



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

ASSISTÊNCIA PRÉ - NATAL NA ADOLESCÊNCIA:
CONCEPÇÕES DAS ADOLESCENTES E DOS PROFISSIONAIS
DE SAÚDE

Maria Inês Brandão Bocardi

RIBEIRÃO PRETO (SP)
2004

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

**ASSISTÊNCIA PRÉ - NATAL NA ADOLESCÊNCIA:
CONCEPÇÕES DAS ADOLESCENTES E DOS PROFISSIONAIS
DE SAÚDE**

Maria Inês Brandão Bocardi

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do Título de Doutor pelo Programa Interunidades em Doutorado em Enfermagem, na linha de pesquisa Sociedade, Saúde e Enfermagem.

RIBEIRÃO PRETO – SP
2004

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

**ASSISTÊNCIA PRÉ - NATAL NA ADOLESCÊNCIA:
CONCEPÇÕES DAS ADOLESCENTES E DOS PROFISSIONAIS
DE SAÚDE**

Maria Inês Brandão Bocardi

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do Título de Doutor pelo Programa Interunidades em Doutorado em Enfermagem, na linha de pesquisa Sociedade, Saúde e Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Marli Villela Mamede

RIBEIRÃO PRETO - SP
2004

Ficha Catalográfica

Bocardi, Maria Inês Brandão

Assistência pré – natal na adolescência: concepções das adolescentes e dos profissionais de saúde, 2004.

163 p.; il: 30 cm.

Tese de Doutorado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP – Programa Interunidades em Doutorado em Enfermagem. Linha de Pesquisa, Sociedade, Saúde e Enfermagem.

Orientadora: Mamede, Marli Villela

1. Gravidez. 2. Adolescência. 3. Saúde da Mulher.

Data da Defesa: ____/____/____

Banca Examinadora

Prof^a. Dra. Marli Villela Mamede _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof^a. Dra. Elza Maria Lourenço Ubeda _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof^a. Dra. Maria Helena Baena de Moraes Lopes _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof^a. Dra. Maria José Clapis _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof^a. Dra. Maria das Graças Bonfim Carvalho _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Dedico este trabalho ao Bocardi, meu grande amor, companheiro e amigo em todas as circunstâncias, que com cumplicidade compartilha comigo todos os momentos ... por ser e estar constantemente presente em minha vida.

Aos nossos filhos, Karina e Marcelo, por me fazerem sentir extremamente amada, pela força do amor de vocês, que me impulsiona sempre em busca de novos desafios, a sonhar com o futuro, a viver...

Ao meu pai, Mário (in memoriam), pelo exemplo de vida, de dignidade, respeito, por me ensinar a lutar, a amar incondicionalmente e me fazer acreditar que “no final, tudo sempre dá certo”.

Amo vocês.

*“Por ser exato o amor não cabe em si,
por ser encantado o amor revela-se,
por ser amor, invade e fãim”.*

(Djavan)

Meus Agradecimentos

À minha mãe, Ignêz, por estar presente em minha vida, pelo seu amor, carinho, incentivo, por compartilhar e valorizar tudo que faço.

Às minhas irmãs Elisa e Bel, pelo carinho, e por estarem ao meu lado, me dando força e apoio em um momento muito difícil que vivi.

Aos meus sobrinhos, Bruno e Lorena, por tornarem minha vida mais alegre, me fazerem sentir muito querida e pelo carinho constante.

À amiga Márcia Mendonça de Araújo, que mesmo distante acompanhou toda minha trajetória, me dedicando sempre palavras de carinho, me dando força, apoio e amor.

À Léia Alves da Silva, pela amizade, carinho e respeito, pelo convívio destes anos que nos aproximou nos tornando muito mais que amigas, pelo seu apoio constante e pela sua capacidade em resolver tudo durante minhas ausências.

Aos amigos Salviano Silva de Oliveira e Wanda Patrícia Perez Araújo, pela disponibilidade, pelo carinho, companheirismo, apoio, atenção e incentivo.

À Lílian e Josie Pacheco, minhas irmãs de coração, por estarem presentes em minha vida em todos os momentos.

Às amigas Conceição Benetti e Silva, Cristina Ramos da Silva, Elaine Aparecida Soi, Fernanda Paula Cerântola Siqueira e Regina Célia Ermel, pelo colo recebido, pelo companheirismo, pela certeza em poder contar sempre com vocês e por toda ajuda recebida durante minhas ausências.

