

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL-UFRGS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA  
MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA

Ernani Busatto Veloso

**ATENÇÃO DE PRÉ-NATAL EM ADOLESCENTES: UM ESTUDO DE  
EQUIDADE DE GÊNERO**

Porto Alegre

2014

Ernani Busatto Veloso

**ATENÇÃO DE PRÉ-NATAL EM ADOLESCENTES: UM ESTUDO DE  
EQUIDADE DE GÊNERO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora:  
Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Stela Nazareth Meneghel

Porto Alegre  
2014

CIP - Catalogação na Publicação

Busatto Veloso, Ernani  
ATENÇÃO DE PRÉ-NATAL EM ADOLESCENTES: UM ESTUDO DE  
EQUIDADE DE GÊNERO / Ernani Busatto Veloso. -- 2014.  
110 f.

Orientador: Stela Nazareth Meneghel.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do  
Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de  
Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Porto Alegre, BR-RS,  
2014.

1. Gravidez na Adolescência. 2. Gênero e Saúde.  
3. Equidade de Gênero. 4. Medicalização. I. Nazareth  
Meneghel, Stela, orient. II. Título.

Ernani Busatto Veloso

**ATENÇÃO DE PRÉ-NATAL EM ADOLESCENTES: UM ESTUDO DE  
EQUIDADE DE GÊNERO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Aprovada em \_\_\_\_\_.

---

Profº. Dr. Alcindo Ferla – UFRGS

---

Profª. Dra. Raquel da Silva Silveira – UFRGS

---

Profª. Dra. Camilla Schneck – UFRGS

## DEDICATÓRIA

À minha filha, Anita, que me desafia no dia a dia ao exercício da paternagem.

À “vó” Anita (*in memoriam*), que me fez entender que o futuro é arrancado dos livros.

Ao tio Rodolfo (“Dofo”) (*in memoriam*), cuja curta passagem entre nós, serviu de inspiração.

Aos meus pais (*in memoriam*), Vera e Ernani, pelo apoio incondicional que sempre deram às escolhas dos filhos.

À Jussara (Nana), que me escolheu: companheirismo e cumplicidade.

Aos meus irmãos, Arinita e Ilton.

A todos àqueles que fazem do seu trabalho no SUS, um movimento em defesa da vida.

Aos amigos e aos que ousam pensar o mundo ao revés.

## AGRADECIMENTOS

O que sou é uma construção coletiva. Passei por muitos lugares e contraí muitas dívidas. Nomeá-las seria impossível. No entanto, não poderia deixar de citar algumas:

- a minha orientadora, Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Stela Nazareth Meneghel, pelo clima de abertura e orientação precisa;
- as colegas da Unidade Estratégia de Saúde da Família Vicente Pinto, Charqueadas - RS, por todo o apoio. Em especial as Agentes Comunitárias de Saúde: Ana Guterres, Claudia Kronhardt e Luciana Dombroski, pelo apoio direto e voluntário em algumas demandas da pesquisa;
- a Secretaria Municipal de Saúde do Município de Charqueadas – RS, pela liberação e possibilidade de flexibilização dos meus horários de trabalho;
- aos meus amigos, em especial à amiga “mestra” Juliana Santos e aos amigos doutores Ivan Livindo e “Chico” Xarão, pelos debates e discussões regados a vinho em torno da churrasqueira: incentivo, apoio e amizade sempre presentes;
- as gestantes adolescentes e aos colegas que participaram do estudo;
- aos “meus” pacientes, por serem motivo de aprendizado;
- aos professores e colegas do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS, e do Grupo de Estudos de Gênero, pelo acolhimento e convívio.

*Saber viver é a grande sabedoria  
Que eu possa dignificar  
Minha condição de mulher,  
Aceitar suas limitações  
E me fazer pedra de segurança  
dos valores que vão desmoronando.  
Nasci em tempos rudes  
Aceitei contradições  
lutas e pedras  
como lições de vida  
e delas me sirvo  
Aprendi a viver.  
**(Cora Coralina)***

## RESUMO

Neste estudo, investigou-se o atendimento de gestantes adolescentes, usando a perspectiva de gênero com marcador de equidade na atenção primária. Descreveu-se o que pensam os profissionais de saúde da Estratégia de Saúde da Família sobre a gravidez na adolescência, como atendem estas gestantes e quais são as vivências das adolescentes, em relação à gravidez. Trata-se de um estudo qualitativo, descritivo, no qual foram realizados dois procedimentos metodológicos para a produção de informações: grupo focal com os trabalhadores e entrevistas semiestruturadas com as adolescentes grávidas. O estudo foi realizado em um município localizado na região metropolitana de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. Este estudo é parte do projeto intitulado Equidade de Gênero nos Serviços de Saúde Como um Marcador de Integralidade na Atenção Básica, aprovado pelo Comitê de Ética da UFRGS (Carta de Aprovação nº 23752). Em relação aos profissionais de saúde, percebeu-se que decisões tidas como exclusivamente técnicas são influenciadas pelos preconceitos e estereótipos vigentes em seu meio social, inclusive os de gênero. A gravidez na adolescência é pouco compreendida em sua complexidade multifacetada, apesar de ser vista como um problema de saúde pública pelas equipes de saúde. Os trabalhadores utilizam a medicalização como única forma de lidar com a gravidez na adolescência. Ao contrário do que ocorre no meio dos profissionais, entre as adolescentes há uma percepção positiva sobre a implicação da gravidez na vida amorosa e em suas identidades. Na falta de melhores condições sociais, educação e de oportunidades, e inseridas em uma cultura cujas prescrições de gênero ainda valorizam sobremaneira os papéis tradicionais de esposa e mãe, a maternidade se configura nas classes populares como um projeto de vida. A gestação na adolescência não é um problema em si, mas sim o contexto de iniquidades que a produz e reproduz. Frente estes resultados, destaca-se a importância dos estudos de gênero que podem contribuir para a identificação de preconceitos e estereótipos que moldam a relação entre os cuidadores e os usuários dos serviços.

**Palavras-Chave:** Gravidez na Adolescência, Gênero e Saúde, Equidade de Gênero, Medicalização

---

VELOSO, Ernani Busatto. Atenção de Pré-Natal em Adolescentes: Um Estudo de Equidade de Gênero, Porto Alegre, 2014 110f. Dissertação (Mestrado em Educação) - Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014.

## ABSTRACT

This study investigated specialized care in teenage pregnancy using the gender perspective as a marker for equity in Primary Health Care. It was described the thoughts of health professionals from a Family Health Unit about teenage pregnancy, how the pregnant are cared and what their experiences are relating to pregnancy. It is a qualitative and descriptive study, in which was done two methodological procedures to gather information: focal group with the professionals and semi structured interview with pregnant adolescents. This study was done in a town around the metropolitan region of Porto Alegre city, Rio Grande do Sul state, Brazil. This study is part of a project called Gender Equity in Health Services as a Marker of Integrality in Primary Health Care, approved by the Ethics Committee of UFRGS (Approval letter # 23752). Relating to the health professionals, it was seen that decisions done technical, exclusively, are influenced by prejudice and stereotypes according to their current social environment, including of gender. Teenage pregnancy is little comprehended in its multifaceted complexity, even been considered a public health problem by the health staff. The professionals use medicalization as the only way to deal with teenage pregnancy. Opposing what happens among the professionals, among the adolescents there is a positive perception about pregnancy implications in their lovely life and identities. Lacking better social conditions, education and opportunities, as well as been inserted in a culture that gender prescriptions are still severely valuing the traditional roles of wife and mother, motherhood is configured, in popular classes, as a life project. Teenage pregnancy is a not a problem itself, but an iniquity context that produces and reproduces it. Facing these results, is highlighted the relevance of gender studies that may contribute to the prejudice and stereotype identification that shape the relationship carers and users of health services.

**Keywords:** teenage pregnancy; gender and health; gender equity; medicalization

---

VELOSO, Ernani Busatto. Atenção de Pré-Natal em Adolescentes: Um Estudo de Equidade de Gênero, Porto Alegre, 2014 105f. Dissertação (Mestrado em Educação) - Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014.

## LISTA DE TABELA

Tabela 1- Proporção de Nascidos Vivos de 2008-2012 de acordo com a idade Materna no Brasil.....	57
Tabela 2 - Proporção de Nascidos Vivos de 2008-2012 de acordo com a idade Materna em Charqueadas, RS, Brasil.....	58
Tabela 3- Número de Gestantes Menores de 20 anos por Unidade de Saúde da Família no município de Charqueadas,RS, Brasil.....	73

## **LISTA DE ABREVIações E SIGLAS**

AB - Atenção Básica

AG - Adolescente Grávida

ACS - Agentes Comunitários de Saúde

AIDS - Síndrome da imunodeficiência adquirida

CTA - Centro de Testagem e Aconselhamento

DATASUS - Departamento de Informática do SUS/MS

DST- Doenças Sexualmente Transmissíveis

ECA - Estatuto da Criança e Adolescência

ESF- Estratégia Saúde da Família

HIV - Vírus da Imunodeficiência Humana

GF 1 - Grupo focal

GF 2 - Grupo focal

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

OPAS - Organização Pan Americana de Saúde

OMS - Organização Mundial da Saúde

PSF - Programa de Saúde da Família

PNDS- Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher

PAISM - Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher

PROSAD - Programa de Saúde do Adolescente

SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SUS - Sistema Único de Saúde

Tec Enf - Técnico de Enfermagem.

UFRGS - Universidade Federal do Rio Grande do Sul

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	13
1.1 Objetivo Geral.....	15
1.2 Objetivos específicos .....	15
2 MARCOS TEÓRICO-CONCEITUAIS .....	16
2.1 A atenção básica à saúde e equidade .....	16
2.2 A equidade de gênero no contexto da atenção à saúde .....	19
2.3.1- CONCEITOS.....	23
2.3.2- POLÍTICAS PÚBLICAS NA ÁREA DA SAÚDE E ADOLESCÊNCIA.....	30
2.3.3- PRESCRIÇÕES DE GÊNERO NA ADOLESCÊNCIA .....	37
3 MEDICALIZAÇÃO.....	41
3.1 Racionalidades médicas e medicalização .....	41
3.2 A medicalização do corpo feminino .....	47
4 METODOLOGIA.....	53
4.1 O caminho percorrido.....	53
4.2 Tipo de estudo.....	53
4.3 CENÁRIO DO ESTUDO .....	56
4.4 Sujeitos do estudo .....	59
4.5 Organização dos dados e das informações .....	59
4.6 Considerações éticas.....	60
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO .....	62
5.1 Perfil dos participantes.....	63
5.2 Gravidez na adolescência: o olhar dos profissionais de saúde .....	64
5.3 Gravidez na adolescência: o que dizem as jovens .....	75
5.4 O cuidado medicalizado da mãe adolescente.....	89
7 REFERÊNCIAS .....	101
APENDICE A: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO .....	110
APENDICE B: ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA (GESTANTES GRÁVIDAS).....	111
APENDICE C: ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA GRUPOS FOCAIS COM TRABALHADORES EM SAÚDE .....	112

## 1 INTRODUÇÃO

“Tem mais uma gestante adolescente na minha área.  
Sinceramente eu não sei mais o que fazer”  
(Fala de trabalhadora na ESF.)

O ser humano é um ser que se interpreta e, para esta autointerpretação, utiliza fundamentalmente formas narrativas. O sentido de quem somos, tanto para nós mesmos como para os outros, depende das histórias que contamos e daquelas que nos são contadas. Falamos do lugar que ocupamos. Ali, de onde olhamos e interpretamos o mundo.

Há quase quinze anos trabalho como médico de família e comunidade na atenção básica, em equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF). É deste lugar que/e de onde falo. O lugar deste estudo é antes de tudo o lugar onde trabalho. Lugar de encontros, desencontros, de reflexões, de produção de cuidados. De avanços e de recuos. Se não fosse essa implicação certamente as questões problematizadas seriam outras. Cada lugar de atuação estimula novos olhares, novos desafios, que nos retiram da zona de conforto.

A equipe onde atuo há quase seis anos, sempre se mostrou relativamente mobilizada pelo número de gestantes que realizam o pré-natal, majoritariamente composto por gestantes adolescentes. Entendendo ser isto um problema de saúde pública, iniciou-se uma série de atividades nas escolas do território de atuação da unidade de saúde, abordando a saúde sexual e reprodutiva das adolescentes. No entanto, nas falas da equipe, entre os profissionais de saúde, percebia-se um discurso de cunho moralista na tentativa de compreender o que para eles era um problema de saúde pública: a gravidez na adolescência. A notícia de cada nova gestante que iniciava o pré-natal na unidade de saúde era vista como um atestado de impotência do trabalho desenvolvido na comunidade. Muitas vezes, continha um discurso de caráter prescritivo, constituído do modo como estas adolescentes grávidas

deveriam levar as suas vidas. Fazia-se necessário um aprofundamento sobre o tema. Um novo olhar sobre a prática. Um novo avançar.

A trajetória da pesquisa aqui realizada está diretamente relacionada com as inquietações do pesquisador como trabalhador da atenção básica em saúde. O modo como pesquisamos e, portanto, o modo como conhecemos e também como escrevemos é marcado por nossas escolhas teóricas e por nossas escolhas político-afetivas (LOURO, 2007). O desafio que está colocado é ampliar e aprofundar referenciais teóricos já estudados em outros momentos, formular perguntas e problemas, exercitar a crítica permanente.

Ao olhar deste e neste lugar, compreendo meu trabalho como uma prática social que também produz efeitos sobre os sujeitos (e sobre mim), estando implicada em relações de poder que necessitam ser problematizadas e repensadas permanentemente, a fim de que possam construir novas perspectivas que possam, por sua vez, gerar novas práticas. É, portanto, uma caminhada que se configura em recuperar a origem mais politizada, que neste início significa olhar além do nosso espelho narcísico (CONCHÃO, 2011).

Entendo que, para podermos exercitar a postura investigativa, que nos permite suspeitar permanentemente das nossas próprias práticas, é imprescindível articular a atuação profissional e a pesquisa (DAL'IGNA, 2012). Afinal, realidade e ciência são socialmente construídas e reconstruídas em um processo dialético.

Com meu ingresso no Mestrado em Saúde Coletiva, resolvi com o trabalho de dissertação, ter a pretensão de pesquisar o pré-natal em adolescentes, dentro do enfoque de gênero, usando esta categoria analítica como um marcador de equidade na atenção primária, fazendo, portanto, dentro do campo da saúde coletiva uma intersecção entre meu *locus* de atuação e meu *locus* de formação neste momento. Destaco assim, a dimensão política desse estudo, pois se de alguma forma estiver articulado com o cotidiano da atenção primária em saúde e suas demandas, poderá aproximar serviços e universidade.

Nesse sentido, o presente trabalho de dissertação de mestrado aponta como problema de pesquisa as seguintes questões norteadoras:

- 1- Qual a atuação das equipes de saúde em ações voltadas para a prevenção da gravidez indesejada?

- 2- Quais são os contextos sociais, econômicos, culturais e familiares em que vivem as adolescentes gestantes?
- 3- Qual foi o impacto da gravidez na vida dessas adolescentes?
- 4- Como é a relação entre os profissionais de saúde e essas gestantes?
- 5- O atendimento das adolescentes gestantes está alinhado às políticas públicas?
- 6- Há iniquidades no atendimento e em que momento elas ocorrem?

### **1.1 Objetivo Geral**

Estudar o atendimento de pré-natal em adolescentes, usando a categoria de gênero como marcadora de equidade.

### **1.2 Objetivos específicos**

- Saber o que os profissionais de saúde da Estratégia Saúde da Família (ESF) pensam sobre a gravidez na adolescência;
- Conhecer o atendimento prestado por esses profissionais às adolescentes gestantes;
- Identificar se esse atendimento de pré-natal leva em consideração os direitos sexuais e reprodutivos dessas gestantes;
- Identificar quais representações sociais de gênero permeiam esse encontro entre adolescentes e profissionais;
- Conhecer as vivências das adolescentes em relação à gravidez.

## **2 MARCOS TEÓRICO-CONCEITUAIS**

A perspectiva analítica será pautada em três marcos teórico-conceituais, a serem explorados no decorrer do estudo e dialogando com os dados empíricos: atenção primária à saúde e equidade, a equidade de gênero e a gravidez na adolescência.

### **2.1 A atenção básica à saúde e equidade**

A atenção primária à saúde (AP) é uma forma de organizar os serviços de saúde, integrando-os, a partir de uma perspectiva da população. Ela dedica-se aos problemas mais prevalentes (simples ou complexos). Há uma maior variedade de diagnósticos, uma alta proporção de pacientes já conhecidos, um componente dedicado à prevenção, uma alta proporção de usuários que acompanham no serviço, o que gera uma maior familiaridade dos profissionais com os pacientes e seus problemas (TAKEDA, 2004).

Segundo Starfield (2002), a AP está amparada em quatro pilares: primeiro contato, abrangência, coordenação do cuidado e longitudinalidade. Essas características da atenção primária podem ser sumarizadas da seguinte forma geral, não sendo restrita a faixas etárias ou tipos de problemas ou condições; é acessível em relação ao tempo, lugar, financiamento e cultura; integrada, na medida em que associa as ações curativas, reabilitadoras, promotoras de saúde e prevenção de enfermidades; é continuada ou prevê a longitudinalidade ao longo dos períodos da vida; atua em equipe, o médico é parte de um grupo multidisciplinar; é holística, pois considera as perspectivas físicas, psicológicas e sociais dos indivíduos, das famílias e das comunidades; é pessoal, tem sua atenção centrada na pessoa e não na enfermidade; é orientada para a família, sendo os problemas compreendidos no contexto

familiar e da rede social; é orientada para o contexto de vida na comunidade local; inclui a consciência das necessidades de saúde na comunidade; colaborativa com os outros setores para desencadear mudanças positivas de saúde; coordenadora de toda a orientação e apoio que a pessoa recebe; é confidencial; é defensora, pois deverá cuidar dos direitos do paciente, sempre em relação a todos os outros provedores de atenção à saúde.

No Brasil, o termo usado pelo Ministério da Saúde (MS) para definir o local onde ocorrem as relações aqui estudadas é denominado Atenção Básica (AB). Ela está na base da pirâmide dos níveis de cuidado, incorporando os elementos da AP. É desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, ocorrendo do local mais próximo da vida das pessoas. Ela deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada do Sistema de Saúde e ser também o centro de comunicação de toda a Rede de Atenção à Saúde. Incorpora elementos presentes no território de moradia das pessoas, a partir de epidemiologia, características socioculturais, critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e acolhimento de todas as necessidades de saúde, demandas e sofrimento.

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) inclui a Estratégia Saúde da Família (ESF), o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), as Equipes do Consultório na Rua, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e o Programa Saúde na Escola (PSE), além de incentivos direcionados para populações específicas como, por exemplo, a carcerária e a indígena, de acordo com critérios de vulnerabilidade e Índice de Desenvolvimento Humano (BRASIL, 2012a).

O PNAB estabelece os fundamentos da Atenção Básica que incluem: ter território adstrito; possibilitar o acesso universal; adscrever os usuários e desenvolver relações de vínculo de responsabilização entre a equipe e os mesmos; coordenar a integralidade em seus vários aspectos e, por fim, estimular a participação dos usuários. O documento destaca as funções que a atenção básica deve cumprir para contribuir com o funcionamento das Redes de Atenção à Saúde: ser a modalidade de atenção e de serviço de saúde com o mais elevado grau de descentralização e capilaridade, cuja participação no cuidado se faz sempre necessário; ser resolutiva articulando diferentes tecnologias de cuidado individual e coletivo, por meio de uma clínica ampliada

capaz de construir vínculos positivos e intervenções efetivas, na perspectiva de ampliação dos graus de autonomia dos indivíduos e grupos sociais; ser coordenadora do cuidado e, por fim, ordenar as redes (Brasil, 2012 a).

O documento afirma ainda que a atenção básica deve considerar o sujeito em sua singularidade, complexidade, integralidade e na inserção sociocultural e deve buscar a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimento, que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável. Expressa, portanto, uma visão ainda distante da prática médica dominante, mesmo no Sistema Único de Saúde (SUS).

A Atenção Primária à Saúde no Brasil tem como estratégia prioritária o Programa de Saúde da Família - PSF, nascido em 1994 e hoje consolidado como Estratégia Saúde da Família - ESF, seguindo os preceitos do SUS.

A ESF é, portanto, estruturante do SUS e tem como princípios doutrinários a universalidade, a integralidade e a equidade. Ela também mantém coerência com os princípios do SUS e da atenção básica, vistos acima: acessibilidade, resolutividade, regionalização, descentralização, hierarquização e participação da comunidade. A Atenção Básica foi gradualmente se fortalecendo, tornando-se a porta de entrada do usuário do sistema de saúde e estruturando os sistemas de saúde locais.

Com a participação integrada dos gestores, profissionais e usuários em todo o processo de sua construção, essa política prioriza o atendimento com qualidade e vínculo, com o objetivo de promover a humanização da assistência (BRASIL, 2004a).

A proposta é uma tentativa de criar mecanismos de responsabilização sanitária entre gestores e trabalhadores de saúde, de inclusão dos usuários no processo de autocuidado e de ampliação de ações que promovam saúde, previnam doenças, tratem com eficácia e reabilitem com qualidade.

É uma política voltada não só para a alteração dos padrões de atenção à saúde dos usuários, mas também para a participação de todos os atores envolvidos (gestores, trabalhadores e usuários), nas práticas de gestão de saúde.

A universalidade, integralidade e equidade da atenção constituem um conceito tríplice, entrelaçado, quase um signo que pode traduzir o ideário da

reforma sanitária (CECÍLIO, 2001). A luta pela equidade e pela integralidade implica em repensarmos aspectos importantes da organização do processo de trabalho e a construção de novos saberes e práticas em saúde. Integralidade e equidade são estruturadas pelas necessidades de saúde definidas em quatro conjuntos: a) ter boas condições de vida, aqui entendidas como os diferentes lugares ocupados por homens e mulheres no processo produtivo nas sociedades capitalistas e as explicações mais importantes para os modos de adoecer e morrer; b) ter acesso e poder consumir toda tecnologia de saúde capaz de melhorar e prolongar a vida; c) criar vínculos, sendo a relação de confiança o rosto do sistema para o usuário; d) necessidade do indivíduo buscar graus crescentes de autonomia no seu modo de levar a vida.

Sob esta ótica, deve haver por parte de uma equipe de saúde no encontro com o usuário, o compromisso e a preocupação de se fazer a melhor escuta possível das necessidades de saúde trazidas por aquela pessoa que busca o serviço. Nessa concepção, a demanda é o pedido explícito da tradução das necessidades mais complexas do usuário. A demanda na verdade são as necessidades de saúde, modeladas pela oferta de um dado serviço. Implica em um esforço da equipe de traduzir e atender, da melhor forma possível, tais necessidades de saúde (sempre complexas), mas principalmente, tendo que ser captadas em sua expressão individual.

Por fim, o autor reforça o conceito de equidade, a qual é entendida como a superação de desigualdades que, em determinado contexto histórico e social, são evitáveis e consideradas injustas, implicando que necessidades diferenciadas da população sejam atendidas por meio de ações também diferenciadas. Entende-se que as desigualdades sociais entre as pessoas não são dadas naturalmente, mas sim criadas pelo processo histórico e pelo modo de produção e organização de dada sociedade (CECILIO, 2001, p 120).

## **2.2 A equidade de gênero no contexto da atenção à saúde**

A saúde da população feminina, em toda a sua complexidade, é consequência dos modos e formas de inserção social e cultural das mulheres

na sociedade. As feminilidades e masculinidades, ou o modo em que homens e mulheres se expressam no mundo, são construções sociais e culturais modeladas por valores atribuídos a um ou a outro sexo.

Essa é a base da construção de gênero, que passa a ser usada como categoria de análise, inicialmente pelos estudos feministas pioneiros na apresentação de evidências e identificação de repercussões das assimetrias nas relações de poder entre homens e mulheres. Essas relações são marcadas pela desigualdade de poder, nas esferas pública e privada, na maioria dos casos desfavorável às mulheres, gerando iniquidades que interferem no processo de determinação social da saúde (COSTA, 2012).

Gênero como categoria de análise social possibilita entender as diferenças entre homens e mulheres, produzidas pela cultura. Compreende o feminino e o masculino e suas relações como construções culturais, que transformam a sexualidade biológica em produto da atividade humana, na qual as necessidades sexuais transformadas são satisfeitas. É o modo como as características sexuais são compreendidas e a forma como são trazidas para a prática social dentro de um processo histórico (SAFFIOTI, 1999; LOURO, 2003).

A categoria de gênero pode ser definida como elemento constitutivo de relações sociais de poder fundadas nas diferenças entre os sexos, implicando em quatro elementos: 1) os símbolos culturalmente disponíveis sobre as representações simbólicas acerca de cada um dos sexos; 2) um conjunto de normas para definir o feminino e o masculino; 3) o binarismo de gênero e, 4) a identidade sexual subjetiva pautada em prescrições (SCOTT, 1995).

A equidade de gênero é um conceito ético associado aos princípios da justiça social e dos direitos humanos, que propõe um re-olhar, com esmero e cuidado, para a situação de mulheres que sofrem iniquidades no cotidiano, gerando indignação e alternativas de transformação. Equidade não é o mesmo que igualdade. A noção de iniquidade refere-se às desigualdades consideradas desnecessárias, evitáveis e injustas (FONSECA, 2005). A equidade de gênero na saúde aborda as diferenças injustas no estado de saúde de homens e mulheres e nas barreiras de acesso aos cuidados e aos ambientes promotores de saúde e ao tratamento (OPAS, 2008).

A equidade é a disposição de reconhecer igualmente o direito do outro. Pode também ser definida como um sentimento de justiça avesso ao uso de um critério de julgamento da condição do outro. Leva a uma disposição de eliminar o que é desnecessário, evitável, inútil e cuja presença pode gerar situações de sofrimento para um indivíduo ou grupo social (SILVEIRA, 2002).

É um dos princípios finalísticos do SUS e refere-se à necessidade de tratar desigualmente os desiguais, de modo a se promover a igualdade de oportunidades de sobrevivência, de desenvolvimento pessoal e social entre os membros de uma dada sociedade. Parte do reconhecimento da desigualdade que existe entre as pessoas e os grupos sociais e a constatação de que muitas dessas desigualdades são injustas e devem ser superadas. Em saúde, especificamente, as desigualdades sociais apresentam-se diante do adoecer e do morrer, admitindo-se, portanto, a necessidade de redução dessas desigualdades, a fim de garantir melhores condições de vida e saúde para todos.

