

ARTIGO ORIGINAL

ADOLESCENTES GRÁVIDAS: CONTRIBUIÇÃO À ASSISTÊNCIA E AO ENSINO, SEGUNDO O RELATO DE SUAS TRAJETÓRIAS.¹

ADOLESCENT PREGNANT WOMEN: CONTRIBUTION TO CARE AND TEACHING, ACCORDING TO THE REPORTS OF THEIR TRAJECTORIES.

Maurício Moraes

Universidade Católica de Pelotas – UCPel, Centro de Ciências da Vida e da Saúde, Professor adjunto, especialista em Medicina Preventiva e Social, mestre em Educação, doutor em Saúde e Comportamento/Saúde da Mulher, Criança e Adolescente.

E-mail: mumana@uol.com.br

Resumo

O artigo apresenta a análise qualitativa de uma pesquisa realizada com um grupo de puérperas pertencentes a uma coorte de acompanhamento da trajetória de adolescentes grávidas. Os dados foram obtidos por meio de entrevista semiestruturada, cujos roteiros relacionavam três categorias à análise: Ensino médico, Assistência à saúde e Universo adolescente. Um questionário composto de perguntas abertas foi aplicado em entrevista a 136 puérperas captadas de uma coorte de 540 gestantes adolescentes. Para o presente artigo, foram selecionadas as identidades temáticas mais incidentes e com forte significado nas categorias. Os resultados mostraram reconhecimento da qualidade da atenção no pré-natal, mas queixas no atendimento ao parto; atribuição de referências positivas por terem engravidado, mas dificuldades

Ricardo Burg Ceccim

Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS, Programa de Pós-Graduação em Educação Professor titular, especialista em Saúde Coletiva, mestre em Educação, doutor em Psicologia Clínica e Pós-Doutor em Antropologia Médica.

E-mail: burgceccim@gmail.com

na criação dos filhos; e, mesmo que uma minoria das adolescentes tenha frequentado o número mínimo de 06 consultas de pré-natal, a maioria se empenha com a frequência ao atendimento de puericultura. Foi possível reconhecer que a gravidez na adolescência não está cercada de danos e prejuízos, mas que a assistência e ensino médicos ainda se reportam à gravidez na adolescência como um diagnóstico de problema de saúde, tornando atenção, cuidado e terapêutica temas secundários ao saber e prática médicas.

Palavras-chave: Gravidez na adolescência; Saúde da mulher; Saúde do adolescente; Educação médica.

Abstract

The article presents the research qualitative analysis carried out with a puerperal women

¹ Fonte de financiamento: O financiamento foi feito por meio de bolsas de pesquisa brasileiras (Ministério da Saúde / UFRGS). A investigação científica também se insere em projetos maiores de pesquisa e ensino dos professores supervisores. Os dados encontram-se, neste artigo, em estilo descritivo e temático-analítico. As interpretações estão ancoradas no diálogo das Ciências Sociais e Humanas com a Saúde Coletiva. A análise e discussão dos dados ainda contará com a escrita e divulgação dos produtos finais de uma tese de doutorado em artigos futuros. Ética em pesquisa: Protocolo 2007.95.

group part of a follow-up cohort on the trajectory of pregnant adolescents. The data were obtained through a semi-structured interview, whose scripts related three categories to the analysis: Medical education, Health care and Teen universe. A questionnaire composed of open-ended questions was applied in interviews of 136 puerperal women among a cohort of 540 pregnant teenagers. For this article, it was selected thematic identities with most incident and strong meaning in the categories. The results showed acknowledgment of prenatal care quality, nevertheless complaints regarding childbirth; Ascription of positive references on become pregnant, but difficulties in children raising; And even though a minority of adolescents have frequented the minimum number of six prenatal consultations, most of them are committed to attending childcare. It was possible to acknowledge that teenage pregnancy is not surrounded by damages and losses, but it was understood that medical care and its teaching still relate to teenage pregnancy as a health diagnosis problem, putting attention, care and therapy issues secondarily to medical knowledge and practice.

Keywords: Pregnancy in adolescence; Women's health; Adolescent health; Education, medical.

