de vulnerabilidade:

Gestante 13 anos, deficiente mental, sofreu violência sexual do primo, acompanhada pela saúde mental, juntamente com a família (tia), agitação psicomotora, medo de tudo (paranóia), agitação psicomotora, e sugestão de parto cesareana pela psiquiatra.

Observa-se que o fato da gestante ter o direito legal de recorrer ao aborto, esse não é mencionado nem pelo profissional ou pelo relato familiar.

Foram identificados dois relatos de aborto espontâneo e 1 relato de abuso de drogas por outras gestantes.

A maioria das gestantes é descrita como primípara, observando-se alguns casos de 2ª gestação em algumas gestantes de 18 e 19 anos. Outro caso chama pela excepcionalidade, ou seja, 2ª gestação aos 12 anos. Lê-se o seguinte:

II gestação após 1º aborto confirmado como espontâneo. Suspeita de aborto provocado não se confirma. Novo relacionamento, feliz com a gestação. Parceiro tem 15 anos, trabalha e vai assumir a paternidade.

Os dados sobre a primeira gestação aos 11 anos, com outro parceiro, reiteram o desejo da gestante pela gravidez quando se lê que: “o casal mora junto, estão felizes e as famílias vão ajudar”.

O profissional de psicologia é seletivo e sintético nas informações. Da mesma forma dos outros profissionais, não parecem valorizar a subjetividade das adolescentes, quais são suas dúvidas, inquietações, perspectivas, expectativas sobre o trabalho de pré-natal.

4. ANÁLISE COMPARATIVA

Comparando o registro das práticas ambulatoriais de cada categoria profissional que integra a equipe de saúde no CEAMA observamos que cada profissional informa sobre o atendimento às gestantes adolescentes de maneira diversa e valoriza aspectos que identificam a origem da formação científica que receberam. Isso sugere perfis que, mantém o caráter de especialistas reafirmando sua identidade a cada prontuário analisado.

Nesse universo, a prática de cada profissional segue as regras convencionais de sua formação, aparentemente, sem colocar em questão o caráter comunicativo e coletivo dos registros. Na prática, observa-se uma forte delimitação do que é entendido como o

papel profissional de cada especialista. Apesar de críticas esparsas observadas sobre os prontuários, incluindo a repetição de algumas perguntas em todos eles, o que se percebe é uma inércia propositiva no sentido de coletivização da experiência. Em que possa parecer óbvio, mas vale destacar que o assistente social vai destacar os aspectos sociais da vida da adolescente, a enfermagem os aspectos relativos aos cuidados pessoais e amamentação, a nutrição recolhe os dados relativos ao estado nutricional da gestante, o psicólogo os aspectos emocionais e o médico, centra sua atenção nos indícios de patologia ou não.

No caso do CEAMA, a partir da apresentação do formulário que cabe a cada especialista preencher, observa-se que, quantitativamente, os prontuários do serviço social e da enfermagem são os que oferecem maior número de informações sobre a gestante e sua família. O formulário da psicologia sugere um amplo espectro de perguntas e observações. Já o prontuário da nutrição é mais restrito aos dados nutricionais e o da medicina restringe-se aos dados de identificação e uma folha em branco.

Identificamos que, tanto as assistentes sociais como as enfermeiras e as nutricionistas, preenchem os formulários de acordo com a informação solicitada. Já as profissionais de psicologia não seguem o roteiro semi-estruturado das perguntas e os médicos fazem anotações sucintas e cifradas.

Na maioria dos prontuários do CEAMA onde há espaços livres para anotações, esses não foram utilizados ou receberam anotações muito abreviadas e cifradas, cuja leitura é frequentemente prejudicada pela incompreensibilidade das siglas e/ou da escrita. Portanto, entende-se que quanto mais diretivo o formulário, melhor preenchido ele é e mais informações são registradas sobre as gestantes.

Outro aspecto observado mais intensamente no CEAMA é a ausência de identificação do profissional que realizou a entrevista com a gestante. Com exceção do médico, que faz uso do carimbo e que, também, pelo menos rubrica suas anotações, na amostra analisada, os outros profissionais não fizeram uso de carimbo e, freqüentemente, não assinaram os formulários preenchidos, dando a entender que não o compreendem como documento de caráter, também, jurídico. Essas práticas sugerem que, a maneira como esse profissional interpreta a função do prontuário no serviço ambulatorial, aparentemente, diverge da definição de prontuário como instrumento de registro de informações, de caráter obrigatório, que funciona como mediador da comunicação entre profissionais e usuárias, preservando a relação ética entre os sujeitos envolvidos como descrito no início deste capítulo.

Vale ressaltar, no que se refere às anotações médicas, é o papel atribuído a esse profissional dentro da equipe de saúde. Centrada na função do médico a prática ambulatorial sobrecarrega esse profissional cuja atribuição primordial é de atender a todas as gestantes a cada consulta. Essa é freqüentemente, a alegação dada para a restrição do tempo para anotação, o que não invalida a observação sobre o caráter enigmático de seus escritos. Na concepção das gestantes e também dos profissionais, a consulta do pré-natal é, primordialmente, a consulta médica.

Essa visão permite ofuscar as possibilidades de inovar na organização espacial, administrativas e gerenciais, criando alternativas para ampliar o potencial informativo e interativo da equipe de saúde.

No caso do CEAMA, as anotações das assistentes sociais e da enfermagem fornecem informações valiosas sobre as condições sociais, econômicas, familiares das gestantes, escolaridade, projetos para o futuro; assim como condições de moradia, de

higiene pessoal, alterações do corpo na adolescência e na gestação, conhecimento sobre amamentação, enfim, uma riqueza de dados que, aparentemente, não encontra repercussão integradora no próprio prontuário, nas ações da equipe e no aproveitamento enquanto fonte de informação para se desenvolver ações coletivas de inclusão das usuárias.

Entendemos que o espaço para o atendimento individual é fundamental no processo de acolhimento da gestante. Entretanto, ele se apresenta como o foco das atenções dos profissionais, um reforço à visão especialista em detrimento de uma abordagem coletiva, que vise a integralidade, a intercomunicação entre os atores.

No CEAMA, o prontuário da nutrição é altamente especializado, composto de dados objetivos sobre a gestante, sua alimentação e nenhum dado sobre seus gostos e motivações. Isso é reforçado pelo discurso da nutricionista quando afirma, convictamente, que não indaga sobre as preferências alimentares da adolescente. Há o compromisso em identificar o nível nutricional, a dieta apropriada, mas exclui-se o sujeito. Essa observação vale para as anotações de todos os especialistas, incluindo o da psicologia, que além de demonstrar uma incompatibilidade com a estrutura do seu formulário específico, utiliza muitas siglas, simplificações e revela uma visão estereotipada da gestante ao abusar do uso da palavra “normal”. Faltam, igualmente, indagações sobre a subjetividade das jovens, seus interesses, contexto familiar, projetos para o futuro, questões essas suscitadas nas perguntas do formulário.

Nenhuma anotação reproduziu textualmente alguma fala da gestante, ou fragmentos de seu discurso, o que sugere que essa não seja valorizada como referência para se construir um trabalho pautado na promoção do protagonismo desses sujeitos,

uma visão não hierarquizada, de compartilhamento de dados, de informações, inclusiva de saberes, interrompendo a visão dos especialistas, fragmentada e binária.

Quanto ao comportamento dos profissionais do ambulatório de pré-natal do HMON observa-se que a relação é ainda mais distanciada do prontuário e de sua missão de comunicar, informar e ter um registro com valor jurídico do que os profissionais do CEAMA.

Envolvidos em uma lógica organizacional muito diversa, que pode ser identificada pela maneira como elaboram o prontuário, ou seja, o profissional do ambulatório é o mesmo que atende às gestantes na internação, prevalece o prontuário hospitalar único na forma de apresentação, sob a hegemonia da linguagem médica.

Nas anotações referentes ao acompanhamento ambulatorial, reforça-se a invisibilidade da enfermagem e preservam-se os gráficos da nutrição. Esse caráter de anotações sucintas, baseadas em sinais protocolares da observação clínica acaba por estabelecer uma hegemonia que valoriza o sintoma em detrimento do sujeito.

Como o HMON é considerado uma instituição de referência para gravidez de alto risco, até compreende-se que o olhar da equipe de saúde para a excepcionalidade do sintoma, para o signo do desfecho indesejável, para que se corrija o trajeto em tempo hábil e salvar vidas.

Entretanto, pergunta-se, o que explica o fato das anotações dos profissionais de outras categorias que compõem a equipe de saúde serem realizadas à parte, no isolamento de cada especialidade?

Não estamos afirmando que não há contato ou diálogo entre os profissionais da equipe de saúde. Entretanto, podemos dizer que esse diálogo não se dá através do

prontuário. E que o prontuário não cumpre a missão que é de estabelecer essa relação entre sujeitos, sejam eles profissionais ou usuários/clientes, referindo-nos à clínica enquanto processo coletivo, que permita a construção do inédito a cada ação.

Segundo a proposta do Humaniza SUS¹⁴⁹, *o prontuário transdisciplinar na saúde estimula e fortalece o trabalho em equipe e o diálogo entre profissionais, favorecendo a troca de conhecimentos, inclusive com os doentes e familiares.* (2004:6)

Uma afirmativa, aparentemente, simples, mas que no desdobramento cotidiano das práticas instituídas nos serviços ambulatoriais aqui analisados, trata-se de um processo a ser iniciado.

O que observamos é que, sob a riqueza dos dados, subjaz uma visão fragmentada da prática clínica, simplificada, reduzida muitas vezes à siglas, taxas e gráficos. Apesar de serem equipes multiprofissionais, as anotações nos prontuários e a forma como são realizadas reforçam uma lógica hierárquica e especialista do atendimento às gestantes. Preocupado em reafirmar sua identidade de especialista, gera-se um discurso dissociado do próprio texto. Isso acontece quando identificamos que os profissionais, apesar de anotarem nos respectivos prontuários que a maioria das gestantes deseja a gravidez, evitando ou “se despreocupando” do uso de contraceptivo, reiteradas vezes sugerem na sua fala que as mesmas desconhecem a maneira correta de utilizá-los e intensificam propostas educativas sobre o uso de métodos contraceptivos.

Vale ressaltar que o conhecimento de métodos contraceptivos é da maior importância, mas de maneira alheia às motivações da população de adolescentes corre o risco de se tornar inócuo e desrespeitoso. No CEAMA, durante um breve diálogo na sala de espera o que mais aparecia eram dúvidas sobre o parto, o medo do parto e também questões sobre a internação na maternidade do hospital, o que acabou

resultando, em conjunto com a enfermagem da maternidade, numa atividade de visitas guiadas à enfermaria. Uma psicóloga do HMON, ao ser indagada sobre como entendia o seu trabalho na instituição, fez considerações muito significativas e esclarecedoras, quando diz que:

...às vezes, quando propomos um grupo para as gestantes, fico me perguntando se estamos entendendo mesmo o que essas jovens querem. Penso que temos que entender melhor o desejo delas e não ficar propondo apenas aquilo que nos interessa...

No nosso entender, esses são apenas exemplos da ausência de uma prática ambulatorial integrada, transversal, revelada na análise dos prontuários das duas instituições.

A prática dos registros do CEAMA, apesar dos desvios e distorções, aporta uma densidade e diversidade de informações relevantes sobre as usuárias que, em lugar de atrair os profissionais para o contínuo processo de reflexão sobre a clínica que se pratica e aquela que se quer, adormece no silêncio das prateleiras, numa ordem classificatória que não se recicla. Prática essa, que se furta ao diálogo no sentido de novas construções teóricas, administrativas e gerenciais coletivas.

Na prática de registros no ambulatório de pré-natal do HMON não há, atualmente, qualquer espaço específico para a gestante adolescente, o que dificulta ainda mais que o prontuário cumpra seu papel vocacional de ser um instrumento de registro, de comunicação e de estabelecimento de relações éticas entre os atores envolvidos.

O que foi observado revela que a instituição do prontuário único, válido para assistência pré-natal e, também, acompanhamento na internação, tende a obedecer a

lógica organizacional médico centrada, onde os outros profissionais que compõem a equipe de saúde tendem a desaparecer no emaranhado de siglas, índices e taxas.

Ressaltamos que os prontuários, enquanto relatos de práticas dos profissionais de psicologia, assim como dos profissionais médicos da equipe de saúde, podem estar indicando o esgotamento de um modelo de prática de assistência idealizada pela clínica convencional. Segundo ela, os objetivos escapam à lógica de uma prática coletiva em saúde e ficam à margem dos propósitos de interatividade, de produção de subjetividade e de saberes coletivos em saúde que transitam na contramão do agir comunicativo e dos princípios de humanização do SUS.

VI. O DISCURSO DOS PROFISSIONAIS: SENTIDOS E SIGNIFICADOS

Sentidos e significados sobre a adolescente grávida a partir dos relatos dos profissionais de saúde: análise das entrevistas

Esse capítulo vai abordar os significados, sentidos e conceitos atribuídos à gravidez na adolescência (GA) e à adolescente grávida a partir dos relatos dos profissionais de saúde que trabalham nos dois serviços selecionados: CEAMA e HMON.

Considerando a pesquisa social, Hughes¹⁵⁰ afirma que o significado está profundamente vinculado à linguagem, não apenas como sistema de regras gramaticais e sintáticas, mas como interação social. O autor se refere a Austin quando este afirma que a linguagem não apenas relata a respeito do mundo, mas é, ela própria, executante de ação nesse mundo.¹⁵¹

Ao conceituar linguagem e significado nas ciências sociais, o autor destaca cinco pontos: o primeiro é que a realidade não pode ser concebida independente dos conceitos lingüísticos; o segundo, tudo o que se refira à realidade social é construído através do uso da linguagem, sendo modos de relacionamento social; o terceiro, linguagem e significado não são coisas subjetivas de caráter particular, mas são constituídas pública e intersubjetivamente; o quarto, os significados recebem seu sentido de um *background* formado por contexto e interpretações utilizadas pelos falantes da linguagem nas ocasiões em que os elementos da linguagem são usados; e por fim, o quinto ponto diz que as disputas que surgem relativas às ações sobre a realidade social, não são deficiências originárias da linguagem natural ao expressar nossas idéias,

mas constituem uma característica da própria realidade social, sendo parte da natureza desta enquanto uma ordem moral.

Portanto, significado, sentidos e conceitos são elementos constitutivos da ação de comunicar e compartilhamos com Watzlawick et al¹⁵² o entendimento de que a comunicação não se dá somente através da palavra, mas também através de gestos e de comportamentos. Entretanto, ao utilizarmos a análise do conteúdo dos discursos dos profissionais a partir das respostas dadas a um roteiro semi-estruturado estamos enfocando a palavra, a linguagem falada como a ferramenta de comunicação entre sujeitos, que ao entrarem em interação emitem mensagens comunicativas, cujos significados é nosso objetivo interpretar.

Importante destacar nesse preâmbulo é o enfoque da linguagem como objeto de nossa análise. Estamos assumindo também, uma postura epistemológica, ao considerarmos a linguagem e o conhecimento criações-construções sociais e culturais. Linguagem e subjetividade são inseparáveis enquanto resultado de uma relação dialógica entre sujeitos, “uma forma de vida”, no sentido atribuído por Wittgenstein, e que ao analisarmos o conteúdo dos discursos dos profissionais, estaremos contribuindo para a reflexão, a reorganização de significados, sentidos e conceitos com o intuito de fomentar o debate sobre as lógicas subjacentes que sustentam suas práticas.

Aquilo que nos interessa nesse momento é a contribuição da linguagem para nossa tarefa de interpretar as falas dos profissionais a partir dos significados e dos sentidos atribuídos.

Para Wittgenstein a relação entre linguagem e formas de vida é definitiva para seu conceito de “jogos de linguagem”. Seguem algumas concepções do filósofo da pragmática sobre o tema, em sua obra *Investigação Filosóficas*¹⁵³:

§7...Chamarei de “jogo de linguagem” a totalidade formada pela linguagem e pelas atividades com as quais ela vem entrelaçada.

§19...Representar uma linguagem equivale a representar uma forma de vida.

§23. Mas quantas espécies de frases existem? Porventura asserção, pergunta e ordem. Há inúmeras de tais espécies: inúmeras espécies de empregos do que denominamos “signos”, “palavras”, “frases”. E essa variedade não é algo fixo, dado de uma vez por todas; mas podemos dizer, novos tipos de linguagem, novos jogos de linguagem surgem, outros envelhecem e são esquecidos...

A expressão “jogo de linguagem” deve salientar aqui que falar uma língua é parte de uma atividade ou de uma forma de vida.

§43.... O significado de uma palavra é seu uso na linguagem.¹⁵⁴

Portanto, o entendimento entre os sujeitos depende do contexto em que se dá a comunicação e implica que eles façam uso das regras inteligíveis e aceitas entre eles.

Para a pragmática, comunicar é função intrínseca da linguagem.

Entretanto, segundo ele, não são os valores absolutos que determinam nossas ações, mas sim a linguagem e as formas de vida. A questão do entendimento social sobre valores e formas éticas de convivência tem também focado a questão da ideologia, um conceito muito utilizado como referência para análise dos discursos e do conteúdo, na busca dos substratos que lhes dêem suporte e realimentem sua reprodução social.

Classicamente, a partir de Marx, ideologia tem sido definida, por um lado em sua função valorativa, normativa, diretiva correspondente aos interesses de um grupo ou classe dominante numa sociedade e, por outro, a ocultação desta função e de sua origem, produzindo-se uma ilusão de objetividade que de resto é indispensável para que a ideologia exerça sua função diretiva.¹⁵⁵ Para Marcondes¹⁵⁶, sob esse aspecto, a linguagem apresenta-se como instância autônoma, como meio até certo ponto transparente. Do ponto de vista da pragmática, diz ele, essa relação poderia ser pensada de outra maneira, ou seja, a linguagem enquanto uma prática social concreta, e as relações sociais que a pressupõem e que a constituem não são nem simples e nem aparentes.

Então, podemos supor que, uma análise de conteúdo das falas dos profissionais pode ter o pressuposto de que tais falas, os termos utilizados, os sentidos atribuídos podem ser assim consideradas uma prática social concreta e que as relações sociais, os valores e as formas de vida não são simples e nem aparentes e que é nossa tarefa, explicitar. De outro lado, vale questionar também, em que medida essas práticas são expressões dos discursos oficiais vigentes na saúde pública.

