



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA  
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

**MÔNICA CECÍLIA PIMENTEL DE MELO**

**CUIDADO PRÉ-NATAL A ADOLESCENTES SOB O OLHAR  
DA INTEGRALIDADE**

Salvador  
2007

UFBA  
EE

**Mônica Cecilia Pimentel de Melo**  
***Cuidado pré-natal a adolescentes sob o olhar da integralidade***

2007

**MÔNICA CECÍLIA PIMENTEL DE MELO**

**CUIDADO PRÉ-NATAL A ADOLESCENTES SOB O OLHAR  
DA INTEGRALIDADE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção do grau de mestra, na área de concentração Enfermagem na Atenção à Saúde da Mulher

**ORIENTADORA: PROF<sup>a</sup> DR<sup>a</sup> EDMÉIA DE ALMEIDA CARDOSO COELHO**

Salvador  
2007

M528 Melo, Mônica Cecília Pimentel.

Cuidado pré-natal a adolescentes sob o olhar da integralidade / Mônica Cecília Pimentel de Melo. - 2007.

99 f. ; + anexo.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Edméia de Almeida Cardoso Coelho.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal da Bahia, Faculdade de Enfermagem, 2007.

1. Gravidez na adolescência. 2. Cuidado pré-natal. 3. Educação sexual para meninas.  
4. Adolescentes (Meninas) - Comportamento sexual. I. Universidade Federal da Bahia, Faculdade de Enfermagem. II. Coelho, Edméia de Almeida Cardoso. III. Título.

CDU - 618.2-053.6

CDD - 618.083

**MÔNICA CECÍLIA PIMENTEL DE MELO**

**CUIDADO PRÉ-NATAL A ADOLESCENTES SOB O OLHAR DA  
INTEGRALIDADE**

**Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da  
Universidade Federal da Bahia como requisito para obtenção do grau de Mestra em  
Enfermagem na área de concentração Enfermagem na Atenção à Saúde da Mulher**

Aprovada em 27 de abril de 2007

**COMISSÃO EXAMINADORA**

Edméia de Almeida Cardoso Coelho - Orientadora \_\_\_\_\_  
Doutora em Enfermagem  
Professora da Universidade Federal da Bahia

Mariza Silva Almeida \_\_\_\_\_  
Doutora em Enfermagem  
Professora da Universidade Federal da Bahia

Enilda Rosendo do Nascimento \_\_\_\_\_  
Doutora em Enfermagem  
Professora da Universidade Federal da Bahia

*Ao meu pai por fazer-me  
sempre perseverante nos  
momentos mais difíceis.*

## AGRADECIMENTOS

*Primeiramente, a Deus, por permitir mais essa etapa em minha vida.*

*A minha família, principalmente a meu pai, pelos sacrifícios e apoio nas dificuldades.*

*A meu irmão Jota, por me fazer rir nos momentos de angústia.*

*Ao meu parceiro e companheiro de todas as horas, Eduardo Zanazi, pela compreensão e estímulo para seguir sempre em frente.*

*Aos amigos da ESATER pela compreensão e suporte nos momentos difíceis.*

*À Universidade Federal da Bahia, à Escola de Enfermagem e ao corpo de funcionários, em especial, à Ana Cláudia, por propiciarem a oportunidade do meu aprendizado e amadurecimento, enquanto aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem.*

*Ao apoio financeiro da CAPES, através da aquisição de uma bolsa de estudos.*

*À minha orientadora Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Edméia de Almeida Cardoso Coelho, pela competência e sensibilidade em me conduzir pelas trilhas da pesquisa.*

*Às professoras do GEM pelo apoio e incentivo.*

*À Secretaria Municipal de Saúde de Ipirá e aos profissionais de saúde que participaram do estudo, pela confiança e disponibilidade.*

*Às amigas Sílvia, Aline, Tânia e Laura, pela companhia, maior convivência e troca de conhecimentos ao longo da BR 324 na famosa “kombi” de Feira, apelidada carinhosamente pela professora Norma.*

*Às novas amigadas conquistadas, Lucineide, Ninalva, Rosa Cândida, Bárbara e principalmente Ana Jaqueline, pela convivência e troca de conhecimento.*

*“Os primeiros passos são inúteis quando  
não se percorre o caminho até o fim”*  
Shankara



MELO, Mônica Cecília Pimentel de. **Cuidado pré-natal a adolescentes sob o olhar da integralidade.** 2007. 99 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, 2007, Salvador.

## RESUMO

A gravidez na adolescência tem sido considerada um problema de saúde pública, haja vista ser fenômeno crescente, sobretudo entre as adolescentes pobres, sendo associada à falta de oportunidades sociais, no que se inclui a ausência de educação sexual na família, na escola e nos serviços de saúde. Portanto, no pressuposto que o redirecionamento das políticas de saúde na atualidade vem provocando mudanças na qualidade da atenção em saúde, que subentende o cuidado pré-natal com adolescentes, cujas especificidades requerem um olhar mais diferenciado e que à atenção destinada a esse grupo tem se desenvolvido por meio do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)/Programa de Saúde da Família (PSF), principalmente em áreas interioranas, decidimos por uma investigação científica, ao qual tem como objeto o cuidado pré-natal à adolescentes. O estudo busca responder a seguinte questão: Como os(as) profissionais do PACS/PSF vêm concretizando as práticas de cuidado as adolescentes grávidas? O estudo tem como objetivos: analisar os condicionantes da gravidez na adolescência, segundo a visão dos(as) profissionais do PACS/PSF; conhecer o processo de cuidado pré-natal a adolescentes grávidas desenvolvido por profissionais da rede básica de saúde e analisar o cuidado pré-natal a adolescentes, valorizando limites e possibilidades de efetivação da integralidade. Trata-se de um estudo qualitativo com enfoque teórico em gênero e integralidade. Foi desenvolvido em unidades de PACS/PSF, no interior da Bahia com profissionais que cuidam de adolescentes durante a gravidez. O material empírico foi produzido por meio de entrevista semi-estruturada e de observação não-participante em consultas de enfermagem e médicas e mediante visitas domiciliares realizadas por agentes comunitários de saúde. Foi analisado por meio da técnica de análise do discurso, segundo Fiorin, entendendo-se o discurso como uma posição social, cujas formações ideológicas são materializadas na linguagem. À medida que são estudados os elementos discursivos é revelada a visão de mundo dos sujeitos inscritos nos discursos, sendo esta determinada socialmente. A análise revelou que, na visão dos(as) profissionais, a gravidez é utilizada como estratégia de defesa de jovens contra adversidades sociais, buscando uma oportunidade de união com parceiros idealizados como protetores e provedores, reproduzindo, assim, um modelo de mulher-mãe, doméstica e dependente de outrem. No tocante às ações concretas de cuidado às adolescentes grávidas, o trabalho profissional é orientado pelo modelo biomédico, em que as ações de saúde concentram-se, essencialmente, na clínica distanciando-se das necessidades mais amplas das adolescentes. Existem modos diferenciados de perceber o fenômeno da gravidez na adolescência, mas, na prática, todos operacionalizam suas ações pela visão tecnicista. Portanto, o cuidado pré-natal à adolescente, distancia-se da perspectiva da integralidade, na medida em que as(os) profissionais, embora inseridas(os) em programas que valorizam as relações de cuidado, mantêm-se presas(os) às bases de formação, orientadas por sujeições ideológicas a um modelo que nega, às adolescentes grávidas, a oportunidade de serem sujeitos.

**Palavras-Chave:** Gravidez na adolescência. Cuidado pré-natal. Educação sexual para meninas. Adolescentes (Meninas) – Comportamento sexual.

MELO, Mônica Cecília Pimentel. **Prenatal care to the adolescents under the look of the completeness.** 2007. 99 pp. Master dissertation – School of Nursing, Federal University of the Bahia, 2007.

### ABSTRACT

The pregnancy in adolescence has been considered a public health problem, it is seen to be growing phenomenon, especially among poor adolescents, being associated with a lack of social opportunities, it includes the lack of sex education in the family, at school and in services The health. Therefore, the assumption that the redirection of health policies at the present time is causing changes in the quality of care in health, which implies the prenatal care with adolescents, whose specifics require a look more differentiated and that the attention to this group has been developed through the Program of Community Health Agents (PACS) / Program of the Family Health (PSF), mainly in areas, we decided by a scientific research, which is the object as prenatal care to adolescents. The study seeks answer the following question: How do (the) professionals in the PACS / PSF are implementing the practices of care the pregnant teenagers? The study has the following objectives: to analyze the constraints of pregnancy in adolescence, according to the vision of (the) professionals in the PACS / PSF; Knowing the process of prenatal care to pregnant adolescents developed by professionals in the core network and analyze the health care prenatal to adolescents, valuing limits and possibilities of implementation of the whole. This is a qualitative study with focus on gender theory and completeness. It was developed in units of PACS / PSF, in the interior of Bahia with professionals who care for adolescents during pregnancy. The empirical material has been produced by means of semi-structured interview and observation non-participant in the nursing and medical consultations and through home visits conducted by community health agents. It was analyzed by means of technical analysis of speech, according Fiorin, it being understood the speech as a social, ideological formations which are material in the language. As the elements are studied discursive is revealed vision of the world of the subjects enrolled in speeches, which is socially determined. The analysis revealed that, in view of (the) professional, pregnancy is used as a strategy for defense of youth against social adversities, seeking an opportunity for union with partners idealized as protectors and providers, reproducing, thus, a model of woman-mother , domestic and dependent on others. As for the concrete actions of care to pregnant adolescents, the professional work is guided by the biomedical model, in which the actions of health are focusing essentially on the clinical distancing themselves the needs of the wider adolescents. There are different ways to understand the phenomenon of pregnancy in adolescence, but in practice, all organizations for their actions vision technicians. Therefore, the pre-natal care to the teen, away from the perspective of the whole, in so far as (the) professional, although included in (the) programs that enhance relations of care, remain prey to (the) bases training, ideological constraints driven by a model that denies to pregnant adolescents, the opportunity to be subjected.

**Key Words:** Teenage pregnancy. Prenatal care. Sex education for girls. Teenage girls - Sexual behavior.

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACS	Agentes Comunitários de Saúde
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
ESF	Equipe de Saúde da Família
FGTS	Fundo de Garantia de Tempo de Serviço
OMS	Organização Mundial da Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PMI	Programa de Saúde Materno-Infantil
PROSAD	Programa de Saúde do Adolescente
PSF	Programa de Saúde da Família
SINASC	Sistema de Informações de Nascidos Vivos
SUS	Sistema Único de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>11</b>
<b>2 CENÁRIOS MULTIFACETADOS DA GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA .....</b>	<b>17</b>
2.1 ADOLESCÊNCIA : UM CONCEITO HISTORICAMENTE CONSTRUÍDO .....	17
2.2 CARACTERÍSTICAS BIOPSISSOCIAIS E SEXUALIDADE NA ADOLESCÊNCIA	20
2.3 GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA: RELATIVIZANDO O RISCO .....	23
<b>3 METODOLOGIA.....</b>	<b>28</b>
3.1 REFERENCIAL TEÓRICO.....	28
3.1.1 Integralidade e gênero na atenção à saúde.....	28
3.1.2 Integralidade do cuidado como eixo das ações do PACS/PSF .....	33
3.2 CAMINHO METODOLÓGICO .....	39
3.2.1 Tipo de estudo .....	39
3.2.2 Local do estudo .....	39
3.2.3 Sujeitos do estudo .....	40
3.2.4 Produção do material empírico .....	40
3.2.5 Técnica de análise do material empírico .....	42
<b>4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....</b>	<b>45</b>
4.1 PERFIL DOS SUJEITOS DO ESTUDO .....	45
4.2 ADVERSIDADES SOCIAIS COMO CONDICIONANTES DA GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA .....	46
4.3 REPRODUÇÃO DO MODELO CLÍNICO NO CUIDADO A GRÁVIDA ADOLESCENTE .....	54
4.4 RESPONSABILIDADES INSTITUCIONAIS FRENTE AOS LIMITES E POSSIBILIDADES DA INTEGRALIDADE DO CUIDADO ÀS ADOLESCENTES.....	66
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>76</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>79</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>90</b>
APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre Esclarecido .....	91
APÊNDICE B - Roteiro para observação não-participante de consultas - médicas e de enfermagem - e visitas domiciliares das(os) ACS às gestantes adolescentes.....	92
APÊNDICE C - Roteiro para entrevista com os profissionais da equipe de saúde do PACS/PSF – enfermeiras(os) e médicas(os) .....	94
APÊNDICE D - Roteiro para entrevista com ACS do PACS/PSF .....	95
<b>ANEXOS .....</b>	<b>96</b>
ANEXO A - Parecer do Comitê de Ética em pesquisa.....	97
ANEXO B - Solicitação de autorização do estudo.....	98

## 1 INTRODUÇÃO

A luta do movimento feminista em relação à saúde da mulher teve como resposta do Estado brasileiro a criação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) em 1984, em cujas linhas de atenção foram inseridos o planejamento familiar, o pré-natal, a prevenção e o controle do câncer de colo uterino e de mamas, as doenças sexualmente transmissíveis (DST) e a assistência ao parto e ao puerpério, valorizando as especificidades da mulher, da adolescência ao climatério. Sua proposta rompe com a visão tradicional acerca da mulher, sobretudo no âmbito da saúde, na medida em que pretendeu dar atendimento às necessidades de saúde das mulheres, independentemente, da função reprodutora estar sendo exercida ou não. (COSTA, 1999)

Posteriormente, em 1989, foi criado o Programa de Saúde do Adolescente (PROSAD), com uma visão de saúde orientada pela integralidade, dando ênfase ao crescimento e desenvolvimento, sexualidade, saúde oral, saúde mental, saúde reprodutiva, saúde do estudante e prevenção de acidentes, devendo as ações correspondentes serem viabilizadas nos serviços de saúde da rede básica e hospitalar (BRASIL, 1989). Ambos, PAISM e PROSAD aumentaram as provisões do setor público aos serviços oferecidos na área da saúde da mulher, entretanto, a implementação desses programas tem sido comprometida ao longo de duas décadas de sua criação por fatores diversos, incluindo falta de verbas e de cooperação dos governos locais. O modo como são organizados os serviços de saúde os distancia da perspectiva da integralidade da atenção, sendo implementadas ações orientadas, sobretudo pela visão biomédica e voltadas para a população adulta. (COELHO, 2001)

No tocante à gravidez na adolescência, predomina o conceito de risco e vulnerabilidade divulgado pela medicina obstétrica, sem a preocupação com o contexto em que a gravidez acontece, neste incluídos fatores de ordem econômica, social e cultural, em meio aos quais, as relações de gênero se concretizam. Sobressai ainda, no contexto das adolescentes, um cotidiano que poderá envolver histórias de violência doméstica e sexual, aborto, DST, com profissionais inseridos em um modelo hegemônico, voltado para a população adulta que não conseguem atender às necessidades específicas desse grupo populacional.

O fenômeno da maternidade na adolescência é considerado, desde o final da década de 40 do século XX, um problema de saúde pública, sendo a década de 60 um marco importante de mudanças socioculturais que permitiram a dissociação entre prática sexual,

casamento e reprodução, corroborando para um aumento da frequência de gravidezes na adolescência. (AQUINO, 2002)

Os fatores históricos dessa época como o aumento da população de adolescentes após a Segunda Guerra Mundial, a participação dos jovens em movimentos sociais de transformação dos valores sexuais e comportamentais, a exemplo do movimento *hippie*, o surgimento da pílula anticoncepcional e a participação de jovens nas lutas feministas, defendendo interesses desvinculados do padrão masculino tradicional influenciaram de modo significativo, a vida das(os) jovens, ampliando-se para as gerações que se seguiram ao longo de todo o século. (REIS, 1998)

Para Coelho (2001), as mudanças socioculturais desse momento histórico não foram acompanhadas por políticas públicas educacionais e de saúde que possibilitassem, às adolescentes, a construção de escolhas sexuais e reprodutivas compatíveis com tais mudanças, de modo que, a liberdade conquistada com a liberação sexual não foi seguida por orientações direcionadas a uma vivência sexual consciente e segura. E assim,

sem o conhecimento do corpo e de como lidar com suas necessidades e desejos, sem informação adequada e com dificuldade de acesso aos contraceptivos, as adolescentes não aderem ao seu uso e quando os utilizam é de forma irregular e muitas vezes, sem acompanhamento pelo serviço de saúde. (COELHO, 2001, p. 106)

Nos últimos anos, porém, iniciativas e propostas governamentais favoreceram a saúde das adolescentes, que também vêm sendo beneficiadas com conquistas recentes das mulheres, como a criação de serviços para o aborto previsto em lei e a contracepção de emergência. Mas, na concretização das políticas públicas, ainda existe escassez de ações dirigidas às especificidades desse grupo populacional. Como consequência, aumenta o número de gravidez na adolescência abordada pela obstetrícia, sobretudo pelos riscos obstétricos e sociais, vista como fenômeno isolado das questões econômicas, educacionais e de gênero que agregam questões relacionadas aos direitos reprodutivos, comportamento sexual, DST, violência, aborto e, até mesmo, ao estupro.

Foram registrados, segundo dados do IBGE, um total de 2.813.704 nascimentos gerais em 2004, quando se observou que a proporção de nascimentos em mães menores de 20 anos subiu de 18,1%, em 1994, para 20,6%, em 2004. Entre 1994 e 2004, a proporção de mães adolescentes cresceu mais nas regiões Nordeste, de 18,4% para 23,9%, Região Norte, de 20,8% para 25,4%, Região Sul, de 17,8% para 19,1% e Região Sudeste, de 17,0% para 17,7%. Na Região Centro-Oeste, houve uma queda de 22,7% para 22,1%. Maranhão e

Tocantins apresentaram os maiores percentuais de nascimentos entre mães adolescentes, de 26,4% e 27,4%, respectivamente. Por esses motivos, o crescente avanço da gravidez na adolescência nas últimas décadas fez dessa temática uma preocupação marcante.

Do ponto de vista obstétrico, a medicina aponta para maiores índices de morbidade materno-fetal, incluindo anemias, toxemias (pré-eclâmpsia e eclâmpsia), infecção urinária, baixo ganho de peso materno, prematuridade, baixo peso ao nascer, baixo índice de Apgar e desmame precoce, além de baixa cobertura pré-natal (GODINHO; SCHELP; PARADA, 2000). O fenômeno da maternidade na adolescência é considerado de alto risco, devido às complicações biológicas e sociais para o binômio mãe e filho, considerando as adolescentes com menos de 14 anos de idade, com uma probabilidade de cinco a sete vezes maior de morrer durante a gravidez do que mulheres que se tornam mães com mais idade, além do que, numa proporção significativa, seus filhos nascem com peso inferior a 2.500g, e prematuros. (BRASIL. 2005a)

Além dos riscos obstétricos, Godinho, Schelp e Parada e colaboradores (2000) referem-se aos efeitos sociais negativos, como, perdas educacionais, de trabalho, limitações de oportunidades e redução das chances de um casamento estável e efeitos psicológicos associados ao conflito emocional e educacional frente à situação da maternidade. Os mesmos autores percebem, ainda, a falta de apoio, despreparo ou abandono por parte do parceiro. Em muitos casos, as gestantes não têm nem vínculo com o parceiro, nem o apoio da família e, freqüentemente, sofrem críticas de familiares, seja pelas pressões sociais a que são submetidas, seja por problemas financeiros.

Os estudos sugerem, ainda, que a gravidez na adolescência é geralmente não-planejada, não-desejada, produto da falta de informações e de um contexto de desvantagens socioeconômicas que tem como conseqüências sociais o abandono dos estudos, a diminuição do padrão de vida pessoal e profissional (PANTOJA, 2003). Para Sant'anna (2000), a gravidez na adolescência, na maioria das vezes, parece estar ligada aos fatores psicossociais associados ao ciclo de pobreza e educação precária e, principalmente, à baixa auto-estima, falta de perspectiva de vida, lazer e emprego. É comum a evasão, o abandono e a dificuldade de retorno à escola, tendo como conseqüência a baixa escolaridade e o desemprego que dificultam a inserção da(o) jovem no mercado de trabalho, tornando as relações com seus parceiros mais instáveis e perpetuando o ciclo de pobreza.

Essa é, no entanto, uma visão reducionista do fenômeno, pois, embora a gravidez na adolescência encontre-se, com freqüência, relacionada a um contexto social desfavorável para as adolescentes, é necessário considerar que ela já ocorre em um espaço pontuado por

oportunidades mínimas, com poucas opções de vida e marcado por interrupções escolares (PANTOJA, 2003). É em cenários como esse que, freqüentemente, a maternidade pode ser considerada como uma alternativa de vida para as adolescentes. Assim, deve-se valorizar a vivência da maternidade pela adolescente, pois, do ponto de vista delas, muitas vezes, o fenômeno é considerado algo positivo em sua vida, ao contrário do que dizem os estudos centrados apenas na idade, sem valorizar as multifaces da realidade em que a adolescente está inserida. (GONTIJO; MEDEIROS, 2004)

Importa considerar que a gestação na adolescência nem sempre é um fato equivocadamente, inconseqüente ou danoso, inclusive, em alguns casos, pode ser resultado de um planejamento prévio consciente e decorrente da vida afetiva estável. Embora no início, o impacto da gravidez indesejada e não-planejada possa, no início, ser algo doloroso, com o passar do tempo, a gravidez é aceita e passa a ser referida como realmente desejada (BELO; SILVA, 2004). Certamente, em famílias com histórico de drogas, violência intra-familiar e precocidade gravídica das mães, existirá uma probabilidade maior de que a adolescente engravide. Logo, persistir no discurso normativo que considera a gravidez um fator de risco social, ou seja, que a gravidez na adolescência é resultado da pobreza, da precariedade e falta de acesso aos serviços de saúde, é reforçar a pobreza e a marginalização. (PANTOJA, 2003)

Tendo em vista ser a adolescência um período de importantes alterações ligadas ao desenvolvimento biopsicossocial, as(os) jovens dessa faixa etária devem ser incluídas(os) em programas de educação sexual orientados pela perspectiva da integralidade da atenção à saúde, valorizando os papéis de gênero que permeiam a construção das identidades e se manifestam na vivência sexual de homens e mulheres. Assim, sexualidade, anticoncepção, gravidez na adolescência, DST e aids, não podem ser abordados como temas isolados e descontextualizados, cabendo aos serviços públicos de saúde sensibilizar e captar precocemente essas jovens para que sejam levadas em consideração as necessidades específicas da idade, ampliando, desse modo, reflexões sobre as práticas de cuidado a esse grupo, numa revisão do modelo de atenção à saúde que vem orientando o trabalho profissional junto às adolescentes.

Para promover ações de cuidado, na perspectiva da integralidade, faz-se necessário que a adolescente, ao se perceber grávida e assumir essa condição, seja encaminhada a um cuidado pré-natal que focalize sua singularidade de modo a buscar atender suas necessidades biopsicossociais, sob orientação de uma equipe multidisciplinar que a escute, permitindo a expressão de sentimentos que emergem na vivência da gravidez, estabelecendo uma relação de confiança entre ambos. É necessário evitar que o pré-natal se torne um intercâmbio de



múltiplas informações fragmentadas e imposições, pois um dos objetivos da atenção à saúde, no que diz respeito a esse grupo, é possibilitar a construção de condições favoráveis para que a adolescente sinta-se acolhida e lide com as experiências da gravidez, parto e maternidade de modo favorável à sua saúde e à da(o) filha(o). (BAHIA, 1998)

O cotidiano da atenção pré-natal a adolescentes em serviços de saúde no interior da Bahia levou-me a alguns questionamentos sobre as práticas profissionais destinadas a esse grupo. A ausência de uma legislação que abordasse claramente a atuação da(o) enfermeira(o) no atendimento à gestante adolescente resultou em uma monografia de especialização em Metodologia da Assistência em Enfermagem. Pude perceber que as ações dirigidas às adolescentes tinham caráter predominantemente técnico, a exemplo do que ocorria com a atenção às demais mulheres, contrariando o que é preconizado nos programas oficiais que defendem a valorização das necessidades específicas por faixa etária nos diferentes momentos do ciclo vital. (SANTOS; FREIRE; MELO, 2005)

A necessidade de criar um ambiente acolhedor, favorável à adesão de adolescentes grávidas ao pré-natal e o vínculo com o serviço de saúde motivou observações empíricas de modo a reconhecer, nas práticas, visões diversificadas sobre o fenômeno da gravidez na adolescência, predominando valores normativos que enquadram as adolescentes num grupo que infringe regras sociais e é responsável pela limitação dos horizontes em termos de ascensão social.

No contexto atual de implementação das políticas de saúde, sobretudo com a criação do Programa de Saúde da Família (PSF), a integralidade da atenção vem sendo valorizada como eixo orientador das práticas, pois esse programa se propõe a uma reorganização da atenção básica que rompe com o modelo clínico e prescritivo, valorizando os sentidos da integralidade. Uma vez que funcionem adequadamente, as unidades básicas do programa são capazes de resolver 85% dos problemas de saúde na comunidade em que estão instaladas, prestando um atendimento de bom nível, prevenindo doenças, evitando internações desnecessárias, melhorando a qualidade de vida da população e redirecionando a visão de saúde. (FRANCO; MERHY, 2004)

O discurso sobre saúde, na estratégia de organização do modelo assistencial, é focado nas condições de vida da(o) usuária(o), conhecimento e respeito das especificidades locais e substituição do modelo curativo pela prevenção, promoção e recuperação da saúde, centrado na qualidade de vida dos indivíduos e do seu meio ambiente (FRANCO; MERHY, 2004). Fundamenta-se nos eixos da universalidade, integralidade e equidade, em um contexto de descentralização e controle social, princípios assistenciais e organizativos do Sistema

Único de Saúde (SUS). Essa concepção supera a antiga proposição de caráter exclusivamente centrado na doença, desenvolvendo-se por meio de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipes, dirigidas às populações de territórios delimitados.(FRANCO; MERHY, 2004)

Encontram-se também, no Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), considerado uma estratégia transitória para a implantação do PSF, elementos essenciais para a reorientação do modelo de atenção em conformidade com os princípios do SUS que preconiza a definição de responsabilidades entre os serviços de saúde e a população, estabelecendo vínculos entre os mesmos (ANTUNES, 2003). A atenção passa a ser centrada na família, inserida em um ambiente físico e social, permitindo, aos profissionais de saúde, uma visão ampliada do processo saúde/doença. (FRANCO; MERHY, 2004)

Todavia, a reorganização do modelo de atenção à saúde depende não somente de proposições teóricas, mas, também, de condições efetivas para as mudanças requeridas, entre as quais figuram as práticas concretas orientadas por referenciais em que os sujeitos do cuidado são acolhidos em suas demandas mais amplas, tendo a integralidade como perspectiva de superação do modelo clínico hegemônico. Portanto, no pressuposto que o redirecionamento das políticas de saúde na atualidade vem provocando mudanças na qualidade da atenção em saúde, que subentende o cuidado pré-natal com adolescentes, cujas especificidades requerem um olhar mais diferenciado e que à atenção destinada a esse grupo tem se desenvolvido por meio do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)/Programa de Saúde da Família (PSF), principalmente em áreas interioranas, decidimos por uma investigação científica, ao qual tem como objeto o cuidado pré-natal à adolescentes. O estudo busca responder a seguinte questão: Como os(as) profissionais do PACS/PSF vêm concretizando as práticas de cuidado as adolescentes grávidas?