Introdução

A literatura científica em medicina, especialmente quando voltada para a construção dos modelos de diagnóstico e terapêutica, explícita ou veladamente, sustenta um imaginário de poder relativo à cura, traduzido como poder de promover a vida e controlar a morte, sem, no entanto, indicar recursos ou estratégias relativas ao tratar, à escuta ou à construção de projetos terapêuticos que levem em conta a “vida mesma”.^{1,2} Isto é, não supõe a vida em sua singularidade, além de um corpo objetivado pelo olhar biomédico, chegando a arrolar a presença de prazeres, desejos, sonhos e fantasias como parte do diagnóstico (de doença) e prescrição

(terapêutica), não da composição de uma atenção integral, em rede intersetorial e mediante cuidados à saúde na ausência de indicadores de doença.^{3,4}

Há uma discursividade racional, conveniente e pertinente ao modelo científico, que sustenta a informação médica em parâmetros que reificam a clínica, emprestando ao saber médico uma aura de potência sobre o diagnosticar e tratar, uma infalibilidade do saber e da intervenção, somente traído pelas exceções, pela emergência de um novo padrão epidemiológico ou pela negligência dos pacientes para com as prescrições terapêuticas. Uma postura de poder médico, como no nascimento científico da clínica na modernidade. No interior dessa “razão médica”, somente podemos falar da vida biológica ou de uma melhor qualidade de vida subalterna aos critérios de sobrevivência e autonomia em atividades da vida diária.⁴ Não é o mesmo que a vida tal como investida na experiência intensiva da existência ou implicada nas exigências de resistência às aflições e agonias por conta do estar vivo em meio às tristezas, dúvidas, sensações de inadequação, inconformidades, preconceitos, estigmas, exclusões, frustrações, impossibilidades, negativas e riscos presentes na experiência humana.^{4,5,6,7}

O suporte necessário ao ser saudável com parâmetros biológicos ao andar da vida toma um corpo-organismo, limitando a intervenção médica à essa base material, mas não explicando fatores de adesão ou não ao tratamento, busca precoce ou tardia pelos serviços profissionais de saúde, itinerários terapêuticos entre serviços populares, religiosos, científicos, oficiais, alternativos etc.¹ O modelo educacional contribui para essa verificação nas realidades profissionais, uma vez que invariavelmente não contempla – na

formação – os aspectos das “humanidades médicas”, não problematiza a questão da vida na experiência ativa do viver em meio a afetos, surpresas, desafios, encantamentos, desencantos, sofrimentos, exaltações.^{4, 5, 6, 7}

A tematização da “atenção integral”, da “intersectorialidade” e do “cuidado à saúde na ausência de doença”, como nas recomendações internacionais de educação e trabalho na saúde,⁸⁻⁹ tornaria implicado o fazer médico com as contingências “subjetivas” presentes na clínica, no acompanhamento longitudinal e nos desfechos terapêuticos. A temática do feminino,^{4, 10} no caso da atenção integral à saúde da mulher, é emblemática, considerando-se a longevidade de uma pauta do movimento feminista dirigida à mudança na assistência ginecológica e obstétrica e a transformação em movimento social e luta política a defesa do parto normal.¹¹⁻¹² Especialmente na assistência médica pré-natal, um evento fisiológico que requer atenção profissional, se verifica a presença forte das questões socioculturais, psicoafetivas ou de valores morais e religiosos, entre outros, o que, por si só, determinaria pensar a clínica de modo menos biomédico e mais humanista. Entretanto, vê-se, mesmo aí, uma formação orientada pela biologia da reprodução.² A biologia da reprodução ocupando um lugar “naturalista”, acima de narrativas ou inscrições.³

Assistir no pré-natal às grávidas, ao ciclo grávido-puerperal ou às mulheres com suas vulnerabilidades de gênero e feminilidades seria parte inseparável ou indistinguível da assistência no caso da atenção integral em saúde da mulher. Em se tratando de adolescentes, soma-se a subjetividade e subjetivação de um grupo social que, além das questões que envolvem a saúde mulher, se caracteriza pelo entrecruzamento do

feminino com a puberdade, a grupalidade juvenil e os coletivos adolescentes.¹³⁻¹⁴ A gravidez, sendo um evento fisiológico, ao exigir atenção profissional de saúde, tende à medicalização. O caso da gravidez na adolescência vem já investido de fatores da epidemiologia médica que a investe como vulnerabilidade e risco biomédico e psicossocial. O puerpério em adolescentes, não encontrando fatores biomédicos e psicossociais perfilados por indicadores de vulnerabilidade e risco, será desqualificado da necessidade de atenção à saúde (ausência de diagnóstico de doença e ausência de prescrição terapêutica), mesmo que práticas interprofissionais e intersectoriais impactem justamente na mitigação dos fatores que tornam de risco e vulnerável a gravidez na adolescência.

Objetivo

Contextualizar e caracterizar as particularidades presentificadas em um grupo de puérperas de uma coorte de adolescentes grávidas, relacionando-as às categorias do ensino médico, da assistência à saúde e do universo adolescente, tendo em vista subsidiar reflexões sobre a formação médica e a atenção profissional no pré-natal, parto e puerpério que dimensionem a adolescência como grupo social contemporâneo e assim enuncie elementos de potente atualização dessas práticas.