As relações de poder desigual entre homens e mulheres, que estão no centro da concepção do conceito de gênero, também ocorrem nas relações entre as mulheres e os profissionais de saúde e, do mesmo modo que em nossa sociedade, de forma desfavorável às mulheres. A assimetria de conhecimento entre as adolescentes grávidas usuárias dos serviços de saúde e os profissionais na tomada de decisões, no âmbito da prática médica, está baseada no conhecimento científico, cujo detentor é a autoridade do profissional que atende.

A contribuição que os serviços de saúde podem dar à superação das desigualdades sociais em saúde implica a redistribuição da oferta de ações e dos serviços, priorizando a atenção para pessoas ou grupos sociais que apresentem maior vulnerabilidade, além de adotar práticas que interfiram nas relações de poder entre às usuárias (gestantes adolescentes ou não) e os profissionais de saúde. Os profissionais de saúde, que lidam no seu cotidiano de trabalho, com o sofrimento e a dor das pessoas, e dedicam-se à produção do cuidado, devem ter a capacidade de secundarizar seus valores e concepções de mundo, para respeitar as escolhas dos usuários dos serviços de saúde.

Em outras palavras, o termo iníquo remete a critérios de julgamentos e preconceitos que no caso da atenção à saúde, determinam diferenças no acesso e tratamento dispensados. Tais diferenças decorrentes de condições econômicas ou culturais podem ser motivo de preconceitos e estereótipos que permeiam a prática dos profissionais de saúde (SILVEIRA, 2002).

Um aspecto importante em relação às ações de governo é o princípio da transversalidade de gênero, a ser adotado em todas as políticas públicas do Estado. Transversalidade de gênero compreende a elaboração de uma matriz que permita orientar competências políticas, institucionais e administrativas e responsabilizar os agentes públicos em relação à superação das assimetrias de gênero nas distintas esferas do governo. A transversalidade garante uma ação integrada e sustentável entre as diversas instâncias governamentais e, conseqüentemente, o aumento da eficácia das políticas públicas, assegurando uma governabilidade mais democrática e inclusiva em relação às mulheres (BANDEIRA, 2005).

O conceito de transversalidade de gênero foi proposto na IV Conferência Mundial sobre as Mulheres, chamada Conferência de Beijing, realizada em setembro de 1995, como uma estratégia básica de promoção da equidade. Todos os Estados participantes, inclusive o Brasil, comprometeram-se a segui-la.

As diferenças na utilização de serviços, segundo o gênero, resultam de distintos tipos de necessidades de atenção e fatores estruturais e institucionais, que facilitam ou obstruem o acesso aos serviços.

As mulheres possuem necessidades específicas em relação à saúde, tendo em vista as questões sexuais e reprodutivas que geram demandas referentes à anticoncepção, gravidez, parto e puerpério. Porém, uma das iniquidades que ocorrem no dia-a-dia dos serviços de saúde é tratá-las apenas no tocante à maternidade, (real ou advinda), apenas enquanto gestantes ou mães. Exemplo disso são as práticas de aleitamento materno e também a aceitação consensual de que toda gravidez é sempre bem-vinda.

A análise das condições de saúde, numa perspectiva de equidade de gênero, enfatiza problemas que são exclusivos de um ou outro sexo; respondem a riscos diferentes segundo o sexo; afetam de modo diferente os homens e as mulheres, e são evitáveis. As categorias que usualmente

correspondem a esses critérios são: saúde sexual e reprodutiva (regulamentação da fecundidade, gravidez durante a adolescência, saúde materna, HIV/AIDS e outras infecções de transmissão sexual); tumores malignos (câncer de mama e útero, câncer de próstata, câncer de pulmão); e um conjunto de outras condições que apresentam claras diferenças por sexo, em matéria de predominância e riscos. Diferenças tais como acidentes e violências (homicídio, suicídio, violência contra as mulheres), doenças do aparelho circulatório, problemas nutricionais, diabetes e cirrose hepática (OPAS, 2008).

Os riscos e as vulnerabilidades das mulheres são resultado da associação das desigualdades nas relações de gênero com as condições de raça e classe social, atuantes no processo de determinação social das condições de saúde (COSTA, 2012).

Enfim, pensar as iniquidades de gênero que acontecem nos serviços de saúde como eventos marcadores de situações produzidas pelos próprios serviços, as quais vulnerabilizam as mulheres. Identificar essas iniquidades e agir no sentido de eliminá-las é um modo de trabalhar gênero de modo transversal (BRASIL, 2007).

## 2.3 - Gênero e gravidez na adolescência

### 2.3.1- CONCEITOS

Tratar do tema gravidez na adolescência implica necessariamente abordar diversas áreas temáticas, originadas por disciplinas de matrizes diferentes.

Etimologicamente a palavra adolescência tem raiz no verbo *adolescere*, de origem latina, que significa “crescer”, “desenvolver”, “crescer até a maturidade” (LEVANDOWSKI, 2011). A adolescência é uma importante etapa do desenvolvimento do ser humano para atingir a maturidade biopsicossocial. É durante esse período que a sexualidade manifesta-se em novas e surpreendentes necessidades e sensações corporais; em desconhecidos

desejos e busca de relacionamento, sendo foco importante de preocupação e curiosidade para adolescentes de ambos os sexos (BRASIL, 2012 b).

A adolescência é a fase de transição entre a infância e a idade adulta, quando o desenvolvimento da sexualidade reveste-se de fundamental importância para o crescimento do indivíduo em direção à sua identidade adulta. Afeta sua autoestima, relações afetivas e inserção na estrutura social. É um período de transformação profunda no corpo, na mente e na forma de relacionamento social do indivíduo.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define adolescência como uma etapa que vai dos 10 aos 19 anos. Para esse estudo, usamos a definição dos termos da Lei 8069/90, o Estatuto da Criança e Adolescência (ECA), que considera adolescente quem tenha entre 12 e 18 anos de idade completos. (BRASIL, 1990).

Conchão (2011), afirma que a adolescência corresponde a uma construção social, histórica, cultural e relacional, e que nas diferentes épocas e processos históricos e sociais veio adquirindo denominações e delimitações diferentes.

É nessa etapa da vida que ocorrem diversas transições, sendo a de maior peso o exercício da sexualidade com parceiro. A maneira como os (os) adolescentes vão lidar com a sua sexualidade, como vão vivê-la e expressá-la é influenciada por vários fatores, entre os quais está a qualidade das relações afetivas que vivenciam com pessoas significativas nas suas vidas, as transformações corporais, psicológicas e cognitivas trazidas pelo crescimento e desenvolvimento, e os valores, as normas culturais e as crenças da sociedade na qual estão inseridos.

É nesta fase que se iniciam os interesses pelas relações afetivas e sexuais e os momentos de “ficar”, conhecer, namorar, descobrir novas sensações, sentimentos e, em muitos casos, vivenciar a primeira relação sexual e em algumas situações, uma gravidez (BRASIL, 2012 b).

A adaptação às mudanças físicas da puberdade, a adoção de papéis distintos daqueles da infância, o desenvolvimento da autonomia, as escolhas profissionais, a ampliação dos vínculos com o grupo de pares, o estabelecimento de relações de namoro e o início da vida sexual estão entre as

principais mudanças da adolescência, ainda que com diversas variações e especificidades em cada cultura e geração.

Não existe uma razão ou motivo para a gravidez na adolescência. Há múltiplas razões pelas quais uma adolescente engravida, as quais estão vinculadas aos aspectos sociais, econômicos, pessoais, às condições objetivas de vida, ao exercício da sexualidade, ao desejo da maternidade e às desigualdades de gênero que atravessam a vida social e cultural em nosso País (BRASIL, 2012 b).

A gestante adolescente, mais do que em outras faixas etárias, experimenta sentimentos contraditórios que podem ocasionar sofrimento. Tais sentimentos oscilam em um misto de medo, angústia, desesperança, insegurança, felicidade e alegria. O estresse e as preocupações vivenciados por esta jovem demandam a necessidade de apoio, escuta e compreensão. Os profissionais dos serviços podem mostrar atitudes como oferecer um tratamento pessoal, acolhê-las, fazê-las participar das decisões, oferecendo um atendimento que faça a diferença e que não envolva tecnologias complexas. É em momentos como este que o profissional de saúde intervém, não apenas com seu conhecimento técnico, realizando uma abordagem relativa ao aspecto orgânico da gestação, mas escutando e conversando (DURÃES-PEREIRA, NOVO e PARAISO, 2007). Caberia acrescentar ainda a abertura para permitir que a adolescente expresse o desejo de manter a gestação ou interrompê-la.

De acordo com o Ministério da Saúde, embora na última década o Brasil tenha reduzido em 30% o número de partos em adolescentes na faixa etária de 15 a 19 anos, a faixa etária de 10 a 15 anos permanece com a proporção inalterada, apresentando o número de 27 mil partos a cada ano, o que representa 1% do total de partos no Brasil (BRASIL, 2012 b).

A fecundidade feminina vem caindo continuamente. Dados da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher, PNDS 2006 (BRASIL, 2009) mostram que em 1960, a taxa era de 6,3 filhos por mulher; em 1970, 5,6 filhos por mulher; caiu para 2,9 em 1991; diminuiu em 2000 para 2,4 e em 2010 a taxa era de 1,9 filhos por mulher. Foi um declínio verificado em todas as faixas etárias, estratos socioeconômicos e regiões do Brasil. No entanto, nota-se uma transição caracterizada pelo rejuvenescimento da fecundidade. A partir de 1991 as mulheres de 20 a 24 anos são as que

apresentam maior fecundidade, o que em anos anteriores correspondia à faixa dos 25 a 29 anos. A participação relativa da fecundidade das jovens de 15 a 19 anos também aumentou. Passou de 9% em 1980 para 23% em 2006. Paralelamente observa-se também um adiamento da reprodução após os 30 anos (HAAG, 2012; BRASIL 2009).

Dados do IBGE comprovam que diminuiu a proporção de mulheres jovens com filho. Entre as mulheres de 15 a 19 anos de idade com ao menos um filho nascido vivo, a proporção diminuiu de 14,8%, em 2000, para 11,8%, em 2010. Essa proporção decresceu de forma substantiva nos grupos de adultas jovens de 20 a 24 anos (passando de 47,3% para 39,3%), 25 a 29 anos (de 69,2% para 60,1%) e 30 a 34 anos de idade (de 81,9% para 76,0%) no mesmo período. Nas áreas urbanas, em 2010, 11,1% das jovens de 15 a 19 anos tinham ao menos um filho nascido vivo, enquanto para áreas rurais esse indicador foi de 15,5% (IBGE 2010).

Esses dados foram confirmados pela pesquisa Gravidez na adolescência, gênero e sexualidade (HEILBORN, 2006), que no período de 1999 a 2006 estudou a sexualidade e reprodução dos jovens em três grandes capitais estaduais do Brasil, mostrando que diferentemente do alarmismo que vigora no senso comum e nas matérias difundidas pelos meios de comunicação, o registro de ocorrência de pelo menos um episódio reprodutivo, antes dos 20 anos completos, foi relatado por 29,6% das mulheres e a gravidez antes dos 15 anos foi pouco frequente, cerca de 1,6%.

Para Brandão (2006), a questão da gravidez na adolescência, ganha importância ao se observar à queda da taxa de fecundidade total nas últimas décadas. Entretanto, essa mudança não foi acompanhada por um adiamento da idade de entrada na vida reprodutiva.

Ao que transparece, as transformações sociais desencadeadas pela emancipação da mulher em nossa sociedade, forjaram novas expectativas sociais para as adolescentes jovens, para além da maternidade, o que ajuda a entender a inquietação pública no tocante à gravidez na adolescência (BRANDÃO, 2006). A gravidez na adolescência, portanto, está inserida no processo de transição demográfica e das mudanças que ocorreram nos costumes sexuais nos últimos anos.

A gravidez na adolescência não é um fenômeno recente no Brasil. Analisando-o historicamente, percebe-se que o fato das mulheres engravidarem no início de sua vida reprodutiva, não é algo novo. Estudos demográficos que observaram variações das taxas de fecundidade das mulheres nascidas entre 1950 e 1975 mostraram, que no Brasil, houve aumento na proporção de mães adolescentes. Na década de 90 também houve aumento da fertilidade nesse grupo, e a partir de 2000 houve a diminuição das gestações no grupo considerado adolescente. Os estudos, no entanto, deixam em aberto as causas desse aumento da fertilidade na década de 90, o que pelo senso comum poderia ser pela diminuição na proporção de fertilidade nas demais faixas etárias (HEILBORN, 2006 b). Tal fato pode ter contribuído para o sentimento de que a gravidez em adolescentes apresenta-se hoje como um problema de grande dimensão e frequentemente associado com a questão da pobreza e da violência urbana.

Caberia citar também o peso da educação diferenciada de gênero nas escolhas sexuais e reprodutivas dos adolescentes. A ideologia de gênero segue veiculando a “família ideal” formada pelo casal heterossexual e seus filhos, moldando as aspirações das jovens e orientando-os para a busca de um casamento como ideal de vida. Somam-se para as jovens de baixa renda, a dificuldade de seguir os estudos, obter uma carreira profissional e um trabalho valorizado socialmente.

Deste modo, muitos buscam um relacionamento, ainda jovens e uma gravidez pode significar uma oportunidade de consolidar uma relação, constituindo sua própria família nos padrões tradicionais.

Embora estejamos falando de uma temática de importância social, a produção literária relativa a esse grupo social é escassa, dado também corroborado por Amarante e Soares 2007, que, em estudo sobre políticas públicas de saúde para os adolescentes, constataram que apenas 5% das publicações no período de 1990 a 2004 eram relacionadas à saúde reprodutiva na adolescência.

É interessante avaliar, como determinada situação já existente, no caso a gravidez na adolescência, passa em determinado contexto social a ser visto como problema. Podemos afirmar que ela se sobressai em um contexto de redução da fecundidade e, para alguns autores, passa a ser notada em razão

da maior proporção de gravidez e nascimentos fora de uma união (LONGO e RIOS NETO, 1998).

Alguns textos sobre gravidez na adolescência chamam a atenção por possuírem em certo teor moral (ABRAMO, 1997), com o desencadeamento do chamado “pânico moral”, já que o fato da gravidez nessa idade questionaria as normas sociais tidas como um conjunto coeso. Sabe-se que a maternidade ou a paternidade adolescente, tornaram-se mais reprováveis porque na atualidade, em sua maioria, os jovens quando engravidam são solteiros, e muitos assim permanecem após o nascimento do bebê. Portanto, a questão moral do problema repercute nesta avaliação.

Para Heilborn (2006b) essa “ilegitimidade” não é a única questão, mas colabora para a gravidez na adolescência ser vista como problema social. Atualmente, em função das mudanças demográficas, existem novas expectativas sociais em relação à juventude, em função do aumento da escolaridade. Diante disso, uma gravidez seria um contratempo que interfere no comportamento considerado adequado e esperado para essa etapa da vida.

Na maior parte da literatura que aborda a gravidez na adolescência, hegemonicamente aparecem parâmetros de análise sociodemográficos, de caráter mais descritivo que interpretativo. Brandão (2006), afirma que no debate sobre o tema, há uma nítida polarização entre os estudos biomédicos e psicológicos, majoritariamente baseados na imaturidade etária; e os sociológicos, desenvolvidos em torno do argumento, das limitadas condições objetivas, e da precariedade das condições econômicas da maioria das jovens que engravidam. Muitos desses trabalhos apresentam uma característica reducionista, moralista e normativa.

Por outro lado, boa parte dos estudos com adolescentes das camadas populares, relata a conjugalidade na adolescência como um evento que promove reconhecimento social em suas comunidades, onde acabam construindo novos vínculos sociais e, na maioria das vezes, adquirem um status de prestígio. No entanto, esse fato não pode ser generalizado para outras camadas sociais. Ainda de acordo com Brandão (2006), a gravidez na adolescência deve ser analisada dentro de seu contexto histórico e sociodemográfico, para que se possa entender o seu significado para os jovens de diversos seguimentos sociais.

Para Souza (1998), ainda que alguns estudos reconheçam que a gravidez possa ter sido desejada, é difícil encontrar uma avaliação isenta sobre os efeitos dessa decisão na vida do casal. Fica a ideia de que ao mostrar as transformações eventualmente positivas para a trajetória de vida desses jovens, esses estudos poderiam estar incentivando a gravidez na adolescência.

Segundo Heilborn (2006b), como a gravidez e o parto são eventos extremamente medicalizados, não é de se estranhar que os primeiros a levantarem o "problema" da gravidez na adolescência tenham sido os médicos. Apesar de serem parcialmente inexatos, os argumentos médicos continuam sendo muito usados. Eles abordam o problema usando basicamente a categoria de risco. Risco de aborto espontâneo, prematuridade, problemas para a mãe, riscos no parto, mortalidade materna e por fim, riscos para a criança com baixo peso ao nascer. No entanto, outros estudos demonstraram que os riscos estão mais relacionados às condições sociais do que à idade, exceto para o grupo de gestantes de 10 a 14 anos, contudo a proporção de gravidez nessa faixa etária é muito baixa (AQUINO et al., 2003).

Paralelamente aos médicos, soma-se o discurso de psicólogos, psicanalistas e psiquiatras que definiram a gravidez nesta faixa etária como um risco psicossocial, associado à definição de imaturidade psicológica. Ao ir para o campo da psicologia, o discurso muitas vezes toma a forma de um discurso moral, variando entre a condenação e o apoio aos adolescentes. Em geral a escrita sobre gravidez na adolescência, retrata uma evolução negativa dos costumes, erotização precoce, ignorância e irresponsabilidade dos jovens, falta de diálogo com os pais, bem como a falta de autoridade dos mesmos (HEILBORN, 2006 b).

Existe ainda uma terceira concepção que considera a gravidez na adolescência como problema social (SCHOR et al., 1998), consequência da pobreza, da baixa escolaridade, da falta de informações sobre anticoncepção e do pouco acesso aos serviços de saúde. Por outro lado, de maneira inversa e complementar, a gravidez é vista como causa de interrupção dos estudos, o que manteria a pobreza e a marginalidade na medida em que os adolescentes teriam dificuldade em arrumar um emprego. Soma-se ainda, o papel das agências de pesquisa e organismos internacionais que apresentam a gravidez na adolescência como indesejada (HEILBORN, 2006 b).

Fugindo dos discursos centrados em abordagens de caráter biomédico ou psicológico, Heilborn (2006) trata o tema da gravidez na adolescência por uma perspectiva socioantropológica, analisando os processos subjacentes ao fenômeno, bordando a questão da aprendizagem da sexualidade e das relações de gênero, bem como considerando a juventude como etapa da vida.

Para Heilborn (2006b), embora se tenha claro que uma jovem que engravida antes dos 20 anos seja fonte de preocupação, quando se pensa na sua trajetória de vida, a gravidez na adolescência é em geral abordada de modo generalizante, ou seja, de forma homogeneizada no modo de tratar o problema. Tanto a abordagem biomédica e a psicológica esquecem que a sexualidade e as relações de gênero representam uma questão muito mais ampla. A sexualidade é um domínio no qual os sujeitos são paulatinamente socializados e que propicia ao jovem a construção de sua autonomia, não seguindo um caminho linear.

### 2.3.2- POLÍTICAS PÚBLICAS NA ÁREA DA SAÚDE E ADOLESCÊNCIA

Um sistema de saúde é o conjunto de relações políticas, econômicas e institucionais responsáveis pela condução dos processos referentes à saúde de uma dada população, que se concretizam em organizações, regras e serviços visando a alcançar resultados condizentes com a concepção de saúde prevalente na sociedade. Conhecer as políticas públicas nos ajuda a avaliar como as estruturas do sistema de saúde estão falhando ou sendo bem-sucedidas em seus objetivos de promover a saúde, garantir a melhoria das condições de saúde da população, cuidar das pessoas e aliviar seu sofrimento (LOBATO, 2012). A saúde é uma das principais políticas sociais dos governos, e a legitimidade destes passa quase sempre por um bom desempenho neste setor social, contribuindo para ampliar a governabilidade.

Ao contrário do que pensa o saber médico, alicerçado no modelo biológico, é preciso ter claro que a saúde depende da política, isto é, ela é socialmente determinada. O entendimento e a construção do SUS passam

necessariamente pelo estudo de nossa sociedade e de como o poder, a riqueza, as desigualdades sociais e a participação social, estão imbricadas entre si e de que forma essas disputas, vão determinar a legislação do sistema de saúde. A legislação, programas e políticas são frutos de uma disputa entre os atores sociais em um dado momento histórico. Não devem ser analisadas isoladamente do período em que surgiram.

Podemos considerar que o primeiro marco na criação das políticas públicas para as mulheres, aconteceu no ano de 1983, quando foi criado pelo Ministério da Saúde o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM). Ele foi fruto das concepções de saúde do movimento da Reforma Sanitária e do ideário político do Movimento Feminista (COSTA, 2012). Trazia em seu arcabouço teórico, a ideia da determinação social da doença, a partir da visão sistêmica pela qual os problemas são interligados e interdependentes, em termos de causa e efeito sobre a saúde, contrariando o modelo hegemônico da medicalização e que fragmenta os sujeitos, amplamente disseminado na clínica. O PAISM sinalizou mudanças na atenção à saúde da mulher que direcionam ações preferencialmente na Atenção Básica (AB) para fortalecer este nível de atenção. Incorporou de forma mais substantiva o conceito de gênero como categoria de análise das condições de vida e saúde das mulheres, produzindo um olhar frente à mulher como um sujeito integral, sob a perspectiva da cidadania, garantindo-lhe seus direitos e promovendo sua autonomia.

No entanto, o marco mais importante das políticas públicas de saúde sexual e direitos reprodutivos das mulheres brasileiras, viria mais tarde com a promulgação da Constituição Federal de 1988, que tem como um de seus princípios norteadores a garantia dos direitos humanos e, traz a concepção de saúde como direito de todos.

A partir daí, em 1989, o Ministério da Saúde criou o Programa de Saúde do Adolescente (Prosad), de acordo com os princípios constitucionais. Propunha-se a atender uma população com faixa etária de 10 a 19 anos. A partir de dados epidemiológicos nacionais, tinha como áreas prioritárias o crescimento e desenvolvimento, a sexualidade, a saúde mental, bucal, reprodutiva, escolar e a prevenção de acidentes. Apesar de apresentar propostas de saúde integral ao adolescente, as diretrizes do programa

mostraram-se incipientes, fragmentadas e pontuais (BURSZTYN e RIBEIRO 2005). Os objetivos eram limitados com ações desarticuladas, sem a participação juvenil e com falta de prioridade e de legitimidade política (SPOSITO e CARRARO, 2003; SPOSITO; SILVA e SOUZA, 2006).

Em 1990, surge o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), que trazia consigo a garantia de prioridade absoluta na atenção integral aos adolescentes. Segundo essa lei, toda criança e adolescente “goza de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sendo-lhes asseguradas todas as oportunidades e facilidades, a fim de facultar o desenvolvimento físico, mental e moral, espiritual e social, em condições de liberdade e de dignidade”. O ECA atribui à família e ao Estado o dever de proporcionar condições de desenvolvimento pleno e sadio às crianças e adolescentes. Ele prioriza o atendimento a esses grupos pelo serviço público. As políticas públicas são pensadas para serem efetuadas de maneira interdisciplinar e intersetorial (GONÇALVES e GARCIA, 2007; OLIVEIRA e MILNITSKY-SAPIRO, 2007).

No entanto, o ECA mostrou-se pouco eficaz na elaboração de políticas para a juventude, nas três esferas do governo, em especial em nível municipal (OLIVA e KAUCHAKJE, 2009; SPOSITO, SILVA e SOUZA, 2006), por não haver reconhecimento dos direitos dos jovens ou por políticas descontínuas e ineficazes verticalizadas e não horizontais.

Com o objetivo de orientar as equipes de saúde na atenção aos adolescentes, regidas sob os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, surgem em 1993 as “Normas de Atenção à Saúde Integral do Adolescente”.

A Reunião Mundial de Ministros da Juventude, realizada em Portugal em 1998, trouxe um novo olhar sobre a vulnerabilidade desse grupo etário. Como consequência, em 1999 o Ministério da Saúde ampliou o atendimento em saúde para a faixa etária de 10 a 24 anos e elaborou uma agenda nacional, onde aborda os principais agravos que atingiam esse público (CONCHÃO, 2011).

A criação do Grupo de Trabalho Interministerial no Poder Executivo em 2004, trouxe novas possibilidades para a atenção integral à saúde dos adolescentes. Esse grupo organizou uma oficina a nível nacional para debater com gestores locais, estaduais e federais, a elaboração do *Marco Teórico-*

*Referencial da Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva de Adolescentes e Jovens* (CONCHÃO, 2011).

Em 2005, o Ministério da Saúde, através da Área Técnica de Saúde do Adolescente e do Jovem, lança o Manual *Saúde Integral de Adolescentes e Jovens - orientações para organização de serviços de saúde, para dar aporte ao atendimento desta faixa etária*.

Esse manual tinha como objetivo fornecer orientações básicas para nortear a implantação e/ou a implementação de ações e serviços de saúde que atendam os adolescentes e jovens de forma integral, resolutiva e participativa. Fornecia diretrizes e princípios referendados por diferentes organizações nacionais e internacionais. Como é um documento de princípios norteadores, deveria ser considerado como um guia flexível, passível de ser adaptado às várias realidades existentes. Para o documento, a necessidade da existência de serviços de saúde de qualidade era colocada como um desafio para o alcance de melhores condições de vida e de saúde dos adolescentes e jovens brasileiros. O que também significava compreender a importância das dimensões econômica, social e cultural que permeiam a vida desses grupos (BRASIL, 2005a).

Ainda em 2005, o Ministério da Saúde inicia as discussões com os gestores dos três níveis de gestão do SUS e com a sociedade civil organizada, para a elaboração de uma política pública que atendesse às necessidades de saúde dos adolescentes.

Também em 2005, o Ministério da Saúde lança o documento *Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos – Uma Prioridade de Governo*. Esse manual apresenta as diretrizes do Governo para garantir os direitos de homens e mulheres, adultos(as) e adolescentes, em relação à saúde sexual e à saúde reprodutiva, enfocando, principalmente, o planejamento familiar. Tal prioridade consolida-se por meio da articulação entre as diversas áreas que envolvem o tema e norteia a formulação e a implementação de ações relativas à saúde sexual e à saúde reprodutiva dos adolescentes e jovens de ambos os sexos. É um documento elaborado interministerialmente e têm com pano de fundo o Art. 226 da Constituição Federal, que estabelece a responsabilidade do Estado no que se refere ao planejamento familiar, nos seguintes termos: “Fundado nos princípios da dignidade da pessoa humana e da paternidade responsável, o

planejamento familiar é livre decisão do casal, competindo ao Estado propiciar recursos para o exercício desse direito, vedada qualquer forma coercitiva por parte de instituições oficiais ou privadas” (BRASIL, 2005b).