Amo vocês!

A todos Enfermeiros Docentes do Curso de Enfermagem da UNIMAR, pela amizade, carinho, por compreenderem e facilitarem minhas ausências.

Às professoras, Dra. Maria José Clapis, Dra. Maria das Graças Bonfim Carvalho, pela amizade, pela força positiva, pelo estímulo e contribuições oferecidas na qualificação do Projeto de Pesquisa.

Às professoras, Dra. Elza Maria Lourenço Ubeda e Dra. Maria Helena Baena de Moraes Lopes, pelas importantes sugestões para o aprimoramento deste trabalho.

À Maria Antonieta Spinoso Prado e Lenita Guidorizzi e Silva Martins Andrade, pela amizade, pelo carinho, atenção e por me auxiliarem muito, durante a execução deste trabalho.

À Kethleen Caroline Ferraz Sampaio, Sandra de Cara Galeani e Marta Ribeiro de Carvalho, pela amizade, pelo profissionalismo e pela forma carinhosa e atenciosa com que sempre me receberam na secretaria de pós-graduação da EERP-USP.

À Deolinda Fabri e Maria de Lurdes, pela amizade, pelo carinho, atenção e apoio disponibilizados.

Ao Grupo Transcultural da EERP-USP, por compartilhar conhecimentos que trouxeram importantes contribuições para a realização deste estudo.

Ao Carlos Armando, pela amizade, atenção, pela dedicação desde o trabalho de mestrado e pela editoração deste trabalho.

Ao Dr. Antonio Carlos Ribeiro, pela atenção e por autorizar esta pesquisa nas Unidades de Saúde da Rede de Atenção à Saúde do município de Marília.

A todos os profissionais, médicos, enfermeiras e auxiliares de enfermagem, das Unidades de Saúde, pela acolhida, pela oportunidade concedida e pela colaboração no desenvolvimento deste estudo.

A todas gestantes adolescentes pela atenção, colaboração e pela oportunidade de repensar nossa prática na assistência durante o período pré-natal.

Ao CNPq – Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, pelo incentivo financeiro.

A todos que colaboraram na construção deste trabalho, seja na elaboração das idéias, ou dedicando sua amizade, meu muito obrigada.

“É incrível, nada desvia um destino, hoje tudo faz sentido e ainda há tanto a aprender. E a vida tão generosa comigo veio de amigo a amigo, me apresentar a vocês:” (Jorge Vercilo)

Fabio Augusto Furlan, Ricardo Alamino Figueiredo, Sandra Maria Barbalho, Marco Aurélio Marteline, Wilson Bernardo Silva, Silvio Zapparoli, Marcelo Dib Bechara, Adriano Cressoni Araújo, Élen Landgraf Guiguer Veronese, Lázaro Jaime, Patrícia e Carlos Eduardo Bueno.

Vocês tornaram minha vida mais alegre, fazem parte da minha história, vocês estão em meu coração... Amo vocês!

Especialmente

A Deus pelo dom da vida, pela luz nos meus caminhos, pela direção dos meus passos, pelas oportunidades concedidas.

À Prof^a. Dra. Marli Villela Mamede, pela amizade, carinho, compreensão, paciência, apoio e força nos momentos difíceis que vivi, pelo prazer em ensinar, pela disponibilidade e experiência profissional que me ajudou a enxergar com mais clareza os caminhos a serem percorridos. Minha eterna gratidão.

Ao Reitor da Universidade de Marília, Dr. Márcio Mesquita Serva, e à Vice-Reitora, Prof^a. Regina Lúcia Ottaiano Losasso Serva, por acreditarem e investirem na capacitação docente e pelo apoio e incentivo constantes.

À Pró-Reitora de Ação Comunitária, Prof^a. Maria Beatriz de Moraes Trazzi, pelas palavras carinhosas de estímulo e incentivo.

Ao Pró-Reitor de Graduação, Dr. José Roberto Marques de Castro, por compreender e facilitar minhas ausências no decorrer deste trabalho, pelo apoio, incentivo, pelas palavras de confiança e força positiva que me ajudaram e encorajaram a prosseguir, a enfrentar um dos momentos mais difíceis que passei em minha vida. Minha eterna gratidão.