Metodologia

A metodologia utilizada seguiu os parâmetros da pesquisa qualitativa, sendo empreendida a identificação temática às categorias analíticas previstas e selecionados os enunciados discursivos de elucidação correspondente. De um total de 540 gestantes acompanhadas numa coorte de adolescentes

grávidas (coorte previamente apresentada e caracterizada nos estudos de Pinheiro e colaboradores,^{5,15} foram participantes 136 puérperas entre 24 e 30 meses após o parto, as quais responderam a entrevistas com roteiro semiestruturado, organizadas em dois conjuntos de questionamentos (“assistência e ensino médicos” e “universo adolescente”). As perguntas estavam relacionadas às categorias propostas ao estudo, sendo algumas delas as mesmas nos dois conjuntos, com o propósito de ampliação temática da mesma.

Não houve delimitação prévia do número de puérperas, tendo sido utilizado o critério de tempo definido em três meses para realização das entrevistas e também em uma análise inicial, a técnica de saturação de dados. O número final de 136 gestantes relaciona-se ao momento em que houve a saturação das respostas. Os entrevistadores foram treinados previamente no sentido de não interferirem durante o questionamento, permitindo que as entrevistadas emitissem suas respostas sem nenhum tipo de filtro. Os dados coletados foram analisados no programa NVivo 9, onde foram selecionadas as categorias analíticas e identificadas as unidades temáticas. O projeto foi aprovado (Protocolo 2007.95) pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica de Pelotas¹⁵. Os requisitos éticos foram seguidos conforme orientações mais recentes da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, do Conselho Nacional de Saúde.¹⁶

Revisão Teórica e perspectiva à análise dos dados

Os saberes biomédicos assumem especial relevância na formação e prática profissional em medicina, direcionando as ações em saúde para a lógica da reprodução de procedimentos

tecnicistas que investem sobre um corpo-organismo, muitas vezes relegando a um segundo plano (ou plano secundário) as formas do agir profissional que contemplam um corpo-subjetividade ou um “corpo-existência-singular-da-vida”.¹⁷ A gravidez na adolescência é um exemplo de grande relevância, pois inclui o tema de um grupo social em especial período de crescimento e desenvolvimento, período representado pela puberdade, pelo exacerbamento da atividade sexual, pelo clamor da identidade social de gênero, pela diferenciação da infância no maior recurso às autorias e à tomada de decisões autônomas e pela urgência de discernimento quanto a uma identidade de si.¹⁸⁻²⁰

Verifica-se no debate sobre a gravidez na adolescência um cenário possível para explorar conhecimentos de contribuição à educação médica ou dos demais profissionais de saúde e sobre a pesquisa em saúde e comportamento, pois entram em cena a estrutura socioeconômica, a oferta de equipamentos de educação e cultura, a implementação da integração ensino-serviço na saúde, as oportunidades de enfrentamento das exposições sócio-históricas e psicoafetivas, a sexualidade, as políticas de gênero e saúde reprodutiva, a diversidade na orientação sexual e as noções de corpo, juventude, risco e vulnerabilidade.^{1-2,4,14,19}

Deste modo, gravidez, maternidade e paternidade podem ser estudadas integradas aos sistemas de valores mais amplos no contexto das concepções de corpo, reprodução e relações de gênero, onde adquirem multivariados significados.^{12,19,21} Ainda que gravidez, maternidade e paternidade possuam caráter social, são percebidas pelos profissionais de saúde como processos de caráter natural, sendo de

imposição racional na educação escolar de modo geral e na formação profissional de maneira sofisticada (“determinantes” sociais do ser-saudável-adoecer-curar-se). A gravidez, maternidade e paternidade na adolescência estão revestidas de valores morais que não devem afetar apenas a este grupo social, mas investir na subjetivação de mulheres e homens em geral, devendo as prescrições de saúde incidirem sobre os conceitos de saúde, adoecimento, cura ou proteção da saúde.⁴

Muitas vezes, os discursos na educação e na saúde valorizam capacidades inatas supostas às mulheres como a de priorizar as necessidades dos filhos em lugar de suas próprias, amamentar os filhos recém-nascidos até que saibam comer com as próprias mãos e conjugar cuidado aos filhos, trabalho doméstico e jornada profissional. Um dos efeitos de poder desse discurso é a responsabilização feminina pela reprodução biológica e social, educação dos filhos e suporte às necessidades que garantam a sobrevivência da família.^{10,22} A discrepância das adolescentes está em não corresponderem a este perfil e prejudicarem seus rebentos ou corresponderem a este perfil e corromperem seu futuro, tudo naturalizado (biológica e socialmente).