Para responder a essa questão de pesquisa, o estudo tem como objetivos:

- a) Analisar os condicionantes da gravidez na adolescência, segundo a visão das(os) profissionais do PACS/PSF;
- b) Conhecer o processo de cuidado pré-natal a adolescentes grávidas desenvolvido por profissionais da rede básica de saúde;
- c) Analisar o cuidado pré-natal a adolescentes, valorizando limites e possibilidades de efetivação da integralidade.

Este estudo visa contribuir para uma mudança das práticas de saúde, compreendendo a gravidez entre adolescentes, relativizando seus riscos sociais e obstétricos e respondendo as necessidades desse grupo não somente como mães, mas, como mulheres e adolescentes.

## 2 CENÁRIOS MULTIFACETADOS DA GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA

### 2.1 ADOLESCÊNCIA: UM CONCEITO HISTORICAMENTE CONSTRUÍDO

De acordo com os registros da história, a criança e o adolescente até o final do século XVIII eram vistos de forma indiferente. A partir de então, a escola passou a ter um papel socializante, separando as faixas etárias e preparando a criança para a fase adulta, pois os valores escolares da época implicavam a criança emergir diretamente da infância para a fase adulta. A escola passa a desempenhar uma função disciplinadora, para isso, separa as crianças com idades semelhantes das demais. Processo semelhante ocorreu no exército, deixando a infância cada vez mais para trás e incorporando a essa fase o preparo para a idade adulta. Às mulheres, coube a exclusão nas escolas, e mesmo quando tiveram a oportunidade de estudar também, foram preparadas já para a idade adulta. A primeira escola para meninas, no Brasil, foi criada em 1809 para as filhas da aristocracia burguesa, com uma educação voltada para os trabalhos manuais, noções de francês, música e declamações poéticas, visando preparar as adolescentes para a vida adulta dos salões e para a maternidade. Portanto, a adolescência teve, na escola e no exército, os elementos necessários para sua formação social desde meados do século XIX até início do século XX. (REIS; ZIONI, 1993)

No Brasil, ainda mais tarde do que na Europa, em pleno início do século XX, as crianças e os adolescentes brasileiros tinham, no mando senhorial e na obediência do trabalho escravo, subsídios para suas formações. O filho do senhor do engenho era chamado de menino-diabo, pois se exercitava através de jogos violentos enquanto que, para o filho do escravo, restava-lhe o exercício da própria escravidão. Quanto às mulheres, era comum casarem-se cedo, entre os 12 – 13 anos. Há relatos na história de filhas de senhores do engenho casarem-se com oito anos. Criadas em um ambiente predominantemente patriarcal, isto é, submissas à figura paterna e, depois, ao marido, não lhes era permitido que freqüentassem as escolas e, desde cedo, se tornavam velhas senhoras de dezoito anos. Quanto às escravas, seu ventre gerador era visto com interesse pelos senhores de engenho, estimulando-as a uma vida sexual precoce e promíscua. Às mulheres brancas e negras cabia precocemente o sexo para reprodução biológica. (REIS; ZIONI, 1993). “Tanto no Brasil como na Europa, o conceito de adolescência pode ser entendido como masculino porque se

constituiu a partir de experiências históricas concretas das quais as mulheres encontravam-se excluídas” (REIS; ZIONI, 1993, p. 475).

O interesse maior pela adolescência deu-se a partir da 2ª Guerra Mundial devido às profundas mudanças de cunho social, cultural e econômico, quando se instalou todo um discurso em defesa dos seres humanos vítimas das atrocidades da guerra. Nesse período, o conceito de adolescência foi construído dentro de uma lógica biologicista/natural. A partir da década de 70 do século XX, com a efervescência dos movimentos sociais, o discurso biológico sobre adolescência já se tornara inconsistente para a saúde pública, e a compreensão dos fatos, relacionados a essa fase, passaria, portanto, por uma reformulação. O conceito de adolescência foi redefinido em uma reunião da Organização Mundial de Saúde (OMS) sobre gravidez e aborto na adolescência, em 1974, reconheceu-se que não se deve impor uma definição acabada do termo, pois que esse está associado a uma classificação social, segundo a qual a adolescência está mais relacionada a um fenômeno cultural do que a um fenômeno biológico (REIS; ZIONI, 1993). Nessa perspectiva, compreende-se que o

[...] indivíduo passa do ponto do aparecimento inicial dos caracteres sexuais secundários para a maturidade sexual; que os processos psicológicos do indivíduo e as formas de identificação evoluem da fase infantil para a adulta; e a transição do estado de dependência econômica total passa a um outro estado de relativa independência. (REIS; ZIONI, 1993, p. 472)

A adolescência, portanto, inicia com as modificações da puberdade e termina quando o indivíduo, influenciado por fatores socioeconômicos, culturais e familiares, assume sua autonomia e responsabilidades consideradas como tipicamente adultas pela sua cultura (BRASIL. 1995; BAHIA. 1998). Observa-se que a base biológica da adolescência é a puberdade, um fenômeno universal, quando se iniciam modificações anátomo-fisiológicas sob a ação do hipotálamo, hipófise e gônadas, resultando em dois fenômenos importantes: o “estirão” e a maturação sexual. (BRASIL. 1995)

As mudanças inerentes a esse processo provocam novas sensações e o desligamento gradativo do corpo e de papéis infantis. Tais modificações provocam instabilidade de humor, pensamento abstrato, negação do passado e do futuro, controle fantasioso sobre os acontecimentos numa explosão de intensa energia juvenil. Para a antropologia social, os fatores associados à puberdade só têm significância quando interpretados socialmente, pois os comportamentos naturalizados da adolescência estão muito mais vinculados aos padrões culturais de uma determinada sociedade, ocorrendo de forma distinta para os gêneros masculino e feminino, sendo dirigidos à aquisição da identidade pessoal, construída pela

experiência vivida por cada adolescente (REIS; ZIONI, 1993). Por isso, o conceito da adolescência não é unidimensional, mas, um conceito abrangente com influência de cinco componentes: idade cronológica, desenvolvimento biológico, desenvolvimento cognitivo e psicológico, mudança de *status* social e a participação em episódios do cotidiano adulto (MEDRADO; LYRA, 1999). Sendo assim,

Adolescer é um ritual de passagem. Em nossa cultura esse fenômeno, posto que é biológico-social e que ainda não aprendemos a lidar com ele, costuma desencadear situações limitantes ao processo de viver saudável do próprio adolescente e das demais pessoas envolvidas. Além disso, para suplício de alguns adultos, essa passagem em nossa sociedade tem se prolongado por mais tempo, seja porque a puberdade tem iniciado mais cedo, seja porque o jovem, em razão da formação escolar mais longa, permanece mais tempo na dependência financeira dos pais. (PATRÍCIO, 2000, p. 121)

Cronologicamente, para a OMS (2000), a adolescência compreende a faixa etária dos 10 aos 19 anos, sendo uma fase influenciada pelos padrões culturais de identidade sexual, estabelecimento de relações afetivas estáveis, capacidade de assumir compromissos profissionais, independência econômica, aquisição de valores morais próprios e relação de reciprocidade entre gerações.

É na adolescência que os sujeitos tentam traçar sua própria autonomia e independência que culmina no exercício da sua sexualidade, pois essa não surge na adolescência, ela se completa nessa fase, estando presente desde o nascimento (MARTINI; GREGIS; JARDIM, 1999). A sexualidade desenvolvida pelo adolescente depende do contexto cultural em que ele vive. Esse contexto está repleto de referências que invadem sua imaginação. O conflito geracional de valores e a mídia, que transforma os adolescentes em alienantes na condição de meros espectadores, por exemplo, contribuem para o exercício dessa sexualidade. Portanto, ao se desvelar a sexualidade na adolescência, novas facetas podem se definir, dentre elas, a mulher adolescente experimentando conflitos de querer e não poder iniciar sua atividade sexual, o que pode culminar, muitas vezes, em uma gravidez e, quando tal acontece são expostas, muitas vezes, a julgamentos morais.

## 2.2 CARACTERÍSTICAS BIOPSIKOSSOCIAIS E SEXUALIDADE NA ADOLESCÊNCIA

Quando se fala em adolescência, imediato ocorre a idéia de puberdade, um marco biológico, indicativo de maturação sexual. Embora não se observem limites rígidos no uso desses termos, importa reconhecer que puberdade designa o período de modificações psicofisiológicas que ocorrem na faixa etária dos 10 aos 14 anos, enquanto que a adolescência compreende, também, as modificações psicossociais. Observa-se, na puberdade, intensa atividade hormonal, sobretudo da somatotrofina, conhecido como hormônio do crescimento, produzido pela hipófise, e dos hormônios sexuais femininos, como, o estrógeno e a progesterona, e masculinos, como, a testosterona, produzidos, respectivamente, pelos ovários e pelos testículos. (DUARTE, 1998; BAHIA. 1998)

As modificações biológicas são determinadas pela herança genética e pelas condições ambientais. Dentre essas modificações, destacam-se o crescimento corporal, também conhecido por “estirão”. Nas meninas, esse fenômeno ocorre por volta dos 11 e 12 anos e, nos meninos, entre 13 e 14 anos. O aumento de deposição de gordura corporal, nas meninas, determina o delineamento da silhueta, como, ombros mais estreitos, cintura fina e quadris largos e, nos meninos, desenvolve-se uma maior massa muscular. O aumento dessa deposição gordurosa e da massa muscular dá a falsa impressão de emagrecimento, principalmente, nos adolescentes do sexo masculino. No que diz respeito ao desenvolvimento sexual, destacam-se os fenômenos da pubarca – aparecimento de pêlos pubianos; axilarca – aparecimento de pêlos axilares; telarca – aparecimento das mamas, quando, nos meninos, desenvolvem-se rudimentares brotos mamários que desaparecem espontaneamente; menarca – primeira menstruação, que no início é irregular devido a períodos de ciclos ovulatórios e anovulatórios; nos meninos, verifica-se o início das ejaculações; crescimento dos pêlos faciais e alterações no timbre de voz. (DUARTE, 1998; BAHIA. 1998)

Quanto às modificações psicológicas, o adolescente apresenta transformações de comportamento, como as flutuações de humor e de estado de ânimo caracterizado pela irritabilidade, nervosismo, tristeza ou alegria excessivas, apatia, choro fácil, etc. A busca por si mesmo reflete-se nas formas da auto-imagem – como eu me vejo; da auto-estima – como eu me sinto e da auto-afirmação – revolta com autoridades, questiona valores e estabelece vínculos de parceria com outros adolescentes. Ocorre também a perda da identidade infantil; o pensamento abstrato com a necessidade de intelectualizar-se e de fantasiar-se com soluções e hipóteses para explicar o mundo a sua volta; o pensamento mágico em que “tudo posso”,

“nada irá acontecer comigo”; e a crise de valores com questionamentos dos moralismos tradicionais e busca de novas alternativas destacadas por críticas à religiosidade e questionamento político. (DUARTE, 1998)

No aspecto das características sociológicas, destacam-se a socialização com adaptações gradativas das normas dos grupos sociais, como a família e a escola, acatando ou desobedecendo as convenções, de acordo com seus próprios valores; a definição profissional por uma busca de independência da família e o conflito de papéis sociais.

É pertinente considerar-se que

[...] a identidade social é construída a partir das características sociológicas da adolescência. O conceito de identidade social tem dois aspectos importantes: o conceito que a pessoa tem de si mesma (auto-conceito) e a relação existente entre esse auto-conceito e aquele que as pessoas do mesmo ambiente social expressam sobre ela. A construção da identidade social é um dos fenômenos mais importantes da adolescência. Ela se evidencia pela conquista de uma posição na sociedade e pelos papéis sociais que o jovem venha a desempenhar durante toda a sua vida. (BAHIA, 1998, p. 12)

De acordo com a antropologia social, Reis e Zioni (1993) consideram que, quando são poucas as divergências das normas sociais impostas aos indivíduos, a passagem para a vida adulta ocorre sem conflitos. Logo, considera-se que a naturalização da adolescência corresponde mais a um fenômeno cultural do que a um evento biológico, e é necessário que a puberdade seja avaliada sob o prisma dos padrões culturais, interpretada socialmente. Decorre daí que as respostas sociais ao adolescente do sexo masculino e ao adolescente do sexo feminino são distintas. Duarte (1998) corrobora afirmando que os papéis sociais já estão definidos desde a infância, mas que é na adolescência que isso se torna mais evidente, diferenciando-se enquanto gênero na universalidade da discriminação a que a mulher adolescente está submetida. Logo, se tornar homem ou mulher está relacionado a estereótipos sexistas presentes no ambiente social.

As questões de gênero têm-se mostrado importantes na condução das escolhas reprodutivas da adolescente, particularmente o momento da primeira relação sexual e o primeiro parceiro sexual. As explicações acerca das diferenças da idade do início da vida sexual entre homens e mulheres baseiam-se no fato que as normas e expectativas sociais, em relação à idade e circunstâncias adequadas para as primeiras práticas sexuais, variam conforme o sexo (BORGES; SCHOR, 2005). Por exemplo, a sexualidade é parte fundamental da ideologia masculina, nota-se isso pela relação de poder que, ao longo da história, justificaram a soberania do masculino sobre o feminino (MOTA, 2000).

A pesquisa feminista e a de gênero têm gerado importantes contribuições ao movimento de desmistificação do fazer científico, situando-o como prática social, caracterizada por jogos de poder que têm como consequência a naturalização da diferença e a hierarquização das relações de gênero. (MEDRADO; LYRA, 1999, p. 230)

Portanto, a construção social do homem incentiva a prática de relações sexuais como manifestações de um universo masculino repleto de força e virilidade e, às mulheres, cabe terem seus desejos reprimidos e atrelados ao casamento, à heterossexualidade, à função reprodutiva, e quando a gravidez acontece nesta conjuntura de desigualdades, elas ficam expostas a julgamentos discriminatórios e morais. Observa-se, então, que na relação com o masculino, as adolescentes experenciam a sexualidade de forma a negarem sua sexualidade e seu corpo. Essas constatações alertam para a necessidade de torna-se prioritário o empoderamento das mulheres a fim de que alcancem a igualdade de gênero. Na visão de Scott (1995, p. 86), “gênero é um elemento constitutivo de relações sociais baseado nas diferenças percebidas entre os sexos, e gênero é uma forma primária de dar significado às relações de poder”. Deve a adolescência ser entendida, pois, como um período de rápido desenvolvimento pessoal, fisiológico e emocional, compreendendo o aprendizado e a experiência da sexualidade como um período em que se apreendem os papéis de gênero e as relações de poder. (BRASIL. 1995)

A sexualidade dos adolescentes é diferente da sexualidade do adulto apenas nos aspectos psicoculturais, porque ambos podem desempenhar o mesmo papel biológico, no que diz respeito à resposta sexual e à função reprodutiva (BAHIA. 1998). Todavia, para os rapazes, há permissões e incentivos, para as meninas, proibições, restrições, culpas e cobranças. A mulher adolescente vive o conflito entre o querer e o não poder iniciar suas atividades sexuais, pois é constantemente reprimida pela família, pressionada pelo grupo de amigos por ainda ser virgem e pela mídia que exagera na erotização do corpo feminino e algumas pessoas que são vistas na passarela, revistas, cinema e televisão representam, para ela, verdadeiros ídolos, que passam uma imagem de liberação sexual.



### 2.3 GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA: RELATIVIZANDO O RISCO

O crescente avanço da gravidez na adolescência nas últimas décadas fez dessa temática uma questão a ser considerada, quase sempre, como um problema social, marcada por um discurso associado aos riscos que dizem respeito a aspectos sociais e biológicos negativos que podem ocorrer com a grávida adolescente.

A medicina obstétrica aponta que as adolescentes grávidas apresentam maiores riscos de sofrerem hipertensão específica da gravidez, infecções urinárias, doenças sexualmente transmissíveis, baixo ganho de peso e anemias. Mas, para Guimarães (2001), os fatos decorrem muito mais da paridade do que da idade materna, além da influência da precocidade de um bom cuidado pré-natal. Falhas no pré-natal resultam em problemas que poderão ser mais acentuados, quanto maior for a imaturidade física e emocional. E se as adolescentes costumam procurar o serviço tardiamente ou irregularmente é porque, muitas vezes, pretendem esconder da família a gravidez, ou os serviços não as acolhem, ou fazem julgamentos morais, ou não as escutam, restringem-se apenas, aos procedimentos técnicos.

Para Correa (1991), a gravidez representa, para a mulher em qualquer idade, mudanças físicas fisiológicas, familiares, econômicas, emocionais e sociais profundas. Portanto, há necessidade de um planejamento consciente, de um preparo prévio, de um serviço que a valorize conforme suas necessidades, considerando suas vivências e permitindo uma escuta acolhedora. Falhas em algum desses aspectos, podem resultar em problemas não só para adolescentes, como para qualquer outra mulher que vivencie uma gestação. Na medicina, ainda são citados problemas para os recém-nascidos gerados por uma adolescente, por exemplo, como, baixo peso ao nascer, prematuridade, baixo índice de Apgar, desmame precoce e infecção do coto umbilical que se presume estarem muito mais relacionados com a condição socioeconômica, do que com a idade isoladamente. (BOCARDI, 2004)

Os riscos de uma gestação precoce não têm a ver com imaturidade biológica, uma vez que, completadas as modificações fisiológicas, a(o) adolescente já se encontra preparada(o) para desempenhar a função sexual e reprodutiva (BAHIA. 1998). Do ponto de vista biológico, a palavra risco está associada à probabilidade de ocorrer tal evento. “A visão do processo saúde-doença, denominada enfoque de risco, fundamenta-se no fato que nem todos os indivíduos têm a mesma possibilidade de adoecer ou morrer, tal probabilidade é maior para uns que para outros”. (BRASIL. 2000, p. 11). O grupo de alto risco geralmente requer técnicas mais especializadas, são as gravidezes com evolução perniciosa para o

concepto e a mãe. Considera-se, genericamente, gestação de alto risco aquela que compromete, de maneira desproporcional, a criança e a gestante. Na gravidez, 10-20% das grávidas podem ser rotuladas de alto risco. (REZENDE; MONTENEGRO, 2003)

Reconhecer uma gravidez de risco não é uma tarefa fácil, uma vez que o seu conceito está ligado a probabilidades (SCHIRMER, 2000). Os fatores de risco incluem circunstâncias ou características que se associam a uma maior probabilidade de ocorrer dano à saúde. Estudos têm demonstrado que a primeira gestação, a alta paridade, uma gestação em idade reprodutiva precoce ou tardia, abortamentos prévios e a desnutrição são fatores de risco universais que aumentam a probabilidade de morbimortalidade perinatal. (BUCHABQUI; ABECH; BRIETZKE, 2006)

Para a Organização Mundial de Saúde (1996), a abordagem de risco não consegue identificar muitas das mulheres que, realmente, precisarão de assistência. Similarmente, muitas dessas mulheres identificadas como de alto risco têm partos perfeitamente normais, sem quaisquer problemas. Isso se aplica, também, à gravidez na adolescência que, segundo dados do Sistema de Informações de Nascidos Vivos (SINASC) de 2003 houve 9.105 partos normais em comparação com 3.567 cesarianas em adolescentes de 10 a 14 anos. Na faixa etária dos 15 aos 19 anos, foram registrados 218.512 partos normais contra 82.788 cesarianas, o que comprova que a via de parto predominante em adolescentes é o parto vaginal, desmistificando a idéia em defesa de que adolescentes devem ter partos cirúrgicos, devido aos riscos inerentes àquele tipo de parto (BRASIL, 2003b). Além disso, historicamente, a gravidez precoce era algo comum entre as famílias, e não casar as meninas entre os 12 – 14 anos, as quais já estavam aptas para o casamento, era um problema para os pais.

Atualmente, a faixa etária dos 12 aos 20 anos é um período de investimento escolar para uma futura profissionalização para, depois, a(o) adolescente ter condições estáveis de estabelecer um relacionamento com o outro. No entanto, para muitas(os) adolescentes, não existe uma relação direta entre gravidez e fim da juventude, e muitas famílias até se solidarizam com o casal adolescente grávido, como demonstrado no estudo de Monteiro (1997) que 72% das adolescentes entrevistadas mantinham um bom relacionamento com seus pais e que essa relação se manteve igual em 52%, melhorou em 38% e piorou em apenas 10% após o nascimento do bebê.

O reflexo da gravidez na adolescência pode ser verificado nas taxas de fecundidade que, desde meados dos anos 70, sofreu uma abrupta queda na taxa de fecundidade total, que era de 6,16 filhos, em 1940, 6,21, em 1950, 6,28, em 1960, passando para 5,76, em 1970 (IBGE, 2000). Dados do IBGE de 2000 refletem uma taxa de fecundidade por volta de 2,38

filhos por mulher. Em conformidade com esse processo, as taxas de fecundidade específicas por idade sofrem uma queda, excetuando-se o segmento da adolescência que, em 2000, 0,43% das adolescentes da faixa etária de 10 a 14 anos já tinham filhos e 17% delas, mais de um filho. Constata-se ainda que, no período de 1996 a 2000, houve um acréscimo de 1,8% no percentual de partos nessa faixa etária. Ainda no ano de 2000, segundo dados do IBGE, das faixas etárias de 15 a 17 anos, 8,5% já tiveram filhos e 18% dessas tiveram mais de um. Na faixa etária de 18 a 19 anos, 24,6% tiveram filhos e 26% dessas mais de um.

Ao se analisar dados relacionados à fecundidade cruzando-os com escolaridade, percebe-se que há um diferencial que merece ser destacado, por exemplo: a taxa de fecundidade em adolescentes com 0 a 3 anos de estudo é de 3,7 filhos, que comparada à taxa de fecundidade em adolescentes que possuem 8 anos ou mais de estudo é de 1,6 (IBGE, 1999). Percebe-se, portanto, que a fecundidade tende a diminuir se as adolescentes tiverem um maior nível de instrução. Logo, as políticas públicas devem empenhar-se em incentivar as adolescentes a prosseguirem os seus estudos, pois fatores sociodemográficos, não só em relação a menor escolaridade, mas, também, em relação à pobreza, ao *status* de solteira e a um cuidado pré-natal inadequado aumentam os riscos da gravidez e da maternidade na adolescência e em qualquer outra fase do ciclo reprodutivo da mulher.

Sant'anna (2000) alerta que os índices de gravidez são mais elevados entre jovens analfabetas ou com instrução mínima e que teriam possibilidades quase nulas de escapar do círculo da miséria, gerando, conseqüentemente, a manutenção da reprodução da pobreza e da ausência de conhecimento.

A preocupação com a manutenção do ciclo da pobreza tem orientado grande parte dos estudos sobre o assunto, como mostrado em pesquisa realizada em 2001 mediante a qual está demonstrado que, com o nascimento de um filho antes dos 20 anos, 25% das mulheres adolescentes pararam seus estudos temporariamente, 17,3% pararam definitivamente, mas 42,1% delas já se encontravam fora da escola (REDE FEMINISTA DE SAÚDE, 2004). Outro ponto a ser considerado são as diferenças regionais. No ano de 2000 entre adolescentes escolarizados, o percentual de adolescentes que ficaram grávidas alguma vez variou entre 36,9%, em Recife e 12,2%, em Florianópolis (REDE FEMINISTA DE SAÚDE, 2004). Desse modo, torna-se imprescindível reconstruir as concepções do discurso biologicista implícitas nas abordagens convencionais sobre gravidez na adolescência, não analisando o fenômeno de forma isolada.

Cabral M. (1997), quando levantou as conseqüências da gravidez na adolescência para a saúde da mãe e do recém-nascido, através de um estudo transversal com uma amostra

de 475 mães com idade inferior a 19 anos e 468, com idades entre 20 e 29 anos, e analisou variáveis, como, peso do bebê ao nascer, frequência de Apgar e infecções neonatais, prematuridade, frequência de casos graves de eclâmpsias, abortamento, etc., concluiu que a idade materna não pode, isoladamente, ser considerada como causa de conseqüências adversas da gravidez entre adolescentes. Em geral, condições inadequadas de acompanhamento nos processos de gravidez, parto e puerpério podem gerar dificuldades generalizadas e obstáculos à saúde da mãe e do bebê, condições essas relacionadas às desigualdades sociais e à pobreza enfrentadas pelos grupos menos favorecidos.