Em 2006, inicia-se o processo de discussão com os gestores estaduais e municipais do SUS, para posterior aprovação da política para jovens e adolescentes. Nesse processo, ocorreu uma profunda revisão do arcabouço normativo, já que havia 20 anos de constituição do SUS e novos desafios se faziam presentes em função da descentralização e municipalização. O processo descentralizado ampliou o contato do SUS com a realidade social, política e administrativa do país e com suas especificidades regionais. Tornou-se mais complexo e colocou os gestores frente a novos desafios, os quais buscam superar a fragmentação das políticas e programas de saúde, os vazios assistenciais, a iniquidade de acesso, o modelo burocratizado de gestão, o subfinanciamento do SUS, a precarização do trabalho, o baixo investimento na qualificação de recursos e a pouca articulação da saúde com as outras políticas públicas (CONCHÃO, 2011).

A seguir, no ano de 2007, o Ministério da Saúde lança a versão preliminar do *Marco Teórico e Referencial de Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva de Adolescentes e Jovens*. O objetivo desse documento é oferecer subsídios teórico-políticos, normativos e programáticos que orientem a implementação de ações voltadas à saúde sexual e à saúde reprodutiva de adolescentes e jovens. É especialmente destinado a todos os gestores do SUS, como também a outros setores das políticas públicas voltados à adolescência e à juventude. Ele deverá orientar as ações para a atenção à saúde sexual e à saúde reprodutiva de adolescentes e jovens, como parte das estratégias de implementação da *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens* (BRASIL, 2007).

No documento, a adolescência e juventude são etapas fundamentais do desenvolvimento humano. Ratifica a garantia dos direitos sexuais e reprodutivos como uma prioridade do governo federal e que balizará a formulação e implantação de ações para a saúde sexual dos adolescentes de ambos os sexos. A adolescência e a juventude são consideradas etapas fundamentais do desenvolvimento humano. Para Conchão (2011), há um comprometimento do Estado com a criação de ações que permitam o pleno

desenvolvimento das pessoas nessa faixa etária, no sentido da possibilidade de afirmação dos sujeitos para a construção da cidadania dentro de uma democracia participativa.

Em 2010, o Ministério da Saúde publica o documento *Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde*. Essas Diretrizes fazem parte do processo de construção da Política Nacional de Atenção à Saúde Integral de Adolescentes e Jovens, iniciado em 2004. O documento norteia ações integradas as demais políticas sanitárias, ações e programas já existentes no SUS, frente aos desafios que a presente situação de saúde dos adolescentes e jovens evidencia. As diretrizes baseiam-se na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens, e visam sensibilizar gestores para uma visão holística do ser humano e para uma abordagem sistêmica das necessidades dessa população. Aponta ainda, para a importância da construção de estratégias intersetoriais que possam promover o desenvolvimento saudável desse grupo populacional (BRASIL, 2010).

Ao analisarmos as políticas públicas, percebemos que o Estado tem realizado iniciativas importantes na elaboração de políticas que visam incentivar ações que possibilitem que as (os) adolescentes desenvolvam seus projetos de vida com o exercício da autonomia, o que é imprescindível para a garantia dos direitos sexuais e reprodutivos nesta fase.

O desafio que está posto é a elaboração de projetos e ações em uma perspectiva interdisciplinar e integral, de maneira intersetorial com todas as esferas de governo (HORTA, LAGE e SENA, 2009; ROCHA, 2006; BARBOSA e GIFFIN, 2005).

Pensar em ações para os adolescentes significa colocar em prática o conjunto de objetivos e propostas teóricas, formuladas pelas instituições do Estado e da sociedade ligada ao conceito de cidadania. Nesse sentido, é preciso reconhecer a heterogeneidade e o dinamismo que envolve esta fase do ciclo vital, elaborando estratégias que atendam suas especificidades e diversidades.

Por outro lado, alguns estudos, reconhecem que a partir dessas especificidades “as políticas públicas de juventude não seriam apenas o retrato passivo de formas dominantes de elaborar a condição juvenil, mas poderiam

agir, ativamente, na produção de novas representações” (HORTA, LAGE e SENA, 2009; SPOSITO e CARRANO, 2006).

As políticas públicas para a adolescência e juventude, poderiam contribuir para a criação de novos modelos de atenção e reafirmação do papel social, concebendo a participação do adolescente no cenário político. Essa participação vai além da representação em órgãos colegiados ou no controle social, compreendendo o conceito de cidadania ativa e plena o que poderia a se tornar um processo de reinvenção identitária (ROCHA, 2006).

No entanto, devido a sua lógica de funcionamento, a realidade que se percebe na ESF (mas não somente nela), é que, na maioria das vezes, os adolescentes são vistos como membros da família, sendo deste modo, incluídos no atendimento em geral, tendo suas especificidades e identidades desconsideradas. A intervenção se dá de forma transversal e periférica, com prioridade aos agravos biológicos e ao controle da gravidez na adolescência.

Existe ainda, um grande distanciamento entre os objetivos das políticas públicas e o cotidiano desta faixa da população. Este distanciamento se dá quando, por exemplo, uma adolescente procura o serviço de saúde e é atendida por profissionais com concepções técnicas e medicalizantes permeadas de valores pessoais dentro de uma lógica de princípios morais e éticos.

Nas unidades de saúde os profissionais de saúde sentem-se impotentes para o entendimento da problemática que envolve os adolescentes, pois a formação e a capacitação são deficitárias e pautadas numa perspectiva biomédica. Apesar da gravidez na adolescência ser um fenômeno complexo, o atendimento de pré-natal a estas gestantes, em geral, desconsidera essa realidade complexa e multifacetada, na medida em que realiza um atendimento técnico, desconsiderando nuances que extrapolem o biológico, além de ser padronizado o mesmo atendimento para as grávidas de todas as faixas etárias.

Para Conchão (2011), o cotidiano das adolescentes, não se alterará se as iniciativas locais não se apropriarem destes documentos para aprimorarem suas práticas no atendimento deste público.

No entanto, apesar de todas as dificuldades, percebe-se que a ESF, se apresenta como uma possibilidade desde que alguns desafios sejam enfrentados como, por exemplo, a incorporação dos princípios do SUS, que

são em muitos casos ainda, timidamente praticados no tocante ao atendimento de adolescentes (TEIXEIRA, S. C. R.; SILVA e TEIXEIRA, M. A., 2013).

### 2.3.3- PRESCRIÇÕES DE GÊNERO NA ADOLESCÊNCIA

Gênero tem sido uma categoria útil para a compreensão das desigualdades entre homens e mulheres, entre o masculino e o feminino, e do que estas desigualdades representam em determinada sociedade num dado período histórico, permitindo a compreensão da organização das relações sociais estabelecidas (CONCHÃO, 2011).

Podemos definir gênero como a organização social da diferença sexual. É o discurso que estabelece significados para as diferenças corporais. Esses significados variam de acordo com as diversas culturas e são eles que determinam como a divisão social será estabelecida, já que nada no corpo, incluindo aí os órgãos reprodutivos femininos estabelece esta divisão social. Gênero, portanto, é tanto um elemento constitutivo de relações sociais baseadas nas diferenças percebidas entre os sexos, e uma forma de dar significado às relações de poder existentes na sociedade. É um elemento estruturante que situa o indivíduo no mundo e determina as suas escolhas e vivências na sua trajetória de vida (SCOTT, 1995).

Conchão (2011), afirma que o desafio é conhecer e problematizar as estruturas e relações sociais que produzem, normatizam e controlam as formas e os lugares nos quais as adolescentes se relacionam e como estas as constituem.

As relações entre os adolescentes estão condicionadas pelas prescrições de gênero. A sexualidade mais do que afirmar uma diferença natural e instintiva das condutas sexuais, se dá sob relações de poder.

Alguns estudos mostram que a maioria dos jovens esta ou já esteve em um relacionamento estável no qual ocorreram relações sexuais. Entretanto, as diferenças de gênero apresentam forte peso na constituição desse perfil: para grande parte das mulheres o parceiro da iniciação sexual torna-se o parceiro

afetivo-sexual estável, enquanto este dado é raro no caso dos homens. Isso significa dizer que há também, um grupo de adolescentes femininas que tem relações episódicas com os rapazes. Outro dado importante é que a maternidade apareceu como um componente muito valorizado da feminilidade e que pode ser traduzido pelo desejo de ter o primeiro filho bastante jovem (KNAUTH et al., 2006).

Verifica-se uma tendência entre os homens de buscarem parceiras da mesma faixa etária ou mais novas, enquanto as mulheres tenham parceiros mais velhos, o que revela uma das assimetrias de gênero bem aceita e até esperada em nossa sociedade. Esse fato significa que as adolescentes e jovens terão mais dificuldades em realizar negociações à vida sexual, já que a princípio os parceiros mais velhos terão mais poder.

Quanto à proteção, o uso de preservativo na primeira relação, tende a ser abandonado quando ocorre um fortalecimento dos laços afetivos, que refletem em um relacionamento estável. Essa desvinculação entre sexualidade, práticas de proteção e contracepção, deve-se em grande parte ao foco conferido pelas ações educativas em saúde que visam à modificação do comportamento individual, desconsiderando que os relacionamentos ocorrem em contextos interpessoais. Portanto, não é apenas a questão do uso ou não do preservativo, mas trata-se de uma conversa de negociação com o parceiro sobre medidas de proteção, que não pode ocorrer em uma relação assimétrica, e desigual. Por sua vez, a capacidade de negociação é socialmente adquirida e está profundamente vinculada às expectativas sociais de gênero e às suas possibilidades de escolha de determinadas condutas.

Logo, as questões referentes ao exercício da sexualidade devem ser tratadas de forma simétrica entre os gêneros, a fim de romper com a clássica dicotomia que concebe sexualidade como esfera masculina e a reprodução como domínio feminino. Em outras palavras, pode-se dizer que os homens se preocupam mais com o uso de proteção e as mulheres com a contracepção (KNAUTH et al., 2006).

A iniciação sexual é uma passagem que não tem o mesmo sentido para os homens e para as mulheres. Para os homens, ela corresponde à obrigação social, cultural de ter que provar sua masculinidade com a parceira, seja ela quem for, e o mais cedo possível. Não há a necessidade de que a mulher seja

uma parceira estável, sequer que ele já conheça há algum tempo, pode ser inclusive com uma profissional do sexo. A iniciação masculina é assim uma obrigação e não há a necessidade de envolver vínculo. Para as mulheres, no entanto, a iniciação sexual é um momento dentro de um processo mais lento que envolve a construção de um primeiro relacionamento estável; a feminilidade na adolescência está relacionada com a capacidade da jovem em estabelecer uma relação estável com um membro do sexo oposto (BOZON e HEILBORN, 2006).

Diferentemente das gerações anteriores, a iniciação sexual feminina pode, hoje em dia, acontecer mais cedo durante o namoro. Porém, as mulheres continuam a interpretá-la acima de tudo como um passo no processo de construção de um relacionamento. A perspectiva relacional das mulheres continua nitidamente diferente da perspectiva individual dominante entre os homens. Para os jovens atuais, o namoro continua mantendo a característica de compromisso afetivo entre duas pessoas, inclusive, comunicado socialmente. Entretanto, é indiscutível que o exercício de relações sexuais na relação neste tipo de relação, tornou-se realidade para o casal. Em outras palavras, o namoro deixou de ser uma etapa preparatória para uma futura conjugalidade e adquiriu uma realidade em si como etapa e experimentação afetiva e sexual para os adolescentes e os jovens. Percebe-se uma diminuição na idade das mulheres quando da primeira relação sexual (HEILBORN, 2006b). Configura-se que uma das características percebidas na iniciação sexual é que ela coloca em contato atores com idades, experiências e status social desiguais. Não se pode afirmar que estas assimetrias não sejam buscadas em particular pelas mulheres. Há uma tendência, das adolescentes que se encontram em situações sociais menos favoráveis, de aceitarem ou buscarem parceiros de maior idade, que já possuam características protetoras e o status social de um marido, com os quais a principal preocupação não é se proteger de uma gravidez, mas ao contrário, consolidar os vínculos (BOZON e HEILBORN, 2006).

A contracepção ou a proteção por sua vez, continuam a ser um tema muito pouco discutido entre os parceiros nesta fase iniciação da vida sexual adulta, embora a sexualidade seja um assunto abundantemente debatido entre os pares do mesmo sexo. Este silêncio de caráter espontaneísta da

sexualidade acaba reforçando os estereótipos de gênero e a possibilidade de uma gravidez indesejada. Como o masculino é socialmente constituído de imagens fortemente valorizadas, tendo o estereótipo do macho como um dos modelos da masculinidade hegemônica cabendo a ele a iniciativa, as mulheres por sua vez, devem administrar os avanços masculinos se quiserem preservar o patrimônio moral da reputação de moça de família ou de mulher honesta. Mesmo que a perda da virgindade feminina não seja mais nos dias de hoje, um atributo passível de estigmatização das mulheres, não deixou de existir certa exigência de uma “virgindade moral”, que se apresenta sob a forma de um jeito passivo e ingênuo em matéria sexual, o que torna mais difícil abordar questões de sexualidade ou de contracepção com o parceiro. As relações estão fortemente marcadas por uma categorização de gênero que reserva atitudes e qualidades para cada um dos sexos. Há uma associação entre a masculinidade e atividade e por oposição, a feminilidade está associada à passividade, mostrando a permanência na sociedade dos velhos estereótipos de gênero (BOZON e HEILBORN, 2006).

O cenário apresentado demonstra o quanto os padrões de gênero tradicionais, apesar das modificações, ainda estão fortemente arraigados na cultura. Compreendê-lo, pode auxiliar o melhor entendimento da sexualidade dos adolescentes e de como as prescrições de gênero modelam essas relações. Observamos que a maioria dos usuários dos serviços de saúde é constituída por mulheres, e nos serviços elas ainda são tratadas apenas do ponto de vista da saúde reprodutiva, muitas vezes recriminadas ou culpabilizadas por não cumprirem de modo adequado o papel de gênero socialmente esperado. Isso significa, por exemplo, não falar sobre sexo para as adolescentes, recriminar uma gravidez indesejada, mas sem oferecer a possibilidade da interrupção da gestação (que no Brasil é ilegal), repetindo o discurso da “boa mãe”, que precisa se sacrificar pelo filho. Ou seja, os serviços de saúde continuam reproduzindo os padrões esperados para homens e mulheres, veiculando desigualdades impostas pela ideologia de gênero, um dos mecanismos responsáveis pela manutenção do sistema de submissão e opressão das mulheres (MENEGHEL et al.,2012).

### **3 MEDICALIZAÇÃO**

#### **3.1 Racionalidades médicas e medicalização**

O surgimento da ideia de medicalização está associado à aproximação da medicina com a ciência, no momento em que essa adquiriu os adjetivos de objetiva, neutra, além de infalível e de estar vinculada a veracidade do conhecimento. Nesta aproximação, medicina e ciência se misturam, o médico se transforma em um cientista, um pesquisador, que traz no seu olhar e na sua intervenção o conceito de neutralidade. Sob o arcabouço da ciência a medicina ganha mais legitimidade.

Segundo Luz (2004), este processo vai provocar o deslocamento da medicina moderna, de uma arte de curar indivíduos doentes para uma disciplina das doenças, compreende um processo histórico de vários séculos, iniciando-se no Renascimento. Como processo histórico de decifração e transformação da realidade, esta racionalidade científica se estende até os dias de hoje nas múltiplas especialidades científicas e na complexidade das novas tecnologias.

Esta racionalidade inicia com o nascimento da anatomia (um dos pilares da moderna medicina) com os estudos anatômicos de Da Vinci e Vesálio (LUZ, 2004). O corpo humano ganha objetividade pelos detalhes dos desenhos. É um grande engenho, com peças que se encaixam perfeitamente. Mais tarde este mecanismo da anatomia irá encontrar o mecanismo fisiologista, fazendo surgir à concepção mecanicista da medicina, um traço constitutivo da racionalidade moderna.

Com o advento da patologia, surge o sistema classificatório das morbidades, ou seja, a classificação dos males que podem danificar ou destruir esta máquina. A medicina se transforma em um discurso disciplinar sobre a

doença. Em vez de teorizar sobre saúde, vida ou cura, a medicina falará cada vez mais sobre as morbidades. Buscar-se-á no leito dos doentes e mais tarde no microscópico as evidências que apontam para esta ou aquela doença. (LUZ, 2004).

Para Camargo Júnior (2012), a racionalidade da cosmologia na sociedade ocidental era dada na Idade Média por princípios aristotélicos que tinham como princípio a concepção de que toda a fonte de mudança (movimento) no cosmo seria um “motor primeiro”, por sua vez imóvel. Esta noção foi associada nas tradições religiosas monoteístas à concepção de divindade única. Havia uma separação estática e hierarquizada entre o mundo celeste e o terreno, estando ambos sujeitos a leis diferentes embora pudesse haver influência de um no outro.

Com o Renascimento, esta visão teocêntrica vai sendo descartada e a ciência experimental passa a ser a última fonte da verdade. Com a física e a astronomia de Galileu, céus e terra passam a ser regidos pelas mesmas “leis universais”. O universo (“e não mais o cosmo”) assume o aspecto de máquina, a partir da criação de modelos planetários. A filosofia assume o papel de ciência das ciências desempenhando o papel de tribunal da razão, tendência fortalecida majoritariamente pelo positivismo de Augusto Comte

É neste momento histórico que nasce a clínica. Tal registro é importante, para que se perceba porque até hoje as construções simbólicas da medicina moderna e o imaginário médico continuam impregnados por esta visão mecanicista (CAMARGO JÚNIOR, 2012).

Segundo Camargo Júnior (2012), esta racionalidade pode ser descrita em três proposições:

- a) produz um discurso universal, generalizante;
- b) possui caráter mecanicista, de causalidade linear;
- c) o funcionamento do todo é dado necessariamente pela soma das partes.

A medicina que se origina a partir desta visão analítico-mecanicista tendo como base a anatomia, se constituindo como uma medicina do corpo, das lesões e das doenças.

Com este olhar a medicina divide o corpo em sistemas, agrupados segundo suas propriedades isoladas por disciplinas articuladas em seu

discurso. Há um grau de correspondência embora não estanque, entre a divisão de sistemas e a divisão das especialidades do saber médico, de modo que de maneira geral a organização em sistemas é também uma organização do saber médico.

Por sua vez, Capra (2006) ao analisar o modelo biomédico afirma que a influência do modelo cartesiano baseado na rígida separação entre corpo e mente, sobre o pensamento médico, determinou o atual modelo biomédico. Os médicos se concentraram na máquina corporal e negligenciaram os aspectos psicológicos, sociais e ambientais da doença. O corpo humano é considerado uma máquina, cujas peças podem ser separadas e consertadas; a doença é vista como um funcionamento inadequado dos mecanismos biológicos. O papel do médico é intervir, física ou quimicamente para consertar o defeito.

A partir daí, o progresso da medicina, caminhou lado a lado com o da biologia. O foco saiu do indivíduo, indo para os órgãos e suas funções, daí para as células e chegou às moléculas. Segundo Capra (2006), Willam Harvey explicou a circulação sanguínea; Virchow estabeleceu que as doenças produziam mudanças estruturais nas células; a biologia celular passou a ser a base da medicina. Louis Pasteur estudou os microrganismos demonstrando a correlação entre as bactérias e as doenças, o que contribuiu para que a tese do fator unicausal das doenças se tornasse hegemônico. Na mesma linha, Robert Koch trabalhou o conceito de etiologia e construiu os “postulados de Koch” ensinados em todas as escolas médicas da época (século XVII), que serviam para provar que um determinado micróbio era o causador de uma doença específica; o que estava em concordância com a filosofia cartesiana (CAPRA, 2006).

A pesquisa se desloca do sujeito e do meio em que ele vive para o estudo dos microrganismos; e a atenção dos médicos passa do paciente para a doença. Inicia-se a tendência das especializações. As patologias passam a ser diagnosticadas, catalogadas e tornam-se objetos de estudo nos hospitais, que deixam de serem as antigas “casas de misericórdia” para se tornarem centros de diagnósticos.

No início do século passado, nos Estados Unidos, a *American Medical Association* encomendou uma pesquisa sobre as escolas médicas americanas, com o objetivo de dar uma base científica a este ensino. O resultado da

pesquisa foi o Relatório Flexner (FLEXNER, 1910), que estabeleceu as diretrizes para o ensino médico que até hoje estão em vigor na maioria das escolas médicas. A formação dos médicos deveria centrar-se na formação dos estudantes e no estudo das doenças, e não na assistência aos enfermos. Formava-se quem tinha o domínio da ciência médica, não a capacidade para cuidar dos pacientes (CAPRA, 2006). Entre as recomendações do relatório, estava a divisão do currículo em um ciclo básico de dois anos, seguido de um ciclo de mais dois anos, realizado no hospital.

Para Pagliosa e Ros (2008), com o Relatório Flexner (FLEXNER, 1910), o hospital passa a ser o local privilegiado para se estudar as doenças. A doença é considerada um processo natural, biológico e individual. O social, o coletivo, o público e a comunidade não contam para o ensino médico e não são considerados implicados no processo saúde-doença. O hospital passa a ser o centro do ensino médico. Às faculdades, restam os ciclos básicos com seus laboratórios.

Os estudantes passam a conviver com os especialistas focais, não tendo mais contato com os médicos generalistas, e como passam a maior parte do tempo dentro dos hospitais, ficavam afastados da maioria dos problemas de saúde que as pessoas se defrontam no seu dia a dia.

A ênfase no modelo biomédico, centrado na doença e no hospital, conduziu os programas educacionais médicos a uma visão reducionista. Ao adotar o modelo de saúde-doença unicausal, biologicista, a proposta de Flexner reserva pequeno espaço, se algum, para as dimensões social, psicológica e econômica da saúde e para a inclusão do amplo espectro da saúde, que vai muito além da medicina e seus médicos (PAGLIOSA e ROS, 2008).

Para Tesser (2010), algumas das características marcantes, centrais ao chamado paradigma biomecânico ou flexneriano são a: visão do corpo humano como máquina; a noção das doenças como coisas concretas, que não variam em pessoas e lugares, e que surgem como defeitos das peças dessa máquina, de natureza material.

No entanto se continuarmos analisando o percurso histórico da racionalidade científica, percebemos que ela segue evoluindo, rompendo com a visão mecanicista do mundo.

O primeiro rompimento deu-se no século XIX com o surgimento da termodinâmica e o conceito de entropia, seguido pela constituição do eletromagnetismo como campo de pesquisa, o que uniu áreas científicas até então separadas. E por fim, no século XX a superação da física newtoniana pela mecânica quântica, a física de alta energia que reunificou o infinitamente pequeno com o infinitamente grande, que antecipou a teoria do big bang que destaca um momento original de criação do Universo. Toda a visão da mecânica clássica cai por terra. Matéria e energia confundem-se, constitui-se em uma unidade, o universo torna-se relativizado, não há mais referenciais absolutos. Tudo se integra, matéria e energia.

Contudo, apesar dos avanços da ciência, a medicina ficou presa a uma racionalidade atrelada à mecânica clássica newtoniana, no sentido de isolar componentes e reintegrá-los em um segundo momento dentro de modelos pré-estabelecidos.

Apesar desta dicotomia, que expõe seus limites teóricos para o processo terapêutico, o modelo biomédico se constituiu historicamente como o modelo hegemônico e, é geralmente aceito, estando seus princípios básicos tão enraizados em nossa cultura que ele se tornou até o modelo popular dominante de doença. A maioria dos pacientes não entende muito bem a complexidade de seu organismo, pois foram condicionados a acreditar que só o médico sabe o que os deixou doentes e a intervenção tecnológica é o único procedimento que os deixará saudáveis novamente (CAPRA, 2006).

Numa concepção paternalista e imediatista, deixam para os médicos e para os medicamentos, toda a responsabilidade por sua saúde.

Por outro lado, segundo Capra (2006), a sociedade, prefere usar diagnósticos médicos, para não aprofundar o debate sobre os problemas sociais. Falamos de dificuldade de aprendizado dos nossos filhos, ao invés de discutir a inadequação de nossas escolas; falamos de câncer com suas taxas crescentes, mas não investigamos como a indústria química envenena nossos alimentos para aumentar seus lucros.

O modelo dominante criou uma cultura nos usuários e nos serviços de saúde, que associa procedimento com qualidade na assistência. Ocorre o que se denominou como a “produção imaginária da demanda”. De outro modo podemos dizer que os usuários se apresentam aos serviços de saúde

buscando procedimentos médicos e não o cuidado, começando aí a medicalização.

Os usuários passam a associar a solução de seus problemas de saúde a certos produtos realizados pelos serviços, atribuído ao procedimento em si mesmo a satisfação de suas necessidades de saúde. É dado aos exames um valor terapêutico (valor este que é diretamente proporcional a sua complexidade), que ele não tem em absoluto (FRANCO e MERHY, 2005, p. 182).

Desinformação e a falta de espaços de fala e escuta entre trabalhadores da saúde e usuários também contribui para que estes tenham um entendimento distorcido do que é cuidado em saúde, demandando por exames e medicamentos. As consequências já foram estabelecidas: medicalização, exames desnecessários, alto custos, baixa autonomia dos usuários, ineficiência para doenças crônicas, baixo aproveitamento do potencial dos outros profissionais não médicos e do trabalho em equipe, além da incapacidade de atuação em determinantes de saúde coletivos (CUNHA, 2005).

Para Tesser (2006b), historicamente a forma como este modelo se constituiu na sociedade (baseada no consumo de medicamentos e procedimentos), acabou produzindo um modelo de atenção essencialmente assistencialista o que diminui a autonomia em saúde-doença das populações e gera uma demanda infundável aos serviços de saúde, consistindo em relevante desafio em especial para os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS).

A medicalização é um processo de expansão progressiva do campo de intervenção da biomedicina por meio da redefinição de experiências e comportamentos humanos como se fossem problemas médicos. Medicalização em um sentido mais amplo pode ser definida como a incorporação de diferentes aspectos da vida dos sujeitos: sociais, econômicos ou existenciais pelo terreno do medicalizável; ou seja, do diagnóstico médico, da terapêutica e da patologia.