Diversos estudos socioantropológicos têm buscado caracterizar a juventude em um amplo território de diversidade social, trazendo perspectivas diversas como a inserção no mercado de trabalho, a educação e as expressões culturais.^{19,21} Alguns fenômenos “novos” têm sido apontados nos estudos que demarcam a adolescência como o prolongamento da juventude e o adiamento da vida conjugal. Porém, em virtude das marcadas diferenças sociais e regionais na sociedade brasileira, essas especificidades variam segundo as diferentes

condições materiais e os diferenciais de gênero e raça vividos pelos grupos sociais, fazendo aparecer um perfil muito heterogêneo de trajetórias juvenis.^{7,20}

Considerando a juventude como responsável pela ruptura com uma determinada ordem de valores e padrões, a mesma é de discriminação por ser um dificultador ou impeditivo para o desenvolvimento daquilo que é considerado desejável para o desenvolvimento nessa faixa etária. A maternidade entre as adolescentes, sob uma perspectiva de saúde e sociedade, situa-se em contextos sociais e se inscreve em contextos culturais, devendo ser enfocada como manifestação de uma rede de significações doadora de sentidos e como alternativa de construção de um projeto de vida que seja “compatível com as expectativas, normas e possibilidades disponíveis”.⁷ A revisão da literatura referente à gestação na adolescência, relativamente à sua contextualização psicossocial e quanto às questões de gênero, aspectos da formação, dos serviços e de suas racionalidades, assim como algumas concepções das políticas públicas, permite evidenciar possíveis limitações na resolução das demandas femininas para além dos aspectos gineco-obstétricos.^{2,20-22} Assim, faz-se necessária a problematização e reconhecimento dos significados presentes no universo que engloba a gestação na adolescência com vistas à transformação da realidade da atenção à saúde da mulher, em particular o ensino/formação de profissionais da assistência para a prestação do atendimento pré-natal, ao parto e ao puerpério às adolescentes.

Resultados

Das 136 adolescentes entrevistadas, 36 estavam entre os 16 e 18 anos de idade, 100

estavam entre os 19 e os 21 anos de idade. As entrevistas foram realizadas no ano de 2013, quando as mesmas tinham dado à luz entre 24 e 30 meses antes desse contato. Obviamente, nenhuma tinha curso superior completo entre os 19 e 21 anos, mas 39,7% estavam entre ensino médio concluído e superior em curso, 43,4% possuíam ensino fundamental completo ou cursavam o ensino médio e 16,9% cursava o ensino fundamental ou não havia ido à escola. A maioria das meninas eram brancas, seguidas das negras e mulatas, havendo uma de origem oriental e outra indígena. Quanto à relação com o trabalho, 14% estava ocupada com vínculo formal ou informal, 47,1% se ocupava de afazeres domésticos, 25% estavam estudando e 14% considerava-se desempregada. Todas eram de famílias pobres ou muito pobres, 89% fez menos de 6 consultas médicas no pré-natal e 11% compareceu às 06 consultas preconizadas ou mais, por necessidades específicas ou solicitações do médico.

A definição das categorias analíticas partiu do objetivo do estudo e a compreensão das identidades temáticas decorreu da rede de significados das falas das puérperas (unidades temáticas e encadeamento discursivo). Neste sentido, a montagem de questionários com perguntas abertas criou um dispositivo disparador para o aparecimento da subjetividade nos temas propostos. As categorias distintas não estavam fragmentadas em sessões, assim foram as unidades temáticas que as alimentaram, tendo sido reconhecidas as interfaces existentes entre modelo de assistência e prática de formação. O universo adolescente veio dos pontos de vista quanto ao processo da gestação, o antes e o depois e também as experiências individuais, representações atuais e projeções futuras.

Na apresentação dos resultados optou-se por descrever as temáticas mais incidentes, suas respectivas categorias de análise e a fala elucidativa das mesmas. A presença de elementos como família, sociedade, escola e serviço de saúde, por exemplo, pela sua alta incidência, foram denominadas “temáticas fortes” e definidas como destaque na demonstração dos resultados. Os outros “aparecimentos” não serão tratados nesse documento, mas integraram o relatório de pesquisa e a incidência do quadro de depressão maior durante a gestação será apresentada em outro artigo, tendo acometido 25 gestantes (18,4%).

Duas temáticas foram incidentes nas categorias modelo de assistência e prática de formação: acompanhamento dos filhos em serviços de saúde após a maternidade e qualificação do atendimento prestado no pré-natal e no parto. Observa-se que boa parte das puérperas se preocupa com o acompanhamento dos filhos e de um modo geral busca a unidade básica como referência para o acompanhamento (79%). A referência para o atendimento está marcadamente caracterizada pelos dados objetivos: pesar, medir e realizar vacinas, que exigem rotina, mas requerem padrões de cuidado. Falas elucidativas: “faço acompanhamento no posto”, “todos os meses eu levava no postinho para pesar”, “levo ele para pesar, medir e tomar vacina”. O serviço de saúde oferta procedimentos, não se oferecendo a apoios, especialmente à adolescente que “deve”, sobretudo, tornar-se “mãe”. Em torno de 21% das adolescentes não se ocupa do acompanhamento do filho em serviços de saúde, seguindo o seu mesmo padrão de ausência nesses serviços.