Amazarray, Machado, Oliveira e colaboradores (1998) afirmam que o desejo de ter um bebê pode estar relacionado a fatores como: provar a fertilidade, solidificar o relacionamento com o parceiro, ter alguém para cuidar e amar, mudar o *status* na família para adquirir independência, demonstrar rebeldia contra a família ou, até mesmo, libertar-se de um ambiente familiar hostil, abusivo e violento. Portanto, é preciso evitar os (pre)conceitos à grávida adolescente “como mais uma vítima infeliz de um ato inconseqüente que lhe roubará os anos dourados da juventude” (AYRES; FRANÇA JÚNIOR, 2000, p. 81). De acordo com Santos e Schor (2003), ao contrário da visão hegemônica da sociedade e da saúde pública que considera os adolescentes como um bloco único e em conflito e a gravidez na adolescência como indesejada, os resultados mostram que a maternidade pode ser uma experiência de vida repleta de significados positivos. Por trás dessa visão reducionista, podem estar decisões, projetos, metas e objetivos de mudanças que se ignoradas pelos profissionais que acolhem essa gestante, as conseqüências negativas e danosas poderão ser maiores do que qualquer risco obstétrico na adolescência. Sendo assim, não se deve

[...] interpretar toda gestação na adolescência como problema e educar coercitivamente para sua prevenção, através do uso de métodos contraceptivos ou práticas comportamentais restritivas, pois é negar o direito à escolha e a responsabilidade da sociedade e do setor saúde, em particular, na oferta de suporte aos adolescentes para que desenvolvam conhecimentos e habilidades que os ajudem a questionar, propor e apoiar ações voltadas ao resgate da cidadania de todos e ao desenvolvimento de comportamentos seguros e desejados à sua saúde reprodutiva e sexual [...]. (MANDÚ, 2000, p. 97)

Diante dessa contextualização, pode-se afirmar que a gravidez na adolescência não se dá somente pela desinformação ou falta de acesso aos métodos contraceptivos, mas pode ser uma alternativa de vida da adolescente quando essa não tem acesso aos estudos, ao primeiro emprego e sua auto-estima se encontra baixa, devido as suas condições de

subordinação nas relações com o outro. Por isso, o risco aplicado à gravidez na adolescência não se deve explicar, apenas, tendo em vista as determinações biológicas, mas, o contexto sociocultural e familiar em que a jovem se encontra. Assim, torna-se uma necessidade investigar a influência de fatores psicológicos, de modos de vida, de condições socioeconômicas, de acesso aos serviços de saúde, de grau de instrução e outros que interagem com a inserção da adolescente grávida na sociedade, pois é fundamental levar em consideração que não existe adolescência e sim, adolescências, em função das diferenças regionais e de comportamentos, por exemplo, entre adolescentes de zona rural e urbana, ou seja, depende do contexto que está inserida a adolescente.

### 3 METODOLOGIA

#### 3.1 REFERENCIAL TEÓRICO

O estudo foi desenvolvido sob o enfoque teórico de **Gênero e Integralidade**.

##### 3.1.1 Integralidade e gênero na atenção à saúde

A integralidade tornou-se essencial às práticas de cuidado na medida em que se reconheceu a necessidade de superação do reducionismo que sustenta o modelo hegemônico de atenção à saúde. Busca-se, por meio dela, identificar e atender as demandas em saúde articuladas à multidimensionalidade dos sujeitos da atenção (MATTOS, 2001). Nessa perspectiva, o diagnóstico ganha a dimensão do cuidado distanciando-se do ato prescritivo, centrado no biológico e impulsionado pelo complexo médico-industrial. As ações de cuidado são permeadas pelo diálogo, escuta, acolhimento, vínculo, acesso, responsabilização com qualidade formal e política. (FRANCO; MAGALHÃES JÚNIOR, 2004)

A integralidade não despreza o exercício da clínica, valoriza o seu uso prudente com a visão das necessidades outras dos sujeitos, com respostas aos problemas de saúde específicos ou que afligem certo grupo populacional, considerando os contextos socioculturais. Buscar compreender as necessidades dos sujeitos é um ato terapêutico que extrapola o sofrimento apresentado pelos indivíduos, caminhando assim, na direção da integralidade, o que implica a responsabilidade de uma equipe atuante que se integra para superar contradições estruturais dos processos de trabalho e da organização dos serviços e das práticas em saúde. (MATTOS, 2001)

De acordo ainda com Mattos (2001, p. 41), “a integralidade é polissêmica e abrangente, se refere a um pensamento crítico, um pensamento que se recusa a reduzir a realidade ao que existe, que se indigna com algumas características do que existe, e almeja superá-las”. É um ideal impossível de ser atingido em sua plenitude, mas pode ser alcançado

em parte e, por isso, articula-se com conceitos, como, acolhimento, vínculo, responsabilização e qualidade da atenção.

Silva Júnior e Mascarenhas (2005) definem acolhimento como uma relação humanizada e acolhedora, numa postura de escuta e resolubilidade das ações, encaminhando os casos, ofertando opções tecnológicas e (re)construindo uma terapêutica individualizada dentro de um contexto coletivo, anulando completamente aquela relação fria que normalmente se estabelece nos serviços de saúde. É uma mudança de atitudes dos profissionais que nega a auto-valorização prescritiva do modelo clínico e resgata a escuta e o tratamento humanizado dos serviços. Assim, é uma troca de saberes na construção de respostas para o sofrimento e as necessidades do outro. A acessibilidade complementa o conceito de acolhimento garantindo a viabilização do cuidado que se encontra ligado às características de oferta e disponibilidade do serviço.

Vínculo quer dizer ligação, relação, segundo Ferreira (2004). É um recurso terapêutico pelo qual o profissional de saúde estabelece um elo, superando as expectativas do indivíduo, em uma relação que considera a singularidade e a subjetividade do relacionamento profissional com a(o) cliente. Mattos (2001) resgata o conceito de Boff (1999 apud MATTOS, 2001, p. 33) segundo o qual o vínculo “se revela numa atitude de colocar atenção, mostrar interesse, compartilhar e estar com o outro com prazer; não numa atitude de sujeito-objeto, mas de sujeito-sujeito, numa relação não de domínio sobre, mas de *com-vivência*, não de intervenção, mas de interação”. O vínculo requer responsabilização no sentido de esgotar todas as possibilidades possíveis de resolver o sofrimento do outro, levantando suas necessidades presentes, e até futuras.

A responsabilização possui um significado direto de responsabilidade sobre o outro, quando os sujeitos estabelecem a confiança em alguém, ou seja, o profissional, o qual, intervirá nas situações de vida, saúde e até mesmo de morte. Não havendo o estabelecimento do vínculo, a responsabilização também não se estabelece.

O discurso sobre integralidade teve contribuições do movimento feminista, pois, até o início dos anos 80 do século XX, a política governamental com relação à mulher era centrada no ciclo gravídico-puerperal, orientada pelo Programa de Saúde Materno-Infantil (PMI). Esse foi criado no final dos anos 60 pela Divisão de Saúde Materno-Infantil da Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde do Ministério da Saúde e implementado pelas Secretarias Estaduais de Saúde. (COSTA, 1999)

O PMI caracterizava-se pela sua verticalidade, era direcionado ao cuidado de grupos populacionais vulneráveis, coexistindo com outros programas destinados ao controle de

patologias, sem a necessária articulação entre as suas ações estratégicas. Caracterizava-se, ainda, pela vinculação de recursos financeiros ao cumprimento de metas, o que significa que os recursos já chegavam predestinados a determinado uso nos municípios, não permitindo, aos gestores locais, a programação de ações que fossem mais adequadas às reais necessidades de saúde da população. Faltava, na ocasião, uma abordagem sobre a eficiência e a eficácia das ações, e não havia uma visão sobre a integralidade da saúde da mulher. (COSTA, 1999)

Com o processo de Reforma Sanitária, ocorrido nos anos 70/80 do mesmo século, foi possível o desenvolvimento de um conjunto de conceitos e princípios capazes de transformar o sistema de saúde no Brasil, crescendo, desde então, um sentimento de redemocratização do país, surgindo um novo discurso talhado em direitos, segurança e autonomia das mulheres que ganha forças nos movimentos sociais, a exemplo do movimento feminista. (COSTA, 1999; FERREIRA, 2001)

Urgia a elaboração de propostas de atendimento a mulheres que garantissem seus direitos enquanto cidadãs, nessa conjuntura, foi criado pelo governo brasileiro o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM). Esse resultou da pressão de três forças que atuavam sobre a sociedade no início da década de 80: as pressões internacionais para que os países em desenvolvimento controlassem o crescimento populacional; as pressões internas dos movimentos sociais por mudanças na política de saúde; e as pressões dos movimentos de mulheres no sentido de que elas fossem tratadas como cidadãs, na plenitude de seus direitos, o que incluía a atenção à saúde como um todo, e não apenas como mães, tendo na maternidade uma de suas muitas opções de perspectiva de vida. (COSTA, 1999)

O movimento feminista empenha-se, até os dias atuais, para que a mulher não seja reduzida à função reprodutora, mas, valorizada como sujeito, dotada de direitos no mundo privado e público. Assim, para se caminhar na direção da integralidade na saúde da mulher, é preciso a valorização da dimensão de gênero e sua influência no cotidiano de homens e mulheres.

No Brasil, país de cultura patriarcal fortemente autoritária e herdeiro dos valores e modelos europeus, a mulher tinha como função social a reprodução e, posteriormente, sob influência do Iluminismo, a criação dos filhos. Tal destinação natural somente passou a ser questionada a partir da década de 60 do século XX, pois, no que tange aos aspectos transformadores das relações de gênero, percebe-se que essas relações mexem com a transformação de atitudes e de práticas em todas as sociedades, contrapondo as divergências entre o discurso universalista e igualitário, próprio do liberalismo, e as práticas de exclusão e opressão a que, historicamente, as mulheres têm sido submetidas, situando-as no mundo e



determinando, ao longo de suas vidas, as oportunidades, as escolhas, as trajetórias, as vivências, os lugares e os interesses. (TRAVERSO-YÉPEZ, PINHEIRO, 2005; LAVINAS, 1997)

Para Neiverth e Alves (2002), a abordagem sociológica da noção de gênero aponta para o caráter relacional do feminino e do masculino. Isso significa dizer que o modo de agir e de pensar dos homens e mulheres não é determinado pela anatomia física que diferencia os sexos, mas, influenciado pelas condutas sociais. Como os papéis masculino e feminino são definidos pela cultura, eles mudam de um contexto social para outro e sofrem alterações com o passar dos anos. Pinheiro (2001) compartilha da mesma argumentação afirmando que gênero representa a aceitação de que a masculinidade e a feminilidade transcendem a questão da anatomia sexual, remetendo a redes de significação que envolvem diversas dimensões da vida das pessoas.

As implicações de gênero na gravidez adolescente também assumem contornos singulares de papéis na interação entre as(os) adolescentes, adquirindo características e atribuições consideradas como papéis masculinos e femininos, em relação às quais as mulheres sempre estiveram relegadas. Desse modo, ainda se encontram enraizadas na sociedade demandas de comportamento que, ao homem, incumbem a força, o comando, a virilidade e a independência; enquanto que, para a mulher, cabem a sensibilidade, a emotividade, a dependência e a passividade. (MANDÚ, 2007)

O padrão de comportamento que se esperava da mulher no início do século passado, era o de assumir os papéis de mãe e esposa. Hoje, há uma tendência expressa pela cultura de primeiramente estudar, ter uma profissão e depois, filhos. Contudo, pode ocorrer o inverso, pois uma gravidez precoce acaba antecedendo o estudo e a profissão. Diante disto, observa-se que o que é afirmado não coincide com os resquícios da cultura masculina, ainda muito fortes, que dão, ao papel de mãe, a prioridade, deixando-o sobressair aos demais. (DUQUE-ARRAZOLA, 1997)

No tocante à gravidez na adolescência, nota-se então que o peso dos tradicionais papéis de gênero, associado às limitações econômicas e à falta de acesso aos diversos bens culturais viola direitos fundamentais das(os) jovens, pois restringe perspectivas no contexto sociocultural, no momento em que compromete a formação dessas(es) adolescentes para um efetivo exercício da cidadania, pois sem essas oportunidades, a vida acaba restringindo-se à garantia da sobrevivência, tendendo-se a reproduzir os valores e concepções mais tradicionais. (TRAVERSO-YÉPEZ; PINHEIRO, 2005)

O fenômeno da maternidade precoce ganha importância no cenário de mudanças na concepção de gênero que redefine as expectativas sociais depositadas nas(os) jovens nos dias atuais, sobretudo nas adolescentes do sexo feminino. Nesse panorama, a gravidez na adolescência aparece como um fator minimizador de oportunidades, em um papel de subordinação da adolescente com os seus parceiros, familiares e/ou ambos para a garantia de sua subsistência e a da criança. (HEILBORN; SALEM; ROHDEM, 2002)

Essa argumentação, portanto, subestima o fato que esse leque de oportunidades sociais não é igualmente oferecido para as(os) jovens de classes menos favorecidas, as quais se encontram desprovidas de projetos educacionais e profissionais, o que torna o fenômeno da gravidez na adolescência nas classes mais populares uma alternativa de vida que remete à maternidade como destino e fonte de reconhecimento social, até porque gravidez na adolescência, há décadas atrás, não constituía assunto de ordem pública para as jovens mulheres. (BRANDÃO; HEILBORN, 2006)

Pinheiro (2001) argumenta que, sem maiores perspectivas frente ao mercado de trabalho, as fontes de gratificação e reconhecimento para essas adolescentes permanecem ligadas ao desempenho dos papéis de esposa e mãe. Para Brandão e Heilborn (2006), foram as alterações no padrão de fecundidade da população feminina brasileira, as redefinições na posição social da mulher, gerando novas expectativas para as jovens, no tocante à escolarização e profissionalização, e o fato de a maioria desses nascimentos ocorrerem fora de uma relação conjugal que tornaram a gravidez precoce um problema de ordem social. Todavia afirma-se que a gravidez precoce é incompatível com as novas demandas sociais de qualificação profissional para inserção no mercado de trabalho, apontada como origem de problemas os mais diversos, mas, para alguns autores, a gravidez adolescente aponta para um outro caminho, pontuado de desigualdades de gênero e classe.

A integralidade não pretende suprir o atendimento de todas as necessidades, mas busca qualidade da assistência à mulher, qualidade essa, que oferece a busca pelo bem-estar, valorizando o indivíduo nas suas necessidades e direitos, o que tem sido negado no processo de construção da identidade de gênero (COSTA; GUIMARÃES, 2002). Para a Rede Feminista de Saúde (2004, p.36), qualidade na assistência é, portanto, “aquela que oferece o máximo de bem-estar à pessoa usuária, do ponto de vista de suas necessidades, de seus direitos humanos, de sua experiência e do fortalecimento do poder sobre si mesma”.

A racionalização das diferenças entre os sexos deu início à condição de subordinação da mulher que, durante longos anos, viveu a sua sexualidade pautada em conceitos subordinados aos padrões sociais tidos como corretos para a sua conduta moral,

recomendando-se a ela recato, enquanto ao homem estimulava-se autonomia, liberdade e poder de decisão (AZEVEDO; MOREIRA; CONFORTO, 2001). Na atualidade, as mulheres ainda costumam ser responsabilizadas pelas conseqüências dos seus atos no campo da sexualidade, inclusive a contracepção e a concepção, enquanto os homens vivem a sua sexualidade de forma mais despreocupada além de se revelarem menos informados no que tange aos cuidados da saúde sexual e reprodutiva.

Com referência à saúde da mulher, o princípio de integralidade e a valorização do universo feminino, numa perspectiva de gênero, devem ser defendidos como caminho para construção da autonomia e poder de voz das mulheres. A gestante adolescente insere-se nesse contexto e a integralidade do cuidado, na medida em que valoriza necessidades e singularidades dos indivíduos, deve fazer parte do cotidiano dessas práticas.

### **3.1.2 Integralidade do cuidado como eixo das ações do PACS/PSF**

O SUS foi criado em 1988 com a Constituição Brasileira, incorporando as propostas da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Na Constituição, o direito à saúde deve ser garantido mediante políticas sociais que visem à superação das desigualdades, à melhoria das condições de vida, à redução do risco de adoecimento/morte e outros agravos, bem como a acessibilidade aos serviços, tendo como pressupostos a universalidade, a equidade e a integralidade pautados na promoção, proteção e recuperação da saúde. Foi regulamentado pela Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. (MASCARENHAS, 2003)

O desafio lançado requeria privilegiar o direito à saúde como direito de cidadania, com sua implementação respaldada na gerência participativa e controle social, reorganizando dessa maneira o modelo de atenção à saúde. Nesse sentido, foi instituído oficialmente pelo Ministério da Saúde, em 1994, o Programa Saúde da Família, como uma proposta de reorganização do modelo de atenção à saúde, sendo apoiada político, institucional e economicamente pelo Estado, como alternativa de consolidação dos princípios do Sistema Único de Saúde. (GOMES; PINHEIRO, 2005)

O Programa Saúde da Família (PSF), inicialmente, não representava uma substituição ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), criado pelo Ministério da Saúde e já existente desde o início da década de 1990. A missão do PACS era reduzir a mortalidade infantil e materna mediante a oferta, às populações, de procedimentos de saúde

na lógica de medicina preventiva, com o objetivo de desenvolver a capacidade da população para cuidar de sua própria saúde. A transmissão de informações sobre práticas preventivas, por meio dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), contribuiu de forma significativa nas reduções das internações hospitalares por desidratação, no aumento da aderência de indivíduos portadores de hipertensão arterial, diabetes, tuberculose e hanseníase aos tratamentos prescritos, no aumento do número de gestantes com seis ou mais consultas de pré-natal, na elevação das coberturas vacinais e no aumento de mulheres amamentando exclusivamente e por mais tempo os seus filhos. (GOMES; PINHEIRO, 2005; CAPISTRANO-FILHO, 1999)

Segundo os mesmos autores, foi a partir do PACS que o enfoque passou a ser dado na família e não mais em um conjunto de ações sobre o indivíduo, introduzindo-se, assim, a noção de família. O PACS, hoje, é considerado parte integrante de efetivação do PSF. Nos municípios onde há somente o PACS, esse pode ser considerado um programa de transição para o PSF. Os ACS são elementos importantes na implementação do PSF e podem ser encontrados em duas situações distintas em relação à rede do SUS: a) ligados a uma unidade básica de saúde ainda não organizada na lógica da Saúde da Família; e b) ligados a uma unidade básica de Saúde da Família como membro da equipe multiprofissional. (BRASIL, 2002b)

As ações das(os) agentes comunitários de saúde são acompanhadas e orientadas por uma enfermeira(o)/supervisora, a(o) qual deve desenvolver atividades de prevenção das doenças e promoção da saúde, através de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas, nos domicílios e na comunidade, devendo seguir atribuições de mapeamento de área; cadastro de famílias e atualização permanente desse cadastro; identificação de indivíduos e famílias expostos a situações de risco e até mesmo de áreas de risco; orientação às famílias para utilização adequada dos serviços de saúde, encaminhando-as e até agendando consultas, exames e atendimento odontológico, quando necessário; realização de ações e atividades, no nível de suas competências, nas áreas prioritárias da atenção básica; realização, por meio da visita domiciliar, do acompanhamento mensal de todas as famílias sob sua responsabilidade; informação, aos demais membros de sua equipe, sobre a situação das famílias acompanhadas, particularmente aquelas em situações de risco; desenvolvimento de educação e vigilância à saúde, com ênfase na promoção da saúde e na prevenção de doenças; promoção de educação e mobilização comunitária, visando o desenvolvimento de ações coletivas de saneamento e melhoria do meio ambiente, entre outras; informação a sua equipe sobre a dinâmica social da comunidade, suas necessidades, potencialidades e limites;

identificação de parceiros e recursos existentes na comunidade que possam ser potencializados pela equipe. (COSTA-NETO, 2000)

Importante considerar-se que a história traçada pelos sujeitos envolvidos com o movimento sanitário, iniciado na década de 1970, contribuiu para a existência de um acúmulo de competências, tanto teórica como operacional, fato que garante o PSF como estratégia de reorientação do modelo de atenção, não figurando como mais um programa verticalizado, mas, preñado de sentidos que fortalecem com qualidade e sustentabilidade o SUS. (SANTOS, 2004)

Atualmente, a expansão do PSF tem favorecido a equidade e a universalidade do cuidado à saúde, uma vez que as equipes têm sido implantadas, em conformidade com os princípios fundamentais de integralidade, qualidade, equidade e participação social, garantindo mudanças das práticas através da capacitação dos profissionais das equipes de Saúde da Família. (COSTA NETO, 2000)

Por exigir essa nova prática, recomenda-se um processo de educação permanente de toda Equipe de Saúde da Família (ESF) através de um processo específico de capacitação chamado de treinamento introdutório. Esse treinamento precisa ser desenvolvido, logo após o processo de sensibilização para implantação do PSF, no município. O treinamento introdutório em saúde da família visa discutir os princípios e diretrizes do SUS e do PSF, instrumentalizando as equipes na organização inicial do seu processo de trabalho para que possam analisar, junto com a comunidade, a situação de sua área de abrangência, no que se refere aos aspectos demográficos, socioeconômicos, ambientais e sanitários identificando os problemas e as potencialidades existentes. (COSTA NETO, 2000)

Mediante a adstrição de clientela, as equipes de Saúde da Família estabelecem vínculo com a população, possibilitando o compromisso e a co-responsabilidade dessas(es) profissionais com as(os) usuários e a comunidade. Seu desafio é o de ampliar suas fronteiras de atuação visando uma maior resolubilidade da atenção, integrando todo o contexto de reorganização do sistema de saúde. (COSTA NETO, 2000)

A estratégia de Saúde da Família é, portanto, um projeto dinamizador do SUS, condicionado pela evolução histórica e organização do sistema de saúde no Brasil. A velocidade de expansão da Saúde da Família comprova a adesão de gestores estaduais e municipais aos seus princípios, notada através de um crescimento expressivo nos últimos anos. (CAPISTRANO-FILHO, 1999)

A consolidação dessa estratégia precisa, entretanto, ser sustentada por um processo que permita a reorganização da atenção à saúde nas redes básicas e serviços tradicionais no

âmbito dos municípios, pela capacidade de produção de resultados positivos nos indicadores de saúde e de qualidade de vida da população assistida, buscando maior racionalidade na utilização dos demais níveis assistenciais. Todavia, a real expansão e implementação dessa proposta tem encontrado dificuldades, tendo em vista a complexidade dos contextos sociais, políticos e econômicos que envolvem as famílias, sendo objeto de discussão de diferentes especialistas no campo da Saúde Coletiva. (GOMES, PINHEIRO, 2005)

Campos (1997) argumenta que os serviços de saúde que pretendam, de fato, se responsabilizar pelos problemas da saúde precisam ter, por base, a ampliação do que ele denomina coeficiente de autonomia dos sujeitos-usuários. A prática em saúde introduz os aspectos singulares do indivíduo, da família e da comunidade na condução terapêutica, através do compartilhamento de saberes entre trabalhador e usuário, como forma de garantir resultados mais eficientes no processo de cura e/ou no controle das morbi-mortalidades. Sendo assim, isso converge para um modelo de saúde concebido a partir de tecnologias relacionais do tipo acolhimento, que pode ser apreendido como ações comunicacionais, atos de receber e ouvir a população que procura os serviços de saúde, dando respostas adequadas a cada demanda, em todo o percurso da busca: recepção, clínica, encaminhamento externo, retorno, remarcação e alta. (PINHEIRO, 2001)

O vínculo estreita-se com o acolhimento, ampliando os laços relacionais, desenvolvendo afetos e potencializando o processo terapêutico entre os usuários, os trabalhadores de saúde e os gestores do sistema. Seguindo essa lógica, a unidade de saúde passaria a organizar sua demanda, de acordo com as necessidades e prioridades e não somente atrelada à ordem de chegada, evitando-se, na medida do possível, filas desnecessárias e perda de tempo. (PINHEIRO, 2001)

A responsabilização diante dos desafios do processo saúde/doença é a soma dos demais agenciadores, é a incorporação ao ato terapêutico da valorização do outro, da preocupação com o cuidado e do respeito com a visão de mundo de cada um. É portanto, a adição de estratégias de promoção, de prevenção, de cura e de reabilitação dos usuários (PINHEIRO, 2001). Todos os dispositivos citados confluem para uma resposta adequada, uma solução para os problemas, ou seja, para a resolubilidade das demandas sentidas e apresentadas. Todos eles, contudo, compõem um dispositivo maior: a integralidade.

Um dos principais motivos para o PSF apresentar transformações positivas e significativas na reorganização da atenção básica, segundo Pinheiro (2001), está no fato de o programa buscar, em seus objetivos e suas metas institucionais, políticas e sociais, a centralidade de suas ações na integralidade da atenção e do cuidado à família. Nesse sentido,

"a integralidade pode ser entendida como uma ação resultante da interação democrática entre atores no cotidiano de suas práticas na oferta do cuidado de saúde, nos diferentes níveis de atenção do sistema". (PINHEIRO, 2002, p. 15)

Por todos esses argumentos, seria equivocado esperar um conceito unívoco para integralidade, posto que perderíamos a sua total abrangência e incorreríamos na possibilidade de restringir alguns de seus sentidos ainda inacabados, potenciais vetores de transformação das práticas no SUS. Parte-se do pressuposto que existem vários sentidos atribuídos para a integralidade, e que esse princípio do SUS, definido no texto constitucional, deva constituir uma bandeira de luta, repleta de valores que devem ser defendidos, e cujo conceito continua em construção. (MATTOS, 2001)

A integralidade existe em ato e pode ser demandada na organização de serviços e renovação das práticas de saúde, sendo reconhecida naquelas que valorizam o cuidado e que têm, em suas concepções, a idéia-força de considerar o usuário como sujeito a ser atendido e respeitado em suas demandas e necessidades. (PINHEIRO, 2001)

Sua visibilidade se traduz na resolubilidade da equipe e dos serviços, por meio de discussões permanentes, capacitação da equipe, utilização de protocolos e na reorganização dos serviços (FRANCO; BUENO; MERHY, 1999). Como exemplo, tem-se o acolhimento/usuário centrado na participação dos usuários nas decisões sobre a saúde que se deseja obter. (PINHEIRO; MATTOS, 2003)

Isso posto, podemos reconhecer, nas estratégias de melhoria de acesso e desenvolvimento de práticas integrais, o acolhimento, o vínculo e a responsabilização como práticas integrais (PINHEIRO, 2002). O acolhimento, enquanto diretriz operacional, propõe inverter a lógica da organização e do funcionamento do serviço de saúde, e que esse seja organizado de forma usuário-centrado (FRANCO; BUENO; MERHY, 1999). Para tal fim, os autores partem dos seguintes princípios:

1. Atender a todas as pessoas que procuram os serviços de saúde, garantindo a acessibilidade universal. Assim, o serviço de saúde assume sua função precípua, a de acolher, escutar e dar uma resposta positiva, capaz de resolver os problemas de saúde da população;
2. Reorganizar o processo de trabalho, a fim de que este desloque seu eixo central, do médico para uma equipe multiprofissional - equipe de acolhimento -, que se encarrega da escuta do usuário, comprometendo-se a resolver seu problema de saúde;
3. Qualificar a relação trabalhador-usuário, que deve dar-se por parâmetros humanitários, de solidariedade e cidadania. (FRANCO; BUENO; MERHY, 1999, p. 347)

Os mesmos autores defendem o acolhimento como dispositivo para interrogar processos intercessores que constroem relações nas práticas de saúde, buscando a produção da responsabilização clínica e sanitária e a intervenção resolutiva, reconhecendo que, sem acolher e vincular, não há produção dessa responsabilização. Merhy (1994) propõe refletir como têm sido nossas práticas nos diferentes momentos de relação com os usuários. O autor afirma que uma das traduções de acolhimento é a relação humanizada, acolhedora, que os trabalhadores e o serviço, como um todo, têm de estabelecer com os diferentes tipos de usuários.