O doente e sua história de vida, dentro desta lógica biomédica, são transformados em uma história clínica e dados do exame físico. Estes permitem a geração de hipóteses diagnósticas sindrômicas, fisiopatológicas, anátomo-funcionais e/ou etiológicas, que orientam, conforme o caso, a

mobilização de técnicas diagnósticas mais ou menos intervencionistas cujo fim é a construção de um diagnóstico, ou seja, a leitura médica da situação (TESSER 2006 b).

Esta objetividade científica das doenças, para além de um recurso teórico analítico, construiu-se como uma atitude hegemônica e instaurou um novo objeto para a medicina ocidental: é a doença que interessa ao médico, não mais o homem doente e o restabelecimento de sujeitos doentes.

É importante ainda, ressaltar que apesar da ênfase na profissão médica, a medicalização não se restringe a ela, mas ao processo presente em todas as áreas da saúde de categorizar sofrimentos e sintomas em diagnósticos, oferecer explicações naturalizadas e terapias reduzidas ante a complexidade dos problemas.

A importância desse tema fica ressaltada ao se levar em conta o momento atual do Sistema Único de Saúde (SUS), que investe na ampliação e reorientação da rede básica por meio da Estratégia da Saúde da Família (ESF), ampliando potencialmente o acesso das populações aos serviços de saúde, o que por sua vez, aumenta o número de pessoas em contato com este modelo medicalizante ainda hegemônico.

Caberia perguntar o que essa expansão do acesso representa: está se constituindo em uma oportunidade para a reconstrução da autonomia dos sujeitos ou representa uma nova e poderosa força que acaba reforçando a visão medicalizadora dominante? (TESSER, 2006a).

### **3.2 A medicalização do corpo feminino**

A medicalização do corpo feminino se concretizou historicamente através da produção de ideias e pela extensão dos cuidados médicos (VIEIRA, 2002).

Quando analisamos a medicalização no sentido da produção de ideias, podemos observar que por ter representação de verdade sobre os corpos, o discurso médico se apoderou de determinados temas e os reduziu a condição biológica.

Inicialmente ocorreu uma naturalização do corpo feminino, já que para tornar-se objeto da medicina era necessário primeiro tornar-se objeto da ciência. Este processo se dá com a articulação das condições orgânicas e de gênero, o que resultará na conformação da obstetrícia enquanto disciplina médica.

A mudança na estrutura do saber médico constrói uma nova maneira de olhar sobre os corpos, seu funcionamento, bem como sobre a saúde e a doença. Ela surge no final do século XVIII, tido com o período de nascimento da clínica tal como a conhecemos hoje (FOUCAULT, 1998).

Luz (2004), afirma que esse novo olhar sobre os corpos, inaugura uma nova racionalidade científica que rompe com a concepção de natureza renascentista, onde a natureza passa a ser concebida como matéria de ordem natural, podendo ser explorada pelo conhecimento científico. É a partir desta nova racionalidade, que concepções sobre corpo, saúde e doença vão se tornar objetos da medicina. A medicalização do corpo feminino é intimamente relacionada ao surgimento desta nova visão de prática médica.

A história da apropriação do corpo feminino pelo saber médico foi marcada pelo desenvolvimento cirúrgico e tecnológico promovido pela aproximação da medicina com o momento do parto, a partir do qual esse saber se ordena e se sistematiza em uma disciplina com o nome de obstetrícia. Isto permitirá a criação de modelos médicos para “representar” a mulher que apresentam características definidas de acordo com as expectativas da sociedade em que são elaborados.

Para Vieira (2002), este controle sobre o corpo feminino tem relação com o aprimoramento de uma tecnologia que permitiu a resolução de problemas fundamentais para a sobrevivência das mulheres e crianças, emergindo em um momento em que a manutenção da vitalidade e da saúde era fundamental para a reprodução social.

Com o desenvolvimento da prática obstétrica, como disciplina médica o que significou não só uma prática intervencionista, mas também discursiva, ocorreu o deslocamento do conhecimento sobre o corpo feminino das mãos de parteiras para as mãos dos médicos, o que vai caracterizar a sua medicalização.

A sociedade do século XIX acompanha um processo de consolidação da profissão médica como profissão liberal e à valorização do médico na sociedade. Esta valorização está vinculada ao estabelecimento do monopólio legal do saber e da prática. Neste mesmo período, ocorre o surgimento na prática discursiva dos médicos, as questões de higiene pública o que ocorre paralelamente a criação de instituições para o propósito de controlar as questões de salubridade na formação das cidades.

Estes objetivos sanitários da organização dos espaços urbanos e das populações estipulam um novo papel para a mulher dentro da família. Ela passa a ser valorizada como mãe, esposa tendo mais autoridade no espaço doméstico. Essa concepção do papel social da mulher tem como objetivo colocar o cuidado aos filhos como atribuição materna, pois preservar a infância era uma estratégia para o controle da mortalidade. Segundo Vieira (2002), o discurso médico com sua racionalidade produz argumentos que devem provar que a mãe é a pessoa mais adequada para cuidar das crianças. Nascida para o casamento e para a vida doméstica, o valor da mulher está na sua condição maternal. O discurso médico da época vai tratar de ratificar este comportamento. Mais tarde, em um segundo momento histórico, compreendido entre o final do século XIX e início do século XX, há uma necessidade de preservação do poder de Estado diante de um crescimento econômico e populacional desordenado e desorganizado. O discurso médico vai então propor a formação de um cidadão física e moralmente adequado para este projeto social, o que se dá com a ampliação da medicalização.

Aparece então a ideia de que existe uma “natureza feminina”. Essa mudança qualitativa no discurso tem o objetivo de disciplinar o corpo da mulher, e tenta demonstrar que existe uma degeneração de base comum a todas as mulheres. Esta natureza feminina vai explicar a loucura, a degeneração moral, à criminalidade, de tal forma que a mulher é considerada como um ser incapaz de autonomia. Ainda fazia parte dessa natureza a fragilidade, a passividade, o nervosismo e a histeria. Para Vieira (2002), apesar de deter o importante papel de transmissora da moral, a mulher é um ser tutelado, de maneira que o modelo idealizado de mãe e esposa não possa ser negado sob o risco de transformá-la em doente. A doença passa a ter um significado de degeneração moral. Com a definição de ser a “natureza

feminina” na sua essência maternal, a sexualidade feminina só poderia estar relacionada a estas qualificações.

Surgem então a concepção de mãe “desnaturada” e mulher “desqualificada” para àquelas que não cumprem o papel socialmente esperado. O normal e o patológico não são neutros, mas carregados de conceitos morais. Baseada em uma “natureza feminina”, a medicina como detentora da verdade científica, acabou por construir normas sociais de comportamento.

Analisando as teses de doutoramento das escolas médicas da época, Vieira (2002) relata a presença de argumentos evolucionistas nos quais o discurso médico se apoia para justificar a condição natural de inferioridade da mulher.

As medidas repressivas da sexualidade tornam-se medidas terapêuticas, já que a normalidade instituída é a sexualidade procriadora. Em vários trabalhos de conclusão de curso médico, aparecem teorias a respeito da reprodução e da sexualidade, muitas baseadas em observações de animais, como é o caso do cio.

Para Vieira (2002), a ideia de “natureza feminina” se, por um lado, exaltavam a maternidade, tida como modelo médico, por outro, estabelecia referências patológicas para a negação do modelo maternal, relacionando loucura e doença como atribuições naturais da condição feminina. Dessa forma, em termos de identidade feminina, o caminho da normalidade ficou limitado e cercado por patologias.

Fica claro que a medicalização do corpo feminino se dá pelas características biológicas deste corpo, e a construção de uma “natureza feminina” é que permitirá a sua medicalização. Cabe ressaltar que analisando as teses a autora percebe que não há a construção de uma única “natureza feminina”. Ela mudava também de acordo com a condição social. Apesar de se autodenominar científico, neutro e objetivo, tal como pregava a ciência positivista, na relação entre medicina e sociedade, a racionalidade médica é profundamente afetada pelos projetos da sociedade da época.

Outro viés de análise é a medicalização do corpo feminino também pelo que a autora chama de extensão dos cuidados médicos, onde retrata a aproximação dos médicos com o parto e do desenvolvimento da prática obstétrica. O processo de medicalização é alavancado a partir do interesse da

sociedade na sobrevivência de mulheres e crianças, para formação das nações modernas, que necessitam de contingentes populacionais para assegurar a soberania do Estado.

No Brasil, a assistência ao parto até o século XIX tradicionalmente foi desenvolvida por parteiras. Por esta razão, o ensino prático da obstetrícia demorou muito a ser implantado efetivamente.

A medicalização do parto, não vai se dar sem conflitos. O discurso médico da metade do século XIX, relativo à obstetrícia, é marcado pela defesa da hospitalização do parto bem como da criação das maternidades, ao mesmo tempo em que coloca em dúvida a competência das parteiras.

No entanto, havia por parte das mulheres uma resistência em utilizar os hospitais para o parto, devido a vários fatores: a tradição de abrigo aos pobres dos hospitais, a moralidade da época e a alta mortalidade vinculada às artes obstétricas rudimentares de então.

Além das dificuldades técnicas, o desenvolvimento da obstetrícia viveu conflitos na sua institucionalização com disciplina médica dentro da própria escola médica, já que era considerada uma prática menor dentro da medicina. Provavelmente devido ao fato de que realizar partos era até então uma prática tradicionalmente de mulheres.

Na década de 1960, percebem-se novas mudanças na visão da atenção médica à mulher por parte das políticas públicas com o surgimento das agências internacionais que vão investir maciçamente no desenvolvimento de pesquisa de métodos anticoncepcionais. As ideias da necessidade do controle populacional difundida pelos chamados neomalthusianos, alimentou com recursos financeiros a pesquisa de novas tecnologias para a contracepção. Na década de 50 surge o primeiro anticoncepcional oral e no início da década de 60 entra em cena com o desenvolvimento da cirurgia, anestesia e métodos de controle das infecções, a esterilização cirúrgica feminina. A esterilização via laparoscopia que estava disponível desde a década de 30 sendo uma decisão somente médica, reaparece nos anos 60 como solução para o controle de fertilidade, tomando forma de uma escolha voluntária, individual, passando a ser predominantemente uma decisão da mulher legitimada pela medicina.

Segundo Vieira (2002), a disseminação de ideias e práticas tecnológicas realizadas pelas entidades de planejamento familiar e pelas escolas médicas,

foram fundamentais para consolidar e ampliar a medicalização do controle da reprodução. São ideias e práticas que, tomando o corpo feminino apenas do ponto de vista de sua capacidade reprodutiva, na dualidade de ser ou não ser mãe, e responsabilizando as mulheres exclusivamente pela prática contraceptiva, transforma as expectativas femininas em relação à vida reprodutiva. Ou seja, a dor do parto dá lugar a um evento cirúrgico e a possibilidade de procriar, ao desejo da esterilização. Nesse âmbito, observa-se o aumento progressivo das cesarianas no Brasil.

A medicalização dada como resolução de todos os problemas de saúde e sua utilização ampliada não se dá sem contradições. Ela apresenta-se como tecnologia eficaz e eficiente para todos, mas é incapaz de definir sob que limites essa promessa pode ser de fato cumprida. Haja vista o alto índice de cesarianas e o alto índice de mortalidade materna associada a ela. Considera-se também o risco aumentado de infecção puerperal e de outras complicações nos casos de esterilização feminina e sua associação com a realização de cesarianas.

A medicalização dos partos, se por um lado alavancou o desenvolvimento de tecnologias de assepsia, superou a mortalidade materna e neonatal, por outro, afastou as mulheres de práticas tradicionais.

A medicalização como prática abusiva e desnecessária tem nas mulheres um alvo preferencial. No abuso de laqueaduras tubárias, nas altas taxas de cesarianas, na realização de histerectomias desnecessárias e na prescrição, sem critérios, de reposição hormonal nas mulheres no climatério, percebemos a expropriação do corpo feminino. É consenso que a prática indiscriminada de cesarianas, além de elevar os custos hospitalares, tem relação direta com a morte materna. Por sua vez, a reposição hormonal, além de criar uma demanda para a indústria farmacêutica, traz riscos reais à saúde das mulheres e tem seus benefícios clínicos questionados (COSTA, 2012).

Enfim, quando se escolhe a reprodução como o foco das questões femininas, opera-se na medicalização uma ação redutiva da complexidade do feminino ao problema da concepção, parto e contracepção, deixando-se de tratar de outras questões referentes à condição feminina, como por exemplo, a sexualidade.

## **4 METODOLOGIA**

### **4.1 O caminho percorrido**

Ao se planejar uma pesquisa, além do quê fazer, deve ter-se claro também o como fazer. O tema escolhido para ser objeto de pesquisa, bem como o caminho metodológico, deve estar diretamente relacionados com o arcabouço teórico. Assim, exercitando a suspeita, desconfiando das verdades e certezas; assumindo minhas intenções, não sendo portador de valores universais; abandonando a pretensão de examinar o problema em sua totalidade, lancei-me nesta empreitada, tendo claro que pesquisa e ética são indissociáveis já que pesquisa não é um processo guiado pela pura racionalidade (DAL'IGNA, 2012).

O processo de pesquisa é um processo incerto. Não há um caminho pré-definido. O que encontraremos e como encontraremos não é algo dado a priori.

Revisando a literatura científica sobre gravidez na adolescência percebe-se o predomínio dos estudos de caráter biomédico, psicológico (psiquiatras e psicólogos), epidemiológico, demográfico, sociológico e antropológico. A perspectiva adotada neste estudo foi a do campo da saúde coletiva. Como médico sanitaria que atua na ESF, tento compreender o fenômeno em sua complexidade e heterogeneidade usando para isto o referencial de gênero e o conceito de medicalização.

### **4.2 Tipo de estudo**

Trata-se de um estudo qualitativo, descritivo, no qual foram realizados dois procedimentos metodológicos para a produção de informações: grupos focais com os trabalhadores e entrevistas semiestruturadas com as adolescentes grávidas que realizavam o pré-natal em uma das unidades de ESF.

A entrevista semiestruturada é aquela que combina perguntas fechadas e abertas, em que “o entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema em questão sem se prender à indagação formulada” (MINAYO, 2010).

O roteiro da entrevista semiestruturada com as adolescentes foi elaborado de modo que ele fosse capaz de apreender o ponto de vista da entrevistada sobre a gravidez que vivenciava. O instrumento buscava identificar o que mudou na vida da jovem após a gravidez, se ela segue trabalhando ou/e estudando, e quais são suas perspectivas para o futuro.

O grupo focal se constitui num tipo de entrevista ou conversa em grupos pequenos e homogêneos, visando obter informações, e aprofundando a interação entre os participantes.

No grupo focal organizado para este estudo, foi usado um roteiro que ia das questões gerais às específicas, em ambiente não diretivo, sob a coordenação do moderador capaz de conseguir a participação e o ponto de vista de todos e de cada um (MINAYO, 2010, p. 269).

Cada grupo foi planejado para contar com um número máximo de 12 participantes e o número de encontros previstos foi previamente estabelecido de um a três, dependendo da evolução da discussão. Optou-se por este número limite de participantes para que não houvesse prejuízo quanto à participação dos integrantes. As discussões dos grupos foram gravadas e anotadas as percepções e impressões do grupo pelo coordenador/ pesquisador durante e após os encontros.

Inicialmente realizei um grupo focal “piloto”. A ideia era testar os instrumentos, as perguntas disparadoras do tema, bem como avaliar a minha capacidade como coordenador do grupo. Para tanto, convidei colegas da minha equipe de ESF e os colegas da outra equipe de ESF que atua na mesma unidade de saúde, porém que atende outro território populacional.

As categorias dos profissionais foram médicos, enfermeiras, técnicas de enfermagem (Tec Enf) e agentes comunitários de saúde (ACS). A partir destes critérios, defini por sorteio entre as duas equipes, quais seriam as ACS e as Técnicas de Enfermagem (Tec Enf), já que nestas categorias havia entre as duas equipes mais profissionais que o número estipulado de sujeitos que participariam dos grupos focais.

De início abordamos a questão da confidencialidade, já que isto poderia vir a ser um problema, por ser um grupo de profissionais que se conheciam entre si, pois era formado por colegas que dividiam o mesmo ambiente de trabalho. Também discutimos a relação do pesquisador com os pesquisados, já que havia um vínculo anterior à pesquisa e no que isto poderia implicar na condução do trabalho do grupo. Isso poderia ter influenciado o fato que nenhum colega se recusou a participar do grupo ao ser convidado, embora dois tenham faltado como veremos adiante. Deixamos claro que a relação prévia de trabalho não poderia ser “confundida” com a relação proposta na pesquisa. Coloquei ainda no momento do convite para a participação do grupo focal, bem como no início do mesmo, que não haveria qualquer prejuízo, caso algum participante resolvesse recusar o convite de participar do grupo.

No início foi explicado com seria a dinâmica do mesmo e acordado o tempo de duração do encontro, que ficou estabelecido em 1h e 30min.

As perguntas disparadoras compunham o “roteiro do debate” e abordavam a gravidez na adolescência, características destas adolescentes, causas prováveis das gestações e como a equipe lidava com esta realidade.

Além de testar as questões disparadoras da discussão, pude perceber na prática os desafios de coordenar um grupo focal, tais como: estimular e permitir que todos falassem, cuidar o tempo de fala de cada participante, não permitir “fugas” do tema central ou conversas paralelas.

Em torno de quinze dias depois, realizamos um segundo grupo focal, com trabalhadores das três unidades de saúde que possuíam o maior número de gestantes adolescentes em atendimento de pré-natal, de acordo com dados obtidos junto à Secretaria Municipal de Saúde (Tabela 3). Convidei um profissional de cada categoria (médicos, enfermeiros, Tec Enf e ACS) de cada uma das três equipes, totalizando doze profissionais. Passada a realização dos dois grupos focais, iniciei as entrevistas com as gestantes adolescentes.

Após conversar em vários momentos com as ACS e também ouvir as opiniões de outros trabalhadores (médicos e enfermeiros), optamos por entrevistar as adolescentes ao invés de realizar um grupo focal, por acharmos que devido ao fato das participantes se conhecerem em sua maioria, já que consultavam na mesma unidade de saúde e moravam no mesmo território adscrito, isto poderia ser um fator de inibição tanto na aceitação do convite para a participação no grupo focal, bem como nas suas falas durante a realização do mesmo. Optei entrevistar as adolescentes grávidas que realizavam o pré-natal em nossa unidade de saúde, sendo elas, portanto, minhas pacientes. Todas as gestantes adolescentes entre doze e dezoito anos, que consultavam no serviço foram convidadas. Do total de sete pacientes uma se recusou e outra não compareceu no horário marcado. Marcamos um novo dia e horário em contato telefônico, mas a mesma voltou a faltar sendo então considerada como perda. As entrevistas foram realizadas nas dependências da unidade de saúde.

Ao convidá-las, também foi explicado que caso decidissem não participar do estudo não haveria nenhum prejuízo para as gestantes na continuação do seu pré-natal na unidade, já que as mesmas eram minhas pacientes.

### **4.3 CENÁRIO DO ESTUDO**

O estudo foi realizado no Município de Charqueadas, localizado na região metropolitana de Porto Alegre, às margens do rio Jacuí, que conta com uma população de 35.400 habitantes e 2.478 jovens de 10 a 20 anos do sexo feminino, constituindo 7% da população total (IBGE, 2013 b).

Em 1998 o município aderiu ao Programa de Saúde da Família (PSF), atualmente ESF. Em dois anos Charqueadas era a primeira cidade gaúcha a atender 100% da população pelo PSF. Neste período foram implantadas oito equipes completas e inauguradas seis unidades de saúde. Hoje, o município conta com 11 equipes de Estratégia Saúde da Família.

Atualmente, compõe o sistema de saúde municipal, além das equipes de saúde da família o Hospital Municipal, que agrega o Pronto Socorro Municipal,

Unidade de Internação Clínica, Ecografia e Endoscopia, Serviço de Radiografia e Internação Domiciliar; CTA; Saúde Mental; Serviço de Controle da Tuberculose, SAMU e o Ambulatório de Especialidades em Ginecologia, Pediatria, e Cirurgia Ambulatorial e Nutrição. (VELOSO, 2009).

Analisando os dados demográficos do município fornecidos pelo Datasus, percebemos que a proporção anual de nascidos vivos de mães de 10 a 19 anos de idade no período de 2008 à 2012 (último ano disponível) em Charqueadas, sempre foram menores que os números proporcionais no Brasil, como observamos nas tabelas abaixo.

Ainda, segundos o Censo de 2010 do IBGE, o número de mulheres na faixa etária de 10 a 19 anos no município de Charqueadas-RS é de 2478 (7% da população total).

Tabela 1. Proporção de Nascidos Vivos de 2008-2012 de acordo com a idade Materna no Brasil.

IDADE MÃE	2008	2009	2010	2011	2012	TOTAL
10-14a	0,90%	0,96%	0,94%	0,95%	,0,97%,	,0,96%
15-19a	19,40%	18,98%	18,30%	18,20%	18,30%	18,60%
10-19a	20,40%	19,90%	19,30%	19,20	19,20%	19,60%

Fonte: Data SUS. Informações sobre nascidos vivos. Disponível em: [www.tabnet.datasus.gov.br](http://www.tabnet.datasus.gov.br) Acesso em outubro de 2014. Tabela elaborada por VELOSO, E. B. Porto Alegre, 2014

Tabela 2. Proporção de Nascidos Vivos de 2008-2012 de acordo com a idade materna em Charqueadas, RS, Brasil.

IDADE MÃE	2008	2009	2010	2011	2012	TOTAL
10-14a	0,25%	0,27%	0,73%	0,49%	0,85%	0,05%
15-19a	13,60%	14,24%	11,30%	16,00%	12,25%	13,50%
10-19a	13,80%	14,52%	12,00%	16,50%	13,10%	15,00%

Fonte: Data SUS. Informações sobre nascidos vivos. Disponível em:  
[www.tabnet.datasus.gov.br](http://www.tabnet.datasus.gov.br) Acesso em outubro de 2014. Tabela elaborada por VELOSO, E. B.  
Porto Alegre, 2014

#### **4.4 Sujeitos do estudo**

Os sujeitos deste estudo foram cinco adolescentes gestantes que realizavam o pré-natal na unidade de ESF onde o pesquisador atua como médico, e trabalhadores em saúde pertencentes as três unidades de ESF que atendiam o maior número de adolescentes gestantes conforme dados estatísticos fornecidos pela secretaria municipal de saúde no município de Charqueadas-RS.

Do primeiro grupo focal (GF), participaram três agentes comunitárias de saúde, duas técnicas de enfermagem e uma enfermeira. Não compareceram ao encontro, uma médica que justificou por outro compromisso profissional; além de uma técnica de enfermagem e uma enfermeira por motivos de ordem pessoal e de viagem respectivamente.

Para o segundo GF, atenderam ao convite, duas agentes de saúde, duas enfermeiras e dois médicos. Os três técnicos de enfermagem convidados e confirmados, não compareceram, pois foram convocados a participarem no mesmo dia, de uma capacitação no município sobre vacinação que ainda não estava agendada quando do convite para participar do grupo focal. Apesar da confirmação, ausentaram-se também, uma médica (para acompanhar filho em consulta), um enfermeiro e uma ACS que não justificaram a ausência.

#### **4.5 Organização dos dados e das informações**

Os dados obtidos nos grupos de discussão com os profissionais e as entrevistas com as adolescentes grávidas foram gravados e os áudios foram totalmente transcritos para análise. Após a transcrição, o material foi lido integralmente procurando, identificar se os profissionais e as usuárias expressaram a existência de desigualdades ou iniquidades de gênero no atendimento das gestantes adolescentes. Registraram-se ainda os atributos para cada entrevista: idade, escolaridade, situação civil, idade do companheiro.

Nos excertos usados, as adolescentes grávidas são identificadas pela abreviatura AG, seguida da numeração de 1 a 5 e idade da entrevistada.

Nos grupos focais com os trabalhadores, procurou-se observar a presença de equidade/iniquidade nos discursos e diálogos que aconteceram como também falas que expressavam desqualificações, preconceito, culpabilização, normatização, medicalização em relação às adolescentes atendidas.

Em uma segunda etapa, realizou-se a análise do material para a identificação das categorias temáticas. Num terceiro momento foram analisados os resultados obtidos e a interpretação dos mesmos à luz da equidade de gênero. Nos excertos das transcrições das falas utilizados, o primeiro e o segundo grupo focal são identificado pela abreviatura GF1 e GF2 respectivamente, seguida pela descrição da categoria profissional do trabalhador em saúde.

#### **4.6 Considerações éticas**

Este estudo é parte do projeto intitulado Equidade de Gênero nos Serviços de Saúde Como um Marcador de Integralidade na Atenção Básica, aprovado pelo Comitê de Ética da UFRGS (Carta de Aprovação nº 23752). Serão seguidos os princípios de autonomia, não maleficência, beneficência e justiça da Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde. Todos os sujeitos que participarem do estudo, o fizeram de forma voluntária e assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (Apêndice 1). Os participantes poderiam desistir da participação no estudo no momento em que desejarem sem qualquer prejuízo para os mesmos. Os participantes, no entanto, tiveram o ônus do deslocamento até o local de realização do(s) grupo(s) e das entrevistas, além do tempo despendido para a realização do(s) mesmo(s). As entrevistas foram realizadas nas ESF em horário previamente combinado com cada uma das adolescentes grávidas, mediante consentimento informado. Foi mantida a confidencialidade das informações e o anonimato dos sujeitos.

Todos os cuidados éticos foram respeitados. E os dados foram armazenados em local próprio, com acesso às informações limitado aos participantes da pesquisa.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O tema das determinações sociais da saúde, que sob a égide da epidemiologia já incorporou a compreensão da influência de fatores, tanto de natureza biológica quanto socioeconômica no processo saúde/doença, pode enriquecer se associado a conceitos e elementos do campo da cultura, como por exemplo, o conceito de gênero (SILVEIRA 2002).

Para Scott (1995) gênero é uma forma de entender as construções culturais e sociais sobre os papéis apropriados para mulheres e homens, ou seja, é uma maneira de caracterizar as origens sociais das identidades de homens e mulheres.

Homens e mulheres diferenciam-se biologicamente, porém suas diferenças se transformam em desigualdades e a igualdade desaparece em sociedades machistas como a nossa (SILVEIRA 2002).