Thompson,¹⁵⁷ ao abordar a relação entre ideologia e reprodução social, critica as simplificações presentes nas propostas do que ele denomina *teoria geral da reprodução social organizada pelo estado e legitimada pela ideologia*. Para Thompson:

*A reprodução social requer não apenas a reprodução das condições materiais da vida social, mas também a reprodução de crenças socialmente partilhadas – isto é, ela exige a provisão contínua e a renovação das formas simbólicas que são, até certo ponto, socialmente partilhadas e que servem, até certo ponto, para moldar as ações e as atitudes dos indivíduos.*¹⁵⁸

Vale considerar que o elemento que dá suporte às formas simbólicas é a linguagem e é ela também, que pode garantir tal renovação. Segundo Thompson: “*as próprias regras foram moldadas para se ajustar aos papéis escritos pelos indivíduos, no que ele denomina o grande jogo da reprodução social*”.¹⁵⁹

Creio então, que o que poderíamos acrescentar às considerações de Thompson sobre formas simbólicas, valores e crenças, são as diversas formas de linguagem. Quando analisamos as falas dos profissionais, esse é um aspecto importante a ser considerado, no sentido de identificarmos valores e crenças compartilhados em suas mensagens e as vicissitudes deles decorrentes.

Entendemos também, como propõe Deslandes¹⁶⁰, por um lado cada serviço de saúde conta com um contexto organizacional próprio, sua cartografia singular de interações. Por outro, esses serviços estão inscritos num sistema médico cujo contexto é organizado a partir de uma lógica hierárquica, centrada na biomedicina, e influenciados por duas racionalidades intrínsecas: a cultural e a social. Ela aborda ainda um terceiro aspecto, que dá contornos às “formas de vida” nesses serviços, que são as formações profissionais. Segundo ela:

*Uma profissão é organizada em torno de um corpo especializado de conhecimentos (capacidade) adquiridos de forma regulada que,... envolve uma organização que mantém sob controle o campo de atuação, protegendo-o da incursão de outros praticantes não reconhecidos e garantindo o monopólio de seu conhecimento.*¹⁶¹

Observa-se, no texto, a identificação de um movimento corporativo das lógicas profissionais, no sentido da manutenção e controle na delimitação do campo de práticas e na apropriação das linguagens especializadas.

Da mesma forma, o discurso dos profissionais pode denunciar a prevalência da lógica das especialidades sobre a dinâmica do espaço, temporal e lingüística. Pode denunciar, também, a direção em que as regras das políticas públicas se impõem sem, declaradamente, incluir a participação dos sujeitos envolvidos. A pergunta é: sobre quais transversalidade e articulação entre gestão e atenção no processo de produção de saúde estamos falando?

Do ponto de vista da pragmática, a reflexão de Marcondes sobre um possível sentido da ideologia aporta uma visão inquietante. Escreve ele:

*A ideologia pode ser definida, portanto, como um falso consenso, ou uma situação de discurso distorcida, em que falante e ouvinte não se encontram em posição igual ao acesso às regras. Este falso consenso deve, no entanto, manter a aparência de um verdadeiro consenso, o conflito existente nessa assimetria deve ser ocultado, para que a aparência de comunicação se mantenha e o efeito ideológico se produza. É nesse sentido que podemos considerar que a ideologia opera no discurso de forma implícita.*¹⁶²

Portanto, a decisão de promover uma ou outra **ação social**, subdivididas em **estratégica ou comunicativa** como propõe Habermas, vai depender da disposição dos sujeitos sociais envolvidos em questionar suas práticas comunicativas e também, das condições sociais existentes.

Para o autor, qualquer pessoa que pretenda desenvolver uma atitude comunicativa deve participar do processo através do qual se procura chegar a um entendimento, não podendo evitar apresentar as seguintes pretensões de validade:

- a. *Enunciar de uma forma inteligível;*
- b. *A dar ao ouvinte algo que esse compreenderá;*

- c. *A fazer-se a si próprio, desta forma, entender;*
d. *A atingir o seu objetivo de compreensão de outrem.*¹⁶³

O objetivo de se obter um entendimento é o de chegar a uma concordância e essa depende do reconhecimento das quatro pretensões de validade, quais sejam: compreensibilidade, verdade, sinceridade e acerto. Os estados típicos da comunicação humana situam-se em áreas difusas, onde se observa falta de compreensão, má interpretação, falta de sinceridade intencional ou involuntária, discórdia aberta ou dissimulada, o que sugere que chegar ao entendimento é um processo trabalhoso, que exige de falantes e ouvintes pretensões de validade construídas e mutuamente reconhecidas.

Está claro que não estamos propondo que essa opção seja realizada sem divergências. Entretanto, dela vai depender a fluência dos processos no sentido do agir comunicativo, da força consensual dos processos linguísticos de se buscar entendimento, ou caso contrário, no sentido de se recorrer e perpetuar planos de ação estratégica, em que as regras do jogo são ocultadas permitindo que os jogos de influência sejam estabelecidos apenas entre poucos agentes.

Sob a perspectiva das considerações de Habermas e do ponto de vista da pragmática, precisamos perguntar que agentes de ação social são protagonistas dessa prática: aqueles que se sentem comprometidos com a vocação da ação comunicativa da linguagem ou aqueles que vão limitá-la à ação puramente estratégica? Nosso interesse, supondo-se a linguagem como uma prática social concreta, é entender as relações sociais que a pressupõem e que a constituem, que não são nem simples e nem aparentes.

Iniciaremos a análise das falas dos profissionais pela explicitação dos eixos temáticos agrupados:

Eixo I: concepções passadas e presentes sobre GA (perguntas 1 e 2);

Eixo II: motivações para a gravidez (pergunta 3);

Eixo III: temáticas de interesse das gestantes (pergunta 6);

Eixo IV: motivações e percepção do papel profissional (perguntas 4, 5 e 8);

Eixo V: papel das políticas públicas (pergunta 7).

1. EIXOS TEMÁTICOS

Eixo Temático I

Os significados da gravidez na adolescência antes e depois do trabalho ambulatorial com as gestantes

Quando perguntados sobre os significados da gravidez na adolescência antes de trabalhar no serviço, muitos profissionais usaram termos que sugerem perplexidade e assombro. Estes foram empregados com a força exclamatória peculiar às questões cujo sentido é da ordem do imponderável, do incontrolável, do adverso e, também da percepção do fenômeno marcada pela negatividade, entendida como evento perturbador e indesejável.

Podemos inferir, pelas expressões utilizadas, que a gravidez nessa faixa etária era percebida como algo que transcende à capacidade humana de objetivar, refletir e argumentar. Seguem algumas falas dos profissionais:

1. Eu achava que era um absurdo, grávida né, tão precoce e assumir muita responsabilidade que não lhe cabia.... (médica)

2. ...um horror, que toda menina que engravidasse ia ter a vida estragada, perder todas as perspectivas... (médica psiquiatra)

3. ...realmente, impacta....(nutricionista)

Outras expressões utilizadas denotam surpresa, além de uma grande preocupação, sugerindo uma avaliação muito negativa da gestante e do fenômeno:

1.....é sempre muito assustador...elas não sabem o que é aquilo....(enfermeira)

2....ah meu Deus tanta menina engravidand!..(enfermeira).

3....coisa preocupante, me assusta muito ainda...(assistente social)

4. ...é uma epidemia muito crescente.... (Assistente social)

Outras respostas denotam alienação, uma atitude aparentemente desinteressada, irreflexiva do profissional antes de trabalhar no serviço:

...eu nunca parei prá pensar..., não pensava nada, nada.

Todos os outros profissionais entrevistados afirmaram que a idade das gestantes que procuram os serviços tem diminuído com a exceção de uma médica que, contrariando as evidências estatísticas, observa que a idade até aumentou, atribuindo à mídia um papel educativo e transformador.

Estaremos identificando nessa análise, falas que indicam posições divergentes sobre o papel da mídia, ressaltando sua influência perniciosa à formação de crianças e adolescentes ao expor a nudez e a sexualidade.

Muitos profissionais recorrem a sua formação teórica para expor o que pensavam do fenômeno da GA antes de trabalhar nos respectivos serviços, fato que reforça nosso entendimento de que os interlocutores primordiais desses sujeitos são seus pares. Ao enfatizar as características negativas sobre adolescência como irresponsabilidade e imaturidade, compatíveis com as teorias do desenvolvimento hegemônicas vigentes no século XX, os discursos revelam que essas ainda exercem grande influência na formação dos especialistas e que coincidentemente ou não, também, predominam na linguagem do senso comum.

A seguinte resposta exemplifica essas observações.

Como eu sempre trabalhei voltada para a saúde, tive uma literatura muito voltada para a gestação..., a gravidez na adolescência é um conceito muito voltado ainda para que o adolescente está prematuro ainda, não tem responsabilidade....responsabilidade de conceito mesmo, de definir o que que é uma gravidez.(enfermeira)

Outros discursos reafirmam o viés da formação e recorrem à noção de adolescência associada a desequilíbrio e sexualidade incontrolável, assim como a motivações “inconscientes” para explicar o fenômeno:

...a gravidez eu acho que é uma coisa que não acontece do nada..., é um desequilíbrio que acontece, afinal de contas o que é adolescência? É aquele momento em que eles estão se achando adultos, mas não são. Estão com um corpo que pede mais que nunca uma sexualidade... tem uma coisa aí da ordem do inconsciente. (psicóloga)

Há falas que mantêm certo distanciamento didático, como interesse por “*estudar a feminilidade*”, enquanto acrescenta um interesse genuíno pela *escuta* ao adolescente, como revela a fala seguinte:

Na escola, enquanto fazia a formação, eu me encantei com a questão da psicologia da mulher,... estudar a feminilidade. E quanto à adolescente, insisto: o conceito de que essa faixa etária precisava ser ouvida.... e foi a partir daí que me despertou o interesse por escutar...(psicóloga)

Outros discursos denotam uma atitude crítica da formação que recebeu:

Minha formação sempre foi o atendimento a mulheres e desde sempre acompanho adolescentes grávidas... a gente tem uma visão anterior...distorcida do que depois a gente encontra...a gente acha que a adolescente engravida e que a gravidez não é desejada de forma alguma, é um acidente de percurso...que ela é descuidada...e que ela se acha onipotente...a gente tinha todos esses estereótipos da nossa formação. (médico)

Há também as visões que podemos definir como “catastróficas”, que associam gravidez à contravenção e violência a *status* e a uma enorme carência social e econômica como nas seguintes falas:

...é status ser mulher de traficante... é muita carência...muita desgraça junta e eu me sinto sugada. Me cansa,... apesar de eu trabalhar com prazer. (médica)

Trata-se, geralmente, de uma generalização de situações específicas vividas por algumas gestantes, mas que fazem parte das crenças pessoais do profissional. Em minha experiência clínica de 30 meses no ambulatório do CEAMA encontrei poucos casos em que as gestantes tivessem envolvimento com parceiros infratores. Nesses casos, não havia orgulho do pai do bebê estar envolvido com o tráfico de drogas ou qualquer outro delito. Algumas, que tinham os parceiros presos, estavam muito apreensivas em relação ao futuro da relação do casal e da condição de paternidade.

Outros discursos destacam que a solidão das gestantes e as carências podem ser compensadas com a chegada de um filho.

...são meninas,... são muito carentes...e de repente era a única coisa que elas teriam delas mesmas. Elas não têm onde dormir,... não tem o que comer, não tem assim uma saúde boa...uma esperança de um estudo mais prolongado, não pode desejar ir a um shopping e fazer coisas diferentes... (nutricionista)

A partir das respostas dos profissionais, entendemos que antes de trabalhar com gestantes adolescentes, a grande maioria tinha uma percepção negativa do fenômeno enquanto indesejável, resultado de desequilíbrio emocional e sexual, marcada pela idéia de adolescência como fase problemática da vida e, no caso da população de gestantes usuárias do SUS, também percebidas como reféns de muita carência social e econômica. Outros profissionais já revelam uma concepção crítica de sua própria formação.

Através da fala dos profissionais observamos uma tendência a adotar uma visão hegemônica, estruturante de um campo ideológico, impermeável a outros discursos percebidos como “conflitantes”, como é o caso do discurso das gestantes sobre o desejo da gestação. Postura que denota uma tendência discursiva generalizante, em que pese o

fato de encontrarmos vozes discordantes que apontam para a possibilidade de se construir uma prática de agir comunicativo como procedimento corrente.

Ao compararmos essas primeiras respostas, às respostas dadas a nossa segunda pergunta que indaga sobre a mudança ou não de conceito, após iniciar o trabalho com adolescentes grávidas, alguns profissionais relatam que reviram sua visão anterior.

Entretanto, a maioria afirma que seu modo de pensar e de encarar a GA não mudou.

Essa constatação sugere que o trabalho nos respectivos serviços não estimulou reflexões inovadoras quanto à percepção do fenômeno. Isto nos leva a supor que nem o contato com a população de gestantes, nem a convivência com a equipe de saúde exerceu influência significativa sobre as concepções prévias, o modo de pensar, de encarar a GA da maioria dos profissionais. Como podemos identificar nas próximas falas, quando alegando os mais diversos motivos entendemos que estes conservam a lógica inerente à formação profissional consoante com a lógica das políticas públicas focadas na contracepção, de restrição com respeito à sexualidade e reprodução.

Esse fato reforça nossa compreensão de que face às considerações de Habermas sobre ação comunicativa, identificamos o predomínio da linguagem da ação estratégica na relação profissional-gestante, onde as assimetrias sociais raramente são foco de questionamento da equipe técnica.

Observou-se, com frequência entre os profissionais de psicologia, o argumento das motivações “inconscientes” de referencial psicanalítico, para explicar a gravidez, como exemplifica a seguinte fala:

É uma problemática que é atual, era de ontem e é de hoje, atual... mas naquela época a gente percebia a angústia da adolescência, principalmente: como me confrontar com a minha família, já que eu tô sendo uma transgressora, eu engravidei sem o consentimento dos meus pais...a minha mãe que vai cuidar, é como se fosse um trabalho chamado de reparação pela transgressão, porque a medida em que eu dou o prêmio pra minha mãe, ela me desculpa pela falta que eu dei...

Há uma recorrência ao argumento da gravidez da adolescente fruto de conflito familiar edípico, que supõe uma dinâmica estrutural que oscila entre culpa e reparação, para justificar a não mudança de significado. Precisamos admitir que, em nosso meio, os conflitos familiares fazem parte da realidade cotidiana de inúmeras famílias. Em algumas delas, eles podem ser determinantes do desejo pelo filho, componentes de um imaginário de autonomia. O risco que se corre com a generalização, são as cristalizações de preconceitos que restringem o olhar sobre as singularidades emergentes.

Não mudou não... é a família da gestante... um padrasto que não transita bem na família...a mãe não soube administrar bem essa situação do padrasto e você percebe que elas querem zarpar de casa...zarpam da casa através da gestação...

Vale à pena ressaltar que a temática das motivações inconscientes está subentendida em grande parte das respostas dos profissionais de todas as áreas abordadas nessa tese. Implícito nas falas que a gravidez é consequência de motivações que não são e, aparentemente, não podem ser “conhecidas” ou “entendidas” pelos sujeitos. Portanto, a questão do desejo da gestante pela gravidez, ou mesmo a sua rejeição, são interpretados como se estivesse fora do campo consciência e da linguagem, que destacam uma visão de sujeito cuja ação estaria desvinculada de sua capacidade de subjetivação.

O argumento seguinte reforça as concepções de despreparo e, também, sugere a inexistência de uma prática de atenção mais articulada intra-equipe de saúde:

O conceito que eu sempre tive foi esse: o despreparo, a falta de informação, falta de diálogo entre pais, professores,... acho que hoje nós não temos o trabalho efetivamente como nós tínhamos anteriormente...

Profissional de enfermagem reitera o argumento de que o conceito que tinha sobre GA, foi “reforçado”. A fala, também sugere atribuição de culpa à “liberdade sexual” das mulheres, precocidade sexual e biológica que estariam colocando as jovens em situação vulnerável à gravidez, somadas a uma atitude de descuido por parte das adolescentes. Em nenhum momento, os homens são implicados com respeito à prevenção, como podemos observar na fala seguinte:

Reforçou, sei lá!... Eu achava que era precoce e a gente vinha dessa forma acompanhando que as meninas estão engravidando cada vez mais cedo, até porque estão ficando menstruadas mais cedo... a liberdade da mulher em termos da sexualidade... o exercício da sexualidade está começando mais cedo...conhecem todos os métodos mas na hora H...na primeira relação sexual, eles não usam os métodos.

Outras falas utilizam o recurso de comparar o comportamento dos jovens oriundos de diferentes classes sociais, revelando a percepção bastante correta do fato das jovens pobres sofrerem de muitas carências de oportunidades como nos exemplos seguintes de falas de dois profissionais do CEAMA:

...é o sonho dela porque não tem opções... a gente vê claramente que elas não tem alguma coisa pra fazer, não tem lazer, muitas estão fora

*da escola. Na classe mais favorecida essas coisas não acontecem, né?
Tem muitas oportunidades, né? (assistente social)*

Contudo há profissionais que divergem desta visão, reconhecendo que o fenômeno pode ocorrer em diferentes classes sociais. O que também, é fato.

...eu vejo que isso acontece não só com as meninas carentes, acontece também com as meninas de classe média,... que tem até probabilidade de ter estudo, do pai poder dar uma outra oportunidade... (nutricionista)

Discursos divergentes, por um lado reforçam nosso entendimento de que se trata de fenômeno muito complexo e que às generalizações se interpõem muitas exceções. Observou-se que profissionais que trabalham no mesmo serviço, apresentam interpretações opostas sobre o mesmo fenômeno, aqui de novo, indício de que não há diálogo, nesse caso, conceitual, entre os integrantes da equipe. Se tomarmos por referência o princípio da transversalidade, proposto no programa de humanização da assistência do SUS, definindo transversalidade como as concepções e práticas que atravessam as diferentes ações e instâncias no sentido de ampliar o grau de abertura da comunicação intra e inter grupos, podemos supor que este tem sido sistematicamente excluído da prática profissional das equipes pesquisadas.¹⁶⁴

O discurso de que não é por falta de informação que as jovens engravidam, mas sim por “falta de disciplina”, sugere uma concepção normativa do comportamento. Esclarecemos que, não estamos duvidando que a ausência de hábito no uso do contraceptivo não se constitua um problema. Essa é uma dificuldade comum às pessoas

que, em qualquer idade, necessitam criar uma rotina medicamentosa. Sabe-se que, a aquisição de um hábito necessita encontrar ressonâncias motivacionais que envolvem o grupo social, a subjetividade e a inter-subjetividade, igualmente.