A integralidade ganha riqueza e expressão quando efetivada pelo PACS/PSF dentro do cenário da adolescência, promovendo uma atenção integral a sua saúde, respeitando suas especificidades e proporcionando uma mudança de postura que extrapola a capacitação técnica para responder, isoladamente, a cada uma das necessidades das adolescentes.

O que se define por atenção integral à saúde da(o) adolescente e, em específico, à saúde das grávidas adolescentes, não é diferente do esperado para a população geral, contemplada pelo PACS/PSF, porém, para esse grupo populacional, a integralidade pode ser eleita condição primordial, considerando as necessidades específicas do período. Ayres (1990) reforça essa idéia ao afirmar que as necessidades de saúde na adolescência extrapolam os aspectos orgânico-biológicos, especialmente por esse grupo apresentar pequena expressão como demanda aos serviços de saúde. Mais um motivo então, para se levar em consideração às características psicossociais dessa clientela específica e não restringir as ações a práticas tecno-assistenciais.

Observa-se, dessa forma, que a integralidade, ou a ausência dela, pode assumir diferentes faces na saúde dessas adolescentes, através de atitudes, práticas e maneiras de organizar o sistema de saúde. Em suma, a atenção integral à saúde da(o) adolescente prevê um conjunto de ações, a partir das necessidades específicas que apresentam, o diálogo entre uma equipe multidisciplinar; o oferecimento de ações em saúde que contemplem o aspecto do cuidado, prevenção e promoção, assim como, a prática coordenada e continuada da atenção, através da relação com outras unidades de saúde e com outros setores. Portanto, fica claro que a integralidade pode ser exercida dentro do cotidiano de um serviço de saúde, tendo-o como espaço privilegiado de construção de práticas, de novas formas de agir, materializando-se como princípio, direito e serviço na atenção à saúde das adolescentes grávidas. (PINHEIRO; LUZ, 2003)



## 3.2 CAMINHO METODOLÓGICO

### 3.2.1 Tipo de estudo

Esta é uma pesquisa de caráter exploratório, do tipo descritivo, pois exige do pesquisador uma série de informações sobre o que se deseja pesquisar e permite, ao investigador, aumentar sua experiência em torno de determinado problema, aprofundando seus estudos e buscando maiores conhecimentos sobre determinado assunto (TRIVIÑOS, 2002). Caracteriza-se como pesquisa de abordagem qualitativa que, de acordo com Minayo (2002), preocupa-se com um nível de realidade que não pode ser quantificado, ou seja, trabalha, com um universo de significados que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

### 3.2.2 Local do estudo

O estudo foi desenvolvido em uma cidade do interior do estado da Bahia. O município possui uma população de, aproximadamente, 25.863 habitantes, segundo dados do IBGE de 2000, e está localizado no semi-árido baiano.

A escolha do município deveu-se ao fato de ter sido o local de minha atuação profissional como enfermeira do PACS até o ano de 2005. As unidades básicas de saúde desse município prestam assistência à população em nível de atenção primária por meio de duas equipes do PSF e duas do PACS, tendo uma equipe dessas de PSF e do PACS na zona rural. Na atualidade, há 65 agentes comunitários de saúde (ACS), distribuídos em todo o município para PACS e PSF. Até 2004, havia 49 ACS com cobertura de 81,6% do município. Naquele ano, o número de ACS foi ampliado para 65, cobrindo 100% de agentes no município. Quanto ao quadro de médicas(os) e enfermeiras(os), a cidade apresenta 1 médica(o) e 1 enfermeiro(a) para cada oito ACS no PSF, para cada equipe do PACS, encontra-se 1 enfermeira(o) para, aproximadamente, 30 ACS.

O PACS foi implantado nesse município em 1992, oferecendo à população assistência em: pré-natal, planejamento familiar, prevenção e tratamento de DST, prevenção

do câncer cérvico-uterino, imunização, puericultura, clínica geral, programas de controle e tratamento de hipertensão, diabetes, tuberculose, hanseníase e leishmaniose, prestando também assistência odontológica e realizando teste do pezinho e exames laboratoriais de baixa complexidade.

O PSF foi implantado em 2002, funcionando nas localidades da zona rural e urbana. Essas unidades funcionam com os serviços de pré-natal, planejamento familiar, prevenção e tratamento de DST, imunização, puericultura, clínica geral, programas de controle e tratamento de hipertensão, diabetes, além de assistência odontológica.

### **3.2.3 Sujeitos do estudo**

Os sujeitos do estudo foram 2 enfermeiras(os), um(a) do PACS e outra(o) do PSF; 1 médica(o) do PSF e 5 agentes comunitários(as) de saúde distribuídas(os) em PACS e PSF, totalizando 8 profissionais que acompanhavam gestantes adolescentes no período da pesquisa, 19/05/2006 à 04/07/2007. Os(As) profissionais incluídos(as) neste estudo foram da equipe do PACS e do PSF da zona urbana, devido à facilidade de acesso aos profissionais das unidades de saúde pela pesquisadora e a inviabilidade de inclusão de todos os sujeitos da zona rural que compreende 80% do município.

A escolha dos sujeitos da pesquisa foi definida segundo o tempo de trabalho no PACS/PSF, optando-se por inserir no estudo as(os) profissionais que desenvolviam atividades mais diretas junto a gestantes adolescentes, como consultas pré-natais e visitas domiciliares, por isso a não-inclusão de técnicos e auxiliares de enfermagem. Participaram da pesquisa, enfermeiras(os), médica(o) e agentes comunitários(as) de saúde, com atuação superior a três anos na comunidade, esse considerado o tempo adequado à realização de cursos de capacitação para o trabalho em saúde, segundo os princípios desses programas.

### **3.2.4 Produção do material empírico**

Inicialmente foi solicitada autorização através de ofício à secretária municipal de

saúde (ANEXO B), no qual se esclarecia ser esta pesquisa parte de um estudo mais amplo e já aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SESAB (ANEXO A). Uma vez autorizado o estudo, ocorreram encontros e conversas com os profissionais técnicos e com aquela secretária, que esteve presente em reuniões com os ACS quando foi feito o convite para participar do estudo, cujos objetivos foram, então, apresentados.

As entrevistas foram registradas em um gravador, após prévia autorização das(os) entrevistadas(os), com o preenchimento do consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE A), autorizando a publicação de suas falas, sendo observadas as disposições contidas na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que trata de pesquisas envolvendo seres humanos. Esse tipo de pesquisa deve atender a princípios éticos e científicos fundamentais. A observação dos princípios éticos implica:

- a) consentimento livre e esclarecido dos indivíduos-alvo e a proteção a grupos vulneráveis e aos legalmente incapazes (autonomia). Neste sentido, a pesquisa envolvendo seres humanos deverá sempre tratá-los em sua dignidade, respeitá-los em sua autonomia e defendê-los em sua vulnerabilidade;
- b) ponderação entre riscos e benefícios, tanto atuais como potenciais, individuais ou coletivos (beneficência), comprometendo-se com o máximo de benefícios e o mínimo de danos e riscos;
- c) garantia de que danos previsíveis serão evitados (não maleficência); e
- d) relevância social da pesquisa com vantagens significativas para os sujeitos da pesquisa e minimização do ônus para os sujeitos vulneráveis, o que garante a igual consideração dos interesses envolvidos, não perdendo o sentido de sua destinação sócio-humanitária - justiça e equidade. (BRASIL. 1991, p. 1)

Foram garantidos, aos sujeitos da pesquisa, o anonimato das informações e o direito de participar ou não do estudo, podendo desistir no processo bem como ter acesso ao material empírico e aos resultados do estudo. Sendo assim, foi dado à(o) profissional médica(o) o direito de não responder às questões da entrevista a partir da 5ª pergunta. Obteve-se permissão para a coleta do material empírico até a 4ª questão.

O material empírico foi produzido por meio da técnica de observação não-participante e não-estruturada (APÊNDICE B) e entrevista semi-estruturada (APÊNDICE C e D). O estudo compreendeu dois momentos.

No primeiro momento, foi utilizado um roteiro de observação não-participante e não-estruturada. A observação não-participante é uma técnica de coleta de dados com origem na antropologia e na sociologia, sendo definida como um processo no qual a presença do observador, em uma situação social, é mantida para fins de investigação científica. Quando se

deseja captar o sentido encoberto da ação humana, a observação não-participante está indicada, pois acompanha o comportamento dos observados (TRIVIÑOS, 2002). Nesse caso, o observador tem um papel formal revelado, e a observação pode se dar no ambiente natural de vida dos observados. É do tipo não-estruturada, pois segundo Lakatos e Marconi (1998), recolhe e registra fatos da realidade sem utilizar meios técnicos de perguntas diretas. A observação foi realizada durante as consultas médica e de enfermagem feitas com gestantes adolescentes em qualquer idade gestacional e durante as visitas domiciliares dos ACS.

No segundo momento, foram realizadas as entrevistas às(aos) profissionais da equipe de saúde do PACS/PSF. Foi utilizada a entrevista semi-estruturada, uma vez que possibilita a interação pesquisadora-pesquisada(o) e permite a captação imediata das informações indispensáveis, praticamente com qualquer tipo de informante, permitindo à entrevistadora fazer as adaptações necessárias e a formulação de perguntas de forma mais livre. (MINAYO, 2002)

### **3.2.5 Técnica de análise do material empírico**

O material empírico foi analisado pela técnica da análise do discurso, segundo Fiorin (2003). Esse autor considera que análise do discurso é uma prática e um campo da lingüística e da comunicação especializada em analisar construções ideológicas presentes num texto. Ideologia, segundo o autor, é o conjunto de idéias e representações que justificam e explicam a ordem social, as condições de vida do ser humano e as relações que ele mantém com outros seres humanos.

Fiorin (2003) afirma que há dois tipos de texto: os figurativos, que constroem um simulado da realidade para representar o mundo e possuem uma função descritiva (representativa) e os temáticos, que procuram explicar a realidade, classificando-a, ordenando-a e estabelecendo relações e dependências para ela, com uma função interpretativa. Quando se analisa um texto figurativo, deve-se descobrir o tema subjacente às figuras adotadas para que elas tenham sentido. O tema, por sua vez, reveste o esquema narrativo. Para o autor, o nível dos temas e das figuras constitui um referencial privilegiado de manifestação da ideologia, que pode ser percebida em sua completude mediante a análise de vários discursos que tratam de um mesmo tema de maneiras distintas. Esse tema, ampliado e apreendido sob diversos aspectos, resulta em uma configuração discursiva.

O discurso é uma prática social de produção de textos e reflete uma visão de mundo determinada socialmente. Isso significa que todo discurso é uma construção social, não individual, e que só pode ser analisado considerando seu contexto histórico-social. (FIORIN, 2003). O produto da atividade discursiva, isto é, o objeto empírico de análise do discurso é o texto, construção sobre a qual se debruça o analista para buscar, em sua superfície, as marcas que guiam a investigação científica. Segundo esse mesmo autor, o texto pode ser compreendido como um tecido no qual se procura a organização dos fios, das tramas, ou seja, o arranjo que lhe confere significado, com a preocupação voltada para o enunciador, ou seja, o eu no interior do texto. (FIORIN; SAVIOLI, 1999)

O trato do material na análise do discurso envolve a apreensão de alguns conceitos desenvolvidos pelos técnicos do assunto. Entre esses conceitos, o principal é o texto, que é sua unidade de análise. O texto, para Fiorin (2003), é o resultado da manifestação de um conteúdo (discurso) por meio de um plano de expressão qualquer. Ao primeiro contato com o texto, tudo parece estar disperso e incoerente, torna-se necessária buscar o seu nível mais abstrato, fazer a diferença entre a aparência e a essência. Buscando essa diferença básica, a análise do discurso permite valorizar a historicidade do texto em que se verifica a concepção corrente na época e na sociedade em que foi produzido. (FIORIN, 2003)

Cada texto é um pronunciamento sobre dada realidade, revelando a visão de mundo de quem o produz. Os elementos significativos se somam ou se confirmam em um mesmo plano de significados e, no processo de análise, tenta-se localizar todas as figuras e temas que conduzem a um mesmo bloco de significação para apreensão do tema abordado. Não se devem extrair partes isoladas sem a percepção do todo, ou seja, o significado das frases no texto não é autônomo, não se deve isolar frase alguma e tentar conferir-lhe o significado que se deseja, pois o conteúdo dos significados é dado pelo universo do sentido ou da significação de todo o texto. (FIORIN, 2003)

A análise do discurso vai, à medida que se estudam os elementos discursivos, montando a visão de mundo dos sujeitos inscritos no discurso, depois, mostra o que é que determinou aquela visão nele revelada (FIORIN, 2003). Esse processo envolve reflexão acerca das condições de produção dos textos analisados, as quais, de acordo com Orlandi (2001), o situam em um contexto histórico-ideológico mais amplo. Essa autora defende que a análise de discurso busca desvendar os mecanismos de dominação que se escondem sob a linguagem.

Para operacionalização dessa técnica, recomenda-se percorrer todo o texto a fim de tentar localizar os elementos concretos e abstratos que conduzem a um mesmo bloco de

significados; agrupar as informações, de acordo com os elementos significativos (concretos e abstratos) que somam ou confirmam um mesmo plano de significados; apreender os temas centrais para a formulação de categorias empíricas a serem analisadas. Esses procedimentos foram adotados com os textos deste estudo.

## 4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

### 4.1 PERFIL DOS SUJEITOS DO ESTUDO

Das(os) ACS que participaram do estudo, 3 pertenciam ao quadro de servidores do PACS e 2 do PSF. A idade variou de 39 a 43 anos com tempo de atuação profissional entre 8 e 12 anos. Todas(os) realizaram capacitações em: Cartão SUS, Saúde do idoso, HIPERDIA (Hipertensão e Diabetes), Tuberculose, Hanseníase, Mais Saúde Bahia, DST.

Das(os) 2 enfermeiras(os) participantes, uma era servidora do PACS, outra(o) do PSF, com idade de 30 e 50 anos e tempo de trabalho de 5 e 16 anos, respectivamente. A(O) ENF1/PSF realizou capacitação em: Imunização, HIPERDIA vigilância ambiental, PACS, introdutório do PSF, Mais Saúde Bahia (ENF1/PSF), enquanto a ENF2/PACS realizou capacitações em DST/HIV/AIDS, saúde reprodutiva, saúde do idoso, HIPERDIA.

A(O) médica(o) que participou da pesquisa, tinha 38 anos de idade, tempo de atuação profissional de 6 anos, tendo realizado as capacitações: Introdutório do PSF, dengue, HIPERDIA, raiva humana, atendimento ao idoso, Mais Saúde Bahia. Tem especialização em clínica médica.

No sentido de facilitar a compreensão do contexto em que se inserem as adolescentes grávidas acompanhadas pelas(os) profissionais, por ocasião da pesquisa, em consultas e visitas domiciliares, informamos que: a idade das 10 adolescentes variou de 14 a 19 anos; 1 havia concluído o ensino fundamental, estando sem estudar naquele momento, juntamente com mais 7 adolescentes; 3 eram solteiras, as demais tinham união estável; todas de cor negra; da zona urbana, exercendo trabalho não-remunerado como donas-do-lar; 2 iniciaram o pré-natal mais tardiamente, no 5º mês; todas primigestas e se encontravam na segunda metade da gestação.

## 4.2 ADVERSIDADES SOCIAIS COMO CONDICIONANTES DA GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA

A categoria empírica em foco emergiu dos questionamentos feitos às(aos) profissionais, quanto ao conhecimento sobre a vida das adolescentes e das adolescentes grávidas na área em que essas(es) profissionais atuam, bem como sobre a prática de cuidado que desenvolvem. Não havendo atividades sistemáticas voltadas à adolescência, suas respostas foram direcionadas às grávidas adolescentes, uma vez que oferecem atenção pré-natal a esse grupo.

Foi constatado que a gravidez acontece em meio a adversidades decorrentes da pobreza, que nega às adolescentes os caminhos para a ascensão social. Em seus depoimentos, as(os) entrevistadas(os) apresentaram a diversificação de aspectos que consideraram estar envolvidos no fenômeno da gravidez na adolescência.

Entre as posições sociais apresentadas foi revelado que, diante das dificuldades sociais e econômicas, muitas jovens apóiam-se em um modelo de sociedade em que ser mãe é destino e/ou vontade divina e reproduzem um modelo de mulher no qual a gravidez é incorporada como evento natural e principal lugar de afirmação da identidade feminina. Isso quer dizer que a falta de oportunidades sociais conduz adolescentes a vivenciarem a reprodução como caminho para constituir família, idealizada como lugar de proteção e fuga de uma realidade que lhes nega construir um projeto de vida.

Os depoimentos a seguir são reveladores dessa situação:

*[...] São realmente adolescentes de um nível cultural muito baixo e aquilo pra elas se torna é Deus que quer, aconteceu, e demonstram uma frieza que muitas vezes eu não consigo avaliar se está sendo bom ou se está sendo ruim pra elas (ENF 1/PSF).*

*A gravidez na adolescência vem aumentando nas classes sociais mais desfavorecidas e muitos pais até se conformam. Eu vejo que há muito conformismo com esta situação. Elas são na sua grande maioria de classe muito desfavorecida. Na verdade, eu vejo que elas não têm muita oportunidade e a saída é formar família, muitas vezes [...]. Elas não têm noção nenhuma do que estão fazendo. Não tem outro jeito a não ser se juntar com outro adolescente ou até mais velho que ela e formar família. Não há perspectivas. Às vezes, as mães se conformam porque também foram mães cedo, tiveram muitos filhos e essa vida que levam acaba sendo mesmo o que têm pra oferecer aos filhos (MED 1/PSF).*

*É que a maioria nem trabalha, nem terminam os estudos. Às vezes até já largaram mesmo, e aí a gravidez vem como consequência pra formar família. Tem meninas dessas que o namorado é mais velho e quer ter logo um filho, aí a menina engravida pra satisfazer ele.*



*Pra elas aqui na roça engravidar cedo é normal, é até pra se orgulhar. Só que elas vêm pensando melhor e não querem ter tanto filho como suas mães (ACS 4/PSF).*

Através dos discursos, infere-se que a maternidade representa para uma parcela das adolescentes da comunidade, tanto uma realização social como uma possibilidade de, uma vez grávida, concretizar uma união na busca de garantias de mais qualidade na sobrevivência material o que é naturalizado pela família e sedimentado na cultura. Como vontade divina, a gravidez é fruto da submissão à vontade de outrem, o que retarda a tomada de consciência sobre a gravidez como construção social e sobre a responsabilidade do poder público, neste incluídos os serviços de saúde, em viabilizar o acesso à informação e aos meios que possibilitem às adolescentes a tomada de decisões.

Segundo Duque-Arazola (1997), nos espaços de convivência cotidiana, meninos e meninas aprendem e internalizam gênero, de acordo com aquilo que a sociedade local exige que sejam. Assim, a hierarquização de gênero perpassa tempos e rotinas, jogos e brincadeiras, perspectivas e projetos de futuro, reproduzindo os papéis masculinos e femininos vigentes no grupo social, ao qual pertencem os sujeitos implicados.

Conforme ressalta Paim (1998), a gravidez e a maternidade, assim como os demais eventos corporais, não são apenas uma atividade biológica ou natural, mas constituem eventos culturais submetidos a uma ordem simbólica vigente no grupo social em que ocorrem. Assim, é fundamental analisar a gravidez na adolescência no contexto das concepções de corpo, de reprodução e das relações de gênero inseridos em situações concretas de classe. Essas relações podem apresentar diferentes facetas se for percebido, por exemplo, o papel de gênero assumido por jovens mulheres com melhores perspectivas de estudos e profissionalização em que a maternidade e/ou a constituição de família devem ser adiadas de forma a não comprometer a futura inserção no mercado de trabalho e a conseqüente aquisição da autonomia financeira. (PINHEIRO, 2001)

A evasão escolar é apresentada como indicador de dificuldades sociais e a gravidez, uma de suas conseqüências ou um de seus condicionantes. Estar fora da escola e do mercado de trabalho distancia o grupo das possibilidades de romper o ciclo da pobreza, determinando, segundo os depoimentos, impotência e conformismo diante de um contexto de vida que nega, às adolescentes, oportunidades sociais. Todavia, há também um movimento na direção de não terem para si o mesmo destino de suas mães, de modo que, embora sejam mães jovens, desejam ter uma prole menor na perspectiva de ampliar espaços para maior mobilidade social.

As razões que levam a gravidez na adolescência são múltiplas, como, a irregularidade inicial da ovulação e dos ciclos menstruais, supondo a adolescente que ela não engravidará; falta de informação e uso inadequado dos métodos contraceptivos; dificuldade em dialogar com o parceiro sobre contracepção ou até com a família, que na maioria das vezes, resume-se em advertência do tipo: "Não vá aprontar"; "Olha lá o que vai fazer"; ou recorre a histórias envolvendo alguma pessoa conhecida, como: "viu o que aconteceu com a fulana?". Em muitos casos, a orientação sexual dos pais limita-se a chamar a atenção das meninas, sobre os cuidados que elas devem tomar em relação à higiene no período menstrual e, para os meninos, dizem: "Cuidado para não pegar nenhuma doença". (AMAZARRAY; MACHADO; OLIVEIRA, 1998; BORGES; SCHOR, 2002)

Outras razões estão relacionadas a histórico de violência intrafamiliar, abuso de drogas e doenças crônicas de um dos pais; falta de lazer; curiosidade natural; necessidade de expressar amor e confiança; solidão; carência afetiva e necessidade de afirmação na tentativa de quebrar tabus de cunho moral impostos pela sociedade, levando as jovens a contestar, mantendo relações sexuais ilícitas, na busca da libertação da tutela paterna. Outros fatores podem favorecer a ocorrência de uma gravidez na adolescência como: ausência de educação sexual nas escolas e de programas de planejamento familiar nos serviços públicos de saúde. (AMAZARRAY; MACHADO; OLIVEIRA, 1998; BORGES; SCHOR, 2002)

Evidencia-se, na literatura científica, uma diversidade de motivações para que adolescentes engravidem. O desejo de sentir-se mais mulher, que advém do *status* que o papel de mãe pode proporcionar à adolescente, faz com que acredite que essa aquisição pode conduzi-la a uma valorização social. Ainda que nos tempos atuais tenha havido mudanças de papéis desempenhados pelas mulheres na sociedade, faz parte da socialização de qualquer jovem o desejo de uma maternidade futura, devido à exaltação atribuída ao papel de mãe (CAVASIN; ARRUDA, 1999). Isso é pensado no plano do ideal e quando o real aflora para essas jovens, as mesmas experienciam um momento de mudanças em suas vidas que podem ser aceitas com naturalidade porque não faziam planos futuros. (GODINHO; SCHELP, PARADA, 2000)

Heilborn, Salem e Rohden e colaboradores (2002) reiteram o que está expresso nas falas das(os) profissionais afirmando que, diante do fato de não ser oferecido às jovens igualdades de oportunidades sociais, a gravidez é colocada para elas como alternativa de vida sendo de fundamental importância ressaltar que não existe a gravidez na adolescência como um fenômeno isolado, mas, dependente de um contexto social, político, cultural e emocional no qual a grávida está inserida. Godinho, Schelp e Parada e colaboradores (2000) também

consideram que a gravidez pode emergir da vontade da adolescente a partir de um plano idealizado de ter um filho para poder prender o namorado, para sair da escola ou da casa dos pais, para dar mais sentido a uma vida vazia ou por causa do desejo de querer sentir-se mais mulher.

Assim, entre o comportamento sexual dos homens e o das mulheres verificam-se diferenças significativas. Com a chegada à adolescência, a liberdade sexual caracteriza a masculinidade. A dupla moral levou os homens a desvincularem o sexo do afeto e a valorizarem o seu desempenho, enquanto que a mulher busca a integração de ambos (AZEVEDO; MOREIRA; CONFORTO, 2001). Essa dicotomia influencia, até os dias atuais, as vivências sexuais de homens e mulheres.

Por este mesmo caminho de desigualdades entre os gêneros, percebe-se que, em se tratando da gravidez na adolescência, fala-se somente de responsabilidades da mulher adolescente, o que é uma associação muito comum, feita de maneira geral, por se tratar de uma condição biológica particular às mulheres por muito tempo considerada sua principal função social. Aos homens, sempre coube se manter à parte dessa responsabilidade e da função de cuidar dos filhos, sendo a ele atribuído o papel de provedor, introjetado de tal forma que não lhes possibilitou pensar a paternidade como uma vivência de cuidado afetivo. Portanto, a igualdade social e de gênero deve permear o cotidiano das práticas sociais e de saúde das mulheres, defendendo-se a integralidade como um indicador de qualidade.

No tocante ao tornar-se mãe como extensão do vivido por suas genitoras, em consequência da falta de oportunidades, bem como diante da posição que se contrapõe nos depoimentos analisados, Godinho, Schelp e Parada e colaboradores (2000) consideram que, sem oportunidades, as adolescentes têm menores chances de absorção pelo mercado de trabalho e mesmo quando conseguem se inserir nesse mercado competitivo e exigente, acabam assumindo atividades com baixa remuneração, o que as mantém, sem planos para um futuro melhor. Mas, embora se defrontem com empecilhos, as adolescentes não querem perpetuar a mesma trajetória de vida de suas mães.