Portanto, gênero é uma categoria analítica constituinte das relações sociais entre homens e mulheres e tem sido utilizada para entender a organização social das diferenças de poder entre os sexos (SAFFIOTI, 1999). Gênero se refere a uma forma de compreender, ou melhor, de reconhecer que masculinidade e feminilidade não são contingentes exclusivamente ao sexo, mas também são ditadas pela cultura e se referem não só a determinação biológica, mas, principalmente às construções simbólicas do feminino e do masculino, das articulações de poder, da dominação tradicional das mulheres pelos homens e do espaço de poder feminino no interior de cada cultura (SILVEIRA, 2002).

Assim, as ideias sociais que justificam as formas de pensar e agir, trazidas pelos profissionais para o seu espaço de atuação fazem parte de um universo mais amplo, que diz respeito ao espaço social onde eles se formaram, tanto como indivíduos quanto como profissionais e sobre o qual, atuam as forças construtivas e reprodutivas da sociedade.

Trabalhar com gênero não é apenas uma questão de se apropriar de novos conteúdos. A perspectiva crítica de gênero pode e deve nos levar a interrogar

os conceitos básicos de nossas teorias e percepções acerca das feminilidades e masculinidades (SILVEIRA, 2002).

As relações de gênero atravessam todas as dimensões da vida social, possuem dinâmica própria independente de outros processos sociais e são marcadas pela relação de dominação das mulheres pelos homens (BARATA, 2009).

Na leitura do material produzido na pesquisa identificamos que o entendimento da gravidez na adolescência é moldado pela classe social e pelo gênero dos profissionais que se contrapõem ao do imaginário referido pelas adolescentes grávidas. Essas concepções diversas produzem ruídos no diálogo entre os profissionais e as jovens usuárias.

A partir da leitura do material empírico, identificamos as percepções dos profissionais acerca da gravidez na adolescência e trabalhou-se com duas categorias de análise das adolescentes: a ideologia de gênero e a medicalização como forma de abordagem da gravidez na adolescência.

## **5.1 Perfil dos participantes**

Este capítulo inicia com a descrição dos dois grupos de participantes do estudo: trabalhadores da Estratégia Saúde da Família e adolescentes grávidas atendidas em uma unidade de Estratégia de Saúde da Família.

Em relação aos trabalhadores de saúde, participaram dos dois grupos focais 12 trabalhadores: dois médicos (um médico e uma médica), três enfermeiras, duas técnicas de enfermagem e cinco agentes comunitárias de saúde. Todos residem e trabalham no município há aproximadamente 8 anos; destes, 3 possuem vínculo empregatício via contrato e os demais estatutários, admitidos por concurso, com jornada de 40 horas semanais todos com dedicação exclusiva, exceto um dos médicos que atende em alguns dias em outro serviço de saúde vinculado ao SUS. Todos os médicos e enfermeiras com pós-graduação a maioria com residência ou especialização em medicina de família e comunidade. A idade dos participantes dos grupos variou entre 32

e 40 anos. Os profissionais são bastante comprometidos com o seu trabalho e parecem gostar do tipo de atividade que desenvolvem.

Quanto às adolescentes, foram selecionadas todas as adolescentes da Unidade de Saúde da Família, que estavam grávidas no ano de 2014 (1º semestre), onde o autor desenvolve suas atividades, como médico de família. Eram ao total 7 adolescentes, havendo uma recusa e uma perda. Elas possuíam idade entre 15 e 18 anos. O tempo da relação variou de 8 meses a 2 anos, sendo que uma das gestantes já se encontrava separada e com uma relação conflituosa com o ex-companheiro. Duas continuavam morando com a mãe, duas mudaram-se para a casa da família do esposo e uma estava residindo com o namorado em casa separada das famílias de origem. Todas contam com a ajuda da mãe ou da sogra nos futuros cuidados com o bebê.

## **5.2 Gravidez na adolescência: o olhar dos profissionais de saúde**

A percepção dos profissionais de saúde com relação à gravidez na adolescência está permeada por concepções presentes nas relações de classe I em que estes profissionais estão inseridos, as quais acabam definindo as suas práticas (SENA FILHA E CASTANHA, 2014). Todos somos marcados/as por uma estrutura sócio-econômico-político-cultural predominantemente patriarcal, capitalista, classista, racista e heteronormativa. A ideologia de gênero impregna a todos os indivíduos e, por conseguinte os trabalhadores em saúde têm a sua prática marcada pelas concepções dominantes. Dessa maneira há uma configuração que escapa ao campo meramente técnico, além do que os profissionais gostariam de admitir. Muitas vezes, decisões tidas como exclusivamente técnicas são decisões calcadas nos conteúdos construídos ao longo da vida social do profissional, sendo influenciadas pelos preconceitos e estereótipos vigentes em seu meio social (SILVEIRA, 2002).

É isso aí que muitas vezes eu converso com elas. Estuda primeiro, te forma... Não, elas querem engravidar. Criatura vai estudar, pelo amor de deus, pelos menos isso! (GF 2, Enfermeira).

Pela fala da profissional que escuta e fala com a adolescente, percebe-se que esse atendimento é totalmente movido pelo afeto, como verificamos na expressão “vai estudar criatura”. A profissional abre mão de seu conhecimento técnico diante da demanda que se apresenta e passa a fornecer prescrições baseadas em suas ideologias de classe social, que geram expectativas em relação às adolescentes, já que atores e grupos sociais hegemônicos definem o que é adequado e moralmente aceitável, ao contrário daqueles que dispõem de condições menos favoráveis para sustentar suas escolhas (HEILBORN, 2006b).

Um dos mitos na formação e no desempenho dos profissionais da saúde é que as práticas médicas ligadas ao campo biomédico seriam isentas dessas influências, conformando-se como técnicas neutras e científicas, partindo de um ideal altruísta que beira a missão sacerdotal. Ele seria capaz de atuar com imunidade em relação a essas construções históricas (SILVEIRA, 2002). A gravidez na adolescência é vista de uma maneira geral pelos trabalhadores da saúde como um problema, conforme aparece nesta fala de um dos participantes do grupo:

Alguém vai ter que assumir essa vida. Acho que neste sentido é um problema. Pela falta de maturidade. Tu não vai ver um adolescente de 14 anos já com trabalho, já se sustentando: “já sei como vai ser a minha vida”.... Mas aí, o que acontece é que a gente fala isso, mas a mãe da pessoa acha bonito. Os pais, a família acha “que amor, engravidou né...(GF 2, Médica ).

No entanto, apesar de ser vista como um problema de saúde pública pelas equipes, a gravidez na adolescência como fenômeno social é pouco compreendida em sua complexidade multifacetada.

Diante de uma complexa heterogeneidade, seria necessário que os profissionais compreendessem que a gestação na adolescência não é um problema em si, mas sim o contexto de iniquidades que a produz e reproduz (GONTIJO e MEDEIROS 2008). A questão da redução das iniquidades sociais é inclusive uma das prioridades estabelecidas pelas políticas de saúde dos adolescentes, as quais orientam que as ações e estratégias de promoção da saúde e redução das iniquidades da gestação na adolescência devem ser organizadas em rede de atenção à saúde, intra e inter setorialmente devido a

sua complexidade (BRASIL, 2007). Por sua vez a gravidez pode fazer parte do projeto de vida da adolescente. Ela pode ser desejada, planejada e pode inclusive, ocorrer frustração se a gravidez não se concretiza (SENA FILHA E CASTANHA, 2014). A gestação e a presença posterior do filho podem inclusive se mostrar como um elemento reorganizador da vida da adolescente, como um fato positivo (FERREIRA, FERRIANI, MELLO et al, 2012; GONTIJO e MEDEIROS 2008).

Eu estava lembrando de uma outra figura lá que engravidou, adolescente. É um problema dentro da família, que aparentemente a família está bem, mas tem problemas dentro da vivência familiar. E aí a minha preocupação com ela (são seis irmãs), é que ela fosse usar entorpecentes. E ela foi a única que engravidou. E mudou o dia a dia dela depois da gravidez. Ela está confortável, ela está mãe, ela está se sentindo útil, sabe, mudou isso. Então eu vejo, que o sentimento dela de utilidade mudou bastante. Tá mãezona mesmo. (GF 2, Médico).

A gestação na adolescência, principalmente nas camadas de baixa renda da população, não é necessariamente uma perda de seus projetos de vida. A gravidez apesar de ter o seu ônus não é encarada como um fato que atrapalhe os planos futuros das gestantes (SENA FILHA e CASTANHA,2014).

Eu queria ter um filho. Adoro criança. Quando eu descobri, eu fiquei muito feliz né, por causa que eu não tinha filho e eu queria muito ter um filho. Daí quando eu consegui engravidar eu disse: vou tentar de tudo para não perder este nenê. (AG 3, 18 anos).

Ela [a adolescente] saiu [de casa], se juntou com um rapaz, brigaram, ela voltou para casa, como a mãe dela me disse: “como um kinder ovo: recheada”. Aí eu disse: fulaninha, tu não te cuidou... “mas eu quero, eu quis”, ela respondeu. (GF 1, Tec Enf).

No entanto, os trabalhadores em geral, não conseguem compreender esta realidade em que atuam, e muitas vezes há uma falta de empatia como aparece neste depoimento:

A gente [profissionais] não consegue entender, se colocar no lugar. Elas [adolescentes gestantes] normalmente param de estudar, acabam já sendo donas de casa. Eu tive uma outra [paciente] adolescente de 13 anos que engravidou de gêmeos e eu perguntava: “e agora como vai ser?” “Agora a gente tá vendo para construir a nossa casa...” Elas tem tudo muito tranquilo. (GF 2, Médica).

A medicalização surge em alguns momentos, como a única forma de lidar com a gravidez na adolescência:

As gestantes que eu tenho acompanhado são gravidez de baixo risco. Sem nenhuma especificidade, nada de alterado. Agente não faz grupo, mas se dá uma orientação individual a cada gestante. De resto a conduta é normal, pedido de exames. Só que a forma de explicar é um a mais. (GF 1, Enfermeira).

Nesta fala, a ênfase está na consulta clínica individual em que há a anamnese, exame físico, pedido de exames complementares, orientações, ou seja, “uma conduta normal”.

Na maioria dos casos, os profissionais veem as adolescentes grávidas como irresponsáveis visto que não estariam preparadas para terem um filho. Essa compreensão está vinculada a uma ideia de imaturidade biológica, já que o corpo não estaria preparado para uma gestação e também na noção de imaturidade psicológica e emocional além de condições socioeconômicas desfavoráveis para enfrentarem a maternidade que se aproxima:

Imaturidade total, pela idade, o corpo não tá adaptado. (GF 1, ACS)  
Na real é uma cabecinha. (GF1Tec Enf).

A última afirmação reforça a ideia de irresponsabilidade, ou seja, para o discurso cotidiano elas são “umas cabecinhas” (ocas).

Na verdade elas se acham muito espertas porque engravidaram e que vão ter ajuda dos pais, namorados, enfim, mas no fundo elas são ingênuas porque não tem a mínima noção do que elas vão passar. (GF1, Enfermeira).

Noutro depoimento onde a trabalhadora abordava a dificuldade para cumprir o calendário vacinal estabelecido pelo Ministério da Saúde para a gestação, já que as adolescentes apresentavam de um modo geral uma resistência atribuída a dor local na aplicação; a profissional salienta o desconhecimento das gestantes adolescentes acerca do trabalho de parto e da

possível depressão que ocorre quando se dão conta da realidade e das dificuldades que significa ganhar e tomar conta de um bebê.

Eu tive que fazer um trabalho grande, psicológico, porque daí eu fiquei pensando “meu deus e quando for pra ganhar, ela [adolescente] não tem nem noção do que é isso, elas não têm nem noção da dor, do que vão passar, e aí quando elas começam a se deparar com a realidade dá uma “deprê”, tu vê que elas ficam apavoradas. (GF1, Tec Enf).

A adolescência para os trabalhadores de saúde seria uma época inapropriada para a maternidade, já que é uma fase marcada por imaturidades o que acarretaria muitas dificuldades para as jovens se apropriarem do papel de mãe esperado pela sociedade.

E do mesmo jeito que o corpo não está maduro a cabeça ainda não está para saber escolher, fazer as escolhas. A adolescência é uma faixa de transição da infância para a fase adulta que é aonde tu terias capacidade de decidir. (GF 2, Médica).

Percebe-se que a capacidade de decidir está associada à vida adulta, já que a maturidade seria uma característica dos adultos e por conclusão este seria o período da vida mais apropriado para a gravidez e, portanto, na adolescência a maternidade deveria ser adiada. A maturidade da vida adulta é definida como uma condição imprescindível para a realização de projetos de vida mais estáveis.

Diante de um problema associado a significados majoritariamente negativos, a atuação das equipes está calcada em uma base informativa, prescritiva, ancorada no modelo biomédico (SENA FILHA e CASTANHA, 2014).

Ela [colega] tentou falar para ela que até o corpo dela não estava preparado. Que poderia ser uma gravidez de risco, mas mesmo assim ela continuava dizendo que tinha muito desejo de ter um filho. (GF 1, Enfermeira).

Nota-se que há uma contradição entre o discurso médico racionalizador que insiste na necessidade de maturidade (física e mental), no discernimento,

ou na opção livre de planejar uma gravidez, e as aspirações dessas adolescentes pobres, habitantes de uma cidade periférica da região metropolitana, que em grande parcela não vislumbram no seu futuro nada melhor do que um companheiro - marido, namorado, “ficante”, pai do bebê que vai nascer.

Para boa parte da sociedade e dos profissionais, a gravidez na adolescência é um problema de grande magnitude, uma irresponsabilidade, já que a expectativa em torno destas adolescentes é de que estudem para entrarem no mercado de trabalho. No entanto esta visão não considera que as oportunidades não são oferecidas de maneira igual para todos em nossa sociedade. É preciso ter claro que em geral nos segmentos sociais mais carentes a maternidade é vista como um status social em virtude da falta de perspectivas profissionais, uma maneira de ingressar no mundo adulto, ao contrário das classes sociais dos profissionais (extratos sociais médios), onde a maternidade é em geral bem mais aceita após as questões ligadas a formação, trabalho e estabilidade financeira estarem resolvidas.

Mas isto me dá a impressão que a gente não consegue atingir nelas, uma consciência, pelo menos uma consciência melhor do que realmente querem para o teu futuro... Então assim se tu falar: “mas tu estuda, porque no futuro... eu acho que a gente fala isso, mas chega tão pouco, elas entendem isso, estudar é bom... mas não é isso que elas querem. Eu vou ser feliz se eu tiver um filho. E aí, como tem o apoio da família, e tem muitas vezes uma mãe de 39 anos que já quer ser avó...(GF 2, Médica).

Desta maneira, há um “diálogo de surdos” entre os profissionais e as adolescentes, conforme atesta o depoimento a seguir:

É uma dificuldade nossa não é uma dificuldade do sistema, não é uma dificuldade delas. É uma dificuldade que a gente tem de conseguir entender essa situação... (GF 2, Médica).

Os profissionais de saúde na ESF de um modo geral sentem-se despreparados para o enfrentamento da temática gravidez na adolescência, pois a formação e a capacitação que ocorrem em uma perspectiva biomédica tornam-se deficitárias, contribuindo pouco para o conhecimento da realidade

destas adolescentes e suas dificuldades, o que acaba reforçando o distanciamento de abordagem e comunicação das equipes com os adolescentes, tidos como irresponsáveis, difíceis e desinteressados (TEIXEIRA, DA SILVA e TEIXEIRA, 2013). A equipe de saúde passa por uma formação científica específica baseada apenas no modelo biomédico para realizar suas tarefas como se este conhecimento apenas fosse suficiente para dar conta da demanda construída nos serviços e abarcar a realidade da comunidade que atendem. No entanto, no campo de atuação da atenção básica, essa equipe se defronta com uma enorme diversidade de sujeitos que trazem consigo suas crenças, seus valores, suas histórias de vida, que acabam se confrontando com o conhecimento científico, crenças e visão de mundo da equipe de profissionais que influenciam diretamente em suas práticas de saúde estabelecidas no atendimento das adolescentes grávidas (SENA FILHA e CASTANHA, 2014).

Além da imaturidade, em várias falas do grupo focal, a falta de estrutura familiar, de orientação e a repetição de um padrão de gênero intrafamiliar que vem de mãe para filha se perpetuando, seriam outros fatores apontados pelos profissionais, que atuariam como causa da gravidez na adolescência:

A família é uma família que não tem uma estrutura muito boa, tanto financeira, quanto psicológica.(GF 1, ACS).

Desestrutura familiar. É a chave de tudo. Eu vejo assim.(GF 1, ACS).

É aquela coisa que eu disse. Parece assim, que o jeito que a mãe teve elas, do jeito que foi a gravidez da mãe... é a mesma coisa, a mesma história se repete. (GF 1, ACS).

Eu ouvi e fiquei quase louca: “tenho 16 anos, eu tô há 4 anos casada e eu nunca engravidei. Como é que pode isso?” Então, isso se repete. Isso na verdade vem acontecendo já. Já aconteceu com a mãe delas, aconteceu com as tias, com a irmã mais velha, na verdade é uma continuidade assim...(GF 2, Enfermeira).

Na verdade o conceito de desestrutura familiar aparece de forma generalizante e não muito clara do ponto de vista conceitual e onde muitas vezes aparece a ideia de culpabilização da família. Melhor seria falar em problemas relacionados à classe social. A adolescente que vive em um meio social ausente de recurso materiais, emocionais e financeiros satisfatórios pode

vislumbrar a gravidez como único projeto de futuro, e com isto, acaba se tornando mais vulnerável. O papel esperado das adolescentes nas camadas populares ainda é o de cuidado da casa e dos filhos. Frente às poucas possibilidades de se emanciparem economicamente, para muitas adolescentes a maternidade é uma maneira de ingresso no mundo adulto. Nestes extratos sociais a família ocupa posição central, o que não ocorre com o trabalho e escolaridade (OLIVEIRA, 2008).

No entanto, alguns profissionais, na tentativa de entender este quadro, acabam usando argumentos que são exclusivamente baseados em preconceitos advindos de sua classe social:

E tem umas que engravidam pra receber o bolsa família, ter aquele dinheiro. (GF 1, ACS).

Eu penso mil vezes se eu vou ter o meu primeiro filho. Porque eu não quero que o meu filho dependa de bolsa família, de creche da prefeitura. Eu não posso pensar que eu vou depender disso. Só que eles não. Eles acham bom... As pessoas que a gente atende... eu vou ter o bolsa, eu consegui a creche, eu não preciso em me preocupar em pagar uma escola com um nível alto de aprendizado. (GF 2, Enfermeira)

Alguns estudos, no entanto, como o realizado por Ferreira et al. (2012), mostram que as gestantes adolescentes residem nos lugares mais carentes onde há um difícil acesso aos bens comunitários, de consumo e àqueles oferecidos pelo poder público, o que revela as iniquidades intraurbanas ocultas nos indicadores sociais de saúde das mães adolescentes, o que de certa forma já percebido por parte dos trabalhadores que participaram do segundo grupo focal.

Eu acho que minha unidade tem menos que as outras [gravidez na adolescência], pela própria localização na cidade. É uma área mais centralizada, a nossa área em primeiro lugar, tem menos adolescentes, e em segundo certamente tem um padrão de qualidade de vida um pouquinho diferente da população das partes mais distantes. (GF 2, Médico).

Para Ferreira et al. (2012), as áreas de maior densidade de vulnerabilidade social e de gestação na adolescência coincidiram com as áreas

de menor renda no município estudado, o que está de acordo com a percepção a seguir de uma participante do primeiro grupo:

Eu nunca tive problema com as minhas gestantes adolescentes, apesar de eu ter tido poucas. Mas como a minha área é uma área mais tranquila, acabou sendo gestações tranquilas também. (GF 1, ACS).

Mas o que tu chamas de uma área tranquila? [pesquisador].

Condições financeiras boas, coisas assim, para poder ajudar, no caso na criação do bebê Não tem influência de drogas, a adolescente estuda, continua estudando mesmo depois do filho, porque tem o apoio da família para ajudar ela cuidar. Então neste sentido a minha área é mais tranquila. (GF 1, ACS).

Mas pegando um gancho, tu achas que nas áreas “intranquilas” tem mais gravidez na adolescência? (pesquisador).

Outra colega responde:

É a vulnerabilidade. (GF 1, ACS).

São exatamente nestas áreas com maior incidência de gestação na adolescência que existem o maior número de famílias beneficiadas pelo Bolsa Família (BRASIL 2004b). Este dado confirma a produção social da gravidez na adolescência, indicando que educação, trabalho e as relações de gênero são as principais vulnerabilidades sociais da gestação na adolescência. Em outras palavras, nas comunidades de menor renda, e que, portanto apresentam maior vulnerabilidade, há mais gravidez na adolescência, e mais famílias beneficiadas pelo programa Bolsa Família. As gestantes não engravidam para receberem o valor fornecido pelo programa bolsa família conforme afirmam alguns profissionais. Elas recebem o benéfico por serem pobres. Por serem pobres são mais vulneráveis, por serem mais vulneráveis elas engravidam.

É o que também podemos comprovar pela tabela abaixo, que contém o número total de gestantes e o de gestantes menores de 20 anos, no município de Charqueadas, RS onde as áreas mais periféricas do município, com uma população mais vulnerável, atendidas pelas unidades saúde da família São Miguel, Osmar Wienk, Beira Rio, Vicente Pinto, Santo Antônio e Vila Otília, são exatamente àquelas que possuem o maior número de adolescentes grávidas.

Já as áreas cobertas pelas unidades de saúde da família Central, Piratini e Cruz de Malta, não possuíam nenhuma adolescente grávida, quando da coleta dos dados. Elas estão localizadas em áreas mais urbanizadas do município onde há uma população com maior poder aquisitivo.

Tabela 3- Número de Gestantes < de 20 anos por Unidade de Saúde da Família no município de Charqueadas,RS, Brasil.

<b>Gestantes Cadastradas no município no mês de setembro/2013</b>			
<b>USF</b>	<b>Total</b>	<b>&lt;20 anos</b>	<b>Acompanhadas</b>
<b>Beira Rio</b>	7	3	7
<b>Central</b>	9	0	9
<b>Cruz de Malta</b>	8	0	8
<b>Osmar Wienke</b>	13	3	13
<b>Piratini</b>	2	0	2
<b>Santo Antônio</b>	8	2	8
<b>São Miguel</b>	15	3	15
<b>Sul América</b>	11	1	11
<b>Vicente Pinto</b>	10	2	10
<b>Vila Otília</b>	16	4	16
<b>Total</b>			<b>99</b>

Fonte: Secretaria Municipal de Charqueadas. Tabela elaborada por VELOSO,E.V. Novembro de 2013

Outro aspecto que aparece é o sentimento de impotência dos profissionais diante da gravidez das adolescentes conforme percebemos nesta sequencia de falas:

[a gente] faz toda a parte do agente, conversa, orienta, orienta, orienta... “não, mais eu quero” [engravidar] (GF 1, ACS).

Esse negócio de palestra não funciona...(GF 2, Médica).

E outra colega complementa:

E se funcionasse [palestras nas escolas] não tinha [gravidez na adolescência], não acontecia, a gente fala, a gente faz...(GF 2, Enfermeira).

Eu acho que o nosso papel na unidade é ajudar a pensar. Na verdade é fazer pensar, não fazer as coisas só por sinapse ou só por condicionamento do meio onde está: “Ah, todo mundo engravida, não vou me cuidar, vou engravidar também ... “ mas é conseguir pensar se é isso mesmo que querem. Eu acho que elas fazem sem se dar conta... Se aconteceu, aconteceu... (GF 2, Médica).

As atividades informativas desempenham papel de destaque sendo usadas como instrumentos fundamentais para o enfrentamento da gravidez na adolescência. No entanto, percebemos que as equipes, questionam sua eficácia. Uma das causas da falta de resultados das atividades realizadas pode ser atribuída ao fato delas serem pensadas num sentido unilateral, no qual a equipe de saúde se coloca em uma posição vertical como detentora do saber o que não possibilita a troca de saberes como os adolescentes.

Mas isto me dá a impressão que a gente não consegue atingir nelas, uma consciência, pelo menos uma consciência melhor do que realmente querem para o futuro. Quando a gente tem 13 anos a gente não consegue imaginar com eu vou estar daqui a 20 anos. A gente imagina daqui a 20 anos, uma velha de 30 anos. Então assim se tu falar “mas tu estuda, porque no futuro... eu acho que a gente fala isso, mas chega tão pouco, não entendimento, elas entendem isso, estudar é bom... mas não é isso que elas querem. Eu vou ser feliz se eu tiver um filho. E aí, como tem o apoio da família, e tem muitas vezes uma mãe de 39 anos que já quer ser avó...(GF 2, Médica).

Percebe-se com o exposto acima, que existe dificuldade dos profissionais de trabalhar com as questões relacionadas à saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes. Talvez como consequência da formação destes profissionais, do enfoque de controle e normatização que é dado ao tema da sexualidade e a reprodução nos cursos de graduação. Além disso, são raras as atividades em educação permanente que possibilitem a capacitação dos profissionais desempenharem um papel de referência para os adolescentes nas questões relativas à vida sexual e direitos reprodutivos dos adolescentes. (SENA FILHA e CASTANHA, 2014).

### 5.3 Gravidez na adolescência: o que dizem as jovens

Ao contrário do que ocorre no meio dos profissionais, entre as adolescentes há uma percepção altamente positiva sobre a implicação da gravidez em sua vida amorosa e em sua autoestima. Isso contraria a visão de que a gravidez na adolescência seria uma falta de projeto de vida. Em alguns estudos, mais da metade das adolescentes entrevistadas manifestaram o desejo de serem mães como o principal motivo para engravidarem e a percepção em relação à gravidez estava relacionada com felicidade e realização pessoal. O que os estudos mostram é que na falta de melhores condições sociais, educação e de oportunidades, a maternidade se configura como um projeto de vida e não na inexistência dele (SENA FILHA e CASTANHA, 2014; NETO, DIAS, ROCHA e CUNHA, 2007).

A mídia e a opinião pública tem manifestado a ideia de que há entre os adolescentes nos dias de hoje, uma tendência incontrolável à precocidade sexual, o que traria muitas consequências negativas. Esta sexualidade precoce seria resultado de um “ambiente desestruturado”, o que aparece também nas falas dos profissionais:

Ela [adolescente] quis essa gravidez, mas mesmo assim a família é uma família que não tem uma estrutura muito boa, tanto financeira, quanto psicológica. Essa de agora, a de 14 anos de idade é pior ainda. Ela não tem companheiro, ela tem... eu acho que ela engravidou de... ela não quis dizer de quem era, mas deve ser de um namoradinho, um companheiro de festas, sei lá ,e a família totalmente desestruturada. Geralmente o perfil é esse: é desestrutura familiar com certeza. (GF 1, ACS).