...a gente sempre pensa que é falta de informação, acha que elas são muito desorientadas,... Depois você descobria que ela é orientada, mas elas não fazem uso dessa orientação... não criam o hábito de tomar remédio no dia certo, na hora certa...(enfermeira)

Le Van fazendo referência a alguns estudos sobre comportamento contraceptivo na França cita estudo de Leridon,¹⁶⁵ que diz:

“o contexto sócio-demográfico (definido pelo grupo social e a idade) influencia a decisão contraceptiva dos casais conforme um mecanismo descrito por Bourdieu como um “tipo de sentido de orientação social”; os casais (ou as mulheres) escolhem de preferência um método contraceptivo conforme uma norma prática, a um ‘ethos’ próprio do seu grupo social.”

No mesmo texto, Areni et al¹⁶⁶ afirmam que:

“a atitude favorável aos métodos anticoncepcionais eficazes e sua utilização de fato se associa à rejeição de um modelo tradicional de mulher. Quanto mais alto o grau de tradicionalismo, mais mulheres recorrem ao método do coito interrompido...É a pílula que entre todos os métodos confiáveis, representa na média os métodos anti-traditionalistas.”

Dos relatos que identificaram mudanças significativas no conceito de GA, alguns identificaram que foi um desafio ao conhecimento teórico, desafio a uma maior qualificação profissional, como as falas seguintes:

No momento que passei a trabalhar diretamente com esses adolescentes, com certeza mudou muito meu conceito, a ponto de eu falar aquele verso: “só sei que nada sei”, de Sócrates... tentei interagir, voltei de novo a estudar, a participar de reuniões, palestras... (enfermeira)

Ah, mudou! Agora eu tenho mais cuidado, mais cuidado teórico... me aprofundei, fui ler trabalhos acadêmicos, me qualificar...reformular alguns conceitos. (assistente social)

Destacamos também, que encontramos profissionais que passaram a dar mais importância à subjetividade da gestante, a desenvolver uma escuta diferenciada de seus relatos. Em certos casos, há um claro interesse pelas condições sociais e históricas que configuram o cotidiano das adolescentes e um entendimento mais cuidadoso sobre as determinações das escolhas feitas por esses sujeitos; e que levam esses profissionais a manter um distanciamento respeitoso em relação às diferentes falas, podendo considerar até o fato de inverterem papéis com as usuárias, colocando-se no seu lugar e desenvolvendo uma atitude mais flexível em relação à própria vida. Esta prática gera, em suma, a possibilidade de se construir uma relação de respeito à autonomia dos sujeitos; primeiro passo para o reconhecimento diferentes motivações, abrindo espaço para o “agir comunicativo”.

A diferença é que não é bem assim. Muitas engravidam porque querem engravidar, muitas porque o social, pai, mãe, não explicam, outras não tem pai, não tem mãe, cada uma tem um problema diferente da outra,... acho que fiquei até mais maleável na minha vida com meus filhos que hoje são adolescentes. (enfermeira)

Identificamos também, o reconhecimento do desejo da adolescente de constituir família a partir de uma escolha consciente, uma atribuição raramente observada na fala dos profissionais em relação às gestantes:

Primeiro você começa a perceber que não tem a ver com descuido na maior, em grande parte dos casos,... tem muito a ver com querer mesmo, os adolescentes que se dizem casados, “é porque é meu marido”, enfim, já constituindo uma família na adolescência,... umas dizem “eu queria engravidar”, outras dizem “que bom que eu não engravidei antes, pois a maioria dos homens eram traficantes, e agora fui engravidar do meu marido”, já com 19, 20 anos...tem uma questão de escolha. (psicóloga)

E, também, o entendimento de que a gravidez tenha significados positivos para a gestante junto a seus pares, familiares e comunidade, apesar de dar a impressão de gravidez como forma de compensar problemas e não como afirmação de um valor socialmente construído:

A primeira impressão a gente diz que não foi planejada,... mas ao engravidar, ao conversar com a adolescente a gente vê que a gravidez foi muitas vezes desejada e aquela adolescente que tem a auto-estima baixa, engravidando melhora a sua auto-estima porque a família começa a olhá-la com melhores olhos e na comunidade ela é mais respeitada por estar grávida. (médico)

O reconhecimento do valor afirmativo e socialmente construído da gravidez para as adolescentes assistidas no serviço.

Mudou, mudou, porque eu acho que esse é um conceito da gente (que gravidez é pra adulto)... Os projetos são diferentes, às vezes o

projeto é sair de casa, é ter um marido, é ter uma família, é ter filhos... Essa gravidez pra ela é muito bem-vinda e não representa o que pra gente representa um grande desastre. (médica-psiquiatra)

Complementada com uma fala que denota sua sintonia com as qualidades do cuidado, apesar da pouca idade dos pais:

Outro dia tinha uma gestante de 12 anos no projeto Canguru. O bebê nasceu prematuro e o pai dele era um garoto. Quando eu olhava eram três: duas crianças brincando de boneca. A gente pensava que eles não iam cuidar, mas cuidaram. O pai chegava com uns bonês engraçadíssimos e entrava na UTI Neonatal com a camiseta assim “Eu sou o Gostosão”, ou então: “Todas as mulheres gostam de mim”. Essa coisa bem erótica,... e a enfermagem inteira ficava olhando, no entanto ele tava lá presente, com ela, cuidando do nenê.

O profissional observa a desconfiança da equipe diante do comportamento diferente dos jovens, reconhecendo nos pais adolescentes pessoas cuidadosas e amorosas.

Esta fala é muito oportuna quando se trata do estranhamento em relação à maneira como as gestantes e seus parceiros se comportam e se vestem; modismos ou gírias utilizadas.

Aparentemente, incomoda muito aos profissionais e à administração dos hospitais públicos a maneira despojada, até desinibida das gestantes se apresentarem, que em lugar de ser entendido como uma estética, uma linguagem, “uma forma de vida” diferente, com outros referenciais locais, é interpretado como falta de respeito ao ambiente do hospital, gerando comentários e regras preconceituosas e até humilhantes das usuárias.

Outro profissional, que também afirma que seu conceito foi mudando a partir da assistência à gestante adolescente, faz comparações entre culturas de saúde pública vigentes no Brasil e em outros países:

Não tem como julgar o que não depende só de você,... há 20, 30 anos era um caos, agora não, agora é natural assumir a responsabilidade de criar um filho... Elas chegam aqui felizes da vida, muito pouco constrangidas. (médica)

E compara:

Li que na Inglaterra a saúde do adolescente e a gravidez é um problema de saúde pública, portanto é universal e não está só relacionado à pobreza...mas nos países desenvolvidos há mais facilidades como, por exemplo, ter acesso ao aborto. Atendi uma moça francesa aqui no ambulatório que veio estudar filosofia aqui no Rio. Aos 17 anos ela engravidou na França e fez aborto legal e continuou a vida dela. Aqui no Brasil o aborto é proibido e eu pergunto para a gestante o que é preventivo? O que é planejamento familiar? E ela não sabe... Ah!...tão difícil!

Esse foi o único profissional que, espontaneamente, ao introduzir a temática do aborto, não condenou sua prática pela saúde pública. Aparentemente considerou-a importante e necessária nesse universo.

Eixo Temático II

Motivações para a gravidez

Nesse eixo analisamos quais os motivos, no entender dos profissionais, levam às adolescentes a engravidar e quais os temas importantes para se abordar com a adolescente grávida.

Sobre os motivos atribuídos ao ato de engravidar na adolescência, observamos que os profissionais do CEAMA divergem bastante entre si, enquanto os profissionais do HMON têm opiniões mais convergentes.

Inicialmente, iremos abordá-los separadamente, para dar mais clareza às interpretações. Logo, prosseguiremos com a análise das falas dos profissionais do CEAMA.

Observa-se que, nem sempre os motivos são reconhecidos como tais, dando a entender que alguns profissionais não estão sintonizados quanto ao significado de “motivos”. O seguinte discurso sugere o entendimento de que “motivo” é algo sempre pensado, ou seja, planejado.

Eu não vejo motivo para engravidar. Eu vejo assim o que elas relatam pra mim:

-Ah! Eu engravidei porque a minha menstruação atrasava sempre,... São poucas aquelas que pensam engravidar. A maioria diz assim: eu troquei de medicamento e engravidei!...- a outra diz: não eu venho tomando pílula e pararam, engravidei! Sabe?... (assistente social)

Como se vê, algumas falas não qualificam o discurso da gestante no sentido de valorizar a informação recebida e não buscar os significados subjacentes.

Outras já reconhecem a diversidade de motivos e desconstroem falas que desqualifiquem as adolescentes:

Umam por falta de informação, outras engravidam porque querem, pra agredir o pai. Elas acham que vão prender o parceiro. Outras por “status na comunidade”. Outras pra sair de casa.(enfermeira)

A desqualificação do discurso das adolescentes exemplifica o argumento principal dessa tese de que quando os profissionais deixam de valorizar a fala, os argumentos das gestantes, perdem a oportunidade de estabelecer maior sintonia comunicativa entre os sujeitos. Perdem a oportunidade também de buscarem algum consenso possível como maneira de transformar a passagem dessas jovens pelo serviço numa oportunidade de reflexão e aprendizado sobre suas escolhas de vida.

Trabalhando no mesmo serviço, outro profissional de enfermagem, apesar da perplexidade, tem outro olhar, outro entendimento e parece ter uma escuta mais atenta relativa ao discurso do “desejo” das gestantes:

O que elas dizem pra mim, na hora da minha consulta, na maior parte, é porque elas querem. Hoje mesmo as duas que eu entrevistei: “Eu quis”. (enfermeira)

Mas demonstra perplexidade:

...eu fiquei assim,... “Você quis?” “Quis”. Parou de tomar o remédio, quis engravidar, então na maior parte elas quiseram mesmo.

Identificamos também, o discurso da “falta”, ou seja, novamente fica subentendido que a falta de oportunidades, cuidados e de atenção foi o motivo propulsor da gravidez. Entendemos que essa é umas das hipóteses viáveis que podem dar sentido à escolha da gestação, não só na adolescência. Entretanto, estabelecer uma relação recorrente de causa e efeito sugere uma simplificação do fenômeno. Temos a impressão também, de que a partir da ênfase na quantidade de serviços melhore a qualidade da atenção. Entendemos que para melhorar a qualidade da assistência, faz-se necessária a disposição para ação comunicativa.

É a falta conhecimento, falta da promoção de saúde, é a falta de conversar, da família, da educação, e a própria Unidade de Saúde tem que voltar mais programas para o adolescente. São muito poucos. (enfermeira)

Há também, os discursos que sugerem motivações complexas envolvendo sentimentos latentes que levam ao descuido com as medidas contraceptivas identificando desde “sentimento de culpa” a “alegria ao engravidar”:

...a adolescente apriori ela sempre vai dizer, em 70 ou 80% dos casos, que não queria engravidar, mas a gente vê que não é bem assim... tem sentimento de culpa pela gravidez... mas muitas vezes tem sentimento de alívio e muitas vezes sentimento de alegria ao engravidar... então passa por essas questões... esqueceu de usar a camisinha, não tomou a pílula... porque será? (médico)

Essa fala sugere que a adolescente tenta, num primeiro momento, não confessar ao profissional e a si mesma, o que dá no mesmo, sobre o possível desejo latente de engravidar. A pergunta oportuna é, porque a gestante adolescente, muitas vezes não consegue falar sem tantas restrições sobre seu desejo? Mesmo que haja sentimentos de

culpa e conflitos, uma equipe de saúde deveria poder ouvir com mais atenção a fala da gestante, de tal modo que ela se sinta confortável em falar sobre isso. Culpa é um sentimento bastante universal e compreensível, nas situações que os sujeitos se percebem descumprindo as regras vigentes no seu meio social, ou mesmo discordando delas. A adolescente penalizada por sentimentos de culpa pode continuar reproduzindo o discurso que na sua percepção, o profissional parece querer ouvir.

Há ainda o argumento da negligência e da imaturidade, mas relativizado (*acontece com qualquer um...*) que tem muita probabilidade de ser compatível com a vivência dos adolescentes e de pessoas de outras faixas etárias também.

A gente tava falando da auto-estima, né? Nessas famílias problemáticas, sem estrutura,... casal jovem, começando a vida sexual cedo, conhecem os métodos...mas não se protegem, né? São negligentes,... são jovens ainda, adolescentes, imaturos e acontece com qualquer um. Vai engravidar! (assistente social)

Entende-se que, há uma razoabilidade nessa fala no que diz respeito às pessoas conhecerem os métodos e não se protegerem. Entretanto, generalizar termos como negligência e imaturidade associadas apenas a pouca idade e juventude, reproduz os estereótipos vigentes e reduz as possibilidades de entender as possíveis negociações sobre o uso de proteção, ou não, entre os parceiros.

Identificamos também falas cheias de pressupostos e afirmações, no mínimo, duvidosas, como: engravidar para ganhar o companheiro na competitividade do mercado amoroso, relações de poder do homem ao estabelecer regras enganadoras (“prova de fidelidade”, “transar sem nenhum método”) para realizar suposta escolha entre inúmeras parceiras sexuais e lei da oferta maior de mulheres e da procura menor

dos homens por parceiras, supostamente em função de interesse pela opção homossexual.

...o diálogo, falta o diálogo dentro da família,... dizem assim: “terminei o segundo grau, não precisa mais estudar”, entendeu? Eu acho também, que como nasce mais menina do que menino. Então temos mais meninas; morrem mais homens do que mulheres, então sobra mais mulheres,... a maioria já tá comprometido, tem uns que viram o outro lado da casaca, então eu acho que é um rapaz tipo assim, pra 15 meninas, aí é a dança das cadeiras. Quem conseguir pegar é a felizarda... Eles pedem prova de fidelidade e ela acha que fidelidade é se entregar... eles querem é transar sem nenhum método, e pensam “se engravidar eu vou botar prá correr”. Elas pensam: todo mundo me critica porque eu uso roupa usada “não tem nada, não tem nada, pelo menos o meu filho eu tenho”. (nutricionista)

No caso das respostas às motivações para a gravidez, a produção discursiva dos profissionais do HMON é mais afinada e convergente, principalmente com respeito à complexidade das motivações para engravidar, associando diferentes fatores existenciais das gestantes dentre eles, classe social, auto-estima, não planejamento da gravidez, status na comunidade, e pouca efetividade da escola em fixar o aluno:

Isso é tão complexo, não tem uma resposta pronta. Você pode pegar a menina de baixa renda que mora na favela que aí justifica que ela não tem auto-estima... a menina de classe AA, a auto-estima está... não sei são inúmeros fatores...nem sempre é falta de informação... é falta de conscientização...você conhece um monte de obstetra que engravida por acaso e dizem: “ih, não tava na hora, aconteceu” e tem dois, três filhos. Fico mais preocupada com as doenças. (enfermeira)

Algumas por romantismo, algumas para mudar de status. De acordo com a comunidade onde vivem, vão ter um status diferenciado... Algumas decidem mesmo, querem mesmo engravidar e se tornar mães, outras dizem que não querem parar de estudar,... mas o índice de repetência é muito grande. (nutricionista)

...são tantas coisas, tantas coisas,... desejo de ter um afeto, ela se sente sozinha,...uma necessidade de provar a própria feminilidade, dar um filho pro namorado...às vezes uma forma de sair de casa e buscar uma outra situação de vida. (médica)

Observa-se também nessas falas, mais tolerância ao “estranhamento” quando identificam os aspectos paradoxais das relações familiares das gestantes e permitem estabelecer as condições de se construir uma perspectiva não generalizante, de questionamento, de indagação sobre os determinantes psicológicos e sociais das escolhas dessas jovens e suas famílias.

...pensando nos casos que eu atendi aqui, meio que com a vida sem muito rumo, sem muitas perspectivas, sem uma estrutura familiar que possa dar sustentação... no grupo elas traziam muito essa experiência que quando engravidava, no geral, o pai era a figura que repreendia muito, chegava a colocar a possibilidade delas saírem de casa e a mãe meio que acabava que, não queria... mas cedia e até começava meio que a trazer certa felicidade a vinda desse bebê.... chamava a atenção como que, de uma “negação”, no início, de repente tava aquela avó pra cima e pra baixo, “porque meu netinho”, cuidando desse bebê. (psicóloga)

Muitos destacam os apelos sociais sobre a sexualidade, privilegiando o papel da mídia, interpretado nos aspectos negativos, “perversos” da propaganda e dos meios de comunicação, como no exemplo seguinte:

1. *Além da questão da sexualidade exposta, da questão social, curiosidade... a curiosidade... tem uma questão da mídia, de música, de vivência, de muita exposição à sexualidade...hoje você vê uma menina na rua sempre de shortinho...o tempo todo na televisão, se você perceber é sexualidade...há um apelo. Hoje em dia a criança é estimulada a isso... a criança que não souber é um bobo na sala de aula...(enfermeira)*

2. *...observo que a mídia tem explorado muito a sexualidade precoce. A gente passa na rua... e os cartazes de mulheres nuas são do tamanho da criança...a televisão, através da comunicação virtual, hoje as crianças podem acessar canais de pornografia, sem ter conhecimento da gravidade, porque eles são abandonados pelos pais das duas formas.(psicóloga)*

Ao perceber-se como pessoa conservadora, de outra época, ao descrever-se como “jurássica” e assume uma postura muito crítica em relação às mudanças no papel dos pais, especialmente da mulher na família, atribuídas à “modernidade”.

...eu acho que tem muito apelo sexual,... essa exploração do sexo muito imediato...às vezes eu me sinto assim como uma coisa meio “jurássica”...eu acho que as informações, as coisas são colocadas mais abertas...aí o desejo de experimentação...Nem tão antigamente assim as mulheres ficavam mais em casa, a vigilância. Hoje pai e mãe trabalham... e os filhos ficam mais soltos... É ausência dos pais,... essa coisa assim de ser modernos. (enfermeira)

A maior sintonia foi observada entre os profissionais do HMON não parece ser fruto do acaso, pois se trata de uma equipe que, em sua maioria, trabalha junto há

muitos anos, mas que também, tem uma história de práticas de discussão e articulação programática intra-equipe, possibilitando o desenvolvimento de uma maior sensibilidade para as práticas de ação comunicativa.

No CEAMA, que é considerado um serviço de referência para atendimento de gestantes adolescentes na zona oeste da cidade, fica a impressão que, na ausência da ação social comunicativa que pressupõe inter-subjetividade, diálogo, vigora a ação social estratégica, no sentido proposto por Habermas, de que poucos agentes articulados e influentes determinam as práticas do serviço.