Essa possibilidade é também ressaltada por Pantoja (2003), quando afirma haver uma tendência entre as adolescentes de não desejar seguir os mesmos caminhos trilhados por suas mães. Almejam outras possibilidades para o futuro, até porque os valores atribuídos à adolescência nos dias de hoje são de preparação para uma vida adulta em que se faz necessário um investimento escolar e profissional para a obtenção de melhores salários, além de desejarem estabelecer uma relação amorosa duradoura. (CAVASIN; ARRUDA, 1999)

Os depoimentos a seguir, ainda referentes à temática em foco, revelam múltiplas possibilidades de sentimentos por ocasião da gravidez na adolescência experimentados, inclusive, por aquelas que buscam, diante das adversidades, uma gravidez para constituir família na tentativa de driblar a realidade social. Quando essa gravidez sai do espaço do imaginário para se tornar fato concreto, traz consigo novos enfrentamentos, expectativas e responsabilidades que alteram as relações familiares e as perspectivas de futuro, podendo causar *desespero, temor, vergonha e culpa* que resultam em sentimentos ambíguos e sofrimento.

*[...] Tem família que aceita, que dá apoio, até porque não tem outra saída (ACS 3/PACS).*

*[...] Também aqui não se investe na juventude, não tem muito o que fazer. O caminho acaba sendo constituir família. Você que trabalha e você vê lá que elas não têm noção nenhuma. Por isso, que muitas ficam depois tentando, né, com chá abortar de qualquer forma. Entra o desespero, o pânico de ver a besteira que fez, da família descobrir, principalmente do pai, da mãe descobrir (ACS 3/PACS).*

*[...] E além de tudo a rejeição familiar. Então, é um momento muito difícil para essas gestantes, porque são gestantes que não têm, assim, perspectiva de como viver e de como criar esse filho. A dificuldade, o nível de escolaridade também, que muitos não oferecem. Assim, realmente uma decisão de vida, um equilíbrio, então, elas realmente sofrem demais, e muitas, não têm nem noção do sofrimento. [...] (ENF 1/PSF).*

Alguns depoimentos confirmam o que está dito na literatura, ressaltam o papel da família, chamam a atenção para a necessidade de apoio, diálogo, bem como para os conflitos que envolvem a gravidez:

*Olhe! O que mais me deixa, assim, preocupada em buscar subsídios para orientação é dizer que elas engravidam sem ter noção da responsabilidade que elas estão assumindo. Então, elas, às vezes, abandonam o colégio, brigam com os familiares, saem de casa. Então, pra você ter condição de orientação, e tentar ajudar e, muitas vezes, elas se sentem donas da situação, da vida delas e elas não aceitam muito a sua orientação (ENF 1/PSF).*

*[...] Quer dizer, falta de informação em casa que também eu falo sempre que os pais não conversam, né? Mantém uma distância, né? Não conversa com os filhos que eu acharia que deveria sentar[...] Se a mãe que é mais próximo da filha, se preocupasse em orientar, em tá falando muito antes, não esperar ela menstruar a primeira vez, mas já ir conversando, já falar sobre menstruação acho que seria diferente (ACS 3/PACS).*

*É que a maioria esconde dos pais, não tem jeito. Tem medo da reação dos pais. Tem pais que são difíceis. Tem uns que aceitam numa boa. Levam até a filha na consulta do pré-natal [...] (ACS 2/PSF).*

Para Heilborn, Cabral e Bozon e outros colaboradores (2006), o fenômeno da gravidez na adolescência deve ser considerado segundo a estratificação social, de modo que os sentimentos são variados podendo os pais expressar surpresa, decepção, raiva, culpa, rejeição e/ou alegria. A gravidez na adolescência revela à família algo que se mantinha na obscuridade, a vivência sexual da adolescente, exigindo novos arranjos na estrutura e funcionamento familiar e fazendo com que os pais se questionem diante de si e da adolescente sobre percepção e expressão da sexualidade.

No geral, observa-se, nos segmentos mais populares, uma promoção de mudanças no *status* da adolescente, que passa a ocupar diferente posição social em decorrência da gravidez e da mudança conjugal, o que lhe atribui prestígio e reconhecimento em sua comunidade, no momento em que aspiram constituir família a fim de estabelecer um outro núcleo doméstico. Muitos pais sentem-se despreparados para lidar com a nova condição, e isso pode ser visto como uma crise ou pode favorecer estratégias de resolução integradoras. A situação deve ser assumida e vivenciada pela jovem contando com o suporte familiar. (BRANDÃO; HEILBORN, 2006)

Sem contar com a família, a adolescente poderá se sentir sem força e sem motivação para interagir com a gravidez e com o serviço que a acompanha. O apoio da família e do companheiro, inclusive, pode estar, portanto, associado de forma positiva, ao bem-estar e satisfação da mesma pela vida. (GAMA; SZWARCOWALD; SABROZA, 2004)

Fato incontestável, que as adolescentes iniciam, cada vez mais precocemente, as relações sexuais, sendo observado que vem ocorrendo um decréscimo, tanto na idade média da menarca, como na idade média da primeira relação sexual. Essa modificação fisiológica e comportamental, no entanto, não está sendo acompanhada de intervenções apropriadas como a implementação de programas sobre educação sexual, serviços para atendimento especial para adolescentes, acesso e orientação quanto aos métodos contraceptivos (SCHOR; ALEGRIA, 1990). Esse contexto contribui para que as adolescentes tenham um conhecimento vago, repleto de mitos e tabus acerca da prática sexual, do conhecimento sobre seu corpo e da inadequação do uso métodos contraceptivos.

Se sua vivência sexual culminar com uma gravidez indesejada e/ou se houver o temor de ser rejeitada pelos pais ao descobrirem, essa poderá resultar em um aborto. Segundo a Rede Feminista de Saúde (2004), as taxas de abortamento entre adolescentes variam de país para país, registrando-se desde taxas muito baixas, como na Alemanha, três abortamentos em cada 1000 mulheres na faixa etária de 15 a 19 anos, até taxas mais altas, como no Brasil, 32 em cada 1000 mulheres.

De acordo com Souza, Corrêa e Souza e colaboradores (2001), entre as jovens é que aparece o maior número de abortos em condições de risco, pois as mesmas, carregadas de medo, culpa, censura, vergonha, encontram, nesse recurso, a única saída para a solução dos seus problemas. Essa decisão muitas vezes é vivida de forma solitária e clandestina, ou sob pressão dos parceiros ou dos familiares e, ao decidirem interromper a gravidez, utilizam quaisquer recursos que tenham à mão.

Os serviços que lidam com adolescentes não podem deixar, portanto, de adotar atitudes acolhedoras e eficazes proporcionando meios para a formação de vínculos, atentando para alguns fatores que prejudicam a aceitabilidade desses serviços, tais como: atitudes autoritárias e preconceituosas, não proporcionando a privacidade e a confidencialidade das informações; tornar o acesso mais difícil através de longas filas de espera e a dificuldade para agendar consultas; falta de material e insumos (preservativos, medicamentos, etc.); falta de flexibilidade para atender fora dos horários agendados; não-cumprimento das consultas agendadas. (BRASIL. 2005)

O que vem ocorrendo na prática não atende essa expectativa. Como se pode perceber através do depoimento da(o) ACS5. A responsabilização tanto pela gravidez como pela sua interrupção em casos de aborto, é atribuída à adolescente. A esse respeito, a realidade é contraditória.

*O que me chama atenção é que parece que gostam, se acomodam e aí se vier a gravidez não tem nada, não. Elas tão relaxadas, mesmo! Claro que eu digo assim, tem muitas que abortam e é porque querem, mesmo! Se o aborto não der certo, elas vão com as caras mais limpas pro pré-natal e nem falam nada que tiveram a tentativa de perda. E elas não estão nem aí. E ainda acham que engravidando vão receber algum benefício. Eu já falo logo, não ganha porque é de menor. Querem o dinheiro pra comprar televisão, geladeira, trocando filho por mercadoria! [...] Creio que elas estão mais soltinhas. Estão engravidando cedo e não é por falta de orientação, porque é o que mais a gente orienta, mas não tem jeito, não. São aborrecentes, mesmo. E eu tenho filha adolescente e sei como é. Então, o que conheço é que querem ser donas de si, nem aceitam, às vezes as orientações que a gente dá. Já estou cansada de orientar tanto estas meninas. Eu sempre digo não vacilem. Hoje engravida quem quer e digo até lá em casa, se engravidar boto pra fora de casa! Mas é, porque as coisas hoje não tá fácil não! (ACS 5/PACS).*

Neste depoimento, fica clara a contradição:

*[...] Às vezes, tava usando algum método que pela falta do dinheiro e nem sempre tem no posto, acaba ficando sem usar o remédio [...] (ACS2/PSF).*

Entende-se, por tal discurso, que essa(e) ACS rotula a gravidez em adolescentes como fruto da irresponsabilidade delas com suas vivências sexuais, traduzindo uma visão

ideologizada desse fenômeno, o que mantém, na obscuridade, a omissão do Estado frente aos compromissos sociais, além de negar as motivações subjetivas para uma gravidez. A ética profissional também revela uma lógica que desrespeita pessoas em sua singularidade para orientar sua prática segundo seus próprios valores, sem respeitar o contexto adverso em que se insere a adolescente e sua gravidez.

Sem a possibilidade de expressão de suas demandas, consideradas como um bloco homogêneo e julgadas moralmente, as adolescentes mantêm-se excluídas da integralidade da atenção, pois, como um dos representantes da instituição, a(o) ACS não lhes oferece acolhimento nem condições para o estabelecimento de vínculos, retardando o acesso das adolescentes aos meios que produzam perspectivas de transformação da sua realidade.

Observa-se, portanto, que gênero está marcado fortemente por desigualdades entre homens e mulheres em que a maternidade precoce apresenta valores diferenciados nas diversas classes sociais e que as relações de gênero situadas sempre em contextos sociais específicos demarcam espaços, delimitam possibilidades e configuram matrizes ou modelos de interação entre as pessoas (TRAVERSO-YÉPEZ; PINHEIRO, 2005; BRANDÃO; HEILBORN, 2006). Considerada a precariedade de oportunidades ocupacionais que mantém as jovens excluídas do mundo do trabalho, podemos entender a gravidez na vida da menina adolescente, como um substituto do trabalho que, por sua vez, substitui, nessa faixa etária, a escolarização. Ou seja, a ocorrência da gravidez na adolescência se impõe face à ausência de sentido que tem para suas vidas a educação escolar, como uma forma de achar um lugar social, funcionando como uma referência de vida. (TRAVERSO-YÉPEZ; PINHEIRO, 2005)

No tocante ao aspecto referente aos interesses materiais envolvidos na gravidez, se há procedência na interpretação dada pela(o) ACS5, é possível afirmar que ser pobre não modifica as referências de bem-estar e conforto construídas segundo parâmetros que dão visibilidade e valorização, de modo que, o acesso a bens como geladeira e televisão, além de ser um direito, torna-se condição de ascensão social. Assim, impotentes diante da sua condição de filhas da pobreza e vivenciando uma etapa de vida que faz aflorar desejos de consumo, as adolescentes utilizam-se do poder que podem exercer a partir do corpo para atender ao fascínio da beleza das cores, da moda e dos hábitos massificados reproduzidos na tela da TV. Portanto, cabe ao Estado viabilizar políticas incluídas de educação, saúde, emprego, moradia, lazer que produzam bem-estar garantindo dignidade e cidadania para que as adolescentes não somente tenham acesso, mas possam fazer escolhas diante do que lhes é oferecido.

### 4.3 REPRODUÇÃO DO MODELO CLÍNICO NO CUIDADO A GRÁVIDA ADOLESCENTE

O PSF, considerado uma estratégia de reorganização do SUS, tem provocado um importante movimento, havendo resultados positivos nos principais indicadores de saúde das populações assistidas. O mesmo traz em sua base a preocupação em promover o acesso de grupos populacionais excluídos, voltando-se prioritariamente para os grupos sociais mais vulneráveis, todavia, tem trazido resultados pouco perceptíveis na estruturação dos serviços de saúde, sobretudo por não promover mudanças significativas no modelo assistencial. (SENNA, 2002)

No tocante ao PACS, esse pode ser considerado o antecessor do PSF, fornecendo elementos que tiveram um papel central na sua construção. Dentre esses elementos, ressalta-se o enfoque das ações em saúde centrado na família e não no indivíduo e o agir preventivo sobre a demanda. De certo modo, buscou-se com o PACS a adoção de uma prática não reducionista sobre a saúde das pessoas, evitando ter como eixo apenas a valorização da clínica e do ato prescritivo, buscando-se a integração com a comunidade (ALVES, 2005). Desse modo, o PACS contribuiu para que o PSF se constituísse em uma estratégia de reorientação e reorganização do modelo de atenção à saúde no Brasil, um projeto dinamizador do SUS.

A expansão do PSF tem favorecido a universalidade do cuidado à saúde, uma vez que as equipes têm sido implantadas, prioritariamente, em locais cujas comunidades têm limitação de acesso aos serviços de saúde, tendo como princípios orientadores a integralidade, a equidade e a participação social. Mas, segundo Paim (2003), a ampliação do número de equipes como um fenômeno isolado de expansão assistencial não garante por si só a construção de um novo modelo, pois é preciso também uma mudança nas bases de formação dos profissionais. Para esse autor, modelo de atenção ou modelo assistencial “[...] é uma dada forma de combinar técnicas e tecnologias para resolver problemas e atender necessidades de saúde individuais e coletivas. É uma razão de ser, uma racionalidade, uma espécie de lógica que orienta a ação”. (PAIM, 2003, p. 568)

O trabalho em equipe constitui uma das premissas do PSF para a produção de impactos sobre os diferentes fatores que interferem no processo saúde-doença. A intervenção na realidade, sob essa ótica, é facilitada pela adição de olhares dos diversos profissionais que compõem as equipes de saúde da família. Todavia, a estruturação do trabalho em equipes multiprofissionais no PSF, por si só, não garante uma ruptura com a dinâmica biomédica,



centrada na doença sem a compreensão integral do ser humano e do processo de adoecer. Para tanto, há necessidade de dispositivos que alterem a dinâmica do trabalho em saúde, nos fazeres do cotidiano de cada profissional. Há que se identificar, nessas equipes, os elementos que configurariam uma nova lógica no agir desses profissionais e na forma como se produz o cuidado em saúde. (ARAÚJO; ROCHA, 2007)

O perfil dos recursos humanos em saúde deve ser voltado para o aspecto da multidisciplinaridade que favoreça o desenvolvimento de um processo de formação e capacitação permanente de todos os profissionais envolvidos. O desencadeamento de um processo de construção de práticas renovadas necessita ser articulado com uma nova dimensão no desenvolvimento do trabalho em equipe que não incorpore, apenas, a aquisição de conhecimentos, mas que seja um diferencial de mudanças na cultura e no compromisso com a gestão pública, garantindo uma prática pautada nos princípios da promoção da saúde. (ARAÚJO; ROCHA, 2007)

No tocante à gravidez na adolescência, é possível aplicar a integralidade em práticas cotidianas dos profissionais, buscando-se o acolhimento, o vínculo, a responsabilização e a qualidade da atenção, redirecionando as práticas profissionais, relativizando o risco, de modo a valorizar a adolescente grávida, não somente na dimensão biológica, mas também em suas necessidades enquanto mulher e adolescente. A adolescente grávida não deve ser manipulada como objeto de vulnerabilidade – risco, em um contexto isolado da realidade e de suas vivências. Nesse processo, é valiosa a sensibilização dos profissionais de saúde, quanto aos sentidos da integralidade, possibilitando-lhes reorientar suas práticas e escapar dos reducionismos.

É necessário se interrogar sobre as melhores formas de dar respostas às necessidades dessa clientela específica na lógica da multidisciplinaridade. A adolescente/mulher/mãe necessita de qualidade na atenção à sua saúde, numa abordagem que a valorize em seus aspectos sociais, econômicos, emocionais e culturais.

Medrado e Lyra (1999) afirmam que, embora haja dificuldades na maternidade adolescente, essas podem ser minimizadas com serviços de apoio adequados que atendam suas necessidades. Os autores acreditam que há duas formas de trabalhar com as(os) adolescentes, isto é, através da reflexão/discussão sobre a gravidez antes dela acontecer e através do apoio da família e dos profissionais. Apoiar o casal adolescente que engravida não é estimular a gravidez precoce, é criar condições para que não resulte em problemas físicos e psicossociais que podem ser piores do que qualquer risco obstétrico.

Neste estudo, o movimento dialético identificado nos discursos e práticas profissionais trouxe, simultaneamente, aproximações e distanciamentos da perspectiva da integralidade. No tocante ao cuidado pré-natal às gestantes adolescentes, objeto deste estudo, apresentaram-se, no discurso do mesmo sujeito, modos de perceber e modos de agir discordantes, assim como foram identificadas falas e práticas que demonstram uma atuação de acordo com o modelo clínico.

Os depoimentos de algumas(ns) ACS referentes ao questionamento sobre o que fazem como profissionais para atender às necessidades das adolescentes grávidas de sua comunidade revelaram ações que se apóiam no modelo técnico embora tenham se inserido no PACS/PSF, em um momento histórico de mobilização para transição paradigmática.

*Geralmente o que eu olho é a T.A e o peso pra orientar. Já até falei com elas na visita, na semana, que elas comem muito. Aí eu falo que tem que ter cuidado, tem que controlar. Controlar a alimentação! É! Dividir, fracionar a alimentação. Olho o cartão, se já começou a fazer os exames, quando é a próxima consulta. Eu pego no pé delas porque é muito importante, se não relaxam (ACS 3/PACS).*

Tendo como ponto de partida a idade e a inexperiência da adolescente, uma das(os) ACS justifica sua conduta, assumindo que passará experiência através da sua fala. Na realidade, isso não se cumprirá uma vez que experiência não se adquire sem a prática, sem o vivido.

De acordo com Medrado e Lyra (1999), intervir na saúde adolescente implica discutir mudanças de paradigmas e pensar a possibilidade da adoção de outros valores. Deste modo, pode-se incentivar a participação das(os) jovens no campo da saúde, nas discussões das relações de gênero, da sexualidade e da reprodução com atenção para não impor verdades estabelecidas, buscando-se um cuidado integral, valorizando suas especificidades e, em especial, as das adolescentes grávidas. Para tanto, a(o) profissional de saúde que conduz o cuidado, necessita considerar as diversidades culturais, sociais, econômicas, biológicas e psicológicas das adolescentes, dando resolutividade às suas ações, acompanhada de atividades educativas participativas que as valorizem como sujeitos ativos no processo do cuidar.

A mãe, por vezes, ocupa o lugar central na relação com a(o) ACS, razão de tranquilidade para esse que dá à genitora exclusividade na assunção de responsabilidades:

*Converso muito com elas de que são muito novas não tem experiência e que estou ali pra ajudar. Marco consulta, vejo o cartão da vacina, oriento a alimentação, o peso [...]. Falo sempre que elas são muito novinhas por causa da idade, elas não têm experiência, entendeu? Então, a gente tem que conversar com ela pra passar experiência (ACS 1/PACS).*

Algumas(ns) ACS revelam preocupação em construir relação de confiança, disponibilizando-se para a escuta e a formação de vínculos. O fato de pertencerem à mesma comunidade das adolescentes de que se ocupam pode constituir um facilitador da relação, mas o modo como as aborda requer sensibilidade e preparo para lidar com as especificidades. Sobre essa questão, sejam avaliadas estes depoimentos:

*É, faço o que é da rotina. Visito, pergunto se tá tudo bem, se tá precisando de alguma coisa, às vezes querem só desabafar, conversar sobre o namorado, tirar dúvida, perguntar se pode comer isso ou aquilo. Olho o cartão da vacina, cadastro as gestantes novas e falo dos cuidados da gravidez porque a gente já teve treinamento (ACS 4/PSF).*

*A gente como ACS acaba sabendo de tanta coisa da vida das adolescentes. Às vezes, elas conversam mais comigo do que com os pais. Elas têm vergonha de conversar ainda com a família [...] (ACS 3/PACS).*

*[...] Eu falo pra elas que não escondam, pois tudo que sentir durante a gravidez, tem que conversar comigo. Se ela não quiser conversar com a doutora, eu peço para que converse comigo, que aí eu passo pra ela [...] (ACS 1/PACS).*

O depoimento da(o) ACS1 deixa transparecer uma atitude de intimidação e desvalorização do direito à confidência por parte da adolescente, ainda que a relação seja movida por boas intenções. Posto que se reconhece como sujeito da atenção que não domina o conhecimento técnico-científico na área obstétrica, compromete seu papel de interlocutor entre comunidade e serviço quando impõe a fala e assume transmití-la a pessoa com quem a adolescente certamente não construiu um vínculo de confiança e, por isso, se distancia não expondo seus problemas.

As relações que abrem possibilidades para a construção de vínculos convivem com a percepção já abordada na subcategoria anterior em que a gravidez na adolescência é considerada como algo que ideologicamente define para as meninas uma vida de exclusão, sendo essas consideradas, pela(o) ACS5, incapazes de construir responsabilidade, o que fica patente nesta fala:

*Eu sempre oriento, né? Mas entra num ouvido e sai pelo outro. Eu morro de falar. Mas, faço tudo que tá dentro de nossa obrigação fazer. É olhar o cartão de gestante, de vacina, ver o peso pra não engordar demais, oriento sempre alimentação e pergunto se tem alguma dúvida, que sempre têm! Não sabem cuidar nem delas próprias, quanto mais cuidar de filho! Eu tenho pena é da mãe que vai arcar com tudo, mas o que se pode fazer [...] (ACS 5/PACS).*

Mediante os relatos de observação feita em visitas domiciliárias, ficou confirmado que o modelo técnico constitui o eixo norteador das práticas da(o) ACS5 e que essa(e) se orienta por uma lógica que faz do espaço profissional a sua própria casa, agindo segundo valores que contrariam a ética em saúde e a ética da integralidade, sem considerar a singularidade da adolescente visitada, que vivencia a gravidez em um contexto que a faz ter vulnerabilidade social, econômica e emocional:

*A casa da adolescente é feita de madeira e o chão é de terra. Possui algumas galinhas e dois cachorros sujos, sem raça definida. A adolescente nos recebe com a sua mãe do lado, uma senhora na maturidade. A ACS abordou a adolescente grosseiramente: - Pra que escondeu? Agora vai começar o pré-natal tarde! A adolescente ficou assustada com o tom de voz da ACS. A ACS procura saber se a adolescente já passou pelo pré-natal e olhou em seguida o cartão da gestante. A ACS procura saber também sobre o cartão da vacina e a adolescente disse que perdeu. Mas, quando sua mãe sai de junto dela, ela nos diz que o seu cartão foi rasgado pela sua mãe quando procurava dinheiro em sua bolsa para o padastro da adolescente beber, pois ele bate em sua mãe se não tiver o dinheiro para a bebida. A ACS fica assustada e procura terminar logo a visita, pois o padastro da adolescente é usuário de drogas (a ACS comenta com a pesquisadora). A ACS ficou responsável em marcar os exames da adolescente e a orientou rapidamente sobre alimentação, aleitamento materno e a vacina. OBS- ACS 5/PACS.*

Em uma outra visita selecionada para análise, a(o) ACS1 também concretiza sua fala:

*Chegamos para a visita domiciliar e a adolescente não se encontrava. A impressão relatada pela ACS foi de que a jovem estava fugindo da mesma, pois refere que isso não é a primeira vez que acontece. A ACS não entende por que isso sempre acontece com essa adolescente! Fomos para a casa da tia da adolescente e lá estava ela. A ACS questionou de forma gentil porque a adolescente não a esperou. A adolescente baixou a cabeça e não respondeu. A ACS informa que ela não deve fazer mais isso, pois não tem necessidade, informando que a função do ACS é sempre de ajudar. Pediu o cartão da gestante e de vacina. Perguntou sobre o retorno da adolescente ao pré-natal e sobre os movimentos fetais. Procurou saber dos exames e se estava tudo bem. Perguntou sobre a ultrassonografia, a qual estava difícil para marcar, mas mesmo assim conseguiu marcar para a adolescente no sábado. A ACS procedeu com perguntas relacionadas à gravidez, como: - O bebê está mexendo? Está tendo algum corrimento? Sente alguma dor? Despediu-se da adolescente dizendo que ela não fugisse novamente, pois a ACS iria atrás dela de qualquer jeito (risos de ambas as partes). OBS-ACS 1/PACS.*

Para D'Oliveira e Schraiber (1999), é preciso cautela, pois a transposição de autoridade técnica para autoridade moral pelas(os) profissionais de saúde faz com que essas se imponham diante dos desejos e necessidades das mulheres, impedindo o livre exercício da escolha. Lidar com adolescentes é saber lidar com suas vivências e experiências, entendendo que esses sujeitos "não constituem uma 'massa' homogênea de interesses, mas um conjunto de

individualidades em interações não isentas de conflitos e contradições". (AYRES; FRANÇA JÚNIOR, 2000, p. 66)

Tais concepções e práticas interagem com modos de perceber a gravidez na adolescência valorizando-a como algo possível no ciclo vital feminino que, embora ocorrendo em meio a adversidades, traz consigo possibilidades de enfrentamentos, amadurecimento e convivência, inclusive permitindo construir projetos de vida.

Esse processo pode ser facilitado quando as ações de saúde são direcionadas pelo respeito às singularidades, o que pode ser constatado nos depoimentos das(os) enfermeiras(os):

*Olha! O que eu tento fazer é sentar com calma com elas, dispor de um grande tempo para conversar pra conquistar essa confiança, pra ela ter condições de se abrir, pra depois que eu tiver conhecimento de toda a vida dela, aí, eu tentar ajudar em termos de orientação. [...] A família nesse momento é importante, mas às vezes se torna muito difícil incluir os familiares para fazerem parte do atendimento dessa gestante [...]. E a adolescente, se não for bem tratada, respeitando sim, a individualidade da paciente, ela não vem mais. O objetivo nosso é que ele seja acompanhado do início ao final, durante e depois da gravidez [...]* (ENF 1/PSF).

*Na verdade elas ficam muito preocupadas. Acham a gravidez como se fosse uma doença. Então, acho que o nosso papel é sempre tá orientando que ela vai ter uma vida normal. Claro que ela vai se privar em algumas fases, quando a criança nascer, que ela vai ter que dar mais atenção, mas que ela vai ter uma vida normal, a alimentação dela vai ser normal, ela vai poder fazer as atividades dela. Claro que ela vai ter que planejar melhor o tempo, mas que nada vai atrapalhar na vida dela que vai ser uma coisa mais voltada ao cuidado com o RN, vai ter mais uma preocupação, mas que isso não vai atrapalhar tanto, como todo mundo vem falando: - Ah! Adolescente vai trabalhar, vai deixar de sair, vai deixar de estudar. E isso ela pode administrar e não vai ser um bicho de sete cabeças. Dá pra administrar* (ENF 2/PACS).