A que eu tive de 14 anos também. Família sem estrutura nenhuma, ela abandonou a escola e não tinha companheiro, depois que o bebê nasceu foi que o companheiro foi morar com ela. Mas é bem desestruturada também falta de estrutura total. (GF 1, ACS).

No entanto é preciso ter claro de que o exercício da sexualidade dos indivíduos aparece como resultado de uma elaboração, de uma caminhada das experiências vividas e relacionais, onde ocorre uma síntese destas influencias, do que simplesmente apenas o efeito direto de uma transmissão vertical única.

Além de todas as mudanças inerentes a adolescência, ela pode ainda ser considerada uma fase da vida vulnerável a riscos à saúde entre os quais podemos citar: onipotência, sensação de invulnerabilidade; busca pelo novo; transgressão; indefinição de identidade; suscetibilidade a pressão dos parceiros grupais; clandestinidade, insegurança e elaboração fantasiosa das primeiras experiências sexuais. Por outro lado, há uma carência de interlocutores para as adolescentes, profissionais nas diversas áreas que atuem como interlocutores e apoiadores diante das barreiras de acesso das adolescentes aos serviços saúde.

Esses aspectos de vulnerabilidade das adolescentes são atravessados pelas relações de gênero que acabam potencializando a possibilidade de gravidez. Se os adolescentes são tidos como ousados, fortes, ativos, que se expõem a mais riscos, as adolescentes têm na gravidez sua maior vulnerabilidade, já que são educadas para serem passivas, protegidas e sedutoras (ALMEIDA, 1999. AYRES, 2003).

A construção social do gênero tem início a partir do momento em que se sabe o sexo biológico do bebê, que atualmente inicia-se já intraútero com o exame de ecografia obstétrica. A partir daí, desencadeia-se uma grande mobilização dos familiares, pautada pela ideologia de gênero, como por exemplo, a definição da cor da primeira roupa, a decoração do quarto, à escolha dos brinquedos. Neste processo de socialização de gênero os meninos são incentivados à brincadeiras em que desenvolvem maior força, motricidade, domínio espacial e técnico, bem como uma maior integração grupal. Já as brincadeiras das meninas estão comumente vinculadas às tarefas domésticas e que desenvolvem habilidades relacionadas com a sua aparência pessoal, onde muitas vezes as roupas trajadas acabam até inibindo os seus movimentos corporais. O excerto abaixo do grupo focal identifica elementos de socialização de gênero presentes no cenário do estudo.

Até porque todas [as meninas], até hoje, quando a menina é bebê o que ela ganha de presente? Boneca, um nenê... (GF 2, ACS).

Panelinha... (GF 2, Médica).

Ou então a criação é assim. Um fogão, uma vassoura, não ganha um livro, dificilmente tu vais ganhar um livro que vai incentivar pro teu futuro entendeu? A cultura daqui é assim? Elas vão ganhar uma

bonequinha, elas vão ganhar um carrinho de bebê; então vão, elas cresceram assim.(GF 2, ACS).

Já estão incentivando isto... [ a familia ] (GF 2, Enfermeira).

Já estão incentivando ela ser do lar [a família]. Por isso que a maioria é do lar. (GF 2, ACS).

Aos meninos é permitido que conheçam melhor o seu corpo, o que é também facilitado por sua anatomia. Nas meninas, ocorre um desestímulo para o conhecimento do corpo e dos genitais. Às meninas é permitido que sejam dóceis, delicadas, carinhosas e expressivas. Dos meninos espera-se que não demonstrem sensibilidade e eles, em geral, recebem menos afeto do que as meninas.

As meninas, desde a primeira infância, recebem formas de condicionamento para a maternidade a partir das brincadeiras infantis. É o caso de brincar de boneca, que é uma experiência de aprendizagem do ser mãe, treinando a menina para os futuros cuidados com os filhos.

Essa socialização para a maternidade pode ocorrer também com os cuidados dispensados a outras crianças menores como os irmãos. Muitas vezes ocorre uma troca quase que automática da boneca da infância pelo filho da adolescência:

Eu acho que é muito mais responsabilidade. Sei lá, cuidar de uma outra criança. Tem gente que diz por aí que eu ainda sou criança. Mas eu já cuidei dos meus irmãos. Eu acho que para ser mãe eu estou preparada. Uma criança cuidando de outra criança, a minha mãe, por exemplo, me diz. (AG 2, 15 anos).

Outro condicionante de feminilidade é a tarefa de cuidar de crianças e dedicar-lhes afeto, o que ajuda como capacitação para o exercício das funções maternas. É o que aparece na fala da maioria das adolescentes quanto questionadas sobre o que as esperam no papel de mães:

Eu acho que vai ser tranquilo [cuidar do nenê]. Por causa que a minha irmã mais velha foi embora e o L [sobrinho] ficou com nós. Nós é que cuidávamos dele. Era tranquilo, porque daí ele já não era tão bebezinho, ele tinha um ano e meio, aí nós levávamos ele para a creche e buscávamos, dava banho nele, normal; trocava a roupa, normal, dava comida para ele também... Era normal assim, mas assim desde

bebezinho, recém-nascido assim, só o da minha irmã, que de vez em quando ele chora e ela não pode, aí eu agarro. O naná assim... acho que vai ser tranquilo, o pior acho que vai ser quando estiver doente, eu acho. Por que daí é mais nervosismo, quando chora a gente não sabe o que é, se é cólica, se é dor de barriga, se é ouvido, aí eu acho que vai ser mais... [difícil] (AG 1, 18 anos).

Eu cuidava dele [afilhado] para a minha irmã trabalhar, eu vim morar com ela para mim ajudar ela em casa né, cuidava da casa, cuidava do meu afilhado, tudo para ela enquanto ela trabalhava, e estudava à noite, aí continuei estudando e tudo. Porque antes [quando morava com a mãe, antes de morar com a irmã e de casar] eu trabalhava numa creche de manhã, ia pro colégio de tarde, na volta do colégio eu continuava trabalhando e quando chegava em casa, eu ainda cuidava dos meus irmãos e limpava a casa. (AG 5, 17 anos).

Esta socialização de gênero acaba criando uma predisposição à gravidez, pois constrói o desejo de ser mãe e retirar prazer e realização pessoal nesta condição (ALMEIDA, 1999).

No entanto, se por um lado, há uma associação entre trabalho doméstico e gravidez na adolescência, o que também é corroborado por HEILBORN (2006), por outro, o trabalho doméstico e a ajuda no cuidado dos irmãos, podem ser fatores determinantes de maior autonomia para a adolescente grávida, no seu futuro papel de mãe. O que pode ser constatado na fala a seguir, de uma adolescente que ao ser questionada sobre os medos e preocupações diante da gravidez e da maternidade que se aproxima afirma:

Não, eu acho que medo não. Medo não, porque desde pequena eu já tenho uma certa experiência com criança, por que com 12 anos de idade, minha mãe foi operada duas vezes. Então eu fiquei cuidando do meu irmão que tinha um ano e meio e das outras pequeninhas tudo em casa, cuidando da casa, ia para o colégio, levava para o colégio, cuidava dele, eu que fazia mamadeira, trocava fraldas. Eu já tenho uma experiência com criança e quando eu trabalhava com crianças na creche eram crianças mais pequenas, com nove meses de idade. Eu cuidava também e nunca foi difícil porque eu sempre gostei de crianças. Eu acho que consigo dar conta por que até ele [marido] mesmo disse que quando o nenê nascer ele vai tirar uma folga do serviço para eu poder ter mais tempo só cuidando do nenê e ele [marido] já cuida da casa, porque eu não vou ter tempo de cuidar dos dois. (AG 5, 17 anos).

Para Almeida (1999), a adolescente busca na relação com o parceiro mais a realização do desejo de ser mãe do que ter prazer nas relações sexuais. Aprende a ter mais prazer como mãe do que ser somente mulher e se relacionar com o parceiro. O amor materno é difundido socialmente como

incomparável, insubstituível e incondicional, desvalorizando àquelas que não cumprem as normas de “boa mãe”. É este ideal de amor que é procurado pela adolescente quando engravida.

A gravidez na adolescência deve ser entendida não como um fato isolado, mas dentro de um contexto social que faz parte da busca de identidade e de libertação do mundo infantil. A gravidez torna pública uma conduta que na maioria dos casos era escondida, “clandestina”. Na passagem abrupta de filha para mãe, de mulher em formação para mulher-mãe, do “querer colo para dar colo” a adolescente pode viver uma situação conflitiva e penosa.

No campo afetivo, a gravidez pode ser utilizada com uma tentativa de resolver uma carência afetiva, como se o filho pudesse possibilitar a recuperação do vínculo afetivo com a mãe, geralmente frágil.

Na fala de uma das adolescentes o filho também parecia ter o significado de remissão de alguma carência ou culpabilização por algum erro que a adolescente possa ter cometido. A concepção de mãe para as adolescentes assim como para as mulheres mais velhas, tem características de doação para os outros, renúncia das aspirações e desejos pessoais, abnegação ou até mesmo de remissão. É como se as mulheres fossem educadas para serem filhas e mães, sem passarem pela etapa de mulher (ALMEIDA, 1999). Esta ideia aparece na afirmação das adolescentes que “vão dar tudo o que tiveram para os filhos”.

Eu acho que ser mãe tem que ter responsabilidade, eu ía para os bailes e agora não vou poder mais. Mas eu acho que ser mãe agora tem que ter pulso firme. Porque tudo aquilo que tu fez pros teus pais, tu vai pagar com os teus filhos, mais ou menos assim. Eu aprontei muito com a minha mãe quando era pequena, por isso eu vou pagar tudo, às vezes não, às vezes de geração para geração. A gente educa para que não faça aquilo tudo que tu fez quando era menor. Vou colocar ele na escola, que ele se forme, não faça que nem eu dê cabeçada por causa de marido né. E ser mãe é aquilo né, tem que dar amor, tem que conversar, tem que ensinar, tem que explicar as coisas erradas. Não adiante só ser mãe e não saber dar valor para os filhos. Eu não, eu vou dar carinho, vou dar amor, tudo aquilo que eu tive dos meus pais eu vou passar pra ele. (AG 3, 18 anos)

O que transparece na fala desta adolescente é a defesa de uma prescrição normativa, do rol de atividades que uma mãe deve fazer para ser considerada uma boa mãe.

Quanto à idade do início das relações sexuais, pesquisa realizada no Brasil indicou a idade média para o começo da vida sexual com parceiro (a) entre os jovens, não ocorre em idade precoce, sendo de 16 anos para os homens e 18 anos para as mulheres (BOZON e HEILBORN, 2006).

Porém, nossos informantes trouxeram para os grupos focais, que a iniciação sexual dos adolescentes ocorre mais cedo. No entanto, esta declaração está mesclada de valores morais, ou seja, de que a menina se sente “velha” por estar “transando”:

Muito cedo, 10, 11 anos eles já estão na escola, se pegando, não é mais como antigamente e por aí... 13 anos, essa menina mesmo da colega, que tá com 13 anos, ela já está se sentindo velha, porque de certo esta guria já transando há muito tempo... Ela já esta se sentindo velha. Ela tá com o corpo pronto pra ter um bebê. (GF 1, ACS).

E até pela internet. Eu tenho algumas que são minha amigas no face que tu vê se expondo ali, postando foto só de sutiã, tu vê as conversas, os comentário. É 12,13 anos já... elas já tão na atividade... (GF 1, ACS).

Diferentemente dos homens, a idade de iniciação sexual das mulheres é bastante heterogênea: há importantes variações segundo alguns condicionamentos. As mulheres de camadas populares geralmente ingressam na vida sexual mais cedo que as outras. Entretanto, as moças de todos os segmentos sociais que possuem um projeto de estudos e uma trajetória escolar ascendente tendem a adiar tal ingresso, embora o mesmo não ocorra com os meninos na mesma situação (HEILBORN, 2006).

Em nossa pesquisa todas as adolescentes grávidas possuíam parceiros mais velhos. A diferença de idade do casal variou de 3 a 36 anos. Este dado segue as relações tradicionais de gênero, onde os parceiros masculinos são em geral mais velhos do que suas parceiras.

Todos eles moravam no mesmo bairro, e alguns eram vizinhos. Participavam da mesma igreja e/ou frequentavam a mesma escola, o que demonstra um universo geográfico e de experiência bastante restrito característico das classes populares (ALMEIDA, 1999).

[Como conheceu o marido]  
Na igreja. Faço parte da igreja Betel, essa aqui de baixo. (AG 2, 15 anos).

Eu conheci como vizinho. Ele era vizinho, morava do outro lado da rua, daí ele passava e dava bom dia, boa tarde, aí ele me convidou para tomar chimarrão um dia. (AG 5, 17 anos).

Através de uma amiga minha, ele namorava com ela. (AG 4, 18 anos).

No tocante à iniciação sexual, alguns estudos mostraram que as mulheres, ao contrário dos rapazes, geralmente têm a primeira relação com os namorados, ou seja, vinculam o exercício da sexualidade ao afeto, (HEILBORN, 2006). Todas as adolescentes entrevistadas possuíam uma relação de conjugalidade com o pai do bebê quando engravidaram que variava de um, até dois anos de duração.

Para as adolescentes, a primeira relação sexual geralmente se dá no âmbito de um namoro, com a perda da virgindade assumindo o significado de uma dádiva e alimentando a troca amorosa ao contrário dos adolescentes, em que a iniciação sexual tem um caráter de experimentação e afirmação da masculinidade, o que não envolve necessariamente uma relação de compromisso, ou mesmo um relacionamento estável (AQUINO, ALMEIDA e MENEZES, 2006).

Das cinco adolescentes grávidas, apenas uma referiu que estava planejando com o marido a gravidez:

A gente estava tentando fazia tempo já. Há um ano e meio.(AG 4, 18 anos)

As outras quatro meninas, não estavam pensando em engravidar no momento e destas, três afirmaram que aceitaram bem quando souberam da gravidez. Percebe-se que desejo e planejamento, não estão em associação direta.

Apenas uma gestante admitiu ter pensado em abortar, quando soube estar grávida, pois acreditava que ainda não era o momento. Abortaria usando medicação. No entanto, diante das reações positivas do companheiro e da mãe, desistiu da ideia:

Sim, a gente não queria agora porque é muito cedo. A gente planejava mais além, quando eu estivesse de maior, sei lá. No começo foi meio ruim, porque eu não queria. E sou muito nova e tem aquele negócio de engordar, cheio de coisa. Daí depois que ele aceitou numa boa, e a mãe soube eu fiquei de boa também. Foi normal. No começo eu não queria porque eu era muito nova, mas depois eu aceitei... Eu pensei em tomar remédio, mas só pensei, não fiz. (AG 2, 15 anos).

No entanto, a gestante não soube dizer qual medicação usaria.

Sei lá, qualquer um. Eu só pensava, mas na real eu não sabia o que eu ia fazer. (AG 2, 15 anos).

Com relação ao aborto, talvez as adolescentes tenham respondido o que se espera socialmente. Esta resposta deve ser relativizada, pois nem sempre as pessoas manifestam sua verdadeira opinião quando se trata de um tema tão delicado e condenado moralmente pela sociedade além de ser criminalizado pela legislação vigente (ALMEIDA, 1999).

Três referiram estar usando anticoncepcional oral, porém de uma forma irregular.

Eu usava remédio. Só que eu esquecia de tomar às vezes. Usava ciclo 21. (AG 3, 18 anos)

O fato da não utilização ou uso irregular de contraceptivo pelas adolescentes caracteriza um comportamento vulnerável à gravidez. No imaginário das adolescentes há a ideia de que casar e procriar com o companheiro escolhido são realizações máximas da feminilidade, ainda é muito valorizada nas camadas populares (ALMEIDA, 1999).

Outra gestante afirmou que o casal não usava método contraceptivo e havia uma suspeita de esterilidade, já que marido em relacionamentos anteriores não havia tido filhos.

Planejar... querer a gente queria, eu pensava que não poderia ter um filho dele, porque ele achava que não podia ter filhos. Aí ele dizia, eu não sei se posso ter filhos ou não, vou tentar fazer exames para ver se eu posso e acabou que aconteceu, só que eu não sabia que iria vir já de imediato. Querer a gente queria, mas não sabia que iria vir agora. Mas já que veio né...eu não me preocupei né, tanto assim. Como ele tem 48 anos e das outras esposas dele que ele teve,

nenhuma delas engravidou, eu fiquei surpresa como é que eu engravidei dele assim, do nada. (AG 5, 17 anos).

Assinala-se que o uso de preservativo não mencionado por nenhuma gestante entrevistada quando perguntado qual método de anticoncepção o casal usava. Sabe-se que a maioria dos jovens de ambos os sexos declara usar proteção e/ou contracepção na primeira relação sexual. Todavia, esta taxa diminui com o decorrer do relacionamento, uma vez que os parceiros “ganham confiança” um do outro. Na medida em que se desenvolvem vínculos afetivos ocorre à diminuição da proteção (HEILBORN, 2006).

Também não há diálogo explícito entre os parceiros sobre as questões ligadas à proteção de doenças sexualmente transmissíveis ou gravidez. Tal comportamento talvez seja decorrente do fato de a iniciação sexual colocar em contato parceiros com idades e acúmulo de experiências muito desiguais, o que não favorece uma abordagem explícita e aberta entre eles sobre a proteção. Ao mesmo tempo, há também entre os jovens a ideia predominante de que a sexualidade deva ocorrer de maneira espontânea, o que, além de significar endosso às hierarquias de gênero onde a mulher detém menos poder, aumenta a possibilidade de eventos de gravidez não previstos. Estudos mostram que isto ocorre também em classes sociais de melhores condições econômicas, pois diferentemente do que seria esperado, o pertencimento a segmentos sociais privilegiados não favorece a negociação sexual entre homens e mulheres. Fato que confirma que as prescrições de gênero atuam como uma categoria transversal (HEILBORN, 2006).

A escolaridade dos adolescentes variou das séries iniciais do ensino fundamental até a segunda série do ensino médio. Sabe-se que a escolaridade, especialmente a feminina, aparece como um elemento que posterga o casamento. As jovens das camadas populares que atingem um maior nível de escolaridade apresentam percentuais mais baixos de gravidez e se distinguem por apresentarem uma visão de mundo mais aberta acerca dos valores sobre a sexualidade, embora isto não ocorra de maneira uniforme pois entre as moças das camadas sociais menos favorecidas, a conjugalidade acontece mais cedo e se mostra como uma importante estratégia de autonomização em relação à família de origem (KNAUTH, 2006).

Das cinco adolescentes entrevistadas, apenas uma frequentava a escola quando da entrevista. Três já não estudavam antes da gravidez e somente uma referiu que a gravidez foi o motivo do abandono dos estudos. A percepção por parte dos profissionais de saúde de que a gravidez na adolescência é evento negativo, se dá pelo fato dele ser associado a “perdas”. Entre estas “perdas” estaria a escola. Os compromissos decorrentes da gravidez contribuiriam com o abandono ou a interrupção dos estudos. Como consequência haveria um comprometimento do futuro profissional desta adolescente, já que com pouca escolaridade ela só conseguira empregos com remuneração baixa. Há uma clara associação para os profissionais entre gravidez na adolescência e evasão escolar. Entretanto, existem altos índices de evasão escolar nas camadas populares que não necessariamente estão vinculados a gestação. Vários são os motivos do abandono escolar: necessidade de trabalhar, condições precárias de acesso e segurança, horários incompatíveis com outras responsabilidades assumidas, problemas vinculados à própria escola como falta de professores, estrutura deficitária, falta de material didático, ou ainda porque não conseguem encontrar um sentido para a escola em suas vidas, já que a formação que recebem não se dá de forma significativa para elas. Outro motivo da evasão escolar por parte das adolescentes que engravidam é a falta de apoio social que se traduz, por exemplo, na falta de creches públicas. Sabe-se que em muitos municípios há uma oferta de vagas menor do que a demanda e a maioria das creches só aceita crianças cujas mães estão inseridas no mercado de trabalho (SENA FILHA e CASTANHA, 2014. DAMIANI, 2006).

Eu planejava estudar este ano. Eu parei de estudar o ano passado. Daí quando eu descobri que estava grávida, eu deixei o estudo para o ano que vem. Ano que vem eu pretendo estudar. Minha mãe me disse que vai cuidar dele pra eu estudar. Daí eu estudo e trabalho. Daí eu vou fazer o segundo grau e vou trabalhar. Daí eu boto ele na creche. (AG 3, 18 anos).

Percebe-se que esta gestante, está em conformidade ao que descrevemos acima. Ela, já havia abandonado a escola antes da gravidez. No entanto, o fato de ter engravidado adiou o retorno à escola. A adolescente, conta com a provável ajuda da mãe no cuidado do filho, para poder retomar os estudos, dando a entender pela sua fala que na comunidade onde reside, a

disponibilidade de vaga na creche é priorizada ou condicionada ao fato das mães estarem trabalhando. Ela refere que se estudar, o filho será cuidado pela avó materna. Mas, se estudar e trabalhar simultaneamente, o filho ficará na creche.

Além do mais, namoro, casamento e gravidez, nem sempre se desenvolvem de forma sequencial, como é muitas vezes preconizado como adequada. Ao contrário, podem ocorrer simultaneamente. Essa diferença entre o ideal socialmente difundido e a experiência dos jovens contribui para a percepção social da gravidez, nesta fase de vida, como um problema (HEILBORN, 2006).

Este padrão socialmente esperado não corresponde à totalidade da população. Ao estudarem as relações de gênero e risco para DST/AIDS vinculadas ao tráfico de drogas em uma comunidade favelada, MEIRELLES e RUZANY (2009), afirmam que as adolescentes pobres e negras, por exemplo, estão mais sujeitas a DSTs e dentre os fatores de risco estão à diminuição da idade do início das relações sexuais, o aumento do número de parceiros e o uso inconsistente de preservativos. O contexto de vida de regiões faveladas e com a presença do tráfico de drogas, estimula uma cultura machista impregnada de violência que se estende nas relações afetivas. Neste cenário os padrões de “homem bandido” e “mulher de bandido”, significam o desempenho de práticas sexuais nocivas do ponto de vista do risco de DST/AIDS.

Os jovens masculinos se relacionam com muitas adolescentes de 10 a 14 anos, que não usam preservativo e se sentem lisonjeadas de se relacionarem sexualmente com os rapazes do tráfico. Durante uma festa (baile) eles podem ter relações sexuais desprotegidas com mais de uma menina. Além do mais, elas disputam engravidar e se uma das namoradas engravida todas as outras também desejam. Esse padrão as expõe a uma situação de muita vulnerabilidade durante a gestação, pois, percebe-se uma vivência sexual masculina sem qualquer preocupação com a paternidade, já que ela é movida exclusivamente pelo prazer e uma vivência sexual feminina que assume inteiramente a contracepção ou a maternidade como atributo inerente e “naturalizado” à sua condição sexual (MEIRELLES e RUZANY, 2009. ALMEIDA,1999 ).

Em muitas relações de conjugalidade nas sociedades patriarcais são consolidadas pela gestação de um filho do sexo masculino. O filho homem perpetua o nome da família paterna. Em determinados períodos históricos a herança era passada somente aos filhos homens. Uma parcela dos homens se sentem mais validados enquanto “machos”, quanto têm um filho do sexo masculino. Esta predileção cultural pelo filho homem está presente em muitas culturas e em algumas, há o registro do aborto seletivo dos bebês do sexo feminino. Esses vieses estão presentes na cultura atual e na manifestação expressa do desejo cultural pela preferência de ter um filho “homem”, um filho “macho”:

Ah, ele ficou meio assim né, ele ficou feliz. Mas a gente vê que ele não está muito contente. Mas daí quando ele, ele falou que não queria uma menina, ele queria um menino. Daí eu fiz uma eco e deu menino. Daí agora ele quer, ele quer ficar junto pra gente registrar o nenê. (AG 3, 18 anos).

Este pai, embora inicialmente não tivesse aceitado a gravidez da namorada, no momento em que confirma o sexo masculino do bebê, demonstra alegria e manifesta o desejo de retomar a relação rompida durante a gravidez estando disposto à “registrar” o bebê, ou seja, publicizar a sua capacidade de produzir um filho “homem”.

Já do ponto de vista da mulher, o fato de pedir um filho ao homem:

Eu sempre queria [ter filhos] e falava para ele: quando é que tu vais me dar um filho? (AG 5, 17 anos),

significa pedir para sacramentar a relação, ou seja, “quando é que tu vai casar comigo?”, com todas as implicações que isso significa: morar junto, assumir o papel de provedor, responsabilizar-se por ela e pelos eventuais filhos, assumir o papel de genro perante a família. Não necessariamente está jovem quer engravidar, mas ela o faz como passaporte para a vida de casada que deseja. Aqui aparece a importância social do casamento para as adolescentes das classes populares ao contrário das adolescentes de classe média onde em geral se prioriza o estudo, a carreira, adiando a maternidade. O filho aqui aparece como instrumento de consolidação da relação afetiva.

Então ela saiu de casa e ela conseguiu esse companheiro e ela tá muito feliz, que ela vai formar uma família, um novo lar, e aí ela engravidou e tá feliz da vida com esse nenê. A expectativa dela é toda nessa nova família, numa casa que não vai ter o que ela passava né, o pai batia na mãe, judiava dos outros filhos, e ela casaram agora na adolescência, na realidade para alguém protegê-las né, e o bebê com se fosse um presente prá esse companheiro que tirou ela dessa função toda. (GF 1, Tec Enf).

Elas reconstróem o mito do “amor romântico” no qual irão formar uma família ideal em que o bebê será um elemento aglutinador.

Além disso, nas classes populares não há a presença dos rituais de casamento observados em classes sociais mais elevadas; onde, muitas vezes, o casamento aparece como um evento social ansiosamente esperado e detalhadamente preparado, com lista de presentes dos noivos, padrinhos, ritual religioso, festa de recepção e a viagem de “lua de mel”.

É interessante notar, que mesmo no contexto de uma sociedade pós-moderna, globalizada e marcada por grandes avanços tecnológicos, a estrutura patriarcal permanece e se perpetua através de uma roupagem moderna, como transparece no discurso das adolescentes e dos profissionais, permeado de atributos do amor romântico. O ideal do amor romântico propaga o sonho de que todas as pessoas, em especial as mulheres, devem encontrar seu par ideal, sua cara metade, sua alma gêmea. Nesta concepção é consenso que os relacionamentos amorosos são importantes para o bem estar emocional durante o curso da vida. O amor romântico é tido como atributo indispensável da felicidade. Permanece a ideia que só se pode ser feliz com o outro. As populares histórias que relatam a ideia do príncipe encantado levam as meninas e mulheres a internalizarem a ideia de que sua felicidade depende da sua capacidade de “acharem” o tal príncipe encantado e essa capacidade está relacionada diretamente com sua beleza, o que cria a auto-objetificação, a mulher deve ser bonita, atraente, desejável para merecer o afeto de seu príncipe encantado que virá, despertando-a assim para a sua sexualidade.