Marcondes sugere que a natureza dialógica da linguagem está em que cada ato de fala, enquanto parte de um discurso, é como um lance de um jogo, sendo que cada falante supõe uma resposta como lance do interlocutor, caracteriza-se assim como uma tomada de posição do falante em relação ao ouvinte.¹⁶⁷

Ao analisarmos as falas dos profissionais, podemos nos perguntar, qual a vocação das práticas produzidas nos serviços pesquisados?

Se o desejo das gestantes é pouco reconhecido, se a adolescente é percebida como alheia ao seu contexto cultural, ou mesmo, que o contexto cultural é percebido apenas na sua precariedade conjuntural, que a gravidez é denunciada como algo não apenas indesejável, mas como um fenômeno quase da ordem do sobrenatural, irracional, pergunta-se: qual o diálogo possível se não se questiona as regras instituídas (estratégias), qual a possibilidade de se produzir subjetividade, discursos inovadores, compartilhamento de regras, autonomia dos sujeitos na produção da saúde, conforme os princípios do PNH?

Apesar de encontrarmos falas de profissionais, que referem uma escuta sintonizada com as condições materiais e subjetivas das gestantes, de modo geral, os

discursos sugerem que esses estão mais sintonizados com as falas de seus pares e suas próprias crenças e convicções do que com as crenças, convicções, dúvidas e angústias existenciais das gestantes.

O Eixo III

Temáticas consideradas importantes para abordar com as gestantes

Nesse eixo, as falas revelaram forte influência do viés profissional.

Ao iniciarmos pelos discursos das nutricionistas observamos que elas enfocam temas com respeito a hábitos alimentares. Entretanto, a maneira de abordar a questão diverge entre elas. A primeira parece assumir uma atitude mais pedagógica, didática, ao tentar se aproximar da linguagem das gestantes:

Quanto ao ganho de peso, elas têm essa preocupação, mas não se preocupam com o que estão comendo... têm que explicar que para ter um bebê “sarado”, para usar a linguagem delas para robusto,... Elas não querem, obviamente, ter um bebê ‘pequetinho’...Tem que explicar tudo, como o bebê se alimenta aí dentro pelo sangue do cordão umbilical, mostro gráfico de avaliação que nós temos para elas visualizarem que cada uma vai ter uma necessidade....Mas aí eu mostro uma tabela onde aparece se o IMC está adequado, mas a gente quer ver a evolução...em geral elas estão abaixo do peso e eu mostro que pode ganhar em peso e qualidade de alimentação.

Outra profissional assume uma atitude mais queixosa e autoritária:

Hábitos é, desde casa, mudança de hábitos... não é que a alimentação com mais fibras, que dê saciedade seja mais cara... é um alimento que custa até mais barato, o que elas não comem de folhas elas investem num refrigerante, elas investem num cigarro... Então olha só, esse refrigerante não vai existir, vai existir o iogurte, vai existir a fruta...e eu consigo que elas me respeitem.

Observa-se que o nutricionista não trabalha as motivações, as preferências, aborda conceitos mais genéricos relativos à função, o que deve fazer parte da alimentação saudável. O fato não deve ser considerado negativo ou de menor importância. Entretanto, ao optar por uma orientação normativa perde-se a oportunidade de construir uma parceria entre o profissional e a usuária, no sentido de atingirem metas negociadas.

Os profissionais médicos acentuam a questão da responsabilidade e da prevenção, supondo que a gestante adolescente tende, *a priori*, a ser irresponsável. Esta é, no momento atual das estratégias das políticas públicas, a tônica do atendimento à gestante adolescente. Acentuar as práticas na prevenção, no planejamento familiar para que a gestante não mais engravide.

...chamar um pouco à responsabilidade em relação ao momento que ela atravessa, que são duas transições sérias: uma transição da infância para a idade adulta e outra de ser mãe, porque ser mãe pra ela...é um grande impasse. Seria muito fácil se ela entregasse esse bebê pra mãe dela... e ela continuasse nos bailes da vida... nosso papel como profissional deve ser chamar à responsabilidade, tentar trabalhar planejamento familiar pra que ela não engravide logo em seguida...(médica)

Outros discursos fazem suposições que estigmatizam as gestantes, como baixa auto-estima, que “não amam o bebê”. Novamente, denota-se pouco cuidado com a subjetividade da adolescente.

A responsabilidade dela como mãe, que é uma vida que ela carrega ali dentro,... Muitas não amam o bebê,... prá se amarem mais, prá se tratarem, porque muitas tem a auto-estima lá embaixo...hoje tem muitas com HIV positivo. Acham que a gravidez é solução pra tudo e não é bem assim.... Eu abordo isso com elas... gravidez não é doença, você pode trabalhar,...e depois que o bebê nascer, deixar numa creche, voltar a estudar. Eu acho que... pra elas crescerem um pouquinho.(médica)

Identificou-se também, o discurso da “fragilidade” e das “carências”. Trata-se de um dilema recorrente, que se observa entre aqueles que trabalham com populações de baixa renda. Por um lado, a afirmativa de que não quer que a gestante se sinta excluída e por outro parece presa ao discurso estratégico que atravessa a escuta sobre seus anseios e expectativas. À distância, parece até um discurso honesto, correto e acolhedor, que encontra respaldo na realidade de muitas dessas adolescentes e suas famílias. Entretanto, corre o risco de ser entendido como um discurso de caráter normativo, que não privilegia a subjetividade, ou a construção de uma reflexão intersubjetiva com as gestantes sobre qualquer projeto de mudança que implique a busca de autonomia.

Primeiro eu me preocupo que ela não se sinta excluída, diferente do resto do mundo... Elas vêm aqui tímidas, envergonhadas... O que elas tem que fazer é continuar a estudar para dar melhores condições de vida pra ela e para o filho e um futuro melhor, que gravidez não é doença e que ela não tem que sentir vergonha. Que ela faça um planejamento familiar e que tenha uma segunda gestação com mais maturidade,... mais responsabilidade... ela tem uma visão muito romântica do que é ser mãe.(médica)

No que diz respeito à escolaridade, como já foi destacado no primeiro capítulo dessa tese, pesquisas identificam altas taxas de abandono escolar anterior à gestação e em função dela, além de discrepância entre idade e nível de escolaridade. Entretanto, como observa Catharino¹⁶⁸, o discurso da falta de oportunidades de estudo e de trabalho como argumentos oficiais para implantação de políticas de prevenção da gravidez acaba por revelar o lado mais frágil das políticas educacionais, na medida em que, dependendo da classe social, que oportunidades de fato existem de estar inserida na escola e no mercado de trabalho? Considerando os dados do PNDS (Pesquisa Nacional de Domicílios) realizada em 1996, ela encontrou que na área urbana 4,5% das entrevistadas abandonaram a escola porque ficaram grávidas e 6,9% porque se casaram. Entretanto, 16,9 % alegaram que **precisaram trabalhar** e 17,8% (maior índice) porque **não gostavam da escola**. Portanto, a “falta de oportunidades” nos remete ao questionamento da abrangência da escolaridade, supostamente, universal no país e a qualidade dos processos de inclusão de grande número de adolescentes.

Segundo a Pnad de 2006, a taxa de fecundidade caiu em todas as faixas etárias. Entretanto ao compararmos os dados por renda familiar, observa-se que divididos os resultados em 5 quintis, do mais pobre ao mais rico, no quintil mais pobre a fecundidade cresceu na faixa etária entre 15 e 19 entre os anos de 1992 e 2006. Foi de 0,13% para 0,14%. Somados os 2 quintis mais pobres, a taxa ficou igual entre os anos considerados. Em que pese o fato da escolaridade ter melhorado significativamente, ainda não atingimos em média, os 8 anos de educação universal para os jovens brasileiros, nem nas regiões mais ricas do país, como sul e sudeste.¹⁶⁹

Importante considerar o papel conservador e, portanto fortemente agregado, das relações familiares, no sentido da manutenção dos laços tradicionais que possuem

garantir a sua reprodução. Além de Eisenstadt¹⁷⁰, que se refere ao conceito de familismo como reforço das vinculações familiares no sentido da sobrevivência do sistema, Castel discute a situação de escassez em que vivem as populações pobres e afirma que não se trata apenas de uma situação de natureza econômica. E sugere que as situações de escassez são o efeito de uma conjunção de dois vetores: um eixo *integração-não-integração* pelo trabalho; um eixo de *inserção-não-inserção* dentro de uma sociabilidade sócio-familiar.¹⁷¹ Segundo o autor, os eixos permitem muitas combinações de variáveis que podem ir da autonomia à dependência total dos vínculos sociais. O empobrecimento acarreta um processo, que ele denomina de *desfiliação*, que põe em marcha a ruptura dos vínculos sociais. Le Van argumenta que, nas sociedades contemporâneas, os adolescentes carecem de uma verdadeira função social, especialmente aqueles que já abandonaram o sistema escolar, o que representa um grande número de adolescentes grávidas nas populações por nós pesquisadas, e que estão desempregados ou ocupam funções de trabalho precárias. É nessa medida, sugere Le Van, que podemos desenvolver a idéia de que valores familiares e culturais, estruturados por um conjunto de valores comuns passam a ser uma fonte de identidade social.¹⁷²

Retomando os discursos dos profissionais, alguns enfatizam os cuidados integrais:

Acho importante abordar os cuidados básicos como alimentação, orientar sobre cuidados dentários próximos aos locais de residência. Aqui a gente conta com saúde mental, as psicólogas, têm casos de adolescentes abandonadas, casos de maridos que morreram vítimas de violência ainda muito jovens, mães jovens viúvas, estupro tem poucos casos. A gente conta com nutricionista, assistente social para orientar sobre licença maternidade e a clínica geral que acompanha os casos de hipertensão e diabetes. (médica)

Vale ressaltar a preocupação dos profissionais de saúde com as vítimas da violência urbana, pois cotidianamente, acabam entrando em contato direto com o sofrimento das jovens e dos familiares que viveram perdas significativas.

Por outro lado, chama atenção o fato de apenas uma enfermeira acentuar a necessidade de orientar sobre parto, puerpério e cuidados maternos, apesar da relevância do tema. Na nossa prática clínica de psicologia no CEAMA observamos que as questões que mais mobilizam as gestantes no pré-natal são procedimentos em relação ao parto, à estadia no hospital, direitos dos acompanhantes, amamentação e cuidados com o recém-nascido. Esse fato não exclui a prática de prevenção e de ampliação da atenção à saúde integral da gestante, que hoje desempenha um papel central na assistência, deslocando o eixo de interesse das gestantes nesse período e deixando de explorar o campo das relações interpessoais, do cuidado consigo mesmo e com o bebê a partir do nascimento de um filho.

Eu acho que as orientações são pra criança nascer. Seja o banho, o coto umbilical, como pegar o bebê, que o bebê vai ter a sua hora do sono, que ele vai ficar acordado a maioria do tempo, que ela tem que dormir junto com ele, senão ela vai ficar estressada. A questão do líquido... Eu acho que a mudança é muito grande, voltar atrás não tem como, então tem que preparar para o momento do nascimento... e esse pai também.(enfermeira)

A enfermagem, mais presente no ambulatório, vê a questão de outra perspectiva do melhor acolhimento aos parceiros, questão importante, mas que não foi lembrada por outros profissionais; e da prevenção de futuras gestações, mas é surpreendida pela resistência da gestante em acatar a orientação, o que denota que ter muitos filhos não é, necessariamente, um problema para ela.

Eu acho que a questão mais importante é relacionada a gestações futuras...., um monte de adolescentes já voltaram pro segundo ou terceiro filho, mas ela não queria estar grávida de novo...Só uma vez falei para uma menina já no quarto filho: “você tem direito à ligadura”, mas ela respondeu “não, eu não quero não”. Essa questão de abordar como ela pode se prevenir é importante... Acho também que a gente tem um perfil de afastar muito os homens desse processo, mas a sociedade está mudando.(enfermeira)

Abordar o tema sobre o direito da gestante ao acesso a diferentes métodos contraceptivos, incluindo a ligadura de trompas, é importante e necessário. Entretanto, quando isso não encontra sintonia com a singularidade da gestante ela é rejeitada, no caso, explicitamente. A ação estratégica levada ao paroxismo impede uma escuta mais apurada sobre os anseios das interessadas, podendo inclusive acarretar uma resposta de resistência aos objetivos propostos. Paradoxalmente, outras gestantes desejariam realizar o procedimento, e encontram dificuldades em fazê-lo na rede pública.

Segundo Habermas, a ação estratégica é, por definição, uma ação excludente da ação comunicativa seja na concepção, na prática e nos resultados observados. O agir comunicativo implica intersubjetividade, o movimento consciente para o entendimento entre os agentes participantes.

Em alguns discursos, o argumento da imaturidade associada à irresponsabilidade assume um caráter de surpresa ao observar que a gestante se comporta da maneira responsável em relação ao desempenho do papel materno após o nascimento do bebê. A primeira parte do discurso revela as suposições. Já a segunda parte, o que o profissional, finalmente, observa.

Eu acho que elas acham que aquilo ali é a continuidade da boneca que tinham quando eram pequenas... aí digo que devagarinho você vai pegar essa maturidade, essa responsabilidade e realmente vai dar certo.. Eu vejo que as pacientes quanto mais novas mais responsáveis com o corpo delas e com o nenê. Quando nasce o nenê as que mais amamentam no peito são as de 13, 14 anos. Eu fico boba de ver. (enfermeira)

Consideramos importante que o profissional se deixe surpreender, que demonstre certo estranhamento e que aposte num caminho para o desenvolvimento de uma relação mais sintonizada com as reais capacidades das gestantes.

O conceito de família revelado pelo o profissional parece não estar sintonizado com aquele das gestantes:

Eu acho que a gente tem que abordar com essas adolescentes a família. A família como base fundamental de toda essa geração, de todo esse desempenho que vai ter na vida desse adolescente e principalmente desse ser que vem ainda a nascer. (enfermeira)

A sugestão de se “abordar a família” implica, por um lado a adoção de valores familiares pelas jovens, mas também sugere que a gestante não esteja dando importância aos valores e vínculos familiares. Parece uma suposição equivocada, quando identificamos um forte apego dessas jovens aos valores familiares mais tradicionais como desejo da maternidade e a proximidade psicossocial e geográfica do grupo familiar, contar com a sua ajuda e apoio, morar próximo, morar no mesmo terreno, construir uma casa “na laje” de algum familiar, herdar uma propriedade. A problemática parece ser outra, ou seja, a impossibilidade dessas jovens de questionar os valores familiares, de criar algum antagonismo necessário, do ponto de vista psicossocial, que permita o desdobramento de trajetórias universalizantes. Como argumenta Einsenstadt¹⁷³, o ambiente propício à universalização é o da frequência à

escola, da participação em instituições formais que favoreçam a convivência com seu grupo etário e a formação de grupos informais de convivência, Nosso entendimento é que ao engravidar e iniciar a formação de uma família nessa idade, as adolescentes reforçam o caráter familiar e particularista de suas trajetórias.

É freqüente, observarmos nos profissionais do HMON, cujo trabalho específico com gravidez na adolescência já foi uma referência na saúde pública municipal, um ressentimento em relação à perda de especificidade do ambulatório para gestantes adolescentes. Quase todos aqueles que, no passado, haviam trabalhado no programa de atenção a gestante adolescente observam que hoje é mais difícil se aproximar da linguagem delas. Aparentemente a experiência de ter participado de uma equipe que discutia a temática e as práticas de atendimento específicas influenciou o discurso dos profissionais e observamos maior convergência conceitual entre eles.

O primeiro passo é identificar o que eles estão querendo discutir... aqui há um curso para gestantes mas não é específico para adolescentes...tinha que ter esse espaço para o adolescente se expressar, um curso com linguagem para o adolescente. Mesmo no curso de gestantes de todas as idades que a gente tem aqui eu acabo enfocando muito a questão do Estatuto da Criança e do Adolescente, os direitos, falo sobre os Conselhos Tutelares, que se tiverem dificuldades na escola elas podem denunciar, levo uma listagem dos CT's dos bairros, telefone da Ouvidoria.

A importância da assistência integral através da multiplicidade temática como alimentação, planejamento familiar, realização de oficinas sobre diversos temas está muito presente nos discursos.

No fluir das interpretações destacamos o ressentimento com a falta do trabalho em equipe, a importância da “escuta” e de uma atitude de “estranhamento” como instrumento de reflexão, da parte dos profissionais de saúde mental, psicologia e psiquiatria.

A gente tem que ver o que ela demanda da gente. Pra uma pode ser a questão da família, para a outra a questão da gravidez não desejada, pra outra a interrupção de ter que sair da escola, para a outra o marido que a mãe quer que ela vá morar, é a gravidez que ela não quer. Já tivemos o planejamento familiar aqui. Antes dela sair da maternidade. as vezes, tinha uma palestra com a enfermagem sobre “planejamento de espera” até colocavam o DIU, porque não é qualquer pílula que pode tomar quando está amamentando... mas isso também terminou. (médica-psiquiatra)

Destaque para a importância da “escuta” profissional e do “estranhamento”:

Primeiro deixar falar sobre a expectativa em relação à maternidade, ver como está a relação com o namorado, e dela com a família, estimular os projetos que ela organizou antes de engravidar... Meu papel é ouvir, acolher, a equipe de saúde mental procura sempre dar uma assistência. (psicóloga)

Não dá para naturalizar, eu acho que a gente tem que minimamente estranhar... estranhamento para que o outro também possa parar para pensar em que escolha foi essa. (psicóloga)

Ressaltam a importância da “escuta”, também, na relação com a equipe, destacando as dificuldades para se ter espaços para a comunicação intra-equipe e entendem que esse fato acarreta perda na comunicação e na qualidade do trabalho profissional:

Então eu falo, sento, faço um pouco de Sala de Espera com as gestantes, converso um pouco com elas ma,... difícil dividir isso com a médica, se a médica não se dispor a sentar para conversar com você assim. Fazer uma reunião de equipe e tudo mais, e se não tem reunião de equipe não se discute o caso e vira ‘fofoca’. (psicóloga)

Queremos destacar a importância dessa postura profissional para a construção de ações sociais comunicativas, afim de, concretamente, desenvolver as práticas, as linguagens necessárias ao projeto da assistência em saúde. São linguagens, que indicam que há uma disposição para o diálogo e o entendimento e, quem sabe, para a construção de consensos.