Em outro momento, a(o) ENF2/PACS acrescenta ser necessário conhecer o contexto em que a adolescente vivencia a gravidez, afirmando ser importante saber:

*Como foi que aconteceu essa gravidez, como que ela foi recebida. Acho que isso é importante. Se a família tá acolhendo se está tendo contato com aquele parceiro. Algumas referem que o parceiro tá dando apoio, às vezes não tá naquele relacionamento estável, mas que ele paga os exames, que ele tá procurando saber como é que tá a gravidez. Então, eu me prendo muito como é que tá acontecendo essa gravidez na vida delas, a relação em si com o parceiro [...]* (ENF 2/PACS).

Os discursos que revelam uma abordagem politicamente coerente com uma visão mais ampliada do fenômeno da gravidez de adolescentes não se concretizaram na análise das observações do atendimento a essas usuárias. Isso porque a prática apresenta-se orientada por um modelo de cuidado que exclui, do processo relacional na consulta de enfermagem, as

dimensões valorizadas nas falas das enfermeiras(os), reproduzindo o modelo técnico hegemônico. A contradição é percebida nos relatos de observações apresentados a seguir, em que a grávida adolescente é abordada de modo impessoal e distante de uma relação entre sujeitos:

*O local para consulta consiste em um consultório com uma meia parede, onde se ouve tudo da sala ao lado. A adolescente entra, é uma consulta subsequente. Ninguém se cumprimenta. A(O) enfermeira(o) questiona se já fez os exames e a gestante diz que sim. A adolescente afirma tudo de cabeça baixa e com poucas palavras. É verificado a PA, o peso e o exame físico: mucosas, altura uterina e batimentos cardíaco-fetais (BCF's). Verifica o peso e informa à adolescente que está tudo normal. Registra-se tudo no cartão e na ficha perinatal. A ficha perinatal não contém uma folha para registro da evolução. A adolescente é orientada quanto ao sono, a alimentação e ingestão hídrica. A(O) enfermeira(o) faz o registro e de cabeça baixa, e voz também baixa, afirma a data provável do parto (DPP), sendo a data ouvida somente pela(o) própria(o) enfermeira(o), não sendo informada à adolescente. Falou-se da vacina e que a(o) enfermeira(o) estará na comunidade, na semana seguinte, vacinando a todas(os). Em seguida a(o) enfermeira(o) afirma: - Quero ver você lá! A(O) enfermeira(o) pede os resultados dos exames e a adolescente os apresenta, sendo explicado a ela que estava tudo normal. Preenche-se o cartão da gestante. Em alguns momentos, a profissional utilizou termos técnicos, que pela expressão da adolescente a mesma não entendia, mas não questionou nada, apenas olhava para a profissional, enquanto esta falava. Foi orientado o preparo das mamas para lactação. A adolescente afirma estar sentindo "escorrimento" e a profissional lhe solicita um preventivo, sem levantar a história das suas queixas vaginais e das relações sexuais. O retorno lhe é explicado, dizendo que o mesmo será informado pelo ACS. OBS-ENF 1/PSF.*

*A(O) enfermeira(o) cumprimenta a adolescente e é correspondida(o), trata-se de uma consulta subsequente. Procedeu a leitura dos exames e explicou o que estava ou não normal. Perguntou sobre as queixas e que o peso estava normal. Foi-lhe perguntado sobre os movimentos fetais e procedeu-se ao exame físico. Olhou mucosas, mamas, altura uterina e BCF's. Em alguns momentos utilizaram-se termos técnicos e a adolescente franzia a testa. A adolescente respondia a tudo com poucas palavras. Foi explicado onde marcar a USG e prescreveu-se um anti-helmíntico, os alimentos e as condições sanitárias do ambiente da adolescente. A profissional está sempre registrando tudo nos impressos padronizados do atendimento e fez-se a evolução da gestante. Após um momento de silêncio, explicou-se o retorno. OBS-ENF 2/PACS.*

O que acontece, na realidade, não confirma o que está expresso no discurso das(os) enfermeiras(os), na medida em que a consulta é orientada segundo modelo normativo, em que o cumprimento de protocolos institucionais se sobrepõe às especificidades da adolescência e da gravidez nessa fase.

Segundo Merhy (2004), nos últimos séculos, o campo da saúde foi se constituindo como um campo de construção de práticas técnicas, determinadas socialmente, dentro do qual o modelo hegemônico predominante foi centrado na figura do médico, em uma perspectiva voltada para doença-cura. Assim se promovem ações de descuidado, em que a lógica da

produção dos cuidadores é baseada em procedimentos técnicos, sem ação integralizada e unificada em torno do usuário e com a predominância da clínica centrada no médico e nos procedimentos clínicos de todos os trabalhadores de saúde. Para que o cuidado seja integrado no nosso dia-a-dia, é preciso absorvê-lo, permitir que ele faça parte de nós, transformá-lo em estilo de vida. Só então saberemos ou intuiremos como encontrar formas ou maneiras de demonstrá-lo no ensino e na prática. (WALDOW, 1998, p. 14)

Assim, a realidade dos serviços de saúde tem mostrado que nem sempre a produção das ações das(os) cuidadoras(es) está comprometida efetivamente com atos terapêuticos do cuidar. Busca-se, na atualidade, construir alternativas para a organização das práticas de atenção à saúde no Brasil, em que o cuidado aparece como uma atitude terapêutica, centrado em movimentos de humanização, de valorização da escuta, demonstrado no interesse em ouvir a(o) outra(o) pois, ouvir e fazer-se ouvir são pólos indissociáveis de qualquer legítimo diálogo. (AYRES, 2004)

O discurso médico originário da entrevista e da observação e apresentado a seguir evidencia a fragmentação do cuidado na medida em que o acompanhamento da gravidez em seu processo fisiológico aparece como responsabilidade exclusiva da(o) enfermeira(o), além de direcionar seu olhar por abordagem eminentemente técnica. Ao referir-se à atenção à adolescente, afirma:

*Faço o que dá pra fazer. É atender, verificar o cartão, verificar a DUM, a DPP,... Na verdade a(o) enfermeira(o) é quem fica com esta parte. A gente aqui tem esta estrutura que você está vendo. Os consultórios são separados apenas por esta madeira que você tá vendo aí, remédio quase nenhum. Falta de tudo, então o serviço também oferece pouco [...] (MED 1/PSF).*

O discurso médico retrata, também, a patologização dos atos em saúde:

*Olha, enquanto equipe a gente trabalha dividindo os programas e como te disse, enfermeira(o) é quem fica mais com esta parte. Eu atendo mais as intercorrências, então não tenho tanto contato com as adolescentes (MED 1/PSF).*

Para fim de utilização da observação junto à(ao) profissional médica(o), essa(e) realizou uma consulta:

*O local para consulta consiste em um consultório com uma meia parede, onde se ouve tudo da sala ao lado. A adolescente é chamada, entra, senta, não há cumprimentos. Vai sendo perguntado sobre os exames e se é a primeira gravidez. Esta é a primeira consulta com a(o) médica(o), pois ela já vem sendo acompanhada pela(o) enfermeira(o) 1. A(O) médica(o)*

*procura saber sobre a data da última menstruação (DUM) para calcular a DPP e confirma com a adolescente se a mesma está no 5º mês. Procura saber sobre as queixas e sobre os movimentos fetais. A profissional pergunta novamente sobre queixas da gravidez e diz: - Mas tem certeza que não está sentindo nada? A adolescente confirma tudo monossilabicamente e não refere queixas. A(O) médica(o) verifica o peso e a pressão arterial (P.A). Não informa o valor à adolescente. Preencheu o cartão da gestante e a ficha perinatal. Neste momento se estabeleceu o silêncio entre ambas(os). Nada é falado! Tudo é imediatamente anotado. A profissional procede ao exame físico. Verificou-se a altura uterina. Explicou à adolescente que não iria escutar os BCF's devido ao período gestacional no qual a adolescente se encontra. Orientou sobre o uso do sulfato ferroso, de como deve tomá-lo e sobre a alimentação. Entregou o cartão à gestante. A ficha perinatal não possui registro de evolução. A(O) médica(o) diz que o retorno deve ser visto com a(o) enfermeira(o). OBS-MED 1/PSF*

A avaliação clínica é imprescindível para o desenvolvimento saudável da gestação, ressaltando-se que a vigilância com respeito a essa dimensão da saúde torna-se um instrumento de proteção ao binômio mãe-filho(a) e fator de segurança frente às possibilidades de complicações no ciclo gravídico-puerperal. A clínica, porém, não se sustenta como balizadora das práticas em saúde quando se busca a superação do modelo biomédico e se vislumbra um cuidado na perspectiva da integralidade, em que a escuta, o vínculo e a responsabilização constituem uma tríade indissociável da clínica, confirmada como norteadora do trabalho de todos as(os) profissionais participantes deste estudo.

Diferentemente da lógica que perdura até os dias de hoje no cotidiano profissional, o que se pretende, segundo as premissas do PSF, é:

[...] propiciar o enfrentamento e a resolução de problemas identificados, pela articulação de saberes e práticas com diferenciados graus de complexidade tecnológica, integrando distintos campos do conhecimento e desenvolvendo habilidades e mudanças de atitudes nos profissionais envolvidos. (PEDROSA; TELES, 2001)

Senna (2002) considera que, após uma década de implantação do SUS, ainda é grande o contingente populacional, sobretudo os mais carentes, com dificuldades de acesso ao cuidado em saúde, portanto, é fundamental a reorientação do modelo assistencial vigente e hegemônico no país que dicotomiza assistência e prevenção. Paim (2003) afirma ser o modelo assistencial uma das áreas nas quais se concentram os mais relevantes entraves de um sistema de saúde.

A prática em saúde tornou-se fragmentária com a valorização das ações técnicas, de medicalização de um corpo dito doente, onde se encontra um espaço privilegiado de intervenção e sistematização de um saber sobre a doença centrado em uma resolubilidade



limitada. Compartimentalizam-se, dessa forma, os saberes, configurando-se em reprodução de práticas que denunciam assimetrias observadas na divisão técnica do trabalho, com um afastamento daquilo que julga não ser de sua competência, comprometendo e aprisionando o cuidado à saúde em ações marcadas pelo individualismo e o fracionamento dos atos terapêuticos. (MINAYO, 1994)

Na medida em que o positivismo se tornou hegemônico enquanto paradigma do saber no mundo moderno, as disciplinas começaram a se afirmar isoladamente. Em decorrência disso, surgiu uma excessiva especialização que resultou numa fragmentação do saber que se mantém até os dias de hoje na valorização da clínica como um saber onipotente, independente de outros saberes (MINAYO, 1994). Segundo Ceccim e Carvalho (2005), desde o século XIII, as práticas em saúde se delimitaram buscando alterar estilos de vida individuais e da coletividade, organizando o saber sob uma perspectiva de danos ao corpo orgânico, numa fragmentação desse mesmo corpo sem valorizar a escuta e o poder de voz dos indivíduos. Na atualidade, faz-se necessária a formação de equipes com olhares voltados para as necessidades das pessoas, pois a base de formação dos profissionais ainda é marcada por ações centradas no corpo sob a luz das ciências biológicas que estruturam o agir profissional.

Frente à proposta do PSF, predominam, discursos analisados, predominam o monólogo tecnocrata, a unilateralização de saber e a imposição deste em detrimento da valorização da singularidade da adolescente. As preocupações de ordem técnica, também necessárias ao cuidado, buscam mudanças de comportamento da grávida adolescente se sobrepondo ao conjunto de necessidades presentes, mas não investigadas na relação estabelecida. O cumprimento de rotinas e protocolos institucionais, utilizados para as mulheres em geral, que também não são valorizadas em sua singularidade, predomina nas ações profissionais. Considerada incapaz de construir e assumir responsabilidades, a grávida adolescente é colocada como expectadora no cenário do cuidado à saúde e negando-se a oportunidade de se tornar sujeito ativo nesse processo. Ao inserir-se no PSF ou PACS, as(os) profissionais de saúde realizam capacitações para atuação segundo os princípios do Programa, mas, vivenciando um processo de formação profissional nos padrões hegemônicos, sua prática não aponta para a mudança do modelo de atenção.

Portanto, urge a abordagem da integralidade nas ações do pré-natal de adolescentes, e, também, mudanças nas práticas de saúde dirigidas a essas adolescentes, na perspectiva de atendimento de suas necessidades integrais. Para isso, faz-se necessário responder as expectativas e necessidades das(os) adolescentes, atendendo suas especificidades e

proporcionando qualidade, acolhimento e escuta nos serviços, o que deve se fazer minimamente tendo em vista:

Boa comunicação, com linguagem simples e sem julgamentos morais ou valorativos;  
 Confidencialidade das informações;  
 Privacidade no atendimento;  
 Disponibilidade dos insumos, levando-se em consideração a necessidade de dupla proteção;  
 Facilidade de acesso aos serviços;  
 Profissionais qualificados para a especificidade do atendimento;  
 Ênfase na parte educativa, em grupo, com metodologia que motive mudanças de atividade e comportamento;  
 Atendimento para ambos os sexos;  
 Atenção especial as faixas etárias mais precoces (10 a 14 anos) quando na unidade ou na região se registra aumento de gestação nessa faixa etária;  
 A avaliação integral do e da adolescente incluirá a avaliação psicossocial, além do exame físico;  
 Os/as adolescentes são o centro de interesse na entrevista. Os pais ou familiares só estarão presentes se ele ou ela permitir. (BRASIL. 2002a, p. 126)

Para suprir estas necessidades, devem os profissionais que lidam com adolescentes ter conhecimento dos recursos legais que garantem seus direitos, a saber:

a) Constituição Federal, em seu artigo 227:

É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança e ao adolescente, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão. (BRASIL. 2005, p. 43)

No parágrafo 1º lê-se que “o Estado promoverá programas de assistência integral à saúde da criança e do adolescente, admitida a participação de entidades não governamentais” [...]. (BRASIL. 2005, p. 43)

b) Programa de Saúde do Adolescente (PROSAD) que tem como objetivos:

Promover a saúde integral do adolescente, favorecendo o processo geral de seu crescimento e desenvolvimento, buscando reduzir a morbi-mortalidade e os desajustes individuais e sociais; estimular e apoiar a implantação e/ou implementação dos programas estaduais e municipais, na perspectiva de assegurar ao adolescente um atendimento adequado às suas características, respeitando as particularidades regionais e a realidade local. (BRASIL. 1989, p. 11)

- c) Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), no artigo 7º, lê-se “tanto a criança como o adolescente têm direito de proteção à vida e à saúde, mediante efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência”. (BRASIL. 2003a, p. 11-12). No artigo 11º determina que “deve ser assegurado atendimento médico à criança e ao adolescente, através do Sistema Único de Saúde, garantindo o acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde”. (BRASIL. 2003a, p. 12)
- d) Lei 8080 do Sistema Único de Saúde, no artigo 2º, reconhece a “saúde como um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu exercício”. (BRASIL. 1990)

Caminhar na direção da integralidade, valorizando as dimensões de gênero é construir a cidadania, reconhecendo as necessidades das mulheres, inclusive das adolescentes e tornando-as agentes de mudança.

#### 4.4 RESPONSABILIDADES INSTITUCIONAIS FRENTE AOS LIMITES E POSSIBILIDADES DA INTEGRALIDADE DO CUIDADO ÀS ADOLESCENTES

As(Os) profissionais entendem que o serviço de saúde não constitui o único lugar em que intervenções favoráveis à compreensão sobre a expressão e a vivência da sexualidade na adolescência se concretizam. Entre as instituições sociais formadoras de identidades e de visões de mundo, a escola é citada como lugar privilegiado para trabalhar questões que envolvem tal temática. Nesse sentido, investimentos nesse campo dariam suporte ao trabalho da família e do serviço de saúde.

De acordo com Saito e Leal (2000) a escola ainda apresenta um tímido impacto em debates sobre sexualidade e quando existe alguma abordagem sobre o tema, isso se dá de forma a reforçar a idéia da sexualidade ligada à reprodução e tanto educadores como profissionais de saúde permanecem com posturas carregadas por valores que consideram a sexualidade na adolescência como imoralidade.

Estudos comprovam que se as(os) jovens tiverem aula sobre sexualidade, isso não influenciará na sua decisão de iniciar a atividade sexual, mas repercutirá em um menor número de gravidezes. Em pesquisa realizada pelos autores citados, ao receberem aulas de orientação sexual, adolescentes usaram preservativos em maior escala na primeira relação, além de apontar a escola como fonte de informação sobre sexualidade e valorizar não só os conhecimentos, mas também o local onde os receberam. Ainda para os autores, a escola é um espaço pedagógico, onde a orientação sexual deve tornar possível a discussão sobre sexualidade, o que amplia os horizontes no sentido de desenvolver técnicas de abordagem ainda mais adequadas sobre adolescência e sexualidade. (SAITO; LEAL, 2000)

As(os) profissionais entrevistadas(os) apontaram a maior escolaridade como facilitadora do conhecimento sobre o corpo e as experiências sexuais, embora afirmem que, sob esse aspecto, é pequeno a participação da escola. Os discursos expressam também a omissão da família como instituição primeira que comumente transmite às(aos) filhas(os) sistemas de valores em que o sexo é simbolizado como lugar do proibido e do pecado, conforme a visão cristã. Assim, as famílias nem receberam suporte para suas vivências sexuais e tampouco aprenderam a lidar com as mudanças sociais e culturais nesse campo, silenciando diante das demandas das(os) filhas(os), o que se confirma nos depoimentos:

*[...] Como tão tendo mais acesso à escola, são mais fáceis da gente orientar, do que aquelas que nunca foram à escola. Mas sinto que as escolas deveriam orientar mais sobre isso,*

*porque tenho meninas na minha área que engravidam até sem saber como! [...] (ACS 4/PSF).*

*Elas até que estão mais controladas. Deveria, não sei, não sei como, mas eu acharia que deveria na sala de aula trabalhar com esta questão. Porque tem muitas adolescentes que engravidam sem saber. [...] a menina falou que não sabia da forma que ela engravidou, que era daquela forma que engravidava?! A menina tem o que? 12 anos! [...] Acho que é preciso falar mais disso na escola. Acho que a escola é a base de tudo, sabe! [...] (ACS 3/PACS).*

*A escola também precisa esclarecer melhor esses meninos e meninas, trabalhar mais palestra, mais orientação pra ver se melhora (ACS 5/PACS).*

Uma das alternativas de busca na orientação sexual de adolescentes é a interação escola-família (CANO; FERRIANI; GOMES, 2000). É na família que a(o) jovem deve adquirir as primeiras referências sobre sexualidade, o que comumente não vem ocorrendo, observando-se que, nesse campo, as(os) adolescentes sentem-se constrangidas(os) ou temem a desaprovação de seus pais. Os pais, por sua vez, sentem-se despreparados e desajeitados para abordar o assunto (HEILBORN, CABRAL; BOZON, 2006). A ausência do diálogo e da responsabilização da família na construção de referenciais da sexualidade da(o) jovem cria espaços vazios a serem preenchidos das mais diferentes maneiras, que podem envolver, inclusive, a gravidez precoce e seus desdobramentos. (SAITO, 2000)

A família é o primeiro grupo de referência na história dos seres humanos, uma vez que não esteja preparada para as mudanças, os questionamentos e os conflitos que se manifestam na adolescência representam uma ameaça para os adultos. Não admitir que as(aos) adolescentes tenham poder de voz, nessa fase em que a sociedade as(os) identifica como “aborrecentes”, significa valer-se de um rótulo de crise normal, um recurso para fazê-las(os) adaptarem-se às regras sociais. As(Os) adolescentes podem temer a confirmação de infração a tais regras e sofrer com isso retaliações por parte da família, grupo de amigos, escola e até mesmo do serviço de saúde que impõem normas para a saúde e o bem-estar, nem sempre da concordância das(os) adolescentes. (SAITO, 2000)

Altmann (2001) refere-se a uma matéria publicada no jornal *Folha de S. Paulo*, em que é afirmado: “o melhor método anticoncepcional para as adolescentes é a escola. Reforça que, quanto maior a escolaridade, menor a fecundidade e maior a proteção contra doenças sexualmente transmissíveis. A escola é apontada como um importante instrumento para veicular informações sobre formas de evitar a gravidez não-planejada e de se proteger de DST e, quanto mais baixa a escolaridade, maior o índice de gravidez entre adolescentes.

Altmann (2001) reporta-se, ainda, a uma pesquisa realizada pela Fundação Oswaldo Cruz, entre julho de 1999 e fevereiro de 2001, a qual mostrou que 32,5% das mães que engravidaram na adolescência estudaram, no máximo, até a quarta série do ensino fundamental, o que aponta a falta de instrução e a baixa escolaridade como alicerces para a expansão do fenômeno.

Na localidade em que foi desenvolvido este estudo, em nenhum desses espaços, família, escola e serviço de saúde, as adolescentes parecem estar sendo consideradas em suas especificidades. As orientações no tocante a esses aspectos das vivências adolescentes, acabam por partir do serviço de saúde, tardiamente, ao se apresentarem grávidas para realização do pré-natal. Considerando que muitas adolescentes engravidam na tentativa de minimizar problemas relativos à sobrevivência material, deslocando as responsabilidades da família para o parceiro idealizado como protetor e novo provedor, não há garantias se um trabalho articulado entre as instituições resultaria em mudanças, mas faria, sim, com que cada uma dessas instituições exercesse o seu papel na construção de uma consciência crítico-reflexiva diante da realidade, facilitando a tomada de decisões por parte das adolescentes.

Em seus depoimentos, as(os) profissionais revelam sentimentos de *vergonha*, *medo* e *temor* experimentados pelas adolescentes grávidas frente à reação das pessoas ou instituições, o que pode aprofundar conflitos, já que pode fazer parte da história de grávidas adolescentes a rejeição da família, abandono pelo parceiro e o despreparo dos serviços de saúde e da escola para atender às suas demandas. Lê-se a seguir:

*[...] Às vezes, elas ficam sem jeito de chegar na consulta, mas depois até que ficam orientadas. Elas têm vergonha de ir pro pré-natal ou pra escola com aquele barrigão, porque todo mundo vai falar (ACS 4/PSF).*

*Me chama a atenção a própria insegurança, diante até do profissional também. Às vezes elas ficam inseguras no que vão responder na consulta elas ficam com medo do profissional, então isso eu sinto na maioria. Elas chegam muito ansiosas em querer saber o que vai acontecer, com medo de que vá acontecer alguma coisa, assim, extraordinária. Sendo que é uma coisa simples, mas acho que é medo do que vai responder, do que vai ouvir (ENF 2/PACS).*

*Vem pra(o) enfermeira(o) e às vezes voltam porque têm vergonha. Eu já tive vezes de até, ter que puxar no braço, porque estava com vergonha e não estava preparada. Aí eu fui e tive que levar ela até o posto. Não sei pra que essa vergonha porque quando é pra fazer filho a vergonha passa. Fazem cada besteira! (ACS 5/PACS).*

*[...] Elas morrem de medo de serem maltratadas no serviço, às vezes até escondem quando tentam perder o filho. Aí, eu é que brigo com elas e digo que elas não podem esconder nada*

*na consulta. Ali, é como se fosse a 2ª casa delas e elas não podem deixar de ir. Nem esconder nada, pois é muito ruim pra saúde do bebê e até delas (ACS 2/PSF).*

As justificativas para as atitudes das adolescentes são visíveis nos depoimentos em que são expressas relações autoritárias, impositivas e violentas entre serviço e adolescentes. As posturas das(os) ACS levam a um distanciamento das adolescentes do serviço de saúde, porque se sentem transgressoras dos padrões morais, e o serviço está representado no imaginário social como lugar onde quem detém o saber em saúde dita ordens a serem obedecidas pelas(os) usuárias(os), segundo valores que têm força de lei.

A gravidez na adolescência fora dos marcos de uma relação estável foge aos padrões normativos da sociedade (CABRAL, 2003). Essa ilegitimidade contribui para sua rotulação como um problema social, o que repercute nas relações institucionais com a grávida, isso desenvolve, nas adolescentes, medo dos pais, da escola e das outras adolescentes. Para Minayo (2006), esses serviços podem ser geradores de violência institucional, sobretudo por meio de suas regras, normas, funcionamento e relações burocráticas e políticas, reproduzindo as estruturas sociais injustas.

Para a referida autora, o modo como são oferecidos, negados ou negligenciados os serviços às adolescentes dá visibilidade a expressões de violência. No caso do setor saúde, a impessoalidade com que as(os) profissionais atuam, a despersonalização das(os) usuárias(os) e a substituição de uma relação dialógica por exames e procedimentos transformam o setor saúde em produtor de violência contra as pessoas. Frequentemente, os serviços e seus profissionais são vítimas, mas, principalmente, são atores de violência e precisam ter consciência de que contribuem para que as pessoas sintam medo e vergonha dos serviços. Esse fenômeno, segundo a autora, é observado predominantemente com pessoas de baixo poder aquisitivo, sendo demonstrado a elas insensibilidade, discriminação e negligência de cuidados.

No sentido de oferecer suporte social às adolescentes pelo serviço de saúde, é possível encaminhar ações na perspectiva de Saito e Leal (2000) quando afirmam que, talvez, o primeiro passo seja reconhecer a criança como ser sexuado e a(o) adolescente desvinculada(o) dos estereótipos que o ligam à liberação dos costumes, ao erotismo excessivo e à promiscuidade; é igualmente importante não encarar a sexualidade como sinônimo de sexo ou atividade sexual, mas sim, como parte inerente do processo de desenvolvimento da personalidade.