Com relação ao atendimento prestado chama a atenção a referência à boa qualificação

do acompanhamento pré-natal (84,5% das referências qualificam o atendimento prestado no pré-natal como bom). Na maioria das vezes sendo ressaltadas características da atenção e também a percepção das gestantes sobre a existência de um médico de referência. São pronunciamentos exemplares: “no pré-natal foi muito tranquilo, foram muito atenciosos”, “não tenho o que reclamar, foi tudo bom, fiz tudo pelo SUS”. Em contrapartida, a qualificação do parto foi percebida com algumas inadequações na atenção à gestante, especialmente observações relacionadas às circunstâncias do parto (15,5% das referências qualificam o atendimento prestado como inadequado, especialmente no parto). Algumas falas podem ser elucidativas: “foi bom o pré-natal, mas o parto foi horrível”, “foi mais ou menos, o pré-natal foi tranquilo, mas o parto, ela nasceu na sala de pré-parto, não foi muito bom”. A qualificação da atenção em maternidades e rede perinatal,²³ segundo as metas de humanização do parto e do nascimento referem leitos para pré-parto, parto e pós-parto em local onde a parturiente possa permanecer desde o momento em que ingressa na maternidade até o momento da alta, acesso às diversas posições para o parto normal, ambiente climatizado e com garantia de privacidade à parturiente e seu acompanhante, banheiros em número maior que no bloco obstétrico e recursos para métodos não farmacológicos de alívio da dor (cavalinho, bola, chuveiro quente, área para deambulação, entre outros), entretanto, ouviu-se que “o parto foi doloroso”, que “o parto foi demorado demais”, que “o lugar era impaciente”.

Pode-se destacar, quanto ao universo adolescente, também duas marcações representativas: as dificuldades na criação dos filhos, que não chegam a 60% das manifestações e o predomínio (acima de 70%) de pontos

positivos em ter tido filhos na adolescência. Muitas dificuldades estão relacionadas às questões envolvendo a educação dos filhos e também dificuldades econômicas e de relacionamento familiar. Não foram observadas falas que identificassem os serviços de saúde como referência no auxílio para estas questões.

A dificuldade na criação dos filhos esteve em 57,4% das referências sobre a incidência no universo cotidiano: “o pai dele demorou para cair a ficha, ele era muito criança”, “educação é uma dificuldade, como é difícil de criar”, “o emprego para arrumar é mais difícil, tem que arranjar quem cuide”. Cabe salientar ainda as unidades temáticas relativas aos pontos positivos ou negativos de terem engravidado. Das 136 puérperas, 75% verbalizaram referências positivas pelo fato de terem engravidado. Algumas extremamente significativas e elucidativas, como “ter o meu filho foi muito importante, foi a minha razão de viver”, “foi muito positivo, porque ele é meu companheirinho, é tudo para mim” ou “super positivo, eu não me arrependo, ele é muito importante pra mim”. Outro aspecto que corrobora estas falas é o fato de que houve em torno de 40% de referências indicando que a gestação foi planejada e 27% têm planos para nova gestação. A negatividade da experiência esteve presente em 25% das referências, especialmente relativas à interferência com a escola e estudos: “foi negativo o fato de não continuar a estudar.”

Outro ponto é o acesso aos serviços, não tendo sido salientado maiores restrições ao acesso, mesmo considerando o fato de que os serviços de acompanhamento pré-natal, parto e puericultura sejam distintos. Uma constatação relevante é o distanciamento entre o acompanhamento de pré-natal e parto e o

acompanhamento de puericultura posterior, justificado pelo modelo assistencial, fragmentado nesta perspectiva (faz-se acompanhamento pré-natal em um serviço, parto em outro e por vezes puericultura em outro). Algumas políticas públicas existentes no Brasil, particularmente a da humanização do acompanhamento pré-natal e parto enfocam esse contexto. Uma das alternativas apresentadas para esta fragmentação são as “linhas de cuidado”, onde há o desenho claro do trajeto da usuária e os serviços são integrados e se comunicam entre si.²³⁻²⁴