SUMÁRIO

RESUMO
SUMMARY
RESUMEN

1. INTRODUÇÃO	1
2. REVISÃO DE LITERATURA	5
2.1 <i>Adolescência, Gestação e Maternidade</i>	6
2.2 <i>Contextualização das políticas de atenção à gestação e adolescência</i>	18
3. OBJETIVOS	26
4. METODOLOGIA	28
4.1 <i>Campo de Estudo</i>	30
4.2 <i>Aspectos Éticos da Pesquisa</i>	32
4.3 <i>Sujeitos da Pesquisa</i>	33
4.4 <i>Coleta de Dados</i>	34
4.5 <i>Análise de Dados</i>	35
5. RESULTADOS	43
5.1 <i>Caracterização dos sujeitos da Pesquisa</i>	44
5.2 <i>Conhecendo as adolescentes</i>	46
5.3 <i>O espaço institucional do pré-natal a adolescentes para os profissionais da saúde</i>	59
5.4 <i>O espaço institucional do pré-natal para as adolescentes grávidas</i>	89
5.5 <i>A síntese: aproximação dos espaços institucionais de atenção ao pré-natal a gestantes adolescentes</i>	100
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	110
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	113
ANEXOS	120

BOCARDI, M.I.B. Assistência pré – natal na adolescência: concepções das adolescentes e dos profissionais de saúde. 163p. 2004. Tese Doutorado. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto

Este estudo teve como objetivos identificar as concepções sobre assistência pré – natal de um grupo de gestantes adolescentes primíparas, inscritas no programa de assistência pré – natal nas Unidades de Saúde da Rede de Atenção à Saúde do município de Marília – SP; identificar as concepções sobre assistência pré – natal na adolescência dos profissionais de saúde (médicos, enfermeiras e auxiliares de enfermagem) que atuam nestes serviços; como também analisar as relações estabelecidas entre as concepções das gestantes adolescentes e dos profissionais de saúde na construção da assistência pré – natal. Trata-se de uma pesquisa qualitativa. Os dados foram obtidos por meio de entrevistas semi – estruturadas, realizadas com 17 profissionais de saúde e 18 gestantes adolescentes primíparas. Procurou-se identificar unidades temáticas pela Análise de Conteúdo. Para construção do processo de análise apropriamos de referenciais teóricos de construções sócio – culturais de significados representativos do cotidiano da assistência pré – natal através de um emaranhado de percepções e interpretações sobre o perfil da clientela atendida, concluindo que a assistência se faz de forma diferenciada e assim exercem papel fiscalizador, identificam os fatores de risco da gestação, discorrem sobre as dificuldades encontradas para prestarem assistência e revelam as ações da equipe de saúde. As adolescentes identificaram a assistência pré – natal recebida, permeada por procedimentos técnicos que incluem desde a realização de exames e procedimentos a orientações, que pelas suas características peculiares conforma a assistência como sendo monótona e ao mesmo tempo coercitiva ao serem fiscalizadas pelos profissionais que as atende. Pudemos apreender que o mundo social do pré – natal às adolescentes habitados pelos profissionais de saúde é construído dentro de um universo simbólico que desqualifica a adolescente para a entrada no mundo das mulheres adultas – a maternidade. Por outro lado, para as adolescentes o pré – natal é o dispositivo usado para revelar-lhes os limites de ser um corpo para si e ser um corpo para ter um filho e desautoriza-las como capazes de ter uma autonomia e poder de decisão.

Palavras – chave: gravidez, adolescência, saúde da mulher.

BOCARDI, M.I.B. Pre-natal care in the adolescence: conceptions of adolescents and health professionals. 163p. 2004. Tese Doutorado. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto

This study aimed at identifying the conceptions about prenatal care of a group of adolescents on their first pregnancy. The adolescents were registered in the Prenatal Program offered by the Basic Health Units in the municipality of Marília – SP. The goals of this research were also to identify the conceptions of health professionals who work in these services (physicians, nurses and nursing aides) on prenatal care in adolescence; to analyze the relations established between the adolescents and health professionals conceptions in the construction of prenatal care. This is a qualitative research. Data were collected through semi-structured interviews with 17 health professionals and 18 adolescents on their first pregnancy. The author identified thematic units through content analysis. In order to construct the analysis process, author used the socio-cultural theoretical references on representative meanings of prenatal care through several perceptions and interpretations about the profile of the clientele, concluding that the care is provided in a differentiated way and that the health professionals play a fiscalizing role, identifying the pregnancy risk factors, reporting the difficulties they find to provide the care and revealing the actions of the health team. The adolescents identified prenatal care as surrounded by technical procedures, including examinations and orientations, characterizing a monotonous and at the same time coercive care as they are fiscalized by the professionals who provide their care. Author found that the social world of adolescents' prenatal care resided by health professionals is built within a symbolic universe that disqualifies the adolescents to become adult women through maternity. In addition, for the adolescents, prenatal is a mechanism used by them to reveal their limits of being a body for themselves and being a body to have a baby and to unauthorized them as capable to have autonomy and decision power.

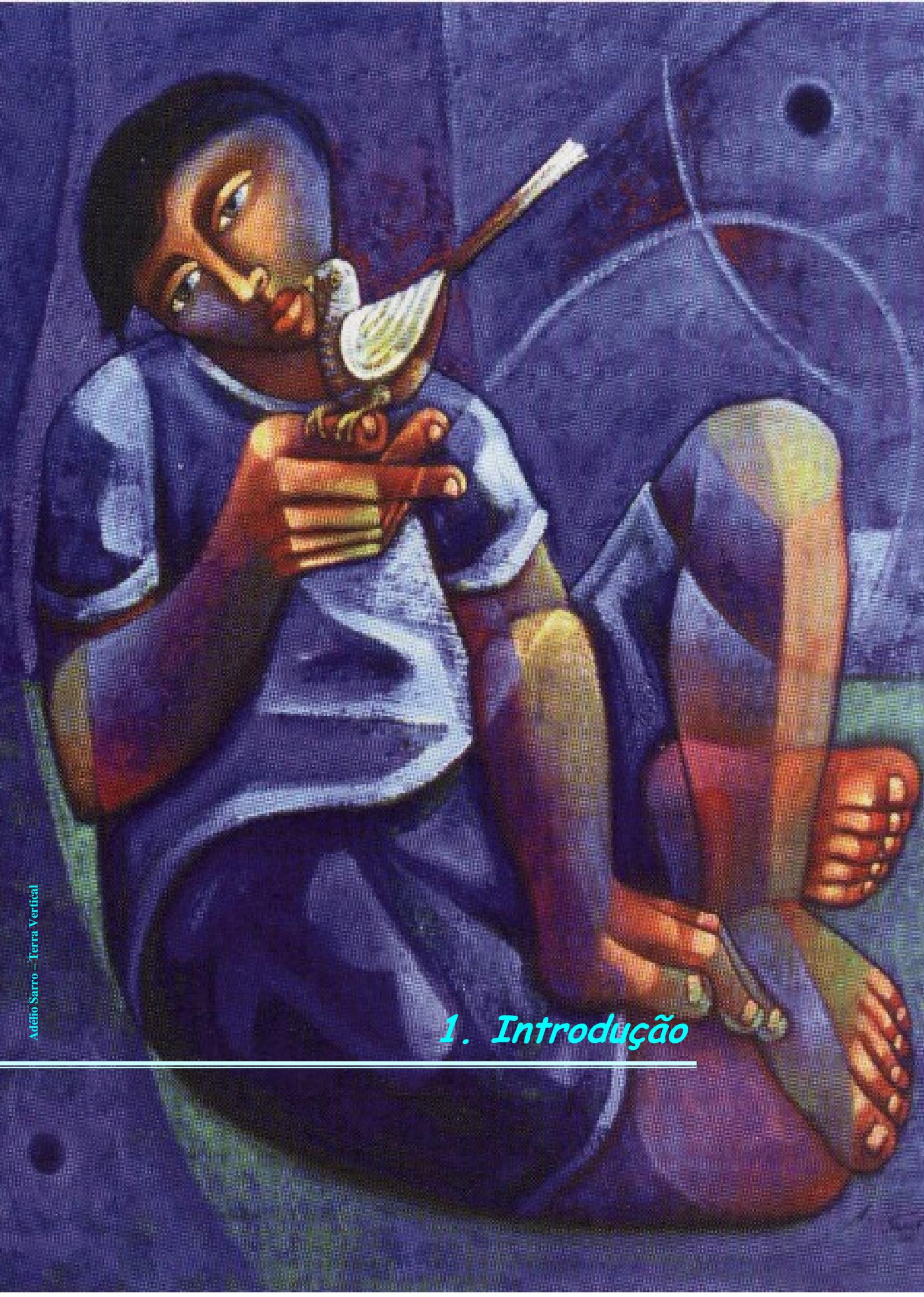
Key words: pregnancy, adolescence, women's health