Eu agora me casei com ele. Ele não bebe, fuma cigarro, mas não usa droga e trabalha né, e me dá tudo o que eu preciso, não deixa faltar nada. (AG 5, 17 anos).

Em nossa cultura a ideia do amor romântico atravessa as relações amorosas, embora elas se tratem de relações interpessoais. A ideia de felicidade sob a égide do amor romântico está focada no outro. É por isso que muitas mulheres ainda hoje se mantêm num compasso de espera, aguardando que algo realmente excepcional aconteça, o que se traduz em suma, pelo aparecimento de um homem perfeito, um verdadeiro príncipe encantado que vai fazê-las felizes para sempre: a outra metade da maçã! A mulher pode ter uma carreira de sucesso, ser realizada profissionalmente, “tudo está muito bem, mas é como se o principal, para elas, ainda não tivesse acontecido” (FÁVERO,2010). Sem o casamento, a mulher não se sente realizada e aceita socialmente.

Já a adolescente, cujo discurso está relatado acima, conseguiu encontrar o seu “príncipe encantado”, que “não bebe, não fuma, não usa droga”, e além do mais lhe “dá tudo” o que precisa, atingindo sua meta e configurando o seu destino.

Quanto ao futuro, as adolescentes entrevistadas parecem não possuírem nenhum plano a nível pessoal, tanto a médio como a longo prazo que vá além da maternidade. Uma referiu querer cursar arquitetura, mas não tem ideia de quando nem onde, e outra pensa em “talvez fazer uma faculdade” no futuro. Planos muito genéricos e abordados de forma vaga. Dada às condições socioeconômicas e culturais das adolescentes entrevistadas, pode-se prever que estes planos, estão irremediavelmente muito distantes. Em curto prazo os projetos são todos em torno da maternidade que se aproxima. Mesmo que algumas possam contar com o incentivo e apoio da família as adolescentes não revelaram projetos de vida em relação à escolaridade, formação profissional ou mercado de trabalho. Em geral, vivendo em condições difíceis de sobrevivência, no momento, elas estão focadas em torno da expectativa de serem mães e esposas realizando tarefas domésticas. Dificilmente conseguirão expandir seus horizontes mudando seu cotidiano e histórico familiar.

Algumas o plano de vida é ser dona de casa, ficar em casa cuidar dos filhos e o marido trabalhar ainda é muito concreto. Não é uma coisa “pois é, esta aqui virou dona de casa”, normal, tranquilo se isso acontecer. Eu não sei se é uma coisa de Charqueadas, mas aqui é um pouco mais , talvez por ser interior, tem ainda um monte de

maridos que falam “mulher minha não trabalha”, deixa que eu te sustento. Hoje mesmo eu atendi uma mulher que já tem quatro filhos. A mulher tem 35 anos, que engravidou a primeira vez bem novinha, a filha dela já é uma adolescente. Ela devia ter uns 18 anos na primeira gestação e ela casou, ela é casada com o mesmo marido de toda a vida, teve mais filhos, só que por causa deste casamento cedo e do filho cedo ela parou de estudar na 6ª série. E o marido não quer que ela volte até hoje. “Eu tive que brigar para sair de casa, porque eu estava com dificuldade de ajudar as minhas filhas no colégio”. Esse foi o estímulo dela para voltar a estudar. As filhas vinham e perguntavam coisas e ela não conseguia ajudar porque ela tinha parado de estudar. E o marido ainda não quis, e ela foi brigada, agora ele aceita melhor. (GF2, Médico)

Para Brandão (2006), para compreender o fenômeno da gravidez na adolescência em sua complexidade, é necessário romper com as visões deterministas que a retratam como problema biomédico e a juventude como grupo etário estático, buscando entender a construção social de tais categorias, além das diferenças e identidades por elas encobertas.

#### **5.4 O cuidado medicalizado da mãe adolescente**

A medicalização pode ser definida como o uso abusivo de fármacos ou procedimentos desnecessários muitas vezes sem evidências clínicas sobre os benefícios à saúde. A indústria farmacêutica e o mercado de serviços de saúde estimulam a prática de medicalização entre os profissionais da saúde e a população. Os processos interativos entre profissionais de saúde e doentes estão sempre sob influência de fatores de múltiplas naturezas, e de uma forma geral, isto tem produzido resultados medicalizantes. Além de condicionantes culturais, de gestão dos serviços e de formação profissional dos profissionais médicos, Tesser (2006) defende a tese de que os saberes e as tecnologias correntes na biomedicina no tocante ao seu funcionamento e uso, tendem a pressionar a interação médico paciente para reforçar a medicalização. Portanto, possuem uma força medicalizante “intrínseca”, por assim dizer.

Entre as intervenções médicas muitas vezes desnecessárias sobre o corpo feminino podemos citar as cesarianas, episiotomias, laqueaduras tubárias, e histerectomias. Outro exemplo é a reposição hormonal de uso

corrente no climatério e na menopausa, hoje questionada por aumentar o risco para outras doenças (COSTA, 2012). Podemos citar ainda a psiquiatria, onde as mulheres são consideradas como seres volúveis, sendo etiquetadas facilmente como “neuróticas” e “deprimidas” e onde ocorre ao mesmo tempo, um alto consumo de tranquilizantes entre a população feminina (STREY e PULCHERIO, 2010). Outros estudos apontam que as mulheres recebem mais prescrições de antibióticos, hormônios, drogas ativas do sistema nervoso central, cardiovascular e urogenital, enquanto os homens recebem mais prescrições de drogas para alergia e distúrbios imunológicos, preparações tópicas para os ouvidos e nariz (SILVEIRA, 2002).

Para Tesser (2006), a medicalização transforma culturalmente as populações, causando uma diminuição da autonomia dos sujeitos, declinando com a capacidade de enfrentamento autônomo da maior parte dos adoecimentos e das dores cotidianas. Isso acaba criando um consumo abusivo e contraprodutivo dos serviços biomédicos, gerando dependência excessiva e alienação. A medicalização social destrói ou diminui a autonomia em saúde-doença das populações e gera demanda infundável aos serviços de saúde, consistindo em relevante desafio para o SUS.

Muito sinteticamente, o processo de medicalização social pode ser conceituado como a expansão progressiva do campo de intervenção da biomedicina por meio da redefinição de experiências e comportamentos humanos como se fossem problemas médicos. Com o aumento no Brasil da ESF, aumentou o contingente de profissionais de saúde, ampliando potencialmente o acesso e o contato das populações com a atenção à saúde. Este fato torna a questão da medicalização social um tema candente e urgente para a Saúde Coletiva, para a educação permanente dos profissionais de saúde e para sua atuação cotidiana, particularmente para as equipes de ESF.

No entanto é importante destacar que a medicalização apesar do enfoque na profissão médica não se restringe a ela, mas este processo de categorizar sofrimentos em sintomas e diagnósticos está presente em todas as áreas da saúde que sem exceções tendem a elaborar explicações naturalizadas e terapias reduzidas diante da complexidade do problema (TESSER et. al, 2010).

Em relação a medicalização da e na gestação, logo que é diagnosticada a gravidez já começa o processo de medicalização: exames, ecografias, cuidados com a alimentação, sono, prescrições de não fumar, não beber, repousar etc, como se de repente a gestante adquirisse um valor extra, por estar grávida, como se ela fosse apenas uma formadora de outro ser, uma bolsa de carregar o bebê:

a gente enfatiza mais algumas coisa, tipo a alimentação, a adolescente não se alimenta muito bem, por causa da anemia, cuidados a gente, eu pelo menos, eu reforço bastante os cuidados, os sinais de alerta depois mais para o final, próximo ao parto, as vezes também elas não se dão conta...(GF 1, Enfermeira).

Nos serviços de saúde, quando aparece uma adolescente grávida não há uma preocupação em saber se ela desejava engravidar, como está sua vida afetiva e familiar, ou se ela pensou em abortar; como ela está se sentindo emocionalmente diante da nova realidade, como se bastasse apenas seguir as prescrições técnicas dos profissionais.

Além disto, há uma percepção dos profissionais de saúde de que a gravidez na adolescência é um problema, o que nem sempre corresponde à realidade. Nos grupos focais, esta ideia foi sendo colocada paulatinamente.

Para elas é bonito estarem grávidas com 14, 15 anos. Para nós era um ho... né. Elas não se preocupam com o amanhã. É isso que muitas vezes eu converso com elas. Estuda primeiro, te forma... Não, elas querem engravidar. Aquela que perdeu o nenê agora pouco também, 16 anos, conheceu o cara no carnaval, veio para cá para conhecer, ficou aí, engravidou, perdeu a criança e queria engravidar de novo. Um horror.(GF 2, Enfermeira).

Para esta profissional a gravidez é um horror, mas ela corta a fala, diz que é um “ho...” Só mais tarde ela fala adequadamente. Na verdade é um discurso carregado de moralismo.

Uma das facetas da medicalização é o uso de tecnologias para o diagnóstico precoce de malformações fetais, havendo uma supervalorização da técnica mesmo quando não há procedimentos a fazer para resolver o problema detectado, como observamos no caso de uma das adolescentes que teve um

diagnóstico de onfalocele<sup>1</sup> que acabou produzindo ansiedade, medo, mal-estar e uma série de intervenções.

Eu levei (a Ecografia) para a enfermeira, aí ela saiu da sala e foi falar com uma outra enfermeira. Aí ela voltou e me disse. Aí eu fiquei bem nervosa, fiquei bastante constrangida. Fiquei mais atucanada, preocupada. O meu marido ficou bem nervoso, falava que não ia ter nada. Que talvez fosse engano, que era para fazer uma nova ecografia. Eu fiz uma nova ecografia. Foi mais preocupação, era mais nervosismo entre eu e ele. E a consulta não era marcada (consulta no serviço de pré-natal de alto risco). Era demorado. (AG 1, 18 anos).

Ao ser questionada se os médicos explicaram para o casal do que se tratava o diagnóstico, ela responde:

Não me explicou, só que daí eu pensava era na cirurgia que o médico (ecografista) tinha me dito. Como que ele ia fazer, eu ficava pensando... (AG 1, 18 anos).

No entanto, o diagnóstico foi descartado no serviço de referência de pré-natal de alto risco:

Agora não apareceu mais nada, mas eles pediram para continuar lá mesmo assim. E eu vou ir nas consultas mas ele disse que não tem mais nada, que fechou. (AG 1, 18 anos).

Nota-se que todo o processo de diagnóstico e acompanhamento, impediu o casal de vivenciar a experiência da gravidez de forma mais tranquila e menos ansiosa:

Neste tempo para cá o relacionamento foi mais nervoso do que emocional, foi bem mais... eu não pensava assim, alegria de ter um filho agora, de ser mãe, ah eu vou ser mãe..., pensava mais por

---

<sup>1</sup> Onfalocele é um defeito na parede abdominal, na inserção do cordão umbilical, com herniação de órgãos abdominais. Apresenta uma incidência de 2,5 em 10.000 nascidos vivos. O diagnóstico pré-natal baseia-se na demonstração do defeito na linha mediana da parede abdominal, com presença de saco herniário com conteúdo visceral no qual se insere o cordão umbilical. O defeito é caracterizado pela ausência dos músculos abdominais, fâscia e pele e, coberto por uma membrana avascular, formando uma hérnia. A migração das alças intestinais no cordão umbilical ocorre normalmente entre 8 e 12 semanas de gestação. Para pequenas e médias onfaloceles nas quais o fígado não é componente do saco herniário o tratamento é cirúrgico. Nas grandes, o tratamento é com medicação tópica, possuindo um prognóstico mais reservado (LEÃO et al., 2013; MUSTAFÁ et al., 2001)

causa da onfalocele. Mas agora que passou..., agora está sendo bem mais tranquilo... (AG 1, 18 anos).

É necessário esclarecer que o serviço de referência se localiza em Porto Alegre, ficando distante da residência da gestante, cerca de 70 km, o que além dos desgastes emocionais para a paciente, teve custos de logística (transporte) para o SUS. É interessante notar ainda que, seguindo a lógica da medicalização, mesmo após o diagnóstico ser descartado, o serviço de pré-natal de alto risco convida a adolescente a manter o vínculo seguindo em acompanhamento. Convite difícil de ser negado pela gestante e seus familiares, diante da sedução dos exames de alta tecnologia de pré-natal ofertados pelo serviço, já que permanece no senso comum a ideia de que quanto maior o número e a complexidade dos exames, melhor o prognóstico ou seja, há uma valorização dos exames em algo que absolutamente eles não possuem que é a dimensão do cuidado, da proteção. A gestante adolescente consulta agora em dois locais simultaneamente, na unidade de saúde e no serviço de referência, embora não tenha nenhuma indicação para tal, havendo uma duplicidade e um exagero de ações em saúde.

Cunha (2005), ao abordar os caminhos para a construção da clínica ampliada, afirma que a clínica, como todo saber, trabalha com uma ontologia, uma generalização, que, como tal, tende a ser parcial em toda situação singular, ocorrendo uma classificação das doenças em relação ao sujeito doente. Este nunca será totalmente compreendido por um diagnóstico, por mais amplo que ele seja e muito menos ainda por um diagnóstico de uma lesão orgânica. É necessário, portanto, irmos além da padronização medicalizante e caminharmos no sentido da construção de um projeto terapêutico que leve em conta a individualidade dos sujeitos.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa não permite generalizações e nem uma representatividade diante da imensa diversidade da realidade brasileira, já que foi realizada em um único município, com uma amostra de tamanho pequeno. No entanto, a análise dos dados coletados amplia o conhecimento de como é vivenciada a gravidez na adolescência e de como ela é sentida pelos trabalhadores em saúde e nos permitem algumas considerações.

Investigou-se o atendimento de gestantes adolescentes, usando a perspectiva de gênero como marcador de equidade na atenção primária. Descreveu-se o que pensam os profissionais de saúde da Estratégia de Saúde da Família sobre a gravidez na adolescência, como eles atendem estas gestantes e quais as vivências das adolescentes sobre a gravidez.

As equipes de saúde em sua vida acadêmica recebem hegemonicamente uma formação técnica, biológica, “científica”. No entanto, na prática do dia a dia, como produtores do cuidado, estes trabalhadores se encontram com uma diversidade de sujeitos que trazem consigo suas crenças, seus valores, suas visões de mundo e suas histórias de vida. Os profissionais sentem-se impotentes diante da gravidez na adolescência, pois a formação e a capacitação que recebem não traz a compreensão desta realidade. Muitas das decisões tomadas pelos profissionais, tidas como exclusivamente técnicas são na verdade influenciadas pelos preconceitos de classe e estereótipos vigentes, como os de gênero.

Em geral, este atendimento técnico, desconsidera as nuances que extrapolam o biológico, além de ser padronizado o mesmo atendimento indiferenciado para as grávidas de todas as faixas etárias, embora os profissionais reconheçam que as gestantes adolescentes possuam demandas específicas. Percebe-se que em alguns momentos as equipes culpabilizam a adolescente e a “desestrutura” familiar pela gravidez, mas avaliam pouco o seu trabalho e a ineficácia ou ausência de ações de prevenção e de discussão dos direitos sexuais e reprodutivos desta população. A gravidez na adolescência é tida muitas vezes como fruto de uma mãe adolescente que agiu com irresponsabilidade.

Os profissionais concebem a adolescente como alguém que não estaria preparada para engravidar e cuidar de um filho, não só pela imaturidade biológica do corpo como também pela imaturidade emocional e pela instabilidade financeira. Ela seria um fato que acarreta perdas para a adolescente, como o abandono dos estudos, o que significaria prejuízos para a sua escolaridade comprometendo assim o seu futuro profissional. Há, portanto, para os profissionais, uma associação entre gravidez na adolescência e riscos para a sua saúde e perdas na sua vida.

Ao contrário do que ocorre no meio dos trabalhadores em saúde, entre as adolescentes há uma percepção positiva sobre a implicação da gravidez na vida amorosa e em suas identidades. Na falta de melhores condições sociais, educação e de oportunidades, e inseridas em uma cultura cujas prescrições de gênero ainda valorizam sobremaneira os papéis tradicionais de esposa e mãe, a maternidade se configura nas classes populares como um projeto de vida.

A adolescência é uma construção social que traz consigo realidades simbólicas, que são vivenciadas de maneiras diferentes variando conforme o contexto sociocultural da população em que a adolescente está inserida. A gravidez na adolescência não é um problema em si, mas sim o contexto de iniquidades que a produz e reproduz.

No entanto, na revisão de literatura deste estudo, percebeu-se que de um modo geral, há ainda uma pequena compreensão sobre os impactos da gravidez na vida profissional, na educação e nos projetos de vida destas adolescentes.

Faz-se necessário construir uma base de conhecimentos sobre igualdade de gêneros, desenvolvendo, avaliando e ampliando intervenções transformadoras das atuais relações de gênero assimétricas.

Uma abordagem ampla da gravidez na adolescência teria a capacidade de fomentar processos de diminuição de desigualdades econômicas, além de atingir outras metas de desenvolvimento que são fundamentais e estão previstas nos textos das políticas públicas na área da saúde e adolescência como visto em capítulo anterior. Isto seria fundamental não só para o avanço dos direitos de saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes de ambos os sexos, mas também nas áreas de política social, saúde e educação.

A associação entre diferenças estruturais das áreas urbanas e vulnerabilidade social com gestação na adolescência, reforça a ideia de que a gravidez nesta faixa etária é um fenômeno de reprodução social, complexo, multicausal que está relacionada diretamente às condições sociais e de gênero. Consequentemente, os sentidos da maternidade nestas populações de baixa renda estão vinculados ao papel social da mulher que nestes extratos sociais ainda é majoritariamente o cuidado da casa e da educação dos filhos. Frente às limitadas possibilidades de se emanciparem economicamente, para muitas adolescentes a maternidade é um caminho para ingresso na vida adulta.

As escolhas das adolescentes refletem os desafios impostos pelas poucas oportunidades que lhes são oferecidas. Uma alternativa que vislumbramos a partir deste estudo, seria a criação com a ajuda dos poderes públicos, de espaços além da escola, que possibilitem uma maior socialização dos adolescentes, onde possam desenvolver suas potencialidades, ampliando sua visão de mundo e perspectivas. Centros comunitários ou outros locais que possibilitem a prática de esportes, atividades culturais, festivais de dança, música, teatro, cinema ou literatura entre outras formas de expressão artística, poderiam ser espaços de afirmação, de construção de novas identidades e de significado social.

Outra necessidade é a melhoria da qualidade de ensino que passa necessariamente também pela valorização da carreira docente. Escolas e professores podem ser veículos importantes de produção de conhecimento. É necessária uma educação de qualidade vinculada a oportunidades de emprego e renda, de tal forma que a educação seja percebida como um caminho importante na vida das adolescentes. Pouca escolaridade significa participação no mercado de trabalho em subempregos ou em empregos de baixa remuneração ou ainda, a permanência como donas de casa, ficando dependentes economicamente de seus maridos o que contribui para a assimetria de gêneros. Alguns estudos abordam as implicações da gravidez na adolescência e trajetória escolar. ALMEIDA, AQUINO e BARROS (2006), apontam que a gravidez e filhos foram os principais motivos citados pelas mulheres grávidas para o abandono da escola. As mulheres grávidas têm a sua caminhada escolar afetada pela gravidez de três maneiras diferentes: tornam-

se pouco assíduas, interrompem ou abandonam a escola. Para os homens, o motivo determinante é o trabalho.

Fatores objetivos, tais como a responsabilidade desproporcional e não remunerada nos cuidados da criança, comprometem a escolaridade das adolescentes e devem ser enfrentados.

Paralelamente as melhorias na educação, a oferta de creches deve ser aumentada para dar este apoio na educação das mães adolescentes. As mães que estudam e não exercem atividades fora do domicílio também devem ser contempladas com o suporte de creches. Fundamental seria também a distribuição de bolsas de estudo para estas mães.

Uma boa qualidade do atendimento de pré-natal de uma unidade de saúde exige que se considerem aspectos específicos da adolescência, bem como as situações de risco e vulnerabilidade das adolescentes grávidas. Isto resultaria em um acompanhamento periódico muito além dos cuidados biomédicos e das orientações sobre os cuidados com o bebê.

Os atendimentos de pré-natal poderiam incluir também a presença dos homens nas consultas, bem como visitas domiciliares. Isto poderia ampliar o papel dos homens nos cuidados de pré-natal e com a criança que nascerá. Nas falas das gestantes entrevistadas, elas tomam para si o cuidado da criança que vai nascer, com se isto fosse uma tarefa naturalmente destinada às mulheres. Os homens estão mais para provedores do que para cuidadores. Programas de cuidados pré-natais que abordem o papel da paternidade e os cuidados compartilhados da criança podem ser uma grande oportunidade para envolver os homens na construção de relações de gênero mais igualitárias. No entanto, avanços na legislação são também necessários como, por exemplo, a ampliação da licença paternidade. As mudanças na legislação poderiam ser tensionadoras de avanços nas práticas igualitárias de gênero.

É importante que exista uma abertura, um pensar sobre novas práticas, podendo para isso, ancorar-se nos documentos existentes das políticas públicas de saúde dos adolescentes, que propõem ações e estratégias organizadas em rede, para a redução das iniquidades e a promoção de saúde, respeitando-se as diversidades, com a intenção de diminuir o impacto da gravidez na adolescência.

A gravidez na adolescência é uma questão de natureza complexa, multicausal e transversal. Demanda-se uma abordagem integrada que envolva vários seguimentos institucionais tanto a nível municipal e estadual, quanto da federação, sendo necessária uma coordenação de esforços para iniciar as mudanças.

Entre esses esforços poderíamos citar o desenvolvimento de atividades e programas que envolvam uma educação sexual abrangente nas unidades de saúde, e em ambientes escolares e não escolares, de uma maneira significativa para a vida dos adolescentes, longe do enfoque moral e estigmatizante. A subjetividade de cada sujeito e o seu contexto social dever ser levado em consideração nas atividades educativas, já que cada sujeito possui uma singularidade que é influenciada pelo contexto social no qual ele está inserido. O planejamento das atividades locais bem como a sua realização, poderia contar com a ajuda dos próprios adolescentes. Isto aumentaria o envolvimento do público alvo e possibilitaria uma relação mais horizontalizada. Desta maneira se mudaria a lógica onde o profissional de saúde é detentor do conhecimento, o que limita as trocas de saberes.

Faz-se necessário desenvolver intervenções que possam possibilitar transformações das relações entre os adolescentes, através de uma reflexão crítica sobre as prescrições de gênero estabelecidas em nossa sociedade. Deve-se priorizar uma educação sexual a partir da equidade de gênero nas escolas e fora delas, estimulando discussões sobre relacionamentos e direitos sexuais reprodutivos, de uma maneira significativa para a vida dos adolescentes, além de desenvolver atividades com os familiares e também com todas as forças representativas da comunidade, tais como, associações de bairro, pastorais e igrejas, de forma a estimular o debate. Durante a realização do trabalho de campo, observamos a forte presença destas instituições evangélicas na comunidade. Embora não tenha sido motivo deste estudo, sabemos que as religiões constituem-se também em um dos determinantes das prescrições de gênero (SOUZA, 2006).

Os profissionais de saúde devem ter espaços de educação permanente para atenderem estas gestantes de forma não discriminatória ou prescritiva, já que a iniquidade não ocorre somente nas dificuldades de acesso aos serviços.

Importante seria desenvolver novos modelos de atenção em saúde, que ampliassem a autonomia e a capacidade de intervenção das pessoas sobre suas próprias vidas. Para CAMPOS (2003), o trabalho das equipes de saúde “deve apoiar os usuários para que ampliem sua capacidade de se pensar em um contexto social e cultural”. Para ele, “isto poderia ser realizado tanto durante as práticas clínicas quanto as de saúde coletiva”.

A Norma Operacional Básica sobre Recursos Humanos do Sistema Único de Saúde (NOB/RH-SUS), afirma que a qualidade da atenção à saúde está relacionada com a formação de pessoal específico, que disponha do domínio tanto de tecnologias para a atenção individual de saúde, quanto para a saúde coletiva CECCIM (2004).

As instituições de ensino deveriam apostar na mudança dos currículos dos cursos da área de saúde, valorizar compromissos éticos e políticos dos profissionais com a população atendida. Na formação, o conceito de saúde deve ser ampliado, utilizando para isso outras áreas de conhecimento como filosofia, sociologia, antropologia, psicologia, ciência política, economia, políticas de saúde além de questões de gênero, raça e práticas não convencionais (BRASIL, 2005 c).

Em última instância é necessário que a lógica de formação dos profissionais da área da saúde esteja pautada pelos princípios do Sistema Único de Saúde e não pela lógica de mercado.

As prescrições de gênero estão arraigadas em nossa sociedade, promotoras de desigualdades, não podem ser mudadas em curto prazo. No entanto esta mudança é possível, e para isso é necessário promover o empoderamento das adolescentes não só dentro dos relacionamentos afetivos, mas também em outras aspirações como trabalho, estudo, emprego e renda que significariam uma maior autonomia financeira. Em última instância, trata-se da construção da autonomia (MOSEDALE, 2005).

Esta perspectiva de gênero tem sido uma importante norteadora na elaboração de políticas públicas. O empoderamento é visto aqui como a expansão da liberdade de escolha, melhoria das condições para a tomada de decisões e controle sobre suas vidas. Promove autoconfiança e maior autonomia, fazendo com que as mulheres se sintam mais respeitadas na comunidade. Políticas públicas como o Programa de Transferência de Renda-

O Bolsa Família (BRASIL, 2004b) tem sido um importante fator de empoderamento das mulheres. No entanto, isto ocorre parcialmente, fazendo-se necessário uma conexão com atividades educacionais e produtivas, geradoras de emprego e renda. (MOREIRA, LIMA e LOPES, 2011; MOREIRA et al., 2012).

É de suma relevância ressaltar que para isso aconteça, é necessário que as políticas e programas de governo tanto em nível federal e estadual, tenham o apoio e o compromisso dos gestores e atores municipais no âmbito local para desencadear e sustentar tais mudanças.