Coelho (2001) constatou, em pesquisa com enfermeiras(os) que cuidam de mulheres, que essas(es) profissionais se deparam com problemas estruturais e conjunturais de ordem econômica, social e emocional que incidem sobre a vida das mulheres. No tocante às grávidas adolescentes, muitas se apresentam ao serviço de saúde em situação de desamor, desamparo e dor, mas, ao se sentirem acolhidas por essas profissionais, vinculam-se a elas construindo uma relação de confiança. Todavia, a minimização dos problemas é dificultada na medida em que a experiência da gravidez é descontextualizada, e a solução dos problemas reside em aceitar a realidade sem questioná-la, estando implícito no discurso profissional o padrão normativo da família nuclear. Busca-se, assim, enquadrar gestações que fogem às convenções sociais de família no modelo idealizado para uma gravidez e maternidade tranqüilas.

Para Waldow (1998), o cuidado em saúde, objeto de trabalho da(o) enfermeira(o), deve ser orientado pela dimensão instrumental, relacionado ao trabalho técnico e pela dimensão expressiva, referente à dimensão afetiva do cuidado, constituindo-se facilitadora de vínculos. Ambas, segundo Coelho (2001), precisam ser acompanhadas de qualidade política, esta entendida como a relação em que é valorizado o contexto mais amplo em que se insere a gravidez, neste incluídas a rede de apoio e os condicionantes desta, as especificidades da faixa etária e a singularidade da adolescente.

Em meio às contradições entre a realidade, as proposições oficiais e o que é defendido na literatura científica, profissionais apresentam as dificuldades que vivenciam para oferecerem atenção às(aos) adolescentes e por conseqüência, à gravidez nessa fase, apontando a educação em saúde como investimento a ser valorizado na direção de ampliar os horizontes da adolescência. Apóiam-se, porém no modelo tradicional em que as palestras sobressaem-se como instrumento para veicular um saber profissional que não garante na prática sua eficácia teórica, porque se dá de modo descontextualizado e segundo decisões unilaterais.

Lê-se também nos depoimentos, que as dificuldades relacionadas à disponibilidade de recursos materiais, espaço físico e sobrecarga de atividades, sobretudo da parte das(os) enfermeiras(os), oferecem obstáculo a uma ação institucional mais eficaz no trabalho com adolescentes:

*É preciso atitude política de querer mudar o que tá aí. As pessoas pra poder trabalhar precisam de estímulo, e sem estímulo não vai. É preciso ter um trabalho de palestras com jovens pra tá discutindo estas coisas, falar de sexo, de métodos, de DST's (ACS 2/PSF).*



*[...] Acaba que a gente só faz muita orientação. Gostaria que a gente tivesse mais recurso. No posto, mal tem palestra, a não ser de planejamento familiar que é uma vez por mês e olhe lá, pois as(os) enfermeiras(os) estão muito sobrecarregadas(os) (ACS 1/PACS).*

*A gente faz o que dá. Sei que dava pra fazer mais, mas não temos um serviço só pra adolescente, é tudo misturado! Acho que falta mais orientação nas escolas e palestras no posto, mas D não tem tempo, ela tem muito programa pra dar conta (ACS 4/PSF).*

Schall e Struchiner (1999) afirmam que a educação em saúde comporta uma definição ampla que a considera

*[...] um processo que abrange a participação de toda a população no contexto de sua vida cotidiana e não apenas das pessoas sob risco de adoecer. Essa noção está baseada em um conceito de saúde ampliado, considerado como um estado positivo e dinâmico de busca de bem-estar, que integra os aspectos físico e mental (ausência de doença), ambiental (ajustamento ao ambiente), pessoal/emocional (auto-realização pessoal e afetiva) e sócio-ecológico (comprometimento com a igualdade social e com a preservação da natureza).*

Em se tratando de adolescentes, a educação em saúde deve se dar em um espaço que favoreça sua participação, permitindo poder de voz aos(às) mesmas(os) com a utilização de jogos e vivências que contribuam para a reflexão e o aprendizado, partindo das percepções e das experiências de cada um(a). Nesse processo, devem ser situadas(os) em seu contexto social não impondo à(ao) adolescente modelos prontos, mas, favorecendo um espaço para discussão dos problemas e reflexão dos temas a partir das necessidades identificadas pelo próprio grupo, fortalecendo a auto-estima e a autonomia das(os) jovens. (BRASIL. 2005)

As práticas educativas devem, assim, contribuir para a formação de um sujeito crítico-reflexivo capaz de fazer escolhas e buscar respostas para as suas questões. Devem ser utilizadas técnicas que promovam o desenvolvimento de habilidades para a vida, tais como, negociação, comunicação, resolução de conflitos e tomada de decisões. Para isso, recomenda-se que a(o) profissional condutora do grupo seja capacitada(o) para desenvolver ações educativas que incentivem a autonomia das(os) jovens, criando um ambiente de compreensão e aceitação mútua, para que as(os) participantes encontrem respostas positivas em relação às necessidades de segurança, de reconhecimento e de aceitação. (BRASIL. 2005)

Portanto, o saber profissional não constrói consciências e nem transfere conhecimentos, porque a perspectiva educativa que deve permear as ações de saúde deve ser aberta a indagações, a vivências e a curiosidades dos indivíduos, e não um discurso talhado

por fórmulas preestabelecidas. (FREIRE, 1980). Sendo assim, “[...] ensinar não é transferir conhecimento, mas criar as possibilidades para a sua própria produção ou a sua construção”. (FREIRE, 1999, p. 47)

É por essa perspectiva educativa que as atividades em grupo com adolescentes devem ser implementadas, pois, considerando que as(os) jovens procuram nos grupos de outras(os) adolescentes da mesma faixa etária as respostas para suas ansiedades e a construção de identidades, o atendimento grupal constitui-se numa forma privilegiada de facilitar a expressão de sentimentos, a troca de informações e experiências, bem como a busca de soluções para seus problemas. (BRASIL, 2005). Problematizando a realidade, as(os) profissionais aproximam-se da perspectiva da integralidade, na medida em que valorizam as múltiplas dimensões humanas e o contexto em que as experiências de vida acontecem.

No tocante às possibilidades reais para desenvolver trabalhos educativos com adolescentes, constatam-se, no depoimento de uma enfermeira(o), limitações para as ações profissionais, impostas por questões estruturais relacionadas ao modo como se organizam os serviços de saúde e os processos de trabalho:

*Eu acho que aqui deixa um pouco a desejar. Pelo menos assim, pra gente poder trabalhar com palestras, ações educativas e o espaço não proporciona. Até o serviço de marcação, é tudo muito, acho que pela demanda que também é alta, não favorece pra gente poder selecionar os grupos, até fazer grupos de adolescentes que seria interessante, separar essas adolescentes, colocar um dia pra gente trabalhar uns temas direcionadas para esta faixa etária, separando 1º, 2º e 3º trimestre que eu até tive essa idéia, mas não tem como, por causa da demanda. Então acho que deixa a desejar realmente um espaço pra gente orientar, a estrutura, a planta física do local (ENF 2/PACS).*

As(Os) ACS também afirmam, juntamente com a(o) enfermeira(o):

*Acho que não faz muita coisa. Eu até me incluo aí, porque não temos nem motivação pra trabalhar direito. Até os doutores que vêm de fora, não querem trabalhar aqui, porque paga pouco, até almoço dos médicos e das(os) enfermeiras(os) foi cortado. Não temos balanças, pegamos emprestado de outro colega[...] é um trabalho que não é reconhecido pelas autoridades [...] (ACS 2/PSF).*

*[...] A(O) enfermeira(o) não consegue se dedicar direito de tanto programa que tem que dar conta[...] só se der melhores condições de trabalho para as equipes, ampliando mais os PSF's, melhorando tudo! Aumentando o nº de atendimentos, valorizando mais o trabalho do agente de saúde, porque mal temos fardamento para trabalhar. Tá tudo muito precário! A saúde vai muito mal! E as adolescentes precisam de um trabalho educativo voltado para elas. Que fale sobre tudo, sexualidade, gravidez, DST's e remédio para que não engravidem cedo (ACS 3/PACS).*

*Eu vejo sempre minha(meu) instrutora orientando e fazendo a consulta, vejo a(o) médica(o) também. Então, é todo mundo fazendo o que dá. Porque trabalhar aqui não tá fácil. Já teve*

*Dr. de sair daqui com muita raiva porque (...) paga mal e não dá condição pra gente trabalhar, entendeu! Já tivemos tempos muito bons aqui de fazer muita palestra sobre isso. Hoje não tem balança pra gente, nem material pra atender as grávidas no consultório. Tá uma situação delicada! O município podendo investir direitinho, dando mais valor pro ACS, e pra todo mundo, abrindo mais equipes. Nossa, até o posto ficava menos inchado! (ACS 5/PACS).*

*Falta estrutura do ambiente e a demanda que é muito grande e a gente não consegue dar conta. São poucos profissionais e isso influencia muito na qualidade desse pré-natal (ENF 2/PACS)*

Quando se pensa na atuação de qualquer profissional de saúde devem-se destacar seus enfrentamentos quanto à sua situação de trabalho, incluindo-se nível salarial, carreira profissional, situação trabalhista das(os) profissionais envolvidas(os), recursos técnicos e materiais e sobrecarga de trabalho, todos geradores de desmotivação, e de até mesmo desresponsabilização na execução das atividades. Na realidade das equipes de saúde da família, estudos têm evidenciado situações de proliferação dos contratos informais de trabalho e o não-pagamento, por muitos empregadores, dos encargos sociais que ficam sob a sua responsabilidade, privando as(os) trabalhadoras(es) de direitos garantidos por lei, como férias, Fundo de Garantia de Tempo de Serviço (FGTS), licenças, décimo terceiro salário e aposentadoria (COTTA; SCHOTT; AZEREDO, 2006).

Cotta, Schott e Azeredo (2006) afirmam ainda que reconhecer e valorizar o trabalho dos profissionais deve-se fazer presente para atingir uma real consolidação do Sistema Único de Saúde. Na prática, a implementação das equipes de saúde da família é apontada como uma representação de adversidades, tais como, a falta de transporte e de material, a precariedade da infra-estrutura das unidades de saúde da família e a escassez de recursos financeiros. Medidas resolutivas são imprescindíveis, entre elas, o aumento salarial, novas formas de contratos de trabalho que garantam e fortaleçam a estabilidade e o vínculo empregatício, além da melhoria das condições de trabalho e de infra-estrutura dos serviços sob a responsabilidade social das(os) profissionais do Programa Saúde da Família. Portanto, as(os) profissionais precisam acreditar em sua prática, como um ideal a ser atingido para conseguir melhores benefícios.

A qualificação profissional é também considerada como propulsora de mudanças na atenção à adolescente, o que pode ser constatado nestes depoimentos:

*Falta treinamento, enfermeira(o) no atendimento à gestante adolescente tem que ter capacitação pra ter mais segurança, pois é alto risco e além é claro de um espaço físico com mais condições de atendimento, porque você tá vendo aí, né? (ENF 1/PSF).*

*Eu acho que é porque falta treinamento pra gente falar dessas coisas. Já tem muito tempo que tivemos treinamento sobre gravidez e adolescente [...] (ACS 4/PSF).*

*É isso, eu acho que falta capacitação pra todo mundo, porque falar disso não é fácil, não. Quando a gente fala de gravidez, acaba falando de todas as mulheres, na prática não separa, entendeu! [...] (ACS 4/PSF).*

*Acho que sim, foi como lhe falei antes, penso que a gente precisa organizar uma estratégia de trabalho pra ver se melhora esta situação e para isso precisamos de capacitação [...] (ENF 1/PSF).*

*[...] Gostaria de um apoio para orientar melhor os pais, de treinamento (ACS 1/PACS).*

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2005), para lidar com as especificidades da adolescência as(os) profissionais de saúde necessitam de educação permanente. É recomendável que a(o) profissional que atende adolescentes adquira uma série de competências que permitam a realização adequada das ações de promoção da saúde, prevenção de agravos, assistência e reabilitação. A educação permanente deve visar, acima de um simples domínio de conhecimentos e habilidades técnicas, a transformação da prática profissional e da qualidade do serviço. Tem-se por certo que o conhecimento apenas não garante a mudança efetiva de comportamentos.

O processo de aperfeiçoamento profissional deve atender às necessidades e às possibilidades que o dinamismo do cotidiano traz ao serviço. A educação continuada, ainda segundo o Ministério da Saúde, pode se dar por meio das reuniões da equipe, como um mecanismo importante no desenvolvimento das relações entre a própria equipe, no que se refere à melhoria da qualidade da assistência prestada. Para isso, é fundamental que se garanta um espaço de estudo onde possa ocorrer a interação entre as(os) profissionais dos serviços.

Rafael (2004) reforça essa proposta afirmando que as capacitações devem estar voltadas para auto-aprendizagem e ter como objetivos sensibilizar as(os) profissionais na forma de abordar as(os) adolescentes; ampliar os conhecimentos e habilidades das(os) profissionais na assistência à saúde das(os) jovens; proporcionar a realização de ações intersetoriais no enfrentamento de problemas voltados para as questões das(os) adolescentes, ampliando o acesso dos serviços e contribuindo na melhoria dos indicadores de saúde desta faixa etária. Nesse sentido, é interessante que, durante a capacitação dessas(es) profissionais, seja adotada uma metodologia participativa, de valorização das vivências que estimule o pensamento crítico e a revisão de valores e práticas.

A qualidade na atenção compreende desde macrofatores, como o modelo de atenção à saúde, até a capacitação de recursos humanos, segurança do serviço de saúde, boa aparência do lugar, a limpeza, a disponibilidade de instalações, de recursos materiais e, até mesmo, de recursos tecnológicos do local. Assim sendo, a qualidade é uma referência de modelo a ser almejada por todos, pois, além dos insumos materiais e da aparência confortante dos serviços, faz-se necessário a atenção humanizada para adequação dos resultados esperados pela perspectiva da integralidade do cuidado. Logo, pode-se dizer que a qualidade na atenção pode ser complementada por componentes, como, acesso, continuidade, satisfação, qualificação de pessoal e adequação das unidades de serviço de saúde em um ambiente agradável com disponibilidade de recursos que contribuam com a atenção profissional aos sujeitos do cuidado. (MATTOS, 2001)

Em síntese, as dificuldades estruturais envolvendo visões de mundo em que as(os) adolescentes não são valorizadas(os) em sua singularidade definem perspectivas de trabalho orientadas por um modelo em que a voz institucional se contrapõe às suas necessidades como sujeitos integrais. Todavia, embora tenham incorporado um modelo de cuidar técnico, as(os) profissionais apontam, como necessidade para além de procedimentos e cumprimento de protocolos, a ampliação de espaços destinados às(aos) adolescentes nos serviços de saúde, valorizando e reivindicando qualificação profissional para lidar com as demandas dessa faixa etária. Ressaltam, também, a valorização profissional, no tocante a salários, quantitativo de recursos humanos e ambiente físico adequado como parte de uma estrutura propulsora da qualidade da atenção, o que requer vontade política de instâncias gestoras que se comprometam em superar a precarização do trabalho nos PACS/PSF.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo junto a profissionais que cuidam de grávidas adolescentes no pré-natal revelou que, ao se referirem à gravidez na adolescência, situam-na como um fenômeno da pobreza. Admitem que a gravidez é utilizada como estratégia de defesa de jovens que a idealizam como oportunidade de união com parceiros representados como provedores e protetores, em vista da falta de oportunidades sociais. Reproduzem, assim, um modelo de mulher-mãe, doméstica e dependente de outrem. Sem garantia de mudança do nível social em que estão incluídas, e comumente fora da escola, torna-se difícil para elas romper o ciclo da pobreza.

A visão desse fenômeno revelada pelas(os) profissionais se confirma na literatura que aponta aumento dos índices de gravidez na adolescência, sobretudo entre meninas pobres que, desfavorecidas socialmente, não tem um acesso satisfatório à informação e aos meios de uma vivência sexual orientada e protegida. O desdobramento de uma gravidez nessa fase não é diretamente proporcional ao acesso às oportunidades sociais, nessas incluídas uma formação escolar que lhes possibilite vislumbrar ascensão social. A escola é considerada, pelos sujeitos do estudo, como espaço que não investe na educação sexual, e isso compromete o apoio à família que, sem ter sido preparada para sua própria sexualidade, não está capacitada, portanto, para cumprir a função de educar as(os) filhas(os) para vivências sexuais protegidas.

As posições sociais revelaram divergências, enquanto as(os) enfermeiras(os) reconhecem a possibilidade de vivenciar a gravidez na adolescência como uma experiência que exige adequações a uma nova situação sem necessariamente inviabilizar projetos de vida, há profissionais que responsabilizam as adolescentes isoladamente pela gravidez, perdem de vista o contexto em que estão inseridas e as motivações subjetivas. Desconsideram, portanto, a dimensão do desejo, da curiosidade, da descoberta do corpo e do *status* de ser mãe num processo de interação entre papéis de gênero e adversidades sociais.

No tocante às ações concretas de cuidado a adolescentes grávidas, o trabalho profissional é orientado pelo modelo biomédico fragmentário, em que as ações de saúde concentram-se, essencialmente, na clínica, distanciando-se das necessidades mais amplas das adolescentes. Assim, há modos divergentes de pensar o fenômeno da gravidez na adolescência, mas, na prática, todos operacionalizam suas ações pelo modelo biomédico. Portanto, o cuidado pré-natal à adolescente distancia-se da perspectiva da integralidade, na

medida em que as(os) profissionais, embora inseridas(os) em programas que valorizam as relações de cuidado, mantêm-se presas(os) às bases de formação, orientadas(os) por sujeições ideológicas a um modelo que nega às adolescentes grávidas a oportunidade de serem sujeitos.

Vendo-as como pessoas incapazes de construir responsabilidades e utilizando-se de uma lógica que contraria a ética da integralidade do cuidado, profissionais intimidam as adolescentes por meio de posturas autoritárias e impositivas que caracterizam violência institucional. Assim agindo, ao invés de conquistar-lhes a confiança, de construir vínculos e responsabilidades, distanciam-nas do serviço.

O modo como se organizam os serviços e os processos de trabalho constitui obstáculo ao desenvolvimento de práticas específicas para adolescentes. As(os) profissionais se ressentem da ausência de um projeto de trabalho com adolescentes que valorize as especificidades da faixa etária e a participação dessas(es) como sujeitos ativos no seu processo de vida, e ressaltam o papel da família e da escola como instâncias primeiras na formação da identidade das(os) adolescentes. O investimento no cuidado que favoreça uma vivência sexual mais protegida com garantia de acesso a métodos contraceptivos e a atividades educativas participativas em que as(os) adolescentes tenham voz é um ponto crítico da ação dessas(es) profissionais, o que corrobora com a continuidade de uma prática que se distancia da perspectiva da integralidade.

Incentivar as grávidas adolescentes a serem sujeitos crítico-reflexivos do processo saúde-doença, entendendo suas necessidades específicas enquanto mulheres e adolescentes deve fazer parte de um pré-natal que valoriza os sentidos da integralidade. Trata-se de necessidades de apoiar às adolescentes em suas capacidades, não só como mães, mas como mulheres; de considerar suas vivências sexuais em suas diferentes formas de expressão; de assegurar o acesso aos métodos contraceptivos; de respeitar e amparar as jovens que decidirem interromper a gravidez; de garantir a acessibilidade ao pré-natal com profissionais capacitadas(os) e sensibilizadas(os), quanto ao processo do adolescer numa perspectiva de gênero.

Conformar práticas de assistência que resumem eventos da vida a processos descontextualizados das realidades das adolescentes grávidas pode ser considerado um descaminho à atenção integral. Portanto, a necessidade de cuidados à saúde centrados na pessoa e não na doença e o oferecimento de ações de promoção da saúde são essenciais para a garantia da atenção integral, especialmente se esse público é formado por adolescentes.

Desenvolver práticas reducionistas junto às grávidas adolescentes é não permitir que a integralidade permeie as ações de cuidado à saúde no pré-natal. A integralidade pressupõe

inovações nas práticas de saúde em diferentes cenários trazendo uma perspectiva reflexiva de valorização dos sujeitos em suas singularidades, espaço esse não contemplado pela clínica, havendo necessidade de uma reconstrução ética, política e técnica do cuidado à saúde das grávidas adolescentes na realidade estudada.



## REFERÊNCIAS

ALTMANN, H. Orientação sexual nos parâmetros curriculares nacionais. **Estudos Feministas**, Florianópolis, v.9, n.2, p.575-584, 2001.

ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface: comunicação, saúde, educação**, Botucatu, SP., v.9, n.16, p.39-52, set. 2004/fev. 2005.

AMAZARRAY, M. R.; MACHADO, P. S.; OLIVEIRA, V. Z. et al. A experiência de assumir a gestação na adolescência: um estudo fenomenológico. **Psicologia: reflexão e crítica**, Porto Alegre, v.11. n.3, p. 431-440, 1998.

ANTUNES, M. J. Saúde: direito de todos e dever do estado. In: REDE FEMINISTA DE SAÚDE. **A presença da mulher no controle social das políticas de saúde: anais da capacitação de multiplicadoras em controle social das políticas de saúde**. Belo Horizonte, 2003. 212 p.

AQUINO, E. **Repensando a mortalidade materna nos marcos dos direitos reprodutivos de jovens adolescentes: perspectivas em saúde e direitos reprodutivos**. São Paulo, 2002. Disponível em: <[www.macfound.org.br/revista5/](http://www.macfound.org.br/revista5/)>. Acesso em: 20 nov. 2005.

ARAÚJO, M. B. de S.; ROCHA, P. de M. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 455-464, 2007.

AYRES, J. R. de C. M. Adolescência e saúde coletiva: aspectos epistemológicos da abordagem programática. In: SCHRAIBER, L. B. (Org.). **Programação em saúde hoje**. São Paulo: Hucitec, 1990. p. 139-182.

\_\_\_\_\_. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.13, n.3, p.16-29, set./dez. 2004.

\_\_\_\_\_; FRANÇA JÚNIOR, I. Saúde do adolescente. In: SCHRAIBER, L. B.; NEMES, M. I. B.; GONÇALVES, R. B. M. (Org.). **Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2000. p. 66-108.

AZEVEDO, M. do P. S. M. T. de; MOREIRA, J. A. A.; CONFORTO, M. T. A. **Gravidez e gênero**. 2001. Disponível em: <<http://www.tvebrasil.com.br/salto/boletins2001/se2/se2txt4.htm>>. Acesso em: 19 fev. 2005.

BAHIA. Secretaria de Saúde. **Saúde reprodutiva: manual para prestação de serviços.** Salvador, 1998. 314 p.

BELO, M. A. V.; SILVA, J. L. P. e. Conhecimento, atitude e prática sobre métodos anticoncepcionais entre adolescentes gestantes. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.38, n.4, p.479-487, ago. 2004.

BOCARDI, M. I. B. **Assistência pré-natal na adolescência: concepções das adolescentes e dos profissionais de saúde.** 2004. 163 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, São Paulo, 2004.

BORGES, A. L. V.; SCHOR, N. Início da vida sexual na adolescência e relações de gênero: um estudo transversal em São Paulo, Brasil, 2002. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.21, n.2, p. 499-507, mar./abr. 2005.

BRANDÃO, E. R.; HEILBORN, M. L. Sexualidade e gravidez na adolescência entre jovens de camadas médias do Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.22, n.7, p. 1421-1430, jul. 2006.

BRASIL. Constituição, 1988. **Emenda Constitucional n. 48, de 10 de agosto de 2005.** Secretaria Especial de Editoração e Publicações. Disponível em: <<http://www.senado.gov.br/sf/legislacao/const/>>. Acesso em: 10 nov. 2005.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Disponível em: <<http://www.saude.inf.br/legisl/lei8080.htm>>. Acesso em: 20 nov. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Conselho Nacional de Saúde: efetivando o controle social.** 1991. <<http://conselho.saude.gov.br/links/index.htm>>. Acesso em: 11 abr. 2005.

\_\_\_\_\_. **Estatuto da criança e do adolescente.** 2. ed. Brasília, 2003a. 114 p. (Série E. Legislação de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde integral de adolescentes e jovens: orientações para a organização de serviços de saúde.** Brasília, 2005. 44 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

\_\_\_\_\_. **Textos de apoio para o curso direitos sexuais e reprodutivos e atenção em anticoncepção para adultos e adolescentes.** Brasília, 1995. 150 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Assistência em planejamento familiar: manual técnico.** 4. ed. Brasília, 2002a. 150 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Avaliação da implementação do programa saúde da família em dez grandes centros urbanos: síntese dos principais resultados.** Brasília, 2002b.

\_\_\_\_\_. **Gestação de alto risco: manual técnico.** 3. ed. Brasília, 2000. 118 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. **Programa saúde do adolescente: bases programáticas.** Brasília, 1989. 23 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informações sobre Nascimentos – SINASC.** 2003b. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/sinasc/nvmap.htm>>. Acesso: 10 ago. 2005.

BUCHABQUI, J. A.; ABECH, A. M.; BRIETZKE, E. et al. Assistência pré-natal. In: FREITAS, F.; MARTINS-COSTA, S. H.; RAMOS, J. G. L. et al. **Rotinas em obstetrícia.** 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2006. 680p.

CABRAL, C. S. Contracepção e gravidez na adolescência na perspectiva de jovens pais de uma comunidade favelada do Rio de Janeiro. **Cadernos de Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v.19, supl.2, p.S283-S292, 2003.

CABRAL, M. da G. S. R. **Conseqüências da gravidez na adolescência: riscos para a saúde da mãe e do recém nascido.** Recife, 1997. Dissertação (Mestrado em Pediatria) – Universidade Federal de Pernambuco, 1997.

CAMPOS, G.W.S. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, E.E; ONOCKO R. (Org.). **Agir em saúde: um desafio para o público.** São Paulo: Hucitec, 1997. p. 229-266.

CANO, M. A. T.; FERRIANI, M. das G. C.; GOMES, R. Sexualidade na adolescência. **Revista Latino-Americana de Enfermagem,** Ribeirão Preto, v. 8, n. 2, p. 18-24, abr. 2000.

CAPISTRANO-FILHO, D. O programa de saúde da família em São Paulo. **Estudos Avançados,** São Paulo, v.13, n.35, p. 89-100, jan./abr. 1999.

CAVASIN, S.; ARRUDA S. **Gravidez na adolescência: desejo ou subversão?** Boletim, n 2, 1999. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/156\\_04PGM2.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/156_04PGM2.pdf)>. Acesso em: 27 fev. 2007.

CECCIM, R. B.; CARVALHO, Y. M. de. Ensino da saúde como projeto da integralidade: a educação dos profissionais de saúde no SUS. In: PINHEIRO, R.; CECCIM, R. B. MATTOS, R. A. de (Org.). **Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde.** Rio de Janeiro: IMS/UERJ; CEPESQ; ABRASCO, 2005. 336 p.