Vale destacar a ausência temática sobre a questão do estupro, da violência sexual e do aborto que se revelam através dos dilemas identificados e das impossibilidades de tratar o assunto com objetividade e do silêncio cúmplice dos profissionais

A fala seguinte revela um conflito ético, ou seja, o profissional entra em conflito com suas crenças pessoais diante do direito garantido à gestante de recorrer ao aborto em caso de estupro, definido pela legislação vigente no país:

...há adolescentes que sofreram estupros, muitas vezes de padrastos... Nesse caso a mãe estava ciente,... a violência sexual é muito velada...Mas mesmo assim eu ainda não tenho essa questão fechada de ser a favor do aborto... Eu não sou a favor do aborto.

Vale ressaltar que, geralmente, alegando motivos religiosos, o profissional de saúde de ambos os serviços pesquisados, nas ocasiões em que, espontaneamente, abordou o tema, se posicionou contra o aborto, mesmo em caso de estupro ou assédio sexual. Na minha observação, esse profissional prefere trabalhar com a hipótese da gestação ser levada a termo, conformadamente. Identificamos também, por parte da gestante, o medo de morrer em função do temor das condições em que teria que realizar um procedimento considerado criminoso no país.

Esta fala, também, coincide com a ausência de anotações nos prontuários, observada no capítulo V dessa tese, sobre o direito da gestante abortar em casos de estupro. Por outro lado, entre os profissionais que defendem o cumprimento da legislação, segundo a norma técnica do Ministério da Saúde, que faculta a gestante o direito ao aborto até os cinco meses de gestação; há um discurso velado de descrença na autonomia das instituições de saúde de praticarem o procedimento legal.

O próximo relato, entrevistadora suspeita que a adolescente tenha sofrido violência sexual e provoca um desdobramento na entrevista, no sentido de testar a resistência do profissional a novas argumentações. **Profissional:**

...é assim: o pai rouba, a mãe rouba e atualmente o pai está preso e a mãe já esteve presa,... mas ninguém fala em roubo, aí essa filha, a menor de 5 filhos, com 12 anos, engravida. Se você olha pra ela eu posso dizer que ela tem o corpo de uma mulher. O cara é mais velho está ajudando e tudo. (psicóloga)

Entrevistadora: esse filho é fruto de abuso sexual?

Profissional: não, em absoluto.

E: mas você falou que o rapaz é mais velho...

P: é isso faz diferença, mas...

O profissional descarta a possibilidade que a gestante tenha sofrido violência:

...é a história do corpão. O corpão deve ter chamado a atenção do rapaz, deve ter aproximado e ela muito imatura por um lado, mas o corpo não é imaturo sabe? Então é essa confusão.

Entrevistadora insiste na pergunta sobre o assédio sexual e pergunta:

E: porque ele tem uma maturidade maior, do ponto de vista legal, a situação pode ser considerada estupro.

P: *Sim, maior, mas não foi sem o consentimento dela.*

E: a relação sexual, talvez não, mas a gravidez sim.

O profissional duvida e, novamente, desvia da temática da violência, mas associa o comportamento do parceiro a uma possível tentativa de reparação da culpa pela gestação:

P: *sim, a situação... tanto que ele está que tudo que a mãe dela pede ele diz amém e faz sem se queixar...a gente sabe que pela lei é isso mesmo que você está dizendo...É, mas eu fiquei me perguntando porque essa mais nova foi se deixar engravidar, e dessa forma.... A mãe está meio que no pé da filha... nessa momento essa filha precisa ter mais força dentro dela e se separar dessa mãe. O quanto é difícil essa separação da mãe com as filhas... (psicóloga)*

Entretanto, o foco das indagações do profissional é a família e não os sentimentos da gestante. Preso às armadilhas da teoria do “inconsciente”, muitos profissionais deslocam sua atenção da fala, da subjetividade da gestante para o “entendimento” do conflito subjacente que sugere que as motivações da gravidez estejam fora do contexto etário e das relações concretas que se estabelecem entre a gestante e seu ambiente. Parece-nos, a primeira vista mais coerente que, em lugar de tratar de separação entre a mãe e a gestante, esta pudesse expressar seu desejo de,

talvez, ter a mãe próxima, ao seu lado, acolhendo suas necessidades de defesa, proteção e cuidado.

Além da questão subjetiva, trata-se também de uma questão que diz respeito aos direitos reprodutivos do adolescente, independente da anuência dos pais, e que vem gerando debates importantes no sentido da definição de critérios tanto legais, como assistenciais.¹⁷⁴ Entretanto, muitas vezes a adolescente aceita e até deseja a relação sexual, mas sem intenção de engravidar, e ao descobrir a gravidez pode conformar-se com o fato por motivos diversos, entre eles culpa e medo. Aqui não estamos discutindo se ela tem ou não apoio do parceiro, mas o direito de decidir.

O capítulo II, art.7-III da lei 11.340 de 11 de Agosto de 2006, denominada Maria da Penha define que:

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

No caso, gravidez, pode ser uma forma de submissão de que a gestante está sendo vítima.

Estamos convencidos, de que a violência sexual, o aborto, entre outros temas são polêmicos e reclamam um tratamento íntegro, solidário das equipes de saúde. Entretanto, acreditamos que na ausência do desenvolvimento da ação comunicativa intra-equipe e do apoio de um saber transversal e solidário, torna-se uma tarefa

impossível para esses profissionais desenvolver ações inovadoras. O apego às crenças profissionais não é desafiado a encontrar soluções, a partir de saberes atualizados, soluções criativas para questões que poderiam estar qualificando o atendimento e fortalecendo as equipes.

EIXO IV

A concepção do profissional sobre o seu papel, o da equipe e os motivos de estar trabalhando nos respectivos serviços

O propósito desse eixo é o de entender, através do discurso dos profissionais, como eles concebem seu papel no serviço, os motivos que o levaram a trabalhar ali e, também, o nível de satisfação identificado.

Compreendemos que três aspectos, concepção do papel, motivos e satisfação podem nos dar elementos para identificar a disposição pessoal do especialista para o trabalho e sua implicação, ou não, com a construção de um projeto coletivo de assistência.

A primeira pergunta aborda os motivos de estar trabalhando no serviço.

A grande maioria dos profissionais, respondeu que começou a trabalhar no serviço por motivações profissionais, a partir da formação e da especialização, e não a partir de um interesse específico pelo adolescente, como nos exemplos dos **profissionais médicos**:

1. *Eu sou formado há cerca de 30 e lá vai anos, com especialidade de ginecologia e obstetrícia,...*
2. *Eu tô aqui há mais de 20 anos... quando fiz mestrado me interessei pelos transtornos psiquiátricos do pós-parto,... Naquela época ninguém pensava nisso... fiz concurso e passei.*
3. *Quando inaugurou o CEAMA eu trabalhava na maternidade e fui convidada para trabalhar aqui, mas não quis... Hoje estou aqui e na maternidade.*

Nosso propósito com essa pergunta era verificar se o profissional estaria trabalhando nessa área por determinações externas à sua vontade, denotando insatisfação no desempenho das funções e identificamos que, estar trabalhando nesse serviço implicou uma escolha pessoal, intrínseca à escolha profissional.

Entretanto, outros parecem estar desempenhando funções não por escolha própria, mas devido à conveniência, necessidade financeira, afirmação profissional, entre outros:

1. *Eu amo ser enfermeira,... amo UTI neonatal, mas quando saí pra chefia, pra supervisão, agora estou distante da assistência...mas às vezes fujo daqui e vou lá pro alojamento conjunto. Na chefia a gente fica longe da assistência. (enfermeira)*
2. *Na verdade foi uma solicitação específica... fui solicitada a trabalhar aqui no ambulatório....satisfação trouxe, mas não existe satisfação no trabalho da saúde em si,...a área da saúde, que eu chamo de área da doença. (enfermeira)*

3. *Nunca tive grandes instigações pelo tema da adolescência,... eu gosto de trabalhar na crise, trabalhei 10 anos na emergência com autismo e psicose infantil... eu acabo atendendo adolescente em crise... (psicóloga)*

4. *Primeiro por motivo financeiro... segundo, porque foi o meu primeiro trabalho como enfermeira formada. Antes eu trabalhava como auxiliar de enfermagem. (enfermeira)*

Apesar de poucos, alguns profissionais declaram ter experiência anterior em trabalhar com adolescentes e, também, satisfação com o trabalho que realizam:

1. *Eu faço um trabalho no Posto de Saúde com DST, cuido de DST em adolescentes,... foi verificado um alto índice de gestante procurando o posto... achei que era um trabalho precisando de mais pessoas para contribuir. (enfermeira)*

 2. *Fiz concurso pra área da saúde e passei.... É uma área que a gente se empolga de trabalhar. Comecei fazendo um grupo de gestantes,... fui me apaixonando pelo tema. (assistente social)*
- Outros profissionais não tinham experiência anterior, e foram se interessando

pelo trabalho a partir das exigências da própria dinâmica da assistência.

1. *Bom, eu fui contratada mas,... eu trabalhei em creche bastante tempo da minha vida... essa questão da gestação sempre me mobilizou.... (psicóloga)*

2. *Eu era nutricionista no ambulatório e o número de casos foi aumentando e aí a assistente social me convidou pra trabalhar no programa... (nutricionista)*

3. *Trabalhava com reabilitação de deficientes físicos, saí e me candidatei ao CEAMA. Entrei e comecei a trabalhar e gostei..... (assistente social)*

A próxima questão foi tratar como esses profissionais entendem seu papel na equipe. Todos profissionais definem seu papel de forma individual, a partir da lógica da área de formação, denotando por um lado a fragmentação do trabalho de equipe em ambos os serviços pesquisados, assim como a ausência de modelo que favoreça uma prática coletiva de assistência. Como era de se esperar, algumas falas sugerem o ressentimento pela falta de investimento no trabalho de equipe e na própria formação do especialista.

Através do discurso dos profissionais, os termos utilizados para definir o seu papel, podemos identificar facilmente sua área de especialização.

O meu papel eu acho fundamental, né? Quando tinha o grupo de gestantes que, infelizmente,... é uma unanimidade que as pessoas tem noção e valorizam a alimentação equilibrada... até porque a mídia, qualquer banca de jornal tem uma revista sobre alimentação saudável. ...Quando você pergunta: o que você consome no desjejum? É refresco ou então refrigerante. Essa geração daqui a 30 anos, com osteoporose, porque hoje a gente sabe que o refrigerante provoca desmineralização Observo que a merenda da escola estadual é mais industrializada e menos nutritiva que das escolas municipais.... (nutricionista)

Observa-se que essa profissional valoriza o seu papel no atendimento às gestantes e aparenta estar interessada em entender o contexto das escolhas alimentares das gestantes, faz observações sobre carências alimentares observadas e o papel das

políticas públicas, mas não enfoca a subjetividade e nem seu papel na equipe de saúde, demonstrando uma atitude menos pré-concebida em relação ao adolescente.

Quanto à adesão das gestantes a uma dieta mais nutritiva, ela relativiza:

...é tão difícil a adesão a uma orientação alimentar na adolescência quanto um adulto.

Há falas denotam que o profissional tem como referência o papel profissional, marcado pela formação, mas que na prática da assistência, esse papel é flexibilizado e assume outras atribuições:

Bom, como psiquiatra meu papel seria fazer avaliações sempre que solicitada...uma questão mais grave que necessita diagnóstico e medicação...mas eu faço um trabalho assim de psicologia também, de assistência terapêutica não medicamentosa... então eu tenho que dizer para a equipe que eu hoje sou da psicologia, também, senão elas me chamam só para medicar.

Há também o discurso que destaca a especificidade e o preparo do profissional do ponto de vista de gostar da convivência com o adolescente. Essa foi a única profissional que atribuiu qualidades ao adolescente e ressaltou as vantagens de se trabalhar com eles, a partir de uma experiência anterior de trabalho em escola:

...tem que ter uma leitura específica, como a gente tinha aqui no serviço,...uma abordagem especial, não é qualquer profissional que está habilitado a trabalhar com adolescente...eu trabalhei com adolescente em escola,...é bom estar com eles porque a gente se sente

bem atualizada na linguagem, na forma de vestir, na leitura, na música...você renova... (assistente social)

Destacamos a frustração de não se conseguir realizar um trabalho em equipe. Apesar das tentativas nesse sentido, o profissional parece refém das barreiras institucionais.

Assim eu não consigo trabalhar... Eu vejo assim em alguns momentos eu trabalho numa coisa específica do serviço social, mas eu gostaria de trabalhar com trabalho de equipe porque eu ainda não consegui fazer um trabalho de equipe... eu já tenho seis anos trabalhando aqui....Já tentei levar pras pessoas que trabalham com capacitação...já tentei conversar com algumas pessoas...Enfim, mas é difícil, né? (assistente social)

A fala desse profissional denuncia uma problemática da qual não trataremos em profundidade nessa tese, mas que se faz presente na dinâmica do cotidiano da assistência, que é o descompasso entre as propostas que tem origem nas instâncias centrais do executivo estadual e municipal e as exigências de ações comunicativas para que os projetos se efetivem. Se não há o interesse na implantação de práticas coletivas, comunicativas de atenção à saúde, pode-se estar comprometendo a prática da assistência humanizada.

Identificamos falas, que denunciam a mudança de estratégia de assistência na instância municipal, quando equipes inteiras foram desmobilizadas sem uma discussão prévia de propósitos e em detrimento da qualidade da atenção.

É! Essa maternidade passou a ser referência no atendimento ao adolescente. Nós fazíamos um trabalho diferenciado do de hoje, porque o primeiro atendimento era uma pré-consulta espetacular, tinha 30, 20 adolescentes e seus familiares, eu fazia uma entrevista

onde eu falava de toda dinâmica do hospital, os direitos e os deveres, a importância de permanecer na escola...Hoje eu faço um trabalho que vamos chamar de resistência, pois com a nova direção foi entendido que não tem necessidade de fazer esse trabalho específico. Muitos profissionais não estão mais aqui.... só ficou eu... (psicóloga)

A fala seguinte complementa esse olhar descrente e sem esperança no trabalho coletivo, até porque, não parece mais interessar aos gestores da instituição. Há também a denúncia que, a mudança de gestores interrompe a continuidade de projetos coletivos de assistência em andamento, percebidos como de qualidade pelos profissionais:

Todos os chefes que eram federais foram exonerados... não houve assim respeito.... todos esses trabalhos, esses projetos, eles são de equipe, mas sempre tem que ter liderança, alguém que puxe... que agregue as pessoas, e a dificuldade que eu vejo hoje é fazer essa agregação, porisso cada um tá trabalhando sozinho.... o individual também tem sua riqueza, mas eu acho que o coletivo pode completar mais. (assistente social)

Identificamos discursos que apontam para as dificuldades de se formar uma equipe e, ao mesmo tempo, enfrentar os problemas de comunicação. Descritas como “onipotência do profissional médico” e “picuinhas entre as pessoas, porque são pessoas” observa-se o esforço para se “aparar as arestas”. Há a aposta na capacidade dessa equipe de, com honestidade e transparência, resolver seus problemas.

Eu coordeno o serviço. Parece que é fácil depois que está funcionando... a gente procura trabalhar com os princípios da interdisciplinaridade e intersetorialidade e isso não foi fácil... o profissional médico com sua onipotência tem dificuldade com a interdisciplinaridade. Mas a gente foi acertando as arestas e hoje, dentro do que a gente se propôs, a gente trabalha de uma maneira

bastante aceitável... e as adolescentes ficam muito felizes com o atendimento...Claro que sempre tem uma “picuinha” entre as pessoas, porque são pessoas... mas dentro do que é possível esperar, a equipe funciona bastante entrosada. (médico)

Observa-se o recurso a imagens para definir trabalho em equipe, mas sem explicitar práticas condizentes entre pessoas, com o objetivo de alcançar o que a imagem sugere (...a gente é como um elo de bicicleta, aquele ganchozinho da corrente que faz rodar a bicicleta.) Outros não parecem entender a amplitude do significado de papel profissional (*Eu me vejo como uma pessoa muito respeitada, muito respeitada... eu me acho uma pessoa muito valorizada aqui dentro.*)

Identificamos, nos dois serviços, decepção, dificuldades administrativas, perda da identidade da instituição, ambivalência, e o fato de não contar com a equipe para discutir sentimentos e dúvidas:

É, a situação hoje em dia está administrativamente complicada... a gente tinha um referencial forte e agora a gente não tem mais...a gente percebe que perdeu um pouquinho a identidade da maternidade...isso me chateia bastante. (médica)

Eu já pensei várias vezes em pedir demissão, mas quando eu penso no trabalho bonito que a gente faz... aí eu desisto. Às vezes eu chego em casa assim “oh, eu não volto mais lá”...depois eu penso....eu me vejo assim, uma colaboradora importante. (enfermeira)

Há, também, profissionais que tentam questionar provocar mudanças de concepção da equipe:

Acho que o meu trabalho no serviço social nem sempre é uma relação direta com o usuário. Quando eu faço provocações para a equipe ou quando tento alterar rotinas na equipe, repercute mais rapidamente do que meu próprio atendimento... muito do meu empenho é provocar a equipe...devolver para a equipe um outro prisma, fora esse preconceituoso, moralista sobre o adolescente como um bando de alienados, tudo enlouquecido, só está afim de transar, não assume as conseqüências. (assistente social)

Nossa conclusão, a partir da falas identificadas em ambos os serviços pesquisados, aponta para um retrato do trabalho percebido como fragmentado pelo profissional de saúde, carente de um sentido coletivo, que sobrevive das iniciativas e concepções particulares dos profissionais. Geralmente, quando esse profissional aborda o trabalho de equipe, mostra-se desiludido e decepcionado, desestimulado em suas iniciativas. No sentido de justificar a importância de sua prática, alguns profissionais “imaginam” um trabalho em equipe que não é percebido pela maioria dos entrevistados, na tentativa de minimizar as dificuldades de diálogo intra-equipe.

Finalmente, para concluir esse eixo, analisamos a percepção do profissional sobre o grau de satisfação do trabalho que realiza.

A maioria dos discursos destaca que os profissionais gostam de trabalhar vinculados aos respectivos serviços, mas fazem ressalvas. Identificam certa insatisfação com a função que estão exercendo, mas a maioria destaca as frustrações de se trabalhar no serviço público; são críticos do serviço público, das práticas da saúde pública e se ressentem da perda da qualidade do trabalho em equipe e, também das carências que são impostas aos profissionais, somadas à desconfiança na honestidade dos gestores:

Gosto, mas estou insatisfeita com o serviço. Gosto de ser enfermeira, mas a minha frustração é com a questão da saúde, como ela é levada.