Portanto, retomando algumas considerações mais significativas deste estudo, observa-se a importância dos estudos de gênero, que poderão contribuir para a identificação de preconceitos e estereótipos que moldam a relação entre os profissionais de saúde e as usuárias dos serviços. Busca-se que os profissionais sejam desafiados a uma prática clínica que não seja segregadora ou promotora de iniquidades. Que as ações sejam pautadas por práticas não discriminatórias e busquem a integralidade do ser humano. Espera-se ainda, que as adolescentes tenham seus direitos sexuais e reprodutivos respeitados e que esses sejam balizadores das ações das equipes de saúde.

## 7 REFERÊNCIAS

ABRAMO, H. W. Considerações sobre a tematização social da juventude no Brasil. **Revista Brasileira de Educação**, número especial: Juventude e Contemporaneidade. São Paulo, ANPED/PUC- SP, mai/jun/jul/ago 1997. Disponível em: [http://anped.org.br/rbe/rbedigital/RBDE05\\_6/RBDE05\\_6\\_05\\_HELENA\\_WENDEL\\_ABRAMO.pdf](http://anped.org.br/rbe/rbedigital/RBDE05_6/RBDE05_6_05_HELENA_WENDEL_ABRAMO.pdf) Acesso em: julho de 2014.

ALMEIDA, A. F. F. **De menina a mãe adolescente**: uma construção da vulnerabilidade de gênero. Campo Grande: Ed. UFMS. 1999.

ALMEIDA, M. C. C.; AQUINO, E. M. L. e BARROS, A. P. Trajetória escolar e gravidez na adolescência entre jovens de três capitais brasileiras. **Cad. Saúde Pública**. 2006, vol.22, n.7, pp. 1397-1409.

AMARANTE, A. G. M.; SOARES C.B. Adolescência no SUS: uma revisão bibliográfica. **Rev Bras Crescimento Desenvolvimento Humano**. 2007;17(3):154-9.

AQUINO, E. M. L.; ALMEIDA, M. C. C.; ARAUJO, M. J.; MENEZES, G. Gravidez na Adolescência: a heterogeneidade revelada. In HEILBORN, M.L. et al (org). **O Aprendizado da Sexualidade**. Reprodução e Trajetórias Sociais de jovens Brasileiros. Rio de Janeiro: Ed. Garamond e Fiocruz. 2006.

AQUINO, E. M. L.; HEILBORN, M. L.; KNAUTH, D. R.; BOZON, M.; ALMEIDA, M. C. C.; ARAUJO, M. J.; MENEZES, G. M. S. Adolescência e reprodução no Brasil: a heterogeneidade dos perfis sociais. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, vol 19 (Supl 2) 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v19s2/a19v19s2.pdf> Acesso em julho de 2014.

AYRES, J. R. C. M. et . al **Adolescência e aids**: avaliação de uma experiência de educação preventiva entre pares. Interface Comunic, Saúde, Educ, vol7, n12, p.123-38, fev 2003 Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v7n12/v7n12a08.pdf> 2003 Acesso em julho de 2014.

BANDEIRA, L. Avançar na transversalidade da perspectiva de Gênero nas Políticas Públicas. **Secretaria Especial de Políticas para as mulheres**, 2005. Disponível em: [http://www.trabalho.gov.br/data/files/FF8080812BAFFE3B012BCB0932095E3A/integra\\_publ\\_lourdes\\_bandeira.pdf](http://www.trabalho.gov.br/data/files/FF8080812BAFFE3B012BCB0932095E3A/integra_publ_lourdes_bandeira.pdf).

BARATA, R. B. **Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2009.

BARBOSA, R. H, S.; GIFFIN, K. Juventude, saúde e cidadania: uma pesquisa-ação com jovens da Maré. **Cad Saúde Colet**. 2005;13(3): 649-72.

BOZON, M.; HEILBORN, M. L. Iniciação à Sexualidade: Modos de Socialização, Interações de Gênero e Trajetórias Individuais. In HEILBORN, M.L. et al (org). **O Aprendizado da Sexualidade: Reprodução e Trajetórias Sociais de jovens Brasileiros**. Rio de Janeiro: Ed. Garamond e Fiocruz, 2006.

BRANDÃO, E. R. Gravidez na Adolescência: Um Balanço Bibliográfico. In HEILBORN, M. L. et al. (org). **O Aprendizado da Sexualidade: Reprodução e Trajetórias Sociais de jovens Brasileiros**. Rio de Janeiro: Ed. Garamond e Fiocruz, 2006.

BRASIL. **LEI Nº 8.069, DE 13 DE JULHO DE 1990**. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília, 1990 Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/8069.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/8069.htm). Acesso em out. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**. Brasília, 2004a.

BRASIL. **LEI No 10.836, DE 9 DE JANEIRO DE 2004**. Cria o Programa Bolsa Família e dá outras providências. Brasília, 2004b Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2004/lei/110.836.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/lei/110.836.htm) Acesso em agosto de 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde integral de adolescentes e jovens: orientações para a organização de serviços de saúde**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005a. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_adolescentes\\_jovens.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_adolescentes_jovens.pdf) Acesso em junho de 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos: uma prioridade do governo**. Brasília. 2005b. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha\\_direitos\\_sexuais\\_reprodutivos.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_direitos_sexuais_reprodutivos.pdf) Acesso em julho de 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Princípios e diretrizes para a gestão do trabalho no SUS (NOB/RH-SUS)**. 3ª Ed. Brasília: Ministério da Saúde. 2005c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Marco teórico e referencial: saúde sexual e saúde reprodutiva de adolescentes e jovens**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/07\\_0471\\_M.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/07_0471_M.pdf) Acesso em agosto de 2014.

BRASIL. **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006**: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança. Ministério da Saúde. Brasília. 2009. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/pnds/index.php> Acesso em agosto de 2014.

BRASIL. **Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde**. Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes\\_nacionais\\_atencao\\_saude\\_adolescentes\\_jovens\\_promocao\\_saude.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_atencao_saude_adolescentes_jovens_promocao_saude.pdf) Acesso em agosto de 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de Atenção Básica**. Departamento de Atenção Básica-Brasília. Editora do Ministério da Saúde, 2012 a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco**. Cadernos de Atenção Básica, nº 32. Editora do Ministério da Saúde 2012 b.

BURSZTYN, I.; RIBEIRO, J. M. **Avaliação participativa em programas de saúde**: um modelo para o Programa de Saúde do Adolescente. Cad Saúde Publica. 2005; 21(2):404-16.

CAMARGO JÚNIOR, K. R. A Medicina Ocidental Contemporânea. In. LUZ, M. T.; BARROS, N. F (Org). **Racionalidades Médicas e Práticas Integrativas em Saúde**. Estudos Teóricos e Empíricos. Rio de Janeiro. ABRASCO. 2012

CAMPOS, G. W. S. Paidéia e modelo de atenção: um ensaio sobre a reformulação do modo de produzir saúde. **Olho Mágico**. v. 10, n. 2, p. 7-14,abr./jun. 2003.

CAPRA, F. **O Ponto de Mutação**. São Paulo: Cultrix, 2006.

CECCIM, R. B. Equipe de saúde: perspectiva entre disciplinar na produção dos atos terapêuticos. In. PINHEIRO, R.; MATTOS. R. A. **Cuidado**: as fronteiras da integralidade. 3º ed. Rio de Janeiro: IMS/ Uerj/ABRASCO,2006.p 259-278.

CECCIM, Ricardo Burg; FEUERWERKER, L. C. M. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41- 65, 2004.

CECILIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção á saúde. In. PINHEIRO,R et al (org). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro;IMS/UERJ-ABRASCO. 2001, p 113-126.

CONCHÃO, S. **Masculino e Feminino**. A Primeira Vez. São Paulo: Hucitec, 2011.

COSTA, A. M. Política de Saúde Integral da Mulher e Direitos Sexuais Reprodutivos. In. GIOVANELLA, L. et al. (org). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro. 2012, p 979 – 1009.

CUNHA, G. T. **A Construção da Clínica Ampliada na Atenção Básica**. São Paulo: Hucitec, 2005.

DAL'IGNA, M. C. Grupo Focal na Pesquisa em Educação: passo a passo teórico- metodológico. In. MEYER, D. E; PARAISO, M. A. (Org). **Metodologia de Pesquisa Pós-Crítica em Educação**: Mazza Edições; Belo Horizonte, 2012.

DAMIANI, M. F. Discurso pedagógico e fracasso escolar. In. **Ensaio**: avaliação e políticas públicas em educação, 14(53), 457 a 458. 2006.

DATASUS. Ministério da Saúde. **Informações de Saúde**. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0203&VObj=http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sih/cnv/fr>. Acesso em novembro de 2014.

DURÃES-PEREIRA, M. B. B. B.; NOVO, N. F. e ARMOND, J. E. (2007). “A escuta e o diálogo na assistência ao pré-natal, na periferia da zona sul, no município de São Paulo”. **Ciência e Saúde Coletiva**, 12(2), pp. 465-476.

FÁVERO, M. H. **Psicologia do Gênero**: psicobiografia, sociocultural e transformações. Curitiba: Ed. UFPR, 2010.

FERREIRA, M. G. C. et. al. Análise espacial da vulnerabilidade social. In. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 28(2):313-323, fev, 2012.

FLEXNER, A. **The Flexner Report. 1910**. Disponível em: [www.carnegiefoundation.org/elibrary/docs/flexnereport.pdf](http://www.carnegiefoundation.org/elibrary/docs/flexnereport.pdf) Acesso em setembro de 2013.

FONSECA, R. M. G. S. Equidade de gênero e saúde das mulheres. In. **Rev Esc Enferm**. USP. 2005; 39 (4):450-9.

FOUCAULT, Michel. **O Nascimento da Clínica**. 5ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1998.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. A Produção Imaginária da Demanda e o Processo de Trabalho em Saúde. In. PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (org). **Construção Social da Demanda**. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ: ABRASCO, 2005.

FROMM, E. A. **Arte de Amar**. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

GONÇALVES, H. S.; GARCIA, J. Juventude e sistema de direitos no Brasil. In. **Psicol Cienc Prof**. 2007; 27(3): 538-53.

GONTIJO, D. T.; MEDEIROS, M. “Tava morta e revivi”: significado de maternidade para adolescentes com experiência de vida nas ruas. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 24(2):469-472, fev, 2008.

HAAG, C. Brasil em transição demográfica. In. **Revista Pesquisa Fapesp**. n 192. 27 Fev 2012. Disponível em <http://revistapesquisa.fapesp.br/2012/02/27/brasil-em-transi%C3%A7%C3%A3o-demogr%C3%A1fica/> Acesso em julho 2014.

HEILBORN, M. L. et al (org). **O Aprendizado da Sexualidade**: reprodução e trajetórias sociais de jovens brasileiros. Rio de Janeiro: Ed. Garamond e Fiocruz, 2006.

HEILBORN, M. L. Experiência da Sexualidade, Reprodução e Trajetórias Biográficas Juvenis. In. HEILBORN, M.L. et al. (org) **O Aprendizado da Sexualidade**: Reprodução e Trajetórias Sociais de jovens Brasileiros. Rio de Janeiro: Ed. Garamond e Fiocruz, 2006b p. 29.

HEIMANN, L. S.; MENDONÇA, M. H. A Trajetória da Atenção Básica em Saúde e do Programa de Saúde da Família no SUS: Uma Busca de Identidade. In. LIMA, N.T.; et al (org). **Saúde e Democracia**: história e perspectiva do SUS. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005. cap 15, p. 481-502.

HORTA, N. C.; LAGE, A. M. D.; SENA, R. R. Produção científica sobre políticas públicas direcionadas para jovens. In. **Rev Enferm**. 2009; 7(4): 538-43.

IBGE, Pirâmide Etária. Brasil. **Censo 2010**. Brasília. 2010c. Disponível em [http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/webservice/frm\\_piramide.php?](http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/webservice/frm_piramide.php?) Acesso em outubro de 2013.

IBGE, Pirâmide Etária. Charqueadas-RS. **Censo 2010**. Brasília. 2010a. Disponível em [http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/webservice/frm\\_piramide.php?codigo=430535&corhomem=3d4590&cormulher=9cdbfc](http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/webservice/frm_piramide.php?codigo=430535&corhomem=3d4590&cormulher=9cdbfc) .Acesso em outubro de 2013.

IBGE. **Sistema Nacional de Informações de Gênero 2010**. Brasília. 2010b. Disponível em: <http://saladeimprensa.ibge.gov.br/noticias?view=noticia&id=1&busca=1&idnoticia=2747> Acesso em novembro de 2014.

KNAUTH, D.; HEILBORN, M. L.; BOZON, M.; AQUINO, E.M.L. Sexualidade Juvenil: Aportes para as Políticas Públicas. In. HEILBORN, M.L. et al (org). **O Aprendizado da Sexualidade**: reprodução e trajetórias sociais de jovens brasileiros. Rio de Janeiro: Ed. Garamond e Fiocruz, 2006.

LEÃO, Ennio, et al. **Pediatria Ambulatorial**. 5 Ed. Belo Horizonte: Coopmed Editora Médica, 2013.

LERVOLINO, S.; PELICIONI, M. C. A utilização do grupo focal como metodologia qualitativa na promoção da saúde. **Revista da Escola de Enfermagem**, São Paulo, v, 35, n.2, p. 115-121, 2001.

LEVANDOWSKI, D. C. Mamãe, eu acho que estou... ligeiramente grávida! Uma reflexão sobre a gravidez na adolescência. In. WAGNER, A. et al: **Desafios Psicossociais da Família Contemporânea**. Porto Alegre: Artmed, 2011.

LOBATO, L. V. C. et al. Sistemas de saúde: origens, componentes e dinâmica. In. GIOVANELLA, L. et al (org). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012, p, 89-120.

LONGO, L. F.B.; RIO NETO, E. (1998). Virgindade matrimonial e iniciação sexual: uma análise temporal. In. **XI Encontro Nacional de estudos populacionais**. Caxambu, ABEP. Disponível em <http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/anais/PDF/1998/a131.pdf>

LOURO, G. L. Gênero, sexualidade e educação: das afinidades políticas às tensões-metodológicas. In. **Educação em Revista**. Belo Horizonte, nº 46, p. 201-218, 2007. Disponível em: [www.scielo.br/pdf/edur/n46/a08n46](http://www.scielo.br/pdf/edur/n46/a08n46) Acesso em setembro de 2014.

LOURO, G. L. **Gênero, sexualidade e educação**: Uma perspectiva pós-estruturalista. Petrópolis: Vozes, 2003.

LUZ, M. T. Natural, Racional, Social. **Razão Médica e racionalidade Científica Moderna**. 2ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

MEIRELLES, Z. V.; RUZANY, M. H. Tráfico de Drogas, Masculinidades, Relação de Gênero e Risco de DST/AIDS . In. **Rev. Adolescência e saúde**. Vol.6 n1 abril. 2009.

MENEGHEL, S. N. (org) & FERLA, A.A. (coords). Equidade de gênero como marcador de integralidade na atenção básica. **Projeto de pesquisa**, financiado pelo CNPq em desenvolvimento na Escola de Enfermagem/UFRGS, 2013.

MENEGHEL, S. N. (org). **Rotas Críticas**: ferramentas para operar gênero. Santa Cruz do Sul: Ed UNISC, 2009.

MENEGHEL, S. N. et al (org). **Humanização Gênero Poder**. Rio de Janeiro: Fiocruz; Campinas: Mercado de Letras, 2012.

MINAYO, M. C. **O Desafio do Conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 12 Ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: ABRASCO, 2010.

MOREIRA, N. C. et al. Empoderamento das mulheres beneficiárias do Programa Bolsa Família na percepção dos agentes dos Centros de Referência de Assistência Social. **RAP**, Rio de Janeiro, v. 46, n. 2, p. 403-23, 2012.

MOREIRA, N. C.; LIMA, A. A. T. de F de C.; LOPES, M. F.. Dimensões do Empoderamento das Mulheres Beneficiárias do Programa Bolsa Família. In. **XXXV Encontro da ANPAD**. Rio de Janeiro. 2011. Disponível em: <http://www.anpad.org.br/admin/pdf/APB2233.pdf> Acesso em outubro de 2013.

MOSEDALE, S. Policy arena. Assessing women's empowerment: Towards a conceptual framework. **Journal of International Development**, 17, 243-257. 2005.

MUSTAFÁ, S, A. et al. Onfalocele: Prognóstico Fetal em 51 Casos com Diagnóstico Pré-Natal. In. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetricia**. 2001. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v23n1/4043.pdf> Acesso em setembro 2014.

NETO, F. R. G. X.; DIAS, M. S. A.; ROCHA, J.; CUNHA, I. C. K. O. C. Gravidez na adolescência: motivos e percepções de adolescentes. In. **Rev Bras Enferm**, Brasília 2007 maio-jun; 60(3): 279-85.

OLIVA, J.C. G. A., KAUCHAKJE, S. As políticas sociais públicas e os novos sujeitos de direitos: crianças e adolescentes. In. **Rev Katálisis**. 2009; 12(1):23-31.

OLIVEIRA, A. P. G., MILNITSKY-SAPIRO, C. Políticas públicas para adolescentes em vulnerabilidade social: abrigo e provisoriedade. In. **Psicol Cienc Prof**. 2007; 27(4): 622-35.

OLIVEIRA R. C. Adolescência, gravidez e maternidade: a percepção de si e a relação com o trabalho. In. **Saúde Soc**. 2008; 17: 93-102.

OPAS. Organização Pan-Americana de Saúde. **Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas**. Brasil: Organização Panamericana de Saúde, 2008.

OSTERMANN, A. C, MENEGHEL, S. N. **Humanização, gênero, poder: estudos de fala em interação na atenção à saúde**. Rio de Janeiro: Mercado de letras; Ed. FIOCRUZ, 2012.

PAGLIOSA, F. L.; ROS, M. A. D. **O Relatório Flexner: Para o Bem e Para o Mal**. Revista Brasileira de Educação Médica. Vol 32, n 4. 2008. Disponível em: [www.scielo.br/pdf/rbem/v32n4/v32n4a12.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rbem/v32n4/v32n4a12.pdf) Acesso em julho de 2014.

PAIXÃO, A. C. W.; DESLANDES, S. F. Análise das políticas públicas de enfrentamento da violência sexual infanto-juvenil. In. **Saúde Soc**. 2010; 19(1): 114-26.

PUSTAI, O. J. O Sistema de Saúde no Brasil. In. DUNCAN, B.B.; SCIMIDT, M.I.; GIULIANI, E.R.J. **Medicina Ambulatorial: Conduas de Atenção Primária Baseada em Evidências**. 4ª Ed. Porto Alegre: Art Méd, 2013. cap 2, p. 10-19.

ROCHA MC. Juventudes: apostando no presente. In. **Imaginário**. 2006; 12(12): 205-23.

SAFFIOTI, H. I. B. **Gênero e Patriarcado**. PUC-SP, 1999. [mimeo].

SCHOR, N.; FRANCA, A. P.; SIQUEIRA, A. A. P.; PIROTTA, K. C. M.; ALVARENGA; A. T. Adolescência: Vida Sexual e Anticoncepção. In **XI Encontro Nacional de Estudos Populacionais**. Caxambu, ABEP. Disponível em <http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/anais/PDF/1998/a130.pdf>

SCHRAIBER, L. B. et al. Violência de gênero no campo da Saúde Coletiva: conquistas e desafios. In. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 4, p. 1019-1027, 2009.

SCOTT, J. Gênero: categoria útil de análise histórica. In. **Educação e realidade**. Porto Alegre, v. 20, n. 2, p. 71-99, 1995.

SENA FILHA, V. L. M.; CASTANHA, A. R. (2014). Profissionais de unidades de saúde e a gravidez na adolescência. In. **Psicologia & Sociedade**, 26(n. spe.), 79-88.

SILVEIRA, Maria Lucia. Iniquidades no Atendimento à saúde ligadas a gênero: o caso das mulheres. In ADELMAN, M.; SILVESTRIN, C. B. (Org). **Gênero Plural**. (Coletânea). Curitiba: Ed. UFPR, 2002.

SOUZA, D. S. (org). Gênero e Religião no Brasil: ensaios feministas. São Paulo, Metodista, 2006.

SOUZA, M. M. C. A Maternidade nas mulheres de 15 a 19 anos como desvantagem social. In VIEIRA, E. M.; FERNANDES, M.E.L.; BAILEY, P. E.; MCKAY, A. (Org). **Seminário Gravidez na Adolescência**. São Paulo. Associação Saúde da Família. 1998. Disponível em <http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/anais/PDF/1998/a167.pdf> Acesso em julho de 2014.

SPOSITO, M. P.; CARRARO P. C. R. Juventude e políticas públicas no Brasil. In. **Rev Bras Educ**. 2003; s/v(24): 16-39.

SPOSITO, M. P.; SILVA, H. H. C; SOUZA N. A. Juventude e poder local: um balanço de iniciativas públicas voltadas para jovens em municípios de regiões metropolitanas. In. **Rev Bras Educ**. 2006; 11(32): 238-71.

STARFIELD, B.; A Atenção Primária: **Equilíbrio Entre Necessidades de Saúde, Serviços e Tecnologia**. Brasília: Unesco-Ministério da Saúde, 2002.

TAKEDA, S. A Organização de Serviços de Atenção Primária à Saúde. In. DUNCAN, B. B.; SCIMIDT, M. I.; GIULIANI, E. R. J. **Medicina Ambulatorial: Condutas de Atenção Primária Baseada em Evidências**. 3 Ed. Porto Alegre: Art Méd, 2004. cap 6, p. 76-87.

TEIXEIRA, S. C. R.; SILVA, L. W. S.; TEIXEIRA, M. A. Políticas públicas de atenção às adolescentes grávidas: uma revisão bibliográfica. In. **Adolescência e saúde**.v.10.n 1.p.37-44, jan/mar 2013.

TESSER, C. D. Medicalização Social II: Limites Biomédicos e propostas para a Clínica na Atenção Básica. In. **Interface -Comunic., Saúde, Educ.**, v.10, n.20, p.347-62, jul/dez 2006b. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v10n20/06.pdf> Acesso em Julho de 2014.

TESSER, C. D; NETO, P. P; CAMPOS, G. W. S; Acolhimento e (des)medicalização social:um desafio para as equipes de saúde da família. In.

**Ciência e Saúde Coletiva**, 15 (Supl. 3): 3614-3624, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csc/v15s3/v15s3a36.pdf> Acesso em Julho de 2014.

TESSER. C. D. Medicalização Social I: O Excessivo Sucesso do Epistemicídio Moderno na Saúde. In. **Interface -Comunic., Saúde, Educ.**, v.10, n.19, p.61-76, jan/jun 2006a. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v10n19/a05v1019.pdf> Acesso em Julho de 2014.

VELOSO, E. B. A Mudança do Processo de Trabalho Pelo Acolhimento em Uma Unidade de Saúde da Família. **Monografia** (Especialização em Saúde Pública). Escola Estadual de Saúde Pública do Rio Grande do Sul/ Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Porto Alegre, 2009. [mimeo]

VIEIRA, E. M; **A Medicalização do Corpo Feminino**. Rio de Janeiro: Fiocruz. 2002.

## APENDICE A: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Acredito ter sido suficientemente informado (a) a respeito das considerações que li, ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo **Atenção de Prenatal em Adolescentes: Um Estudo de Equidade de Gênero.**

Ficaram claros para mim quais são os propósitos, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimento permanente.

Ficou evidente também que a minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia de acesso aos resultados, além de poder esclarecer dúvidas a qualquer tempo. Concordo, voluntariamente, em participar neste estudo. Entretanto, poderei retirar o meu consentimento a qualquer tempo, sem penalidade ou prejuízo, ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido.

\_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura

Nome: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_

Fone: \_\_\_\_\_

e-mail: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura do pesquisador

APENDICE B: ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA  
(GESTANTES GRÁVIDAS)

- 1- Inicialmente eu queria que tu falasses um pouco da tua família, da tua história de vida, onde tu nasceste, onde passastes a tua infância?
- 2- E tu moras com quem? Quem mora na tua casa?
- 3- Eu queria que tu falasses um pouco sobre teu namorado (companheiro, marido). O que ele faz?
- 4- Como que vocês se conheceram?
- 5- Vocês planejaram engravidar, ou vocês foram pegos de surpresa?
- 6- E qual foi a reação de vocês quando souberem que tu estavas grávida?
- 7- Esta gravidez te atrapalhou em algum plano para o futuro, tivestes que interromper alguma coisa que tu já fazias?
- 8- Em algum momento tu pensaste em abortar?
- 9- Tu tens algum medo por estar grávida? Receio, quais as tuas preocupações?
- 10- Como tu te imaginas como mãe? O que tu acha que te espera?
- 11- Quais os teus planos como mãe?
- 12- O que tu vê de positivo em estar grávida? O que tu achas que é bom?
- 13- Quem vai te ajudar quando o nenê nascer?
- 14- No atendimento que recebes na unidade de saúde, alguma vez tu achas que sofreu algum constrangimento/discriminação/repreensão por seres adolescente e estares grávida?
- 15- Tu queres falar alguma coisa que tu achas que é importante e que eu não tenha perguntado? Algo que eu tenha esquecido de perguntar?

## APENDICE C: ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA GRUPOS FOCAIS COM TRABALHADORES EM SAÚDE

- 1- Eu queria perguntar se vocês têm atendido gestantes adolescentes na unidade de saúde e quantas são aproximadamente ?
  
- 2- Vocês poderiam me dizer quais são as características destas gestantes, qual é o perfil delas, se elas têm companheiro, que idade tem, se moram com os pais, se a gravidez foi planejada ou não, se tem outros filhos?
  
- 3- Vocês atendem gestantes adolescentes pertencentes a algum grupo vulnerável, por exemplo, negra, com HIV, com gravidez resultado de violência sexual, drogadição, indígena, moradora de abrigo ou rua?
  
- 4- Vocês acham se existe alguma diferença no atendimento nas equipes das gestantes adolescentes em relação as gestantes não adolescentes?
  
- 5- Como é o atendimento a estas gestantes, anamnese, exame físico, qual é a conduta, para onde são encaminhadas quando necessário, se tem orientações sobre o parto, se tem grupo de gestantes?
  
- 6- Porque vocês acham que as adolescentes engravidam?
  
- 7- A gravidez na adolescência é um problema: Por quê?
  
- 8- Como vocês veem o papel da USF em relação este quadro de gravidez na adolescência?
  
- 9- Qual é a dificuldade que a equipe encontra para trabalhar com o pré-natal de adolescentes? Quais os desafios?
  
- 10- Tem alguma coisa que vocês queiram colocar, que acham importante que eu não tenha perguntado?