O período da adolescência carrega, em geral, uma conotação de problema social e é caracterizado por expressões como *desordem*, *crise* e *risco*. Aliás, o termo “risco” é utilizado com bastante frequência, como se pode observar nas formulações *gravidez de risco*, *elevado risco* de contrair HIV, *exposição ao risco* de consumo indevido do álcool e das drogas, e *risco de morte* em virtude da violência. O risco como regra parece definir e inscrever esse período da vida, se desdobrando em expressões, ações e posturas disparatadas ou enviesadas quanto a este grupo social.^{13-14,18}

Utilizando ainda o referencial assistencial de apoio do Ministério da Saúde,¹⁸ ressalta-se a adoção do termo *vulnerabilidade* ao período da adolescência, compreendido como a incapacidade do indivíduo ou do grupo social de decidir sobre sua situação de risco, estando diretamente associada a fatores individuais, familiares, culturais, sociais, políticos, econômicos e biológicos. A noção de vulnerabilidade confirma a necessidade da abordagem em políticas públicas de uma visão plural, construída na diversidade e não na homogeneidade de um “sujeito universal” identitário. Define-se, portanto, a necessidade de falarmos em

“adolescências”, ao referirmo-nos àqueles sujeitos da faixa etária que os identifica como grupo social. São experiências de singularidade no interior da adolescência.

O processo de desenvolvimento de ações e de serviços de saúde que estejam empenhados com a construção das respostas possíveis às dores, angústias e aflições, aos aborrecimentos, sofrimentos e problemas que chegam aos serviços de saúde, de forma que não apenas se produza consultas, atendimentos e procedimentos, mas um processo de consultar, atender e prestar procedimentos que seja capaz de colocar em marcha, além da terapêutica, conhecimento e sensação de cuidado, assim como autonomia e desejo de vida em cada usuária precisa ser uma meta.²⁵⁻²⁶ É imprescindível aproximar-se das mulheres e tentar conhecê-las: suas condições de vida, lazer/divertimento e trabalho/ocupações; as concepções que têm acerca da sua saúde, fatores que julgam beneficiar ou prejudicar o bem-estar e o ser/estar saudável; concepções de escuta, tratamento, cura e cuidado; seus hábitos e as providências que tomam para resolver seus problemas quando adoecem ou não se sentem bem, assim como o que fazem para acompanhar eventos fisiológicos. Atender integralmente em saúde e atuar de modo intersetorial supõe corresponder aos determinantes e condicionantes sociais, acolhendo os componentes singulares em que se inscreve uma demanda em saúde e, ainda, apreender as heterogeneidades, não apenas as homogeneidades da pessoa que demanda cuidado.

Para a organização de Linhas do Cuidado é fundamental que sejam planejados fluxos que impliquem ações resolutivas das equipes de saúde, centradas no acolher, informar, atender e

encaminhar por dentro de uma rede cuidadora (sistema de referência e contrarreferência como um tramado do cuidado e não uma racionalização de hierarquia vertical e burocrática do uso dos recursos assistenciais), na qual as usuárias, mediante um acesso que lhes dê inclusão, saibam sobre a estrutura do serviço e da rede assistencial e, a partir da sua vivência nele – como uma pessoa que o conhece e se sente parte dele – seja capaz de influir em seu andamento.²³⁻²⁵

Cabe interrogar-nos sobre nossas sensibilidades de escuta e compreensão relativas às adolescentes que buscam atendimento em serviços de saúde. Quais valores de integralidade na atenção são utilizados? No caso especial da gestação na adolescência, o que fazer com uma gestante que quer o bebê e com uma que não o quer? Até que ponto as experiências individuais são incidentes no acompanhamento ou não dos filhos junto aos serviços de saúde? Até que ponto são as experiências individuais que afastam ou não da escola? Não parece que os serviços de saúde, de uma maneira geral, consigam fugir do padrão biologicista. Desta forma, não acolhem as singularizações do andar a vida individual e a passagem pelas experiências de produção de si, não encetando a integralidade da atenção e não reconhecendo a intersetorialidade como parte da construção do projeto terapêutico.

A importância da discussão das possibilidades de mudança nos modelos assistenciais e nos modelos formativos em saúde reside no fato de as mesmas estarem intimamente relacionadas com dois aspectos: o primeiro, a efetiva construção de um modelo de atenção que proponha a assistência na perspectiva da integralidade e que essa perspectiva seja mediada pelos usuários com a existência de espaços que permitam o exercício da

alteridade como dispositivo para a ação cuidadora. Em um segundo aspecto está a intersetorialidade e a interprofissionalidade (o trabalho em equipe). Ao considerarmos que a formação possui como campo de ensino os serviços de saúde, os mesmos devem servir como modelos formativos e estarem em consonância com uma ação resolutive, humanizada e integrada. Da forma como estão delineados hoje, boa parte dos serviços de saúde não apresenta potencial para servirem como subsídio para um ensino inventivo e transformador, empenhado com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, requerendo-se, no ensino, que tal condição seja problematizada e ative processos de análise de situação e proposição.