Gosto. Já gostei mais. Vivi aqui dentro a época boa, que a gente tinha uma equipe, envolvente, sempre com as dificuldades... sempre tinha aqueles parceiros...Acho que hoje muita gente vem trabalhar por trabalhar...(assistente social)

Não, eu não gosto de trabalhar na saúde pública não,.. é muito difícil, falta recurso... não é falta de verba não, tem muito desvio... a CPMF foi criada para ajudar a saúde (risos)... você vê gente chegando de Belfort Roxo, São João de Meriti dizendo “ah doutora lá não tem nada não”. Isso é aqui perto, não é interior não. (médica)

Essa última fala expressa o forte ressentimento em relação às condições do trabalho às quais são submetidos os profissionais na saúde pública, até certo ponto, em ambos os serviços pesquisados, seja do ponto de vista das condições materiais, da transparência administrativa ou do respeito às atividades desenvolvidas. Da parte dos profissionais, há valorização da área de formação e percepção de sua relevância. A maioria gosta do trabalho que realiza, mas faz ressalvas às dificuldades encontradas no trabalho de equipe, no trabalho coletivo a ser realizado no serviço público. Entretanto, continuam tentando manter a dignidade e a criatividade profissionais.

EIXO V

O que os profissionais esperam das políticas públicas relativas à gravidez na adolescência

A pergunta 7 explora a visão do profissional sobre a relevância das políticas públicas. Na medida em que essa equipe está intrinsecamente implicada com as políticas estaduais e municipais (Estado e Cidade do Rio de Janeiro), é importante entender o quanto ele se percebe participe nesses projetos.

Vários profissionais fizeram referência às políticas públicas de educação e acreditam que a escola teria um papel fundamental na prevenção da gravidez, sugerindo que o quanto mais precocemente a adolescente receber informações corretas, mais ela saberá evitar a gestação:

Assim, o papel da escola no desenvolvimento das políticas públicas é lembrado pelos profissionais que dão ênfase à prevenção, como nos exemplos seguintes:

Eu acho que teria que pensar em tudo que pudesse trabalhar a prevenção... de todo jeito deveria começar na escola. (médica)

Eu acho que a orientação tem que ser dada na própria escola o quanto antes... Essa história de cegonha ou que nasceu da abóbora não dá. (médica)

E completa:

Outro dia participando de um seminário alguém disse pra mim: mas aí você vai estar despertando o interesse! Eu falei: não, o interesse já existe, porque você liga a televisão... prá vender uma lata de cerveja tem que ser uma mulher de bumbum de fora...isso desperta,

a erotização começa muito precocemente....Acima de tudo a gente parar de ser hipócritas e acompanhar a realidade que nós temos.(médica)

Essa é uma fala que também ressalta a importância da “boa informação”, face ao “excesso de erotização da cultura”, representada pela mídia televisiva. Há uma crítica aberta ao discurso idealista da escola, que o profissional qualifica de hipócrita, pois trabalha com a noção de crianças e jovens supostamente inocentes e felizes, que não devem ser “poluídos” por informações de qualidade sobre práticas sexuais.

Essa interação entre mídia televisiva e políticas públicas é, também, lembrada pelo ângulo da crítica à “desorientação” das campanhas, provocando interpretações desencontradas.

Veja só, eu ouvi o (governador) falando da campanha daquela cantora Perla, “porque é uma menina que tem uma boa aceitação entre a juventude, meus filhos conhecem...”, e eu penso, pra uma menina que está com problema lá social, tendo um filho e ouve “ah se eu estivesse grávida eu não estaria aqui”. Será que a adolescente pensa que estaria lá se não estivesse grávida? (enfermeira)

Importante explicar que na campanha a cantora se apresenta no palco cantando, sendo aplaudida, numa clara alusão ao sucesso. No final do vídeo ela diz: se estivesse grávida, eu não estaria aqui; gravidez tem hora. Em conversas com alguns especialistas, houve críticas à campanha que partiam da mesma pergunta dessa profissional de enfermagem. Quando a gravidez é um valor para a gestante adolescente, seu parceiro e pai do bebê e familiares, ela faz parte do contexto social, das ‘formas de vida’ dessa comunidade. Em nenhum momento da nossa prática clínica, foram verbalizadas expectativas em relação ao sucesso.

Entretanto, outra profissional aplaudiu a campanha, valorizando outro aspecto do texto:

Acho até que essa propaganda daquela menina novinha, Perla, interessantíssima... Enfim, uma adolescente falando pras adolescentes que ela não estaria ali se estivesse grávida... começa a mexer com o pensamento... .(enfermeira)

O problema dessa reflexão é desconsiderar que é mais difícil para uma adolescente cujo perfil é ser pobre, geralmente de cor preta ou parda e que, muito freqüentemente, não se imagina como bem sucedida, se identificar com o discurso da cantora acima citada, cujo tom da pele é estritamente branco. A proposta da campanha reduziu seu âmbito de influência à lógica da cantora ser, igualmente, muito jovem. Tratou-se de uma interpretação que, na tentativa de ser hegemônica, pressupõe uma visão homogênea e normativa da juventude, carecendo de uma reflexão sócio-histórica mais abrangente, ou seja, a cantora e o público que a campanha pretende atingir, não falam a mesma linguagem

Há também os profissionais que vêm deficiência na prática da prevenção dentro da própria instituição:

...eu vejo muito cartaz, muito prospectozinho, mas eu não vejo aqui... um trabalho de prevenção mesmo, de um cuidado que essas meninas não fiquem engravidando.

E reflete:

...talvez eu devesse estar me implicando mais, junto com a equipe pensando essa questão dentro do meu papel, dentro da minha singularidade... .(psicóloga)

Há por um lado, uma atitude de reflexão sobre as deficiências de uma política apenas de distribuição de panfletos, um questionamento do seu papel dentro de uma política de prevenção, mas também se observa uma atitude preconceituosa aludindo à “quantidade excessiva” de adolescentes grávidas, filhos de homens pobres qualificados de “zé ninguém”. Por outro lado, os discursos identificam a questão como complexa e que exige soluções igualmente complexas.

Me assusta a quantidade de adolescente, as histórias escabrosas, engravidando de Zé Ninguém...

Políticas públicas tem muito descuido, muito pouca ação. Por exemplo, existe campanha do preventivo do colo do útero, né, mas não existe uma continuidade. (médica)

As políticas públicas estão perdidas. Não sei se é desinteresse governamental... acho o assunto complexo,... se a questão da gestante adolescente está relacionada à pobreza, à falta de auto-estima... tem que resolver de maneira complexa.

De fato trata-se de uma questão que não pode ser pensada sob um único enfoque, pois envolve “formas de vida” complexas que, como foi argumentado, implicam determinantes sócio-econômicos, familiares, culturais, educacionais, enfim, inúmeros fatores sócio-antropológicos.

Interessante observar que, enquanto os profissionais do HMON se ressentem da perda na identidade de um programa que era referência no estado, os profissionais do CEAMA revelam que se percebem realizando um projeto de referência em política

pública estadual para gravidez na adolescência, apesar das severas carências materiais para realização do trabalho.

Olha, se todos os hospitais tivessem um CEAMA!... o CEAMA que a gente tem não é o melhor do mundo, mas existe uma política pública embrionária relativa à gravidez na adolescência.... em outros locais começou o trabalho e ele morre. (médico)

Eu acho que agora estão mais preocupados, depois que fizeram o setor aqui... mas acho que poderiam fazer mais. Deram isso aqui, só a parte física, sem mesa, sem cadeira, sem nada,... e nós tivemos que nos virar realmente. (enfermeira)

Tem muito que melhorar. Se é um pré-natal de referência para adolescente, como é que não faz certos exames? É a dança das cadeiras: tem semana que não faz glicose, tem semana que não faz uréia, tem semana que não faz creatinina...você pede um ultrassom e tem que mentir colocando que é urgente, senão sabe-se lá quando vai fazer.(médica)

Há o discurso do profissional descrente na política pública, enquanto uma prática mais transparente, coletiva, sem interesses políticos escusos:

Difícil responder porque a política no Brasil tá uma política sem crença...com a mídia mostrando a politicagem... então a política dentro desse conceito é bastante difícil...

Mas que sugere a prática da construção social:

...o Conselho Distrital sério, honesto seria uma boa opção que nós teríamos, que a população teria, que a comunidade teria e os próprios políticos também pra participar.

Há também um debate intrínseco sobre a necessidade ou não de uma assistência especializada, sugerindo que se o atendimento do SUS seguisse as normas de qualidade e de integralidade à assistência, esse atendimento perderia sua função; o que parece ser uma posição isolada nesse universo de entrevistas.

...se os serviços fossem bons, não precisaria ter essa especificidade... teria que ter uma equipe para atender a população em geral.(assistente social)

Para os princípios do SUS, não há divergência em relação à especificidade. Se por um lado acredita-se que a universalidade e a integralidade poderiam responder pela especificidade, eles não são princípios e procedimentos excludentes da especificidade. A prática mostrou que diante da complexidade de certos procedimentos, a especialidade faz um foco num determinado universo, simplificando e qualificando a operacionalização da assistência.

Por fim, uma fala que sintetiza anseios comuns como investimento na qualificação do profissional, de efetivar o acesso ao cidadão aos serviços, prevenir a gravidez e também DST's, qualificação, treinamento, propaganda e envolvimento da sociedade.

Acho que as políticas públicas têm que, efetivamente, se concretizar, tem que investir na qualificação do profissional, tem que fazer a política chegar ao cidadão, é importante prevenir, não só para não ter filhos, mas para evitar doenças... tem que ter qualificação, treinamento e propaganda maciça,... ter trabalho nas escolas, toda sociedade tem que estar envolvida nisso. (assistente social)

Entretanto, nos perguntamos: com quem e como?

Constatamos que através da fala dos profissionais, das condições de isolamento, da solidão em que transitam as práticas dos profissionais de saúde abordados nos dois serviços, as condições para a produção de ações comunicativas é exíguo.

Entre ações estratégicas baseadas em assimetrias comunicativas, e ações sociais comunicativas, identificamos nas falas dos profissionais o predomínio exclusivo das primeiras.

VII. CONCLUSÃO

A partir da análise das entrevistas com os profissionais do CEAMA e do HMON, dois serviços que realizam assistência ao pré-natal de adolescentes; observamos que muitos especialistas percebem o fenômeno da gravidez na adolescência como fortemente indesejável, cujos discursos estão em sintonia com a ideologia da prevenção da gravidez nesta faixa etária, preconizada pelas instituições governamentais, estadual e municipal. Entretanto, um movimento de questionamento desses pressupostos e também, práticas diferenciadas de alguns profissionais, indica que há condições para o desenvolvimento de ações comunicativas em proveito do trabalho feito com mais autonomia e criatividade.

A pergunta é: como atingir metas estratégicas em políticas públicas, sem a participação ativa dos profissionais de saúde e dos usuários?

Observa-se que, o Marco Legal¹⁷⁵ estabelecido pelo Ministério da Saúde relativo às políticas de saúde de adolescentes, a gravidez é considerada de relevância quando se aborda a vulnerabilidade dos adolescentes nos planos individual, social e programático. Os argumentos se concentram no aumento da taxa de fecundidade entre adolescentes e sua incidência maior nas populações de baixa renda, identificando, como também foi constatado na análise da literatura especializada desta tese, associação entre alta fecundidade e baixa escolaridade. Entretanto, a proposta considera que as estratégias de promoção da saúde implicam num *processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e de saúde, incluindo sua maior participação no controle desse processo.*¹⁷⁶

Quanto ao fator participação, diálogo intra-equipe e discussões programáticas, a partir da análise dos prontuários, o discurso dos profissionais revela ausência de

procedimentos, de protocolos e rotinas que favoreçam ao que Habermas refere como *ação social comunicativa*, definida no marco teórico desta tese. Prevalece a prática da *ação social estratégica*, que pressupõe o jogo de influência entre poucos agentes em lugar da busca do entendimento e da relação dialógica entre os diversos atores, no intuito de formação de consensos, nem que provisórios, mas que previnem contra o sentimento de impotência frente à fragmentação das equipes pesquisadas. Portanto, não identificamos predominância da disposição para a transversalidade de saberes, mas pela manutenção da lógica do ‘sigilo’, que fortalece as respectivas formações acadêmicas e contribui para a manutenção das assimetrias relacionais.

Ao constatar que a maioria dos profissionais relata não ter mudado de opinião quanto ao significado da gravidez na adolescência após iniciar o trabalho nos respectivos serviços, entendemos que o fato de entrar em contato com as usuárias não favoreceu o desenvolvimento do agir comunicativo. O fato também não estimulou a valorização da relação dialógica e de alteridade, entendidas pela pragmática de Habermas em sintonia com o caráter primordial da linguagem que, apesar de polissêmica e passível de promover desentendimentos, tem por vocação fundadora, a busca do entendimento.

Observa-se entre os profissionais que identificaram mudanças nas concepções antes e depois de trabalhar nos serviços, que são poucos aqueles que se permitem uma atitude pró-diálogo. Dentre esses, estão os identificados com da área de saúde mental, que advogam o *estranhamento*, no sentido criar uma tensão entre a lógica da gestante e a sua própria na busca do entendimento.

Ao navegar na contramão da produção de ações comunicativas, a maioria dos profissionais não se apodera do potencial de transformação de linguagens e de

comportamentos e reforça a lógica das assimetrias relacionais, da fragmentação da equipe, tendendo ao isolamento, a tornar-se impermeável e ressentido.

Concluimos que os profissionais assimilaram na sua formação, conceitos e crenças negativos sobre o adolescente, e que uma mudança em benefício da promoção do agir comunicativo necessita se fundamentar em propostas transformadoras das linguagens e das práticas profissionais vigentes que, atualmente, reforçam ações segmentadas nas especialidades em detrimento da interatividade e da formação de consensos.

A problemática do campo de práticas da humanização do pré-natal para jovens gestantes parece sofrer hoje, os impasses de um modelo que envereda pelas ambigüidades, distorções e mal-entendidos entre ações comunicativas e estratégicas, que urgem uma reflexão no sentido de uma repactuação articulada entre os protagonistas.

Quando entendemos o trabalho de atenção como criativo, que desafie os protagonistas envolvidos na assistência a serem propositivos no sentido de qualificar a atenção na medida de sua prática e operacionalidade; é necessário instaurar um sistema de produção ininterrupta de ações comunicativas. Um sistema sem princípio ou fim, mas que fosse sendo produzido, respeitando especificidades e singularidades e, concomitantemente, produzindo subjetividade. E deste processo não se exclui, de maneira alguma, o respeito a regras e a hierarquias, entretanto, uma hierarquia de caráter propositivo, não definitivo que não interrompa o fluxo produtivo de inovações.

Entretanto, esse sistema de regras flexíveis, supõe sujeitos protagonistas, observadores, interativos e comunicativos, no sentido habermasiano. Sistema esse determinante na produção de conhecimento entre sujeitos autônomos no sentido de interdependentes do contexto, das condições materiais da vida. Uma proposta de

construção coletiva, transformadora para a saúde, precisa partir do pressuposto de autonomia construída na relação com o ambiente biológico, social ou cultural, do entendimento, da reflexão sobre si mesmo e sobre as práticas cotidianas. Podemos afirmar que, não há determinismos absolutos, nem conscientes ou inconscientes, que a subjetividade é construção a partir da linguagem.

Ao voltamos nossa atenção para o objeto desta tese, para os sentidos, concepções e significados dos profissionais sobre a gravidez na adolescência; podemos afirmar que o desempenho da equipe multidisciplinar tem a marca predominante do agir estratégico, onde cada especialista executa seu atendimento isoladamente, em prejuízo do agir comunicativo que pressupõe práticas que almejam o entendimento, a transversalidade, interdisciplinaridade e a produção de autonomia dos sujeitos.

Na análise da literatura científica especializada sobre gravidez na adolescência, observamos esses dois movimentos quando identificamos um paradigma biomédico, fortemente referenciado em dados quantitativos e outro paradigma de referência sócio-antropológica, identificado com o levantamento das crenças, valores e significados do fenômeno da GA que é social, cultural e mobiliza subjetividades imbricadas às formas de vida possíveis. Identificamos que, a Saúde Pública está desenhando seu lugar entre esses mundos, buscando integrar as melhores contribuições da epidemiologia nesse processo.

A linguagem utilizada como suporte para nossa análise é também espelho das formas de vida dos profissionais nos contextos selecionados e expressa, entre palavras ditas e não ditas, as possibilidades e os limites atuais da assistência.

O conceito de adolescência como fase de desenvolvimento, com características universais e inevitáveis, tem reforçado a noção de que os jovens são, por natureza,

rebeldes, emocionalmente instáveis, ambivalentes, e que tendem à bagunça, à oposição e estariam em busca da identidade, da independência. Todas essas características colocadas juntas, indiscriminadamente, acabam por desconsiderar o texto e o contexto sócio-histórico, o meio, a rede na qual estão inseridos, e as ações que influenciam suas práticas.

Considerando a gravidez na adolescência, a literatura crítica não necessariamente descarta o caráter problemático que, possivelmente, assume um grande número de gravidezes ocorridas entre jovens, e sua influência e possibilidade de reprodução de relações de gênero tradicionais, assim como jogo em trama de vulnerabilidades sociais. Como afirmam Chatarino e Giffin¹⁷⁷, trata-se sim de trazer à cena uma realidade que, sem negligenciar os perfis epidemiológicos, nos remetem a histórias: trajetórias que contêm sonhos, esperanças, dores, decepções e que permitem às meninas se apropriar das adversidades, para transformar – mesmo que ilusoriamente – o seu cotidiano em algo que valha a pena ser vivido.

Portanto, não negligenciar o desejo das gestantes adolescentes é optar por trilhar caminhos inovadores de processos de assistência, a partir da compreensão dos significados das concepções dos sujeitos implicados na construção de ações comunicativas, para que a passagem das jovens pelos respectivos serviços de assistência ao pré-natal reflita em suas vidas a crença na abertura para outras possibilidades futuras de subjetivação.