COELHO, E. de A. **Enfermeiras que cuidam de mulheres: conhecendo a prática sob o olhar de gênero.** 2001. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade de São Paulo, 2001.

CORREA, M. D. Riscos obstétricos. In: MAAKAROUN, M.de F. **Tratado de adolescência: um estudo multidisciplinar.** Rio de Janeiro: Cultura Médica, 1991. p. 380-389

COSTA, A. M. Desenvolvimento e implementação do PAISM no Brasil. In: GIFFIN, K.; COSTA, S. H. (Org.). **Questões da saúde reprodutiva.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999. 468 p.

\_\_\_\_\_; GUIMARÃES, M. do C. L. **Controle social: uma questão de cidadania: saúde é assunto para mulheres.** 3. ed. São Paulo: Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, 2002. 60 p.

COSTA NETO, M. M. da (Org.). **Treinamento introdutório.** Brasília: Ministério da Saúde; Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica, 2000. 16 p.

COTTA, R. M. M.; SCHOTT, M.; AZEREDO, C. M. Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 15, n. 3, p. 7-18, jul./set. 2006.

D'OLIVEIRA, A. F. P. L.; SCHRAIBER, L. B. Violência de gênero, saúde reprodutiva e serviços. In: GIFFIN, K.; COSTA, S. H. (Org.). **Questões de saúde reprodutiva.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999. p. 337-56.

DUARTE, A. **Gravidez na adolescência: ai, como sofri por te amar.** Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1998. 126 p.

DUQUE-ARRAZOLA, L. S. O cotidiano sexuado de meninos e meninas em situação de pobreza. In: MADEIRA, F. R. (Org.). **Quem mandou nascer mulher?** Rio de Janeiro: Record; Rosa dos Tempos, 1997. p. 343-402.

FERREIRA, A. B. de H. **Miniaurélio: o minidicionário da língua portuguesa.** 6. ed. Curitiba: Positivo, 2004. 896 p.

FERREIRA, S. L. As políticas públicas e a saúde da mulher no Brasil. In: FERREIRA, M.; ÁLVARES, M. L. M.; SANTOS, E. F. dos. **Os poderes e os saberes das mulheres: a construção do gênero**. São Luís: EDUFMA; Salvador: REDOR, 2001. p. 167-177.

FIORIN, J. L. **Linguagem e ideologia**. 2.ed. São Paulo: Ática, 2003. 87 p.

\_\_\_\_\_; SAVIOLI, F. P. **Para entender o texto: leitura e redação**. 15. ed. São Paulo: Ática, 1999. 431 p.

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.15, n.2, p. 345-353, abr./jun. 1999.

\_\_\_\_\_; MAGALHÃES JÚNIOR, H. M. Integralidade na assistência a saúde: organização das linhas de cuidado. In: MERHY, E. E., MAGALHÃES JÚNIOR, H. M.; RIMOLI, J. et al. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2004. 296 p.

\_\_\_\_\_; MERHY, E. E. Programa de saúde da família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: MERHY, E. E., MAGALHÃES JÚNIOR, H. M.; RIMOLI, J. et al. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2004. 296 p.

FREIRE, P. **Conscientização: teoria e prática da libertação: uma introdução ao pensamento de Paulo Freire**. São Paulo: Moraes, 1980. 102 p.

\_\_\_\_\_. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 13. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1999.

GAMA, S. G. N. da; SZWARCOWALD, C. L.; SABROZA, A. R. Fatores associados à assistência pré-natal precária em uma amostra de puérperas adolescentes em maternidades do Município do Rio de Janeiro, 1999-2000. **Cadernos Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, (sup. 1), p. S100-S111, 2004.

GODINHO, R. A.; SCHELP, J. R. B.; PARADA, C. M. G. de L. et al. Adolescentes e grávidas: onde buscam apoio? **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n.2, p. 25-32, abr. 2000.

GOMES, M. C. P. A.; PINHEIRO, R. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. **Interface: comunicação, saúde, educação**, Botucatu, SP., v.9, n.17, p. 287-301, mar./ago. 2005.

GONTIJO, D. T.; MEDEIROS, M. Gravidez / maternidade e adolescentes em situação de risco social e pessoal: algumas considerações. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 6, n. 3, p. 394-399, 2004. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br>. Acesso em: 10 dez. 2005.

GUIMARÃES, E. M. de B. Gravidez na adolescência: uma visão multidisciplinar. **Revista Pediatria Moderna**, Goiás, v.37, ed. especial, p. 29-32, maio 2001.

HEILBORN, M. L.; CABRAL C. S.; BOZON M. et al. **Gênero e carreiras sexuais e reprodutivas de jovens brasileiros**. Trabalho apresentado no XV Encontro Nacional de Estudos Populacionais, ABEP, realizado em Caxambú – MG – Brasil, de 18 a 22 de setembro de 2006.

\_\_\_\_\_; SALEM, T.; ROHDEN, F. et al. Aproximações sócioantropológicas sobre a gravidez na adolescência. **Horizontes Antropológicos**, Porto Alegre, ano 8, n. 17, p. 13-45, jun. 2002.

IBGE. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNDA**, 1999. Disponível em: <[www.ibge.gov.br](http://www.ibge.gov.br)>. Acesso: 10 out. 2005.

\_\_\_\_\_. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNDA**, 2000. Disponível em: <[www.ibge.gov.br](http://www.ibge.gov.br)>. Acesso: 10 out. 2005.

\_\_\_\_\_. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNDA**, 2004. Disponível em: <[www.ibge.gov.br](http://www.ibge.gov.br)>. Acesso: 10 out. 2005.

LAKATOS, E. M., MARCONI, M. de A. **Técnicas de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 1998.

LAVINAS, L. Gênero, cidadania e adolescência. In: MADEIRA, F. R. (Org.). **Quem mandou nascer mulher?** Rio de Janeiro: Record; Rosa dos Tempos, 1997. p. 11- 43.

MANDÚ, E. N. T. Adolescência: o cuidar nessa fase do ciclo vital. In: FERNANDES, R. Á. Q.; NARCHI, N. Z. (Org.). **Enfermagem e saúde da mulher**. Barueri, SP: Manole, 2007, p. 190-210. (Série enfermagem)

\_\_\_\_\_. Gravidez na adolescência: um problema? In: RAMOS, F. R. S.; MONTICELLI, M.; NITSCHKE, R. G. (Org.). **Projeto acolher: um encontro da enfermagem com o adolescente brasileiro**. Brasília: ABEN; Ministério da Saúde, 2000. 196 p.

MARTINI, J. G.; GREGIS, C.; JARDIM, L. Gravidez na adolescência: da prática disciplinadora à pedagogia libertadora. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 52, n. 4, p. 490-546, out./dez. 1999.

MASCARENHAS, M. T. M. **Avaliando a implementação da atenção básica em saúde no município de Niterói, RJ**: estudos de caso em unidade básica de saúde e módulo do programa médico de família. 2003. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2003.

MATTOS, R. A. de. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2001. 180 p.

MEDRADO, B.; LYRA, J. A adolescência desprevenida e a paternidade na adolescência: uma abordagem geracional e de gênero. **Cadernos Juventude, Saúde e Desenvolvimento**, Brasília, v. 1, p. 230-48, 1999.

MERHY, E. E. Ato de cuidar: a alma dos serviços de saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Ver – SUS Brasil: cadernos de textos**. Brasília, 2004. p. 108-137. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

\_\_\_\_\_. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecnoassistencial em defesa da vida (ou como aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e coletivamente reorganizar o processo de trabalho na busca da qualidade das ações de saúde). In: CECÍLIO, L.C.O. (Org.). **Inventando a mudança em saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994. p. 116-160.

MINAYO, M. C. de S. **A violência faz mal à saúde individual e coletiva**: textos básicos do curso de Educação à Distância da ENSP sobre violência e saúde. 2006. Acesso: <<http://www.ensp.fiocruz.br/forumviolencia/arquivos/arq14.pdf>>. Acesso em: 08 de abr. 2007.

\_\_\_\_\_. Interdisciplinaridade: funcionalidade ou utopia. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 3, n. 2, p. 42-63, 1994.

\_\_\_\_\_; DESLANDES, S. F.; CRUZ NETO, O. et al. **Pesquisa social**. 9. ed. Petrópolis: Vozes, 2002. 80 p.

MONTEIRO, M. F. G. Gravidez na adolescência. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA, 5., 1997 ; CONGRESSO PAULISTA DE SAÚDE PÚBLICA, 5., 1997. **Anais...** Águas de Lindóia: ABRASCO, 1997. 119 p.

MOTA, M. P. da. Gênero, sexualidade e masculinidade: reflexões para uma agenda de pesquisa com adolescentes no contexto de uma experiência. **Gênero**: revista do Núcleo Transdisciplinar de Estudos de Gênero, Niterói, v.1, n.1, p. 41-52. 2000.

NEIVERTH, I. S.; ALVES, G. B. Gravidez na adolescência e mudança do papel social da mulher. **Paidéia**: cadernos de psicologia e educação, Ribeirão, São Paulo, v.12, n.24, p. 229-240, 2002.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Assistência ao parto normal**: um guia prático. Genebra, 1996. 53 p. Original em inglês.

\_\_\_\_\_. **La salud de los jóvenes**: un reto y una esperanza. Genebra, 2000. 120 p.

ORLANDI, E. P. **Análise de discurso**: princípios e procedimentos. Campinas: Pontes, 2001.

PAIM, H. H. S. Marcas no corpo: gravidez e maternidade em grupos populares. In: DUARTE, L. F. D.; LEAL, O. F. (Org.). **Doença, sofrimento, perturbação**: perspectivas etnográficas. Rio de Janeiro: Fiocruz., 1998. p. 31-47.

PAIM, J. S. Modelos de atenção e vigilância da saúde. In: ROUQUAYROL, M.Z.; ALMEIDA FILHO, N. (Org.). **Epidemiologia e saúde**. 6.ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003. p. 567-86

PANTOJA, A. L. N. Ser alguém na vida: uma análise sócio-antropológica da gravidez/maternidade na adolescência, em Belém do Pará, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, n.2, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso: 5 maio 2005.

PARA lutar por seus direitos é preciso conhecê-los: é papel da mídia jovem informar as adolescentes sobre seus direitos. 2005. Disponível em: <[http://www.andi.org.br/noticias/templates/boletins/template\\_pontoj.asp?articleide=823&zoned=23](http://www.andi.org.br/noticias/templates/boletins/template_pontoj.asp?articleide=823&zoned=23)>. Acesso em: 11 ago. 2005.

PATRÍCIO, Z. M. O cuidado com a qualidade de vida dos adolescentes: um movimento ético e estético de “koans e trucksters”. In: RAMOS, F. R. S.; MONTICELLI, M.; NITSCHKE, R. G. (Org.). **Projeto acolher**: um encontro da enfermagem com o adolescente brasileiro. Brasília: ABEN, 2000. 196p.

PEDROSA, J. I. dos S.; TELES, J. B. M. Consenso e diferenças em equipes do Programa Saúde da Família. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v.35, n.3, p. 303-311, jun. 2001.



PINHEIRO, R. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A, (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ: ABRASCO, 2001. p. 65-112.

\_\_\_\_\_. Práticas de saúde e integralidade: as experiências inovadoras na incorporação e desenvolvimento de novas tecnologias assistenciais de atenção aos usuários no SUS. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Experiências inovadoras no SUS: relatos de experiências**. Brasília, 2002. p. 15.

\_\_\_\_\_; LUZ, M. T. Práticas eficazes x modelos ideais: ação e pensamento na construção da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATOS, R. A. (Org.). **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/ABRASCO, 2003. p. 7-34.

\_\_\_\_\_; MATTOS, R. A. **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2003. 228 p.

PINHEIRO, V. de S. **Maternidade na adolescência: significados e repercussões**. 2001. Dissertação (Mestrado em Psicologia) –Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2001.

RAFAEL, H. F. G. **Avaliação do projeto de capacitação para profissionais das equipes de saúde da família na área de saúde do adolescente**. 2004. Dissertação (Mestrado em Planejamento e Políticas Públicas) - Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2004.

REDE FEMINISTA DE SAÚDE. **Adolescentes saúde sexual saúde reprodutiva: dossiê**. Belo Horizonte, 2004. 38 p.

REIS, A. O. A. Análise metafórico-metonímia do processo de constituição do pensamento da saúde pública acerca da adolescente grávida: os anos 60. **Cadernos Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.14 (supl.1), p. 115-123, 1998.

\_\_\_\_\_; ZIONI, F. O lugar do feminino na construção do conceito de adolescência. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 27, n. 6, p. 472-477, dez. 1993.

REZENDE, J.; MONTENEGRO, C. A. B. **Obstetrícia fundamental**. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 2003. 670 p.

SAITO, M. I. Adolescência, cultura, vulnerabilidade e risco. **Pediatria**, São Paulo, v. 22, n 3, p. 217-219, 2000.

SAITO, M. I.; LEAL, M. M. Educação sexual na escola. **Pediatria**, São Paulo, v.22, n.1, p. 44-48, jan./mar. 2000.

SANT'ANNA, M. J. C. **A adolescência como fator de risco para baixo peso ao nascer**. 2000. Dissertação (Mestrado em Medicina) – Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, 2000.

SANTOS, A. A. dos; FREIRE, A. L. X. do C.; MELO, M. C. P. de et al. **Aspectos legais do atendimento da(o) enfermeira(o) à adolescente grávida**. 2005. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Metodologia da Assistência em Enfermagem) – Universidade do Estado da Bahia.

SANTOS, P. F. B. B. dos. **O enfermeiro na implantação e desenvolvimento do Programa Saúde da Família na cidade de Campina Grande – PB à luz da história oral temática**. 2004. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade da Paraíba, João Pessoa, 2004.

SANTOS, S. R. dos; SCHOR, N. Vivências da maternidade na adolescência precoce. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.37, n.1, p. 15-23, fev. 2003.

SCHALL, V. T.; STRUCHINER, M. Educação em saúde: novas perspectivas. **Cadernos Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.15, supl. 2, p. 54-56, 1999.

SCHIRMER, J. et. al. **Assistência pré-natal: manual técnico**. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, 2000. 66 p.

SCHOR, N.; ALEGRIA, F. L. Adolescência e anticoncepção: estudo de conhecimento e uso em puérperas internadas por parto ou aborto. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.24, n.6, p. 506-511, dez. 1990.

SCOTT, J. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. **Educação & Realidade**, Porto Alegre, v.20, n.2, p. 71-99, jul./dez.1995.

SENNA, M. de C. M. Equidade e política de saúde: algumas reflexões sobre o Programa Saúde da Família. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.18, p. 203-211, 2002. Suplemento

SILVA JÚNIOR, A. G. da; MASCARENHAS, M. T. M. Avaliação da atenção básica em saúde sob a ótica da integralidade: aspectos conceituais e metodológicos. In: PINHEIRO, R.;

MATTOS, R. A. de (Org.). **Cuidado**: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: CEPESC/ UERJ/ABRASCO, 2005. 320 p.

SOUZA, V. L. C.; CORRÊA, M. S. M.; SOUZA, S. de L. et al. O aborto entre adolescentes. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.9, n.2, p. 42-47, mar./abr. 2001.

TRAVERSO-YÉPEZ, M. A.; PINHEIRO, V. de S. Socialização de gênero e adolescência. **Estudos Feministas**, Florianópolis, v.13, n.1, p. 147-162, jan./abr. 2005.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 2002. 175 p.

WALDOW, V. R. **Cuidado humano**: o resgate necessário. Porto Alegre: Sagra Luzzato, 1998. 204 p.

**APÊNDICES**

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Meu nome é Mônica Cecília Pimentel de Melo, sou aluna do curso de mestrado da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia e estou desenvolvendo uma pesquisa que tem como título *Cuidado pré-natal a adolescentes sob o olhar da integralidade*. O estudo tem como objetivos conhecer o processo de cuidado pré-natal a adolescentes grávidas por profissionais da rede básica de saúde e analisar o cuidado pré-natal a adolescentes, valorizando limites e possibilidades de efetivação da integralidade. Sua contribuição como profissional que acompanha adolescentes grávidas é muito importante para o êxito do trabalho e solicito sua participação no estudo. Durante a pesquisa farei entrevistas e observação do trabalho diário junto a grávidas adolescentes tanto em consultas médica e de enfermagem como em visitas domiciliares. Caso aceite participar, informo que serão garantidos anonimato e sigilo sobre as informações obtidas por mim. Sua participação é livre e, caso aceite participar do estudo, peço sua permissão para gravar seu depoimento, registrar dados observados e, posteriormente, divulgar o trabalho em eventos científicos.

Atenciosamente,

Pesquisadora: \_\_\_\_\_

Eu, \_\_\_\_\_,  
cargo \_\_\_\_\_, após tomar conhecimento dos objetivos, e aplicação dos resultados da pesquisa intitulada *Cuidado pré-natal a adolescentes sob o olhar da integralidade*, cuja autora é a enfermeira Mônica Cecília Pimentel de Melo, mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, e ter a garantia da autora de manter o sigilo, quanto a minha identificação pessoal e familiar e o tratamento coletivo das informações por mim prestadas, consinto que as observações das consultas e da minha entrevista sejam utilizadas na referida pesquisa.

Atenciosamente,

\_\_\_\_\_  
**ASSINATURA DA(O) ENTREVISTADA(O)**  
Salvador, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

APÊNDICE B - Roteiro para observação não participante de consultas - médicas e de enfermagem - e visitas domiciliares das(os) ACS às gestantes adolescentes

Local:

Data:

Nº. da observação:

**I- IDENTIFICAÇÃO DA GESTANTE ADOLESCENTE**

1. Nome (iniciais): \_\_\_\_\_
2. Idade: \_\_\_\_\_
3. Escolaridade:  
Está estudando atualmente? \_\_\_\_\_
4. Estado civil: \_\_\_\_\_
5. Ocupação: \_\_\_\_\_
6. Cor: \_\_\_\_\_

**II- HISTÓRICO DA GESTANTE ADOLESCENTE**

Tipo de atendimento:

1ª consulta/visita <input type="checkbox"/>	Subseqüente <input type="checkbox"/>
---	--------------------------------------

Gesta: \_\_\_ Para: \_\_\_ Aborto: \_\_\_

Nº de filhos vivos: \_\_\_

Complicações obstétricas: \_\_\_\_\_

Intercorrências clínicas: \_\_\_\_\_

**III- OBSERVAÇÃO**

ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO	IMPRESSÕES DA PESQUISADORA

--	--

APÊNDICE C - Roteiro para entrevista com os profissionais da equipe de saúde do PACS/PSF – enfermeiras(os) e médicas(os)

Local da entrevista:

Data: \_\_\_\_\_ Início: \_\_\_\_\_ h Término: \_\_\_\_\_ h

Nº da entrevista: \_\_\_\_\_

**I. IDENTIFICAÇÃO**

1. Nome (iniciais): \_\_\_\_\_

2. Idade: \_\_\_\_\_

3. Profissão: \_\_\_\_\_

4. Cursos realizados (especificar área):

- Capacitação/Aperfeiçoamento: \_\_\_\_\_
- Especialização: \_\_\_\_\_
- Mestrado: \_\_\_\_\_
- Outros: \_\_\_\_\_

5. Tempo de atuação na atenção à saúde da mulher: \_\_\_\_\_

6. Tempo de atuação na atenção à saúde da mulher adolescente: \_\_\_\_\_

**II. QUESTÕES NORTEADORAS DA ENTREVISTA**

1. O que você conhece da vida das adolescentes da área em que você atua? E das adolescentes grávidas?
2. O que mais lhe chama atenção na vida das adolescentes grávidas que você acompanha no serviço de saúde e/ou na comunidade?
3. O que você tem feito como profissional de saúde para atender necessidades de adolescentes grávidas usuárias deste serviço?
4. O que a equipe de saúde deste serviço tem feito para atender as necessidades da adolescente grávida (no sentido de dar apoio, minimizar ou resolver problemas)?
5. Gostaria que descrevesse como você desenvolve seu trabalho com gestantes adolescentes no dia-a-dia. (atividades relacionadas a consultas, visitas domiciliares, trabalho educativo, outros).

Caso as atividades educativas não sejam referidas e descritas nas questões relativas às atividades do cotidiano, perguntar:

- Neste serviço, há trabalhos educativos para adolescentes? Sim ( ) Não ( ).
- E para adolescentes grávidas? Sim ( ) Não ( ).

Em caso negativo: Por quê?

Em caso afirmativo:

- Quais os tipos de atividades?
  - Você participa dos trabalhos educativos para adolescentes?
  - Qual a metodologia usada nos trabalhos educativos?
6. Para você, quais os fatores que interferem na qualidade do cuidado pré-natal a adolescentes? Como eles interferem?
  7. Você acha que é possível ampliar atividades da equipe profissional junto às(aos) adolescentes? Como? E junto às adolescentes grávidas?



## APÊNDICE D - Roteiro para entrevista com ACS do PACS/PSF

Local da entrevista:

Data: \_\_\_\_\_ Início: \_\_\_\_\_ h Término: \_\_\_\_\_ h

Nº da entrevista: \_\_\_\_\_

### I. IDENTIFICAÇÃO

1. Nome (iniciais): \_\_\_\_\_

2. Idade: \_\_\_\_\_

3. Profissão: \_\_\_\_\_

4. Cursos realizados (especificar por área):

5. Tempo de atuação como agente comunitário de saúde:

### II. QUESTÕES NORTEADORAS DA ENTREVISTA

1. O que você conhece da vida das adolescentes da área em que você atua? E das adolescentes grávidas?

2. O que mais lhe chama atenção na vida das adolescentes grávidas que você acompanha como ACS?

3. O que você, como membro da equipe de saúde deste serviço, tem feito para atender necessidades de adolescentes grávidas?

4. O que a equipe de saúde deste serviço tem feito para atender as necessidades das adolescentes grávidas (no sentido de dar apoio, minimizar ou resolver problemas)?

5. Gostaria que descrevesse como você desenvolve seu trabalho com gestantes adolescentes no dia-a-dia (atividades relacionadas a visitas domiciliares, trabalho educativo, outros).

Caso as atividades educativas não sejam referidas e descritas nas questões relativas às atividades do cotidiano, perguntar:

○ Neste serviço, há trabalhos educativos com adolescentes? Sim ( ) Não ( ).

○ E com adolescentes grávidas? Sim ( ) Não ( ).

Em caso negativo: Por quê?

Em caso afirmativo:

○ Quais as atividades?

○ Você participa dos trabalhos educativos com adolescentes?

○ Qual a metodologia usada nos trabalhos educativos?

6. Para você, quais os fatores que interferem na qualidade do cuidado pré-natal a adolescentes? Como eles interferem?

Você acha que é possível ampliar atividades da equipe profissional junto às(aos) adolescentes? Como? E junto às adolescentes grávidas?

**ANEXOS**

## ANEXO A - Parecer do Comitê de Ética em pesquisa



**Governo do Estado da Bahia**  
**Secretaria da Saúde do Estado da Bahia**

---

**Comitê de Ética em Pesquisa – CEP-SESAB**

Ofício nº 01/ 2005

Salvador, 26 de julho de 2005.

**ESTIMADA**

**Profa. Dra. Edméia de Almeida Cardoso Coelho**  
**PESQUISADORA RESPONSÁVEL**

**Projeto de Pesquisa:** "Integralidade do Cuidado a Saúde da mulher: Limites e possibilidades na atenção básica".

**Pesquisadora Responsável:** Profa. Dra. Edméia de Almeida Cardoso Coelho.

**Situação:** Projeto **aprovado**

Estamos encaminhando para seu conhecimento e providências, o parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da SESAB, reunido em 21 de julho do ano corrente.

O projeto pode ter continuidade uma vez que atende aos requisitos éticos para a pesquisa envolvendo seres humanos.

Nesse sentido, o Comitê decidiu por sua aprovação, lembrando à pesquisadora a necessidade de informar esse Comitê do relatório parcial e/ou final no período de 6 (seis) meses a 1 (um) ano conforme recomendação da Resolução nº 196/96, IX – 2 c.

Estamos anexando ainda cópia do Parecer elaborado pelo relator, para o seu conhecimento.

Atenciosamente,

**Ana Maria Fernandes Pitta**

Coordenadora do CEP - Comitê de Ética em Pesquisa  
 SESAB - Secretaria de Saúde do Estado da Bahia

## ANEXO B - Solicitação de autorização do estudo



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA  
 ESCOLA DE ENFERMAGEM  
 PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
 FONE: (71) 3263-7631 - FAX: (71) 3332-4452



Ofício nº 98/2006

Salvador, 09 de maio de 2006.

Enfª Raimunda Batista Santana  
 Secretária de Saúde de Irará-BA

Prezada Senhora,

Solicitamos autorização para que Mônica Cecília Pimentel de Melo, aluna do curso de mestrado, proceda ao levantamento de dados para fins de elaboração da pesquisa intitulada *Pré-natal de adolescentes na perspectiva da integralidade do cuidado* nesta instituição. A pesquisa será realizada com profissionais de saúde das equipes de PACS/PSF do município de Irará que aceitarem participar do estudo.

Informamos que a pesquisa insere-se no *Projeto Integralidade do cuidado à saúde da mulher: limites e possibilidades na atenção básica*, coordenado pela Profa. Dra. Edméia de Almeida Cardoso Coelho, vinculado ao CNPQ e já autorizado pelo Comitê de Ética da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB), conforme certidão e folha de rosto em anexo. Segue também cópia do projeto para o qual solicitamos autorização.

Atenciosamente,

*Rosendo*

Profª Drª Enilda Rosendo do Nascimento  
 Coordenadora do Colegiado de Pós-Graduação  
 em Enfermagem/UFBA



Rua Dr. Augusto Viana, S/N. Vale do Canela. 7º andar. CEP 40110-060. Salvador/Bahia  
 E-mail: [pgenf@ufba.br](mailto:pgenf@ufba.br) Página na internet: <http://www.pgenf.ufba.br>

*Concedido a elaboração  
 de pesquisa supra citada  
 em virtude de professor  
 no exercício atual  
 no Hospital de Referência  
 de Irará-BA  
 Prof. Dr. Raimundo  
 Batista Santana  
 11-05-06*