Discussão

No Brasil, em torno de 560 mil partos ocorreram em adolescentes de 10 a 19 anos de idade no ano de 2013.²⁷ A gestação na adolescência é uma situação de vida extremamente importante e traz consigo uma série de implicações e desafios para os serviços de saúde. O universo das mães adolescentes é caracterizado pela diversidade e riqueza de singularidades, as quais devem ser reconhecidas e compreendidas para a resolução satisfatória das demandas em saúde. Como instrumento, a pesquisa qualitativa apresenta-se com potencialidades para a descoberta deste amplo cenário.

Tomando por base o contexto da assistência e formação em saúde, os momentos de encontro entre um profissional de saúde e um indivíduo que precisa ser cuidado normalmente são conduzidos obedecendo a um conjunto de procedimentos que prioriza os eventos biológicos. Esses momentos são resolvidos de uma maneira

essencialmente técnica. Leia-se: diagnostica-se, prescreve-se. Em geral se medicaliza, estruturando um acompanhamento com base em eventos biomédicos marcadores.²⁸ Por outro lado, esse *encontro* também engloba outros fatores relevantes e que devem ser considerados nos cenários da saúde, como, por exemplo, a definição de saudável ultrapassando os limites “da ausência de doença”, incorporando os eventos de vida como sendo significativos.

O argumento da formação é de que é mais confortável e menos perigoso somente prescrever, ainda que mantendo uma postura verticalizada ao outro. Essa característica é extremamente danosa, pois, ao receber a alcunha de verdade, se reproduz como método e é difundida como a única postura aceitável ao encontro.^{9,28} As vivências dos autores como professores universitários confirmam esta realidade. Por inúmeras vezes observamos uma capacidade e um desejo forte nos acadêmicos dos primeiros anos de se deixarem conduzir pelo universo das sensações, expondo-se ao outro, criando um território construído em ato, mas, ao longo do curso, vão perdendo esta propriedade, tornando-se frios ou impassíveis, recobertos pela crosta do saber médico e da tecnobiociência, não sabendo e nem querendo fazer diferente. Sublinhamos que a assistência médica na gestação se prolonga durante o puerpério e que todas aquelas circunstâncias detectadas durante o pré-natal e período pós-parto precisam se tocar foco de atenção programada de acordo com o escopo normativo e ético da atenção básica e da

assistência integral à saúde da adolescente.

A pesquisa mostrou que o acolhimento da adolescente grávida e suas necessidades sociais é tarefa do cuidado à saúde, não podendo o setor se furtar de sua participação no escopo intersetorial de promoção da qualidade de vida. Sobressaiu a ausência de construção de redes intersetoriais, mas o trabalho no interior da rede de saúde não pode se furtar ao esforço pela intersetorialidade, deve-se, inclusive, ressaltar a necessidade de uma racionalidade mais interdisciplinar na construção da ação e do pensamento médicos. O que exige esforço principalmente do setor formador. O cuidado à mulher deve envolver e reconhecer a diversidade das feminilidades, onde o cuidado à adolescente grávida não reporta a um pré-natal biologicista ou biomedicalizador, mas à atenção psicossocial, à atenção básica com caráter de cuidados essenciais à proteção da saúde e à prática interdisciplinar como compromisso ético e técnico com a resolutividade. Compreendeu-se que a assistência e ensino médicos ainda se reportam à gravidez na adolescência como um diagnóstico de problema de saúde, tornando atenção, cuidado e terapêutica, temas secundários ao saber e prática médicas. A educação médica, assim como a educação do conjunto dos profissionais da equipe de saúde precisa dialogar mais com as informações recolhidas de modo qualitativo junto à população usuária de nossos serviços e nossas políticas técnicas.

Referências

¹ Ceccim RB, Stedile NLR. Saúde da mulher e o ensino das profissões da área da saúde: demandas e aprendizados à integração com a rede de cuidados. In: Ceccim RB, Stedile NLR organizadores. Ensino e atenção à saúde da mulher: aprendizados da integração da educação superior com a rede assistencial. Caxias do Sul: Editora da UCS;

2007. p.101-114.

²Ceccim RB, Machado-da-Silva SC, Zocche DAA. Práticas no ensino da saúde da mulher em um curso de graduação: uma proposta de formação com compromissos públicos. In: Ceccim RB, Stedile NLR, organizadores. Ensino e atenção à saúde da mulher: aprendizados da integração da educação superior com a rede assistencial. Caxias do Sul: Editora da UCS; 2007. p.101-114.

³Moraes M. Gravidez na adolescência e alteridade mulher: perspectivas entre os estudantes de medicina e os cenários de desafio na educação médica na graduação. [dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2008.