REFERÊNCIAS:

Cap. I, II, III

-
- ¹ PIROTTA, K.C. & SCHOR, N. Intenções Reprodutivas e Práticas de Regulação da Fecundidade entre Universitários. Rev. Saúde pública v.8 n. 4. São Paulo, Ago 2004.
- ² Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde sobre Saúde da Criança e da Mulher do Ministério da Saúde, 2006 (PNDS,2006). Site: WWW.bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/pnds/img/PNDSNacionaleditada.pdf
- ³ CABRAL, C.S. Contracepção e Gravidez na Adolescência na perspectiva de jovens pais de uma comunidade favelada. Cad. De Saúde Pública, Rio de Janeiro, 19(Sup.2):S283-S292, 2003.
- ⁴ BEMFAM (Sociedade Civil do Bem-Estar Familiar no Brasil)/DHS (Demography and Health Survey), 1997. Brasil. Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde.1996. Rio de Janeiro::BEMFAM/DHS.
- ⁵ ROMERO, M. I. 1991. Salud Reprodutiva. Washington: Publicacion de la Organizacion Panamericana de Salud, *apud*. AMAZARRAY, M. R. et al. A experiência de assumir a gestação na adolescência: um estudo fenomenológico. Psicol. Reflex.Crit. v.11 n.3 Porto Alegre, 1998.
- ⁶ OLIVEIRA, M. W. Gravidez na Adolescência: Dimensões do Problema. Cad. Cedes v.19 n. 45. Campinas. Jul. 1998.
- ⁷ AQUINO, E.M.L., HEILBORN, M.L., KNAUTH, D.,BOZON, M., ALMEIDA, M.C., ARAÚJO, J., MENEZES, G . Adolescência e Reprodução no Brasil: heterogeneidade dos perfis sociais . Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 19(Sup.2):S377-388, 2003.
- ⁸ BELO, M.A.V. e SILVA, J.L.P. Conhecimento e Atitude e Prática de Métodos anticoncepcionais entre adolescentes gestantes. Rev. de Saúde Pública 2004; 38(4):479-87.
- ⁹ BELO, *op cit*.
- ¹⁰ GOLDBERG, P., FIGUEIREDO M.C.T, SOUZA E SILVA, R. Gravidez na Adolescência, pré-natal e resultados perinatais em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 21(4):1077-1086, jul-ago,2005.
- ¹¹ PIROTTA, *op cit*.
- ¹² BRANDÃO, E.R. A Gravidez na Adolescência: um Balanço Bibliográfico. In. O Aprendizado da Sexualidade.Rio de Janeiro: Editora Fiocruz e Garamond, org. Maria Luiza Heilborn et al. 2006.
- ¹³ HumanizaSUS – Acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde. Série B. Textos Básicos do MS. Brasília: DF, 2004
- ¹⁴ BEMFAM, *op cit*.
- ¹⁵ WATZLAWICK, P., BEAVIN, J.H., JACKSON, D.D.1993. A Pragmática da Comunicação Humana. São Paulo, SP: Editora Cultrix.p. 45.
- ¹⁶ BUBER, M. Eu e Tu. São Paulo: Cortez e Moraes, 1979.
- ¹⁷ BUBER, *op cit* p.6.
- ¹⁸ BUBER, *op cit*, p.18.
- ¹⁹ HABERMAS, J. 2002. Racionalidade e Comunicação. Lisboa, PT: edições 70. p. 10.
- ²⁰ KEHL, M.R. 1998. Deslocamentos do Feminino: a mulher freudiana na passagem para a modernidade. Rio de Janeiro: Imago Ed. P. 243.

-
- ²¹ KEHL, M.R., *op cit*, p.316.
- ²² DADOORIAN, D. 2000. *Pronta para voar: um novo olhar sobre a gravidez na adolescência*. Rio de Janeiro; Rocco, p. 125.
- ²³ HORNEY, K. 1967. *The flight from womanhood*. In *Feminine Psychology*. New York:W.W. Norton.
- ²⁴ MEAD, M. 1935. *Sex and Temperament in Three Primitive Societies*. New York: William Morrow
-----1950. *Male and Female*. New York: Penguin
-----1950. *Coming Age in Samoa*. New York: New American Library.
- ²⁵ MALINOWSKI, B. 1973. *Sexo e Repressão na Sociedade Selvagem*. Petrópolis: Editora Vozes.p. 124-125.
- ²⁶ MEAD, M. 2001. *Growing up in New Guinea*. New York: HarperCollins Publishers Inc. Original publication: 1930.
- ²⁷ MEAD, M. 1935. *Sex and Temperament in Three Primitive Societies*. New York: William Morrow.
- ²⁸ OZELLA, S. *Adolescências Construídas: a visão da psicologia sócio-histórica*. São Paulo: Cortez, 2003. p. 29
- ²⁹ EISENSTEIN, E. 2005. *Adolescência: definições, conceitos e critérios*. *Adolescência & Saúde: publicação trimestral do NESA*, vol.2, nº 2, junho.
- ³⁰ BECKER, D. 2003. *O que é Adolescência*. São Paulo: Brasiliense.
- ³¹ BOCK, A.M. 2003. *Quem eu quero ser quando crescer: um estudo sobre projetos de vida de jovens em São Paulo*. In Sérgio Ozella. *Adolescências Construídas: a visão da psicologia sócio-histórica*. São Paulo: Cortez, 2003.
- ³² BOCK, *op cit*, p. 207
- ³³ ARIÈS, P. 1981. *A História Social da Criança e da Família*. Rio de Janeiro: LTC-Livros Técnicos e Científicos Editora S.A.
- ³⁴ ARIÈS, *op cit*, p. 47.
- ³⁵ BOURDIEU, P. 1983. A “Juventude” é apenas uma palavra. In *Questões de Sociologia*. Rio de Janeiro: Editora Marco Zero.
- ³⁶ CAMARANO, A. A., LEITÃO E MELLO, J., KANSO, S. *Do Nascimento à Morte Principais Transições*. In: Camarano, A.A. *Transição para a vida adulta ou vida adulta em transição*. Rio de Janeiro: IPEA, 2006, cap. 2.
- ³⁷ PNAD, 2006. *Primeiras Análises*. In: www.ipea.gov.br
- ³⁸ NOVAES, R. *Juventude, exclusão e inclusão social: aspectos e controvérsias de um debate em curso*. In: *Políticas Públicas: Juventude em Pauta*. São Paulo: Editora Cortez, 2003.
- ³⁹ NOVAES, *op cit*, p.122
- ⁴⁰ GROppo, L.A. 2000. *JUVENTUDE, Ensaio sobre Sociologia e História das Juventudes Modernas*. Rio de Janeiro: Difel
- ⁴¹ GROppo, *op cit*, p. 37
- ⁴² EISENTADT, S.N. 1976. *De geração em geração*. São Paulo: Editora Perspectiva

-
- ⁴³ GROPPPO, *op cit*, p. 38
- ⁴⁴ GROPPPO, *op cit*.
- ⁴⁵ GUATTARI, F. & ROLNIK, S. 1996. Cartografias do Desejo. Petrópolis/RJ: Editora Vozes.
- ⁴⁶ GUATTARI, *op cit*, p. 215
- ⁴⁷ GUATTARI, *op cit*, p. 37.
- ⁴⁸ GUATTARI, *op cit*, p.37.
- ⁴⁹ DELEUZE, G., GUATTARI, F. 1995. Mil Platôs. Rio de Janeiro: Editora 34, p.21.
- ⁵⁰ PANTOJA, A.L.N. "Ser alguém na vida": uma análise sócio-antropológica da gravidez/maternidade na adolescência, em Belém do Pará, Brasil. Cad. De Saúde Pública, Rio de Janeiro, 19 (Sup.2):S335-S343, 2003.
- ⁵¹ PANTOJA, *op cit*, p. S335.
- ⁵² Guattari & Rolnik, p. 17
- ⁵³ HABERMAS, J. 1996. Racionalidade e Comunicação. Lisboa, PT: Edições 70.
- ⁵⁴ 1989. Consciência Moral e Agir Comunicativo. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro.
- ⁵⁵ WATZLAWICK, *op cit*.
- ⁵⁶ HABERMAS, 1996, *op cit*, p. 10-11.
- ⁵⁷ HABERMAS, *op cit*, p. 10
- ⁵⁸ HABERMAS, *op cit*, p. 109
- ⁵⁹ BAKHTIN, M. O Freudismo. 2004. São Paulo: Editora Perspectiva
- ⁶⁰ HABERMAS, 1996, *op cit*, p.110
- ⁶¹ MARCONDES, D. Filosofia, Linguagem e Comunicação.
- ⁶² Relatório CEAMA, 2004.
- ⁶³ BARDIN, L. 2003. Análise de Conteúdo. Lisboa (Pt): edições 70, p. 38.
- ⁶⁴ GOMES, R.; SOUZA, E.R.; MINAYO, M.C.S.; MALAQUIAS, J.V.; SILVA, C.F.R. 2005.Organizacion, Processamiento, Análisis y interpretacion de datos. El Desafío de La Triangulacion. In: Evaluacion por Triangulacion de Metodos: Abordaje de Programas Sociales. Cood. M.C.S. Minayo ET al. – Buenos Aires: Lugar Editorial

Cap. IV

- ⁶⁵ Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde sobre Saúde da Criança e da Mulher do Ministério da Saúde, 2006 (PNDS,2006). Site: WWW.bvsmms.saude.gov.br/bvs/pnds/img/PNDSNacionaleditada.pdf
- ⁶⁶ BEMFAM (Sociedade Civil do Bem-Estar Familiar no Brasil)/DHS (Demography and Health Survey), 1997. Brasil. Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde. 1996. Rio de Janeiro: BEMFAM/DHS.
- ⁶⁷ SUS/MS; FNUAP – Brasil 1997 *in* Dossiê Adolescente – Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos.

-
- ⁶⁸ GONÇALVES, Helen e GIGANTE, Denise. Trabalho, escolaridade e saúde reprodutiva: um estudo etno-epidemiológico com jovens mulheres pertencentes a uma coorte de nascimento. *Cad. Saúde Pública*, jul. 2006, vol.22, no.7, p.1459-1469. ISSN 0102-311X.
- ⁶⁹ ROSEMBERG, Fulvia. 2001. Educação Formal, Mulher e Gênero no Brasil Contemporâneo. Revista Estudos Feministas, 2º semestre, vol 9, nº002, Universidade Federal do Rio de Janeiro, RJ.
- ⁷⁰ FREITAS, GISLEINE VAZ SCAVACINI DE e BOTEGA, NEURY JOSÉ. Gravidez na adolescência: prevalência de depressão, ansiedade e ideação suicida. *Rev. Assoc. Med. Bras.*, jul./set. 2002, vol.48, no.3, p.245-249. ISSN 0104-4230
- ⁷¹ MORAES, Ana Julia Pantoja, SOARES, Pollyana Maria Ferreira, LEAL, Marta Miranda *et al.* Aspectos da gravidez e pós-parto de adolescentes portadoras de febre reumática. *Rev. Assoc. Med. Bras.*, jul./set. 2004, vol.50, no.3, p.293-296. ISSN 0104-4230.
- ⁷² SILVA, Clovis Artur Almeida, SUEHIRO, Ricardo Maise, LEAL, Marta Miranda *et al.* Aspectos da sexualidade e gravidez em adolescentes com artrite idiopática juvenil (AIJ). *Rev. Bras. Reumatol.*, maio/jun. 2005, vol.45, no.3, p.175-179. ISSN 0482-5004.
- ⁷³ MARQUES, Heloisa Helena de Sousa. Avaliação crítica dos efeitos adversos do tratamento anti-retroviral no feto, recém-nascido e lactente. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.*, jul. 2006, vol.28, no.7, p.424-430. ISSN 0100-7203.
- ⁷⁴ BELFORT, Paulo e BRAGA, Antônio. Doença trofoblástica gestacional recorrente. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.*, fev. 2003, vol.25, no.1, p.61-66. ISSN 0100-7203
- ⁷⁵ PAPA, Amélia Cirone Esposito, FURLAN, Juliana Prestes, PASQUELLE, Marisa *et al.* A anemia por deficiência de ferro na grávida adolescente: comparação entre métodos laboratoriais. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.*, nov./dez. 2003, vol.25, no.10, p.731-738. ISSN 0100-7203.
- ⁷⁶ CUNHA, Alfredo de Almeida, PORTELA, Margareth Crisóstomo, AMED, Abés Mahomed *et al.* Modelo Preditivo para Cesariana com Uso de Fatores de Risco. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.*, jan. 2002, vol.24, no.1, p.21-28. ISSN 0100-7203
- ⁷⁷ ROCHA, Ricardo Cristiano Leal da, SOUZA, Eduardo de, GUAZZELLI, Cristina Aparecida Falbo *et al.* Prematuridade e baixo peso entre recém-nascidos de adolescentes primíparas. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.*, set.2006, vol.28, no.9, p.530-535. ISSN 0100-7203
- ⁷⁸ MAGALHAES, Maria de Lourdes Caltabiano, FURTADO, Felipe Magalhães, NOGUEIRA, Marcelo Bezerra *et al.* Gestação na adolescência precoce e tardia: há diferença nos riscos obstétricos?. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.*, ago. 2006, vol.28, no.8, p.446-452. ISSN 0100-7203
- ⁷⁹ MAIA, Vamberto Oliveira de Azevedo, MAIA, Alessandra Costa de Azevedo, QUEIROGA, Fábio Lima *et al.* Via de parto em gestações sucessivas em adolescentes: estudo de 714 casos. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.*, out. 2004, vol.26, no.9, p.703-707. ISSN 0100-7203
- ⁸⁰ FURLAN, Juliana Prestes, GUAZZELLI, Cristina Aparecida Falbo, PAPA, Amélia Cirone Sposito *et al.* A influência do estado nutricional da adolescente grávida sobre o tipo de parto e o peso do recém-nascido. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.*, 2003, vol.25, no.9, p.625-630. ISSN 0100-7203.
- ⁸¹ AZEVEDO, George Dantas de, FREITAS JUNIOR, Reginaldo Antonio de Oliveira, FREITAS, Ana Karla Monteiro Santana de Oliveira *et al.* Efeito da Idade Materna sobre os Resultados Perinatais. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.*, 2002, vol.24, no.3, p.181-185. ISSN 0100-7203

-
- ⁸² SILVA, Lucía e TONETE, Vera Lúcia Pamplona. A gravidez na adolescência sob a perspectiva dos familiares: compartilhando projetos de vida e cuidado. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, mar./abr. 2006, vol.14, no.2, p.199-206. ISSN 0104-1169.
- ⁸³ GODINHO, Roselí Aparecida, SCHELP, Joselaine Rosália Batista, PARADA, Cristina Maria Garcia de Lima *et al.* Adolescentes e grávidas: onde buscam apoio?. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, abr. 2000, vol.8, no.2, p.25-32. ISSN 0104-1169
- ⁸⁴ SOUZA, Vera Lúcia Costa, CORREA, Maria Suely Medeiros, SOUZA, Sinara de Lima *et al.* O aborto entre adolescentes. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, mar./abr. 2001, vol.9, no.2, p.42-47. ISSN 0104-1169.
- ⁸⁵ PERSONA, Lia, SHIMO, Antonieta Keiko Kakuda e TARALLO, Maria Celina. Perfil de adolescentes com repetição da gravidez atendidas num ambulatório de pré-natal. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, set./out. 2004, vol.12, no.5, p.745-750. ISSN 0104-1169
- ⁸⁶ GOMES, Romeu, FONSECA, Eliane M.G.O. e VEIGA, Álvaro J.M.O. A visão da pediatria acerca da gravidez na adolescência: um estudo bibliográfico. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, maio/jun. 2002, vol.10, no.3, p.408-414. ISSN 0104-1169.
- ⁸⁷ FUJIMORI, Elizabeth, LAURENTI, Daniela, NUNEZ DE CASSANA, Luz Marina *et al.* Anemia e deficiência de ferro em gestantes adolescentes. *Rev. Nutr.*, set./dez. 2000, vol.13, no.3, p.177-184. ISSN 1415-5273.
- ⁸⁸ NOGUEIRA, Nadir do Nascimento, MACEDO, Antônio da Silva, PARENTE, Joaquim Vaz *et al.* Perfil nutricional de recém-nascidos de mães adolescentes suplementadas com ferro, em diferentes concentrações, zinco e ácido fólico. *Rev. Nutr.*, maio/ago. 2002, vol.15, no.2, p.193-200. ISSN 1415-5273.
- ⁸⁹ MENEZES, Ida Helena Carvalho Franciscantonio e DOMINGUES, Maria Hermínia Marques da Silva. Principais mudanças corporais percebidas por gestantes adolescentes assistidas em serviços públicos de saúde de Goiânia. *Rev. Nutr.*, abr./jun. 2004, vol.17, no.2, p.185-194. ISSN 1415-5273.
- ⁹⁰ SIQUEIRA, Maria Juracy Toneli, MENDES, Daniela, FINKLER, Ivana *et al.* Profissionais e usuárias(os) adolescentes de quatro programas públicos de atendimento pré-natal da região da grande Florianópolis: onde está o pai? . *Estud. psicol. (Natal)*, jan. 2002, vol.7, no.1, p.65-72. ISSN 1413-294X.
- ⁹¹ ESTEVES, Janine Raymundi e MENANDRO, Paulo Rogério Meira. Trajetórias de vida: repercussões da maternidade adolescente na biografia de mulheres que viveram tal experiência. *Estud. psicol. (Natal)*, set./dez. 2005, vol.10, no.3, p.363-370. ISSN 1413-294X
- ⁹² MITSUHIRO, Sandro Sendin, CHALEM, Elisa, BARROS, Marina Moraes *et al.* Teenage pregnancy: use of drugs in the third trimester and prevalence of psychiatric disorders. *Rev. Bras. Psiquiatr.*, jun. 2006, vol.28, no.2, p.122-125. ISSN 1516-4446.
- ⁹³ COIMBRA Jr., Carlos Eduardo A. Produção Científica em Saúde Pública e as bases bibliográficas internacionais. *Cad.Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 15(4): 883-888, out-dez, 1999.
- ⁹⁴ REIS, Alberto Olavo Advincola. Metaphorical/metonymical analysis of public health thinking *vis-à-vis* teenage pregnancy in the 1960s. *Cad. Saúde Pública*, 1998, vol.14 supl.1, p.S115-S123. ISSN 0102-311X
- ⁹⁵ Heilborn, M.L...[et al] O Aprendizado da Sexualidade: reprodução e trajetórias sociais de jovens brasileiros.. Rio de Janeiro: Garamond e Fiocruz, 2006.
- ⁹⁶ GOLDENBERG, Paulete, FIGUEIREDO, Maria do Carmo Tolentino e SILVA, Rebeca de Souza e. Gravidez na adolescência, pré-natal e resultados perinatais em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, jul./ago. 2005, vol.21, no.4, p.1077-1086. ISSN 0102-311X.