BOCARDI, M.I.B. Asistencia prenatal en la adolescencia: concepciones de adolescentes y de profesionales de salud. 163p. 2004. Tese Doutorado. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto

Este estudio tuvo como objetivos identificar las concepciones sobre la atención prenatal de un grupo de adolescentes embarazadas primiparas que participan en el programa de atención prenatal en las Unidades de Salud de la Red de Atención a Salud de la municipalidad de Marília – SP; identificar las concepciones sobre la atención prenatal en la adolescencia de los profesionales de salud (médicos, enfermeros y auxiliares de enfermería) que trabajan en los servicios; como también analizar las relaciones establecidas entre las concepciones de las adolescentes embarazadas y de los profesionales de salud en la construcción de la atención prenatal. Se trata de una investigación cualitativa. Los datos fueron obtenidos a través de entrevistas semi-estructuradas, realizadas con 17 profesionales de salud y 18 adolescentes embarazadas primiparas. La autora buscó identificar unidades temáticas a través del Análisis de Contenido. Para la construcción del proceso de análisis, la autora utilizó referenciales teóricos de construcciones socio-culturales de significados representativos del cotidiano de la atención prenatal a través de percepciones e interpretaciones sobre el perfil de la clientela atendida, concluyendo que la atención ocurre de forma diferenciada y que los profesionales de salud ejercen un rol fiscalizador; identifican los factores de riesgo del embarazo, relatan sobre las dificultades para la atención y revelan las acciones del equipo de salud. Las adolescentes identificaron la atención prenatal recibida, con procedimientos técnicos que incluyen desde la realización de exámenes hasta las orientaciones, que por sus características peculiares conforman la atención como siendo monótona y al mismo tiempo coercitiva pues son fiscalizadas por los profesionales de salud. La autora verificó que el mundo social del prenatal a las adolescentes habitado por los profesionales de salud es construido dentro de un universo simbólico que descalifica la adolescente para el mundo de las mujeres adultas – la maternidad. Por otro lado, para las adolescentes, el prenatal es el dispositivo usado para que puedan conocer los límites de ser un cuerpo para sí e ser un cuerpo para tener un hijo y desautorizarlas como capaces de tener autonomía y poder de decisión.

Términos clave: embarazo, adolescencia, salud de la mujer

1. Introdução



Iniciamos nossas atividades profissionais em 1991, como docente assistencial na disciplina Materno-Infantil do Departamento de Enfermagem em Saúde Pública da Universidade de Marília – SP.

Nosso interesse pela adolescente grávida surgiu durante o primeiro período em que estivemos em atividades assistenciais com os alunos da graduação em Enfermagem, na Maternidade “Associação Feminina e Maternidade Gota de Leite de Marília”.

Nos chamou à atenção o número significativo de adolescentes que eram admitidas na Maternidade, em período de trabalho de parto, em relação às demais parturientes com maior idade. A partir desta inicial observação, o parto no período da adolescência, passou a ser nosso objeto de estudo na Dissertação do Mestrado.

Naquela investigação detectamos que os antecedentes do parto contribuíam para os problemas e dificuldades que as adolescentes apresentavam no período de pré-parto. Devido à dor das contrações as adolescentes referiam sentir medo, e associado à tensão e ansiedade, contribuía para um período de trabalho de parto prolongado, o que acabava por repercutir no momento do nascimento da criança. Isto porque no período expulsivo acentuava-se o medo e a tensão, provocando na parturiente uma forte contratura muscular generalizada. E com as contrações fortes do período expulsivo, estas não colaboravam para um resultado mais fisiológico, e assim dificultava a expulsão da criança, que permanecia por maior tempo insinuada no canal de parto levando a uma compressão do cordão umbilical. E como consequência, logo após o nascimento o recém-nascido apresentava anóxia transitória ou ainda em outros casos ocorria aspiração do líquido amniótico durante a expulsão fetal.