⁴Ceccim RB, Moraes M, Dartora-Santos NM. Políticas do feminino e o ensinar e cuidar em saúde da mulher. In: Ceccim RB, Stedile NLR, organizadores. Ensino e atenção à saúde da mulher: aprendizados da integração da educação superior com a rede assistencial. Caxias do Sul: Editora da UCS; 2007. p.45-58.

⁵Pinheiro RT, Azevedo-Silva R, Coelho FMC, Quevedo LA, Souza LD, Castelli RD et al. Major depressive disorder during teenage pregnancy: socio-demographic, obstetric and psychosocial correlates. Rev Bras Psiquiatr. 2013; 35(1):51-56.

⁶Rios IC. Humanidades e medicina: razão e sensibilidade na formação médica. Ciênc saúde coletiva. 2010; 15(supl. 1):1725-1732.

⁷Pinheiro VS. Repensando a maternidade na adolescência. Estud psicol. 2000; 5(1):243-251.

⁸Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, Cohen J, Crisp N, Evans T et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. Lancet. 2010; 376(9756):1923–1958.

⁹Lampert JB. Tendências de mudança na formação médica no Brasil: tipologia das escolas. Rio de Janeiro: Hucitec; 2002.

¹⁰Meyer DEE. A politização contemporânea da maternidade: construindo um argumento. Gênero (Niterói). 2005; 6(1):81-104.

¹¹Medeiros LB. Rotas de fuga no ciberespaço: itinerários de mulheres em busca do parto desejado. Porto Alegre; 2014. Mestrado [Dissertação] – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva.

¹²Dias ACG, Teixeira MAP. Gravidez na adolescência: um olhar sobre um fenômeno complexo. Paidéia. 2010; 20(45):123-131.

¹³Meyer DEE, Félix J. Entre o ser e o querer ser...: jovens soropositivos(as), projetos de vida e educação. Educ Rev. 2014; 30(2):181-206.

¹⁴Andrade SS, Meyer DEE. Juventudes, moratória social e gênero: flutuações identitárias e(m) histórias narradas. Educ rev. 2014; Edição Especial(1):85-99.

¹⁵Pinheiro RT, Azevedo-Silva R, Peter PJ, Coelho FM, Quevedo LA, Mola, CL. et al. Association between perceived social support and anxiety in pregnant adolescents. Rev Bras Psiquiatr 2017; 39(1)21-27.

¹⁶Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº466 de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União. Brasília, 12 dez. 2012.

¹⁷Caballero RMS. Pedagogia das vivências corporais: educação em saúde e culturas de corpo e movimento. [tese]. Porto Alegre (RS): Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2015.

¹⁸Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. Marco legal: saúde, um direito de adolescentes. Brasília: MS; 2005.

¹⁹Heilborn ML, Salem T, Rohden F, Brandão E, Knauth D, Víctora C et. al. Aproximações socioantropológicas sobre a gravidez na adolescência. Horiz antropol. 2002; 8(17):13-45.

²⁰Heilborn ML, Aquino EML, Bozon M, Knauth DR organizadores. O aprendizado da sexualidade: reprodução e trajetórias sociais de jovens brasileiros. Rio de Janeiro: Garamond; 2006.

²¹Madeira FR org. Quem mandou nascer mulher? Estudos sobre crianças e adolescentes pobres no Brasil. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos,1997.

²²Scavone L. Maternidade: transformações na família e nas relações de gênero. Interface comun saúde educ. 2001; 5(8)47-60.

²³Ministério da Saúde (BR). Humanização do parto e do nascimento. Brasília: MS, 2014. (Cadernos HumanizaSUS; v. 4)

²⁴ Ceccim RB, Ferla AA. Linha do cuidado: a imagem da mandala na gestão em rede de práticas cuidadoras para uma outra educação dos profissionais da saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde. Rio de Janeiro: Abrasco, 2006. p.165- 184.

²⁵ Ceccim RB. Equipe de saúde: a perspectiva entredisciplinar na produção dos atos terapêuticos. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Cuidado: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: Abrasco, 2004. p. 259-278.

²⁶ Ceccim RB. O que é saúde? O que é doença? In: Meyer DEE, Soares RFR, Dalla Zen MIH, Xavier MLMF, organizadores. Saúde, sexualidade e gênero na educação de jovens. Porto Alegre: Mediação, 2012. p. 29-40.

²⁷ Ministério da Saúde (BR). Banco de Dados do Sistema Único de Saúde – DATASUS. [capturado 3 mar. 2016] Disponível em: <http://www.datasus.gov.br>

²⁸ Amoretti R. A educação médica diante das necessidades sociais em saúde. Rev Bras Educ Med 2005; 29(2)136-146.