-
- ⁹⁷ SABROZA, Adriane Reis et al. Perfil sócio-demográfico e psicossocial de puérperas adolescentes do Município do Rio de Janeiro, Brasil – 1999-2001. *Cad. Saúde Pública*, 2004, vol.20, suppl.1, p. S112-S120. ISSN 0102-311X.
- ⁹⁸ BARROS, Denise Cavalcante de, PEREIRA, Rosângela Alves, GAMA, Silvana Granado Nogueira da et al. O consumo alimentar de gestantes adolescentes no Município do Rio de Janeiro. *Cad. Saúde Pública*, 2004, vol.20 suppl.1, p.S121-S129. ISSN 0102-311X
- ⁹⁹ ANDRADE, Carla Lourenço Tavares de e SZWARCOWALD, Célia Landmann. Spatial analysis of early neonatal mortality in the municipality of Rio de Janeiro, 1995-1996. *Cad. Saúde Pública*, set./out. 2001, vol.17, no.5, p.1199-1210. ISSN 0102-311X
- ¹⁰⁰ GAMA, Silvana Granado Nogueira da, SZWARCOWALD, Célia Landmann e LEAL, Maria do Carmo. Pregnancy in adolescence, associated factors, and perinatal results among low-income post-partum women. *Cad. Saúde Pública*, jan./fev. 2002, vol.18, no.1, p.153-161. ISSN 0102-311X
- ¹⁰¹ HEILBORN, Maria Luiza, CABRAL, Cristiane S. Parentalidade Juvenil: transição condensada para a vida adulta. In: *Transição para a vida adulta ou vida adulta em transição?*.org. Ana Amélia CAMARANO. Rio de Janeiro: Ipea, 2006.
- ¹⁰² CARNIEL, Emília de Faria, ZANOLLI, Maria de Lurdes, ALMEIDA, Carlos Alberto Avancini de et al. Características das mães adolescentes e de seus recém-nascidos e fatores de risco para a gravidez na adolescência em Campinas, SP, Brasil. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.*, 2006, vol.6, no.4, p.419-426. ISSN 1519-3829.
- ¹⁰³ KASSAR, Samir B., LIMA, Marília de C., ALBUQUERQUE, Maria de Fátima M. de et al. Comparações das condições socioeconômicas e reprodutivas entre mães adolescentes e adultas jovens em três maternidades públicas de Maceió, Brasil. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.*, 2006, vol.6, no.4, p.397-403. ISSN 1519-3829.
- ¹⁰⁴ VIEIRA, Leila Maria, SAES, Sandra de Oliveira, DORIA, Adriana Aparecida Bini et al. Reflexões sobre a anticoncepção na adolescência no Brasil. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.*, jan./mar. 2006, vol.6, no.1, p.135-140. ISSN 1519-3829.
- ¹⁰⁵ FIGUEIRO, Ana Cláudia. Condições de vida e saúde reprodutiva de adolescentes residentes na comunidade de Roda de Fogo, Recife. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.*, set./dez. 2002, vol.2, no.3, p.291-302. ISSN 1519-3829.
- ¹⁰⁶ MICHELAZZO, Daniela, YAZLLE, Marta Edna Holanda Diógenes, MENDES, Maria Célia et al. Indicadores sociais de grávidas adolescentes: estudo caso-controle. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.*, set. 2004, vol.26, no.8, p.633-639. ISSN 0100-7203
- ¹⁰⁷ YAZLLE, Marta Edna Holanda Diógenes, MENDES, Maria Célia, PATTA, Maristela Carbol et al. A Adolescente Grávida: Alguns Indicadores Sociais. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.*, out. 2002, vol.24, no.9, p.609-614. ISSN 0100-7203
- ¹⁰⁸ BORGES, Ana Luiza Vilela e SCHOR, Néia. Trajetórias afetivo-amorosas e perfil reprodutivo de mulheres adolescentes residentes no Município de São Paulo. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.*, abr./jun. 2005, vol.5, no.2, p.163-170. ISSN 1519-3829.
- ¹⁰⁹ LIMA, Celian Tereza Batista, FELICIANO, Katia Virginia de Oliveira, CARVALHO, Maria Francisca Santos et al. Percepções e práticas de adolescentes grávidas e de familiares em relação à gestação. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.*, jan./mar. 2004, vol.4, no.1, p.71-83. ISSN 1519-3829
- ¹¹⁰ VILLELA, Wilza Vieira e DORETO, Daniella Tech. Sobre a experiência sexual dos jovens. *Cad. Saúde Pública*, nov. 2006, vol.22, no.11, p.2467-2472. ISSN 0102-311X.

-
- ¹¹¹ AQUINO, Estela M. L., HEILBORN, Maria Luiza, KNAUTH, Daniela *et al.* Adolescência e reprodução no Brasil: a heterogeneidade dos perfis sociais. *Cad. Saúde Pública*, 2003, vol.19 supl.2, p.S377-S388. ISSN 0102-311X
- ¹¹² EINSENSTADT, S.N. 1976. De geração em geração . São Paulo: Ed. Perspectiva.
- ¹¹³ ROCHA, Ricardo Cristiano Leal da, SOUZA, Eduardo de, GUAZZELLI, Cristina Aparecida Falbo *et al.* Prematuridade e baixo peso entre recém-nascidos de adolescentes primíparas. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.*, set. 2006, vol.28, no.9, p.530-535. ISSN 0100-7203
- ¹¹⁴ KASSAR, Samir B., GURGEL, Ricardo Q., ALBUQUERQUE, Maria de Fátima M. de *et al.* Peso ao nascer de recém-nascidos de mães adolescentes comparados com o de puérperas adultas jovens. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.*, jul./set. 2005, vol.5, no.3, p.293-299. ISSN 1519-3829.
- ¹¹⁵ SIMOES, Vanda Maria Ferreira, SILVA, Antônio Augusto Moura da, BETTIOL, Heloisa *et al.* Características da gravidez na adolescência em São Luís, Maranhão. *Rev. Saúde Pública*, out. 2003, vol.37, no.5, p.559-565. ISSN 0034-8910.
- ¹¹⁶ MAIA, Vamberto Oliveira de Azevedo, MAIA, Alessandra Costa de Azevedo, QUEIROGA, Fábio Lima *et al.* Via de parto em gestações sucessivas em adolescentes: estudo de 714 casos. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.*, out. 2004, vol.26, no.9, p.703-707. ISSN 0100-7203.
- ¹¹⁷ COSTA, Maria Conceição Oliveira, LIMA, Indira Campos, MARTINS JUNIOR, Davi Félix *et al.* Gravidez na adolescência e co-responsabilidade paterna: trajetória sociodemográfica e atitudes com a gestação e a criança. *Ciênc. saúde coletiva*, jul./set. 2005, vol.10, no.3, p.719-727. ISSN 1413-8123
- ¹¹⁸ ALMEIDA, Maria da Conceição C., AQUINO, Estela M. L. e BARROS, Antoniel Pinheiro de. School trajectory and teenage pregnancy in three Brazilian state capitals. *Cad. Saúde Pública*, jul. 2006, vol.22, no.7, p.1397-1409. ISSN 0102-311X.
- ¹¹⁹ BELO, Márcio Alves Vieira e SILVA, João Luiz Pinto e. Conhecimento, atitude e prática sobre métodos anticoncepcionais entre adolescentes gestantes. *Rev. Saúde Pública*, ago. 2004, vol.38, no.4, p.479-487. ISSN 0034-8910.
- ¹²⁰ CABRAL, Cristiane S. Contracepção e gravidez na adolescência na perspectiva de jovens pais de uma comunidade favelada do Rio de Janeiro. *Cad. Saúde Pública*, 2003, vol.19 supl.2, p.S283-S292. ISSN 0102-311X.
- ¹²¹ BRANDAO, Elaine Reis e HEILBORN, Maria Luiza. Sexualidade e gravidez na adolescência entre jovens de camadas médias do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, jul. 2006, vol.22, no.7, p.1421-1430. ISSN 0102-311X.
- ¹²² SABROZA, Adriane Reis, LEAL, Maria do Carmo, SOUZA JR., Paulo Roberto de *et al.* Algumas repercussões emocionais negativas da gravidez precoce em adolescentes do Município do Rio de Janeiro (1999-2001). *Cad. Saúde Pública*, 2004, vol.20 supl.1, p.S130-S137. ISSN 0102-311X.
- ¹²³ SANTOS, Sílvia Reis dos e SCHOR, Néia. Vivências da maternidade na adolescência precoce. *Rev. Saúde Pública*, fev. 2003, vol.37, no.1, p.15-23. ISSN 0034-8910.
- ¹²⁴ PANTOJA, Ana Lúcia Nauar. "Ser alguém na vida": uma análise sócio-antropológica da gravidez/maternidade na adolescência, em Belém do Pará, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, 2003, vol.19 supl.2, p.S335-S343. ISSN 0102-311X.
- ¹²⁵ PERES, Simone Ouwinha e HEILBORN, Maria Luiza. Cogitação e prática do aborto entre jovens em contexto de interdição legal: o avesso da gravidez na adolescência. *Cad. Saúde Pública*, jul. 2006, vol.22, no.7, p.1411-1420. ISSN 0102-311X

¹²⁶ PIROTTA, Kátia Cibelle Machado e SCHOR, Néia. Intenções reprodutivas e práticas de regulação da fecundidade entre universitários. *Rev. Saúde Pública*, ago. 2004, vol.38, no.4, p.495-502. ISSN 0034-8910

¹²⁷ NOGUEIRA, Nadir do Nascimento, PARENTE, Joaquim Vaz e COZZOLINO, Sílvia Maria Franciscato. Mudanças na concentração plasmática de zinco e ácido fólico em adolescentes grávidas submetidas a diferentes esquemas de suplementação. *Cad. Saúde Pública*, jan./fev. 2003, vol.19, no.1, p.155-160. ISSN 0102-311X.

¹²⁸ MCCALLUM, Cecilia e REIS, Ana Paula dos. Re-significando a dor e superando a solidão: experiências do parto entre adolescentes de classes populares atendidas em uma maternidade pública de Salvador, Bahia, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, jul. 2006, vol.22, no.7, p.1483-1491. ISSN 0102-311X

¹²⁹ RIBEIRO, Eleonora RO, BARBIERI, Marco A, BETTIOL, Heloisa *et al.* Comparação entre duas coortes de mães adolescentes em município do Sudeste do Brasil. *Rev. Saúde Pública*, abr. 2000, vol.34, no.2, p.136-142. ISSN 0034-8910.

¹³⁰ COSTA, Maria Conceição O e FORMIGLI, Vera Lúcia A. Avaliação da qualidade de serviço de saúde para adolescentes. *Rev. Saúde Pública*, abr. 2001, vol.35, no.2, p.177-184. ISSN 0034-8910.

¹³¹ ANDRADE, Carla Lourenço Tavares de e SZWARCOWALD, Célia Landmann. Spatial analysis of early neonatal mortality in the municipality of Rio de Janeiro, 1995-1996. *Cad. Saúde Pública*, set./out. 2001, vol.17, no.5, p.1199-1210. ISSN 0102311X.

¹³² ARIÈS, Philippe. História Social da Criança e da Família. 1981. Rio de Janeiro: LTC-Livros Técnicos e Científicos Editora S.A.

¹³³ BOURDIEU, Pierre. 1983. A “Juventude é apenas uma palavra”. In. *Questões de Sociologia*. Rio de Janeiro: Editora Marco Zero.

Cap V

¹³⁴ FERREIA, A.B.H. Novo Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa. 3ª edição revista. Curitiba: Ed. Positivo, 2004

¹³⁵ FOUCAULT, M. 1979. *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Edições Graal.

¹³⁶ FOUCAULT, 1979, *op cit*, p. 105-107.

¹³⁷ FOUCAULT, M. 2004. *O Nascimento da Clínica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária.

¹³⁸ SILVA, Fábila Gama e TAVARES-NETO, Jose Avaliação dos prontuários médicos de hospitais de ensino do Brasil. *Rev. Bras. Educ. Médica.*, Ago 2007, vol.31, nº 2, p.113-126. ISSN 0100-5502

¹³⁹ DESLANDES, Suely Ferreira. *Frágeis Deuses: profissionais da emergência entre os danos da violência e a recriação da vida*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.

¹⁴⁰ OCHOA-VIGO, K.; PACE. A.E.; SANTOS, C.B. Retrospective analysis of nursing records at a specialized unit. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 2003, vol.11, n.2. ISSN 0104-1169.

¹⁴¹ HORTA, W.A. *Processo de Enfermagem*. São Paulo (SP): EPU - EDUSP; 1979.

¹⁴² SMELTZER, S.C., BARE, B.G. Brunner & Suddarth *Tratado de enfermagem médico-cirúrgica*. 8ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 1998

¹⁴³ IYER, P.R., TAPTICH, B.J., BERNOCCHI-LOSEY, D. Processo e diagnóstico em Enfermagem. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993

¹⁴⁴ SANTOS, S.R.; PAULA, A.F.A.; LIMA, J.P.. Nurses and their perception about the manual recording system in patients' files. Revista Latino-Americana de Enfermagem, 2003, vol.11, n. 1, ISSN 0104-1169.

¹⁴⁵ LIMA, Mônica. Atuação Psicológica Coletiva: uma Trajetória Profissional em Unidade Básica de Saúde. Psicologia em Estudo, Maringá, v. 10, n. 3, p. 431-440, set/dez. 2005.

¹⁴⁶ EDIN, K e KEFALAS, M. 2005. Promises I can Keep: Why poor woman put motherhood before marriage. University of California Press: Berkeley, Los Angeles, London

¹⁴⁷ EDIN & KEFALAS, *op cit*, 13, p.34.

¹⁴⁸ LIMA, T.C.S.; MIOTO, R.C. e DAL PRÁ, K. R. A documentação no cotidiano da intervenção dos assistentes sociais: algumas considerações sobre o diário de campo. Revista Virtual Textos e Contextos, nº 7, Jul.2007.

¹⁴⁹ PRONTUÁRIO TRANSDISCIPLINAR E PROJETO TERAPÊUTICO – Humaniza SUS, manual do Ministério da Saúde, 2004, Brasília, DF.

Cap. VI e Conclusão VII

¹⁵⁰ HUGUES, J. (1983), A filosofia da pesquisa social. São Paulo: Ed. Zahar, cap. 5.

¹⁵¹ HUGHES, *op cit*.

¹⁵² WATZLAWICK, P., BEAVIN, J.H., JACKSON, D.D.1993. Pragmática da Comunicação Humana. São Paulo: Editora Cultrix.

¹⁵³ WITTGENSTEIN, L. 1994. Investigações Filosóficas. Petrópolis: Ed. Vozes.

¹⁵⁴ WITTGENSTEIN, *op cit*.

¹⁵⁵ CHAUÍ. M. 1982. O que é Ideologia. São Paulo: Editora Brasiliense, 9ªed.

¹⁵⁶ MARCONDES, D. 2001. Filosofia, Linguagem e Comunicação. Ed. Cortez: São Paulo.

¹⁵⁷ THOMPSON, J.B. 1995. Ideologia e Cultura Moderna. Petrópolis, RJ: Ed. Vozes.

¹⁵⁸ THOMPSON, *op cit*, p. 118

¹⁵⁹ THOMPSON, *op cit*, p. 118

¹⁶⁰ DESLANDES, S.F. 2002. Frágeis Deuses: profissionais da emergência entre os danos da violência e a recriação da vida. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p.28.

¹⁶¹ THOMPSON, *op cit*, p. 48

¹⁶² THOMPSON, *op cit*, p.134.

¹⁶³ HABERMAS, J. Racionalidade e Comunicação. Lisboa, Pt: edições 70.

¹⁶⁴ HumanizaSUS – Acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde. Série B. Textos Básicos do MS. Brasília: DF, 2004

-
- ¹⁶⁵ LERIDON, H. et al. 1987. La seconde revolution contraceptive: la regulation des naissances en France de 1950 à 1985 *apud* LE VAN, C. 1998. Les Grossesses à l'Adolescence Normes Sociales, Réalités Vecués. Paris: Editions L'Hartmattan.
- ¹⁶⁶ ARENI, A.; MANETTI, L.; SABINO, G. 1986. Influences des schemás culturels traditionnels sur la choix de la contraception, in Contraception-Fertilité-Sexualité *apud* LE VAN, C. 1998. Les Grossesses à l'Adolescence Normes Sociales, Réalités Vecués. Paris: Editions L'Hartmattan.
- ¹⁶⁷ MARCONDES, D. 2001. Filosofia, Linguagem e Comunicação. São Paulo: Editora Cortez, 4ª ed., p.131.
- ¹⁶⁸ CATHARINO, T. Gravidez e Adolescência – Investigação de um problema moderno. Trabalho apresentado no XII Encontro da Associação Brasileira de Estudos Populacionais. Ouro Preto, MG, 4-8 Nov. 2002.
- ¹⁶⁹ PNAd 2006, Primeiras Análises. In: www.ipea.gov.br
- ¹⁷⁰ EISENSTADT, *op cit*.
- ¹⁷¹ CASTEL, R. De L'indigence à l'exclusion, La désaffiliation –Precarité du travail ET vulnerabilité relationnelle *apud* LE VAN, C. 1998. Les Grossesses à l'Adolescence Normes Sociales, Réalités Vecués. Paris: Editions L'Hartmattan, p. 40.
- ¹⁷² LE VAN, C. 1998. Les Grossesses à l'Adolescence Normes Sociales, Réalités Vecués. Paris: Editions L'Hartmattan.
- ¹⁷³ EISENSTADT, S. N. 1976. De Geração em Geração. São Paulo: Editora Perspectiva.
- ¹⁷⁴ VENTURA, M. Sexualidade e reprodução na Adolescência: uma questão de direitos. In: Jovens, Trajetórias, Masculinidades e Direitos, org.Adorno, R.C.F. et al. São Paulo: editora da Universidade de São Paulo, 2005.
- ¹⁷⁵ Marco Legal: saúde, um direito de adolescentes/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Área de Saúde do Adoelscente e do Jovem. – Brasília: Ministério da Saúde, 2005, p. 13.
- ¹⁷⁶ Marco Lergal, *op cit*, p. 17
- ¹⁷⁷ CATHARINO & GIFFIN. 2002 . A Gravidez Juvenil. In: Abramovay, M. et al. Juventudes e Sexualidade, Brasília: Unesco, 2004.

ANEXO I

1. Antes de trabalhar com pré-natal de adolescente, qual era seu conceito sobre gravidez na adolescência?
2. Esse conceito mudou ao iniciar um trabalho com gestantes adolescentes? Em que aspectos?
3. No seu entender, que motivos levam a adolescente a engravidar?
4. Explique seus motivos para estar trabalhando neste serviço?
5. Como você define seu papel no serviço? E o da equipe?
6. O que você acha importante se abordar com a adolescente grávida?
7. No seu entender, qual o papel das políticas públicas na questão da gravidez na adolescência?
8. Você gosta de trabalhar nesse serviço?