Além destes fatos nos chamar à atenção, permanecia a inquietação em saber se os serviços de saúde que atende a essa clientela bem como os profissionais envolvidos nessa assistência davam conta de atender as demandas específicas das adolescentes.

Neste sentido, as Normas de Atenção à Saúde Integral do Adolescente, estabelecida pelo Ministério da Saúde (1993), recomenda que a assistência pré-natal à adolescente deve ser feita na unidade de saúde e estabelece como condições para uma assistência pré-natal de qualidade, quantidade e criteriosa, os seguintes elementos: captação precoce da adolescente grávida pelos agentes comunitários na comunidade, controle periódico, contínuo e extensivo à população alvo, recursos humanos treinados, área física adequada, equipamentos e instrumental mínimos, instrumentos de registros e estatística, medicamentos básicos, apoio laboratorial mínimo, sistema eficiente de referência e contra referência, avaliação das ações da assistência pré-natal.

Nossa experiência como docente assistencial, mostrou que as adolescentes grávidas

procuram pelo atendimento pré-natal, geralmente após o primeiro trimestre de gestação. Percebemos ainda, uma assistência mecanicista, biologista, muito mais preocupada com recursos materiais do que com as condições humanas. Ao analisar crítica e reflexivamente esse contexto oferecido à adolescente grávida, percebemos a fragilidade da assistência.

Observamos que os serviços de saúde que prestam assistência pré-natal às adolescentes, não contemplam a especificidade deste grupo e assim os profissionais que atuam nestes serviços, não se comprometem em se envolver com a adolescente e acabam agindo de forma mecânica, preocupando-se somente com a avaliação físico-patológica da gravidez, desconsiderando as questões sociais, emocionais e culturais que podem muitas vezes repercutir na saúde física e mental das adolescentes, comprometendo o seu potencial para crescer e desenvolver como ser humano.

Essa atual limitação da assistência, nos impõe um conhecimento especializado, voltado somente às questões biológicas da gravidez, mas não contempla outras dimensões do assistir que incorpore os reais significados da gravidez na vida dos adolescentes e repercussões em suas vidas.

O esfacelamento da figura humana transformada em pequenos compartimentos para serem melhor esmiuçados e compreendidos em suas funções mecanicistas, afasta o profissional enfermeiro de sua verdadeira finalidade, a qual visa entender o homem como figura genérica na sua totalidade, nas suas grandezas e deficiências (Zagonel, 1999).

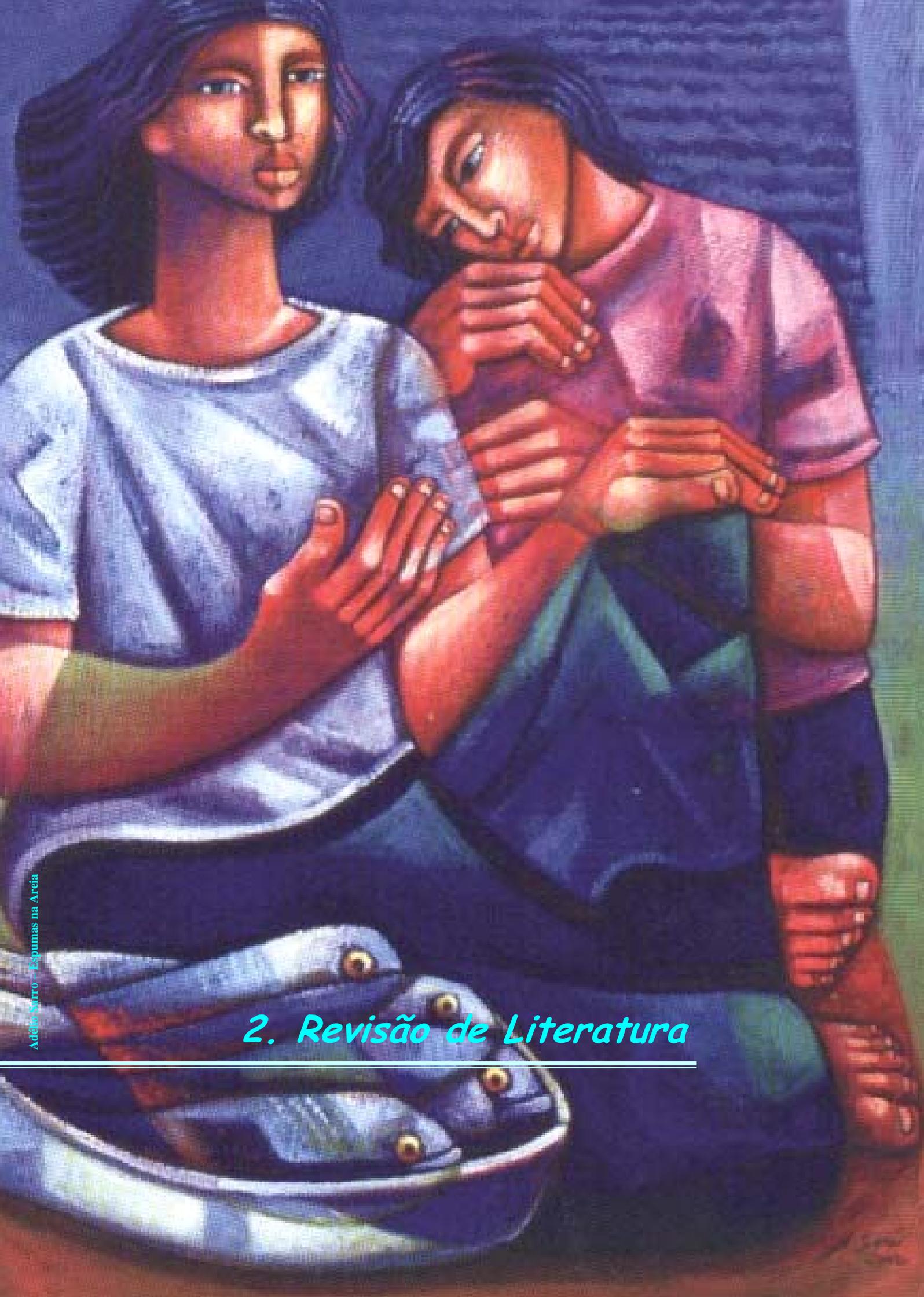
A partir das reflexões feitas até aqui, as seguintes questões nortearão o presente estudo:

a) quais são as concepções de assistência pré-natal de um grupo de gestantes adolescentes, sujeito e objeto, das políticas de saúde materno-infantil, de Unidades Básicas de Saúde, do município de Marília – SP.

b) quais são as concepções dos profissionais que assistem a adolescente grávida sobre assistência pré-natal?

c) quais são as lógicas que estruturam tais concepções?

Frente a estas considerações, justifica-se assim a pertinência de investigações a partir da compreensão de como a adolescente percebe a assistência recebida durante o período pré-natal e como os profissionais de saúde percebem a assistência oferecida. Os resultados dessa investigação poderão trazer subsídios para uma assistência de qualidade no período pré-natal, cuja assistência contemple o ser adolescente.



2. Revisão de Literatura

2.1 Adolescência, Gestaçã e Maternidade

A palavra adolescente é derivada do latim *adolescere*, significando crescer ou crescer até a maioridade. É um termo utilizado para situar o período de vida na transição entre a infância e a idade adulta e tem limites imprecisos, pois há discussão quanto a esse período. A adolescência é uma fase de desenvolvimento e crescimento do ser humano, construída, historicamente, a partir da socialização no meio onde está inserido.

É a fase de aceleração do processo de crescimento e desenvolvimento em que ocorrem mudanças no metabolismo e recebe impacto de fatores do meio ambiente (Secretaria de Saúde de São Paulo, 1986).

Não pode ser considerada meramente uma etapa de transição entre a infância e a idade adulta, pois é nessa fase que culmina todo o processo de maturação biopsicossocial do indivíduo. Os aspectos biológicos, psicológicos, sociais ou culturais são indissociáveis no estudo da adolescência, visto que formam as características que integram o fenômeno (Ministério da Saúde, 1993).

A Organização Mundial de Saúde (1995) define adolescência como o período de vida em que o indivíduo passa do aparecimento das características sexuais secundárias à maturidade sexual. Os padrões psicológicos e a identificação do indivíduo evoluem da fase infantil para a fase adulta e ocorre a transição do estado de total dependência sócio-econômica para o de relativa independência. Este período, de acordo com a OMS, situa-se entre 10 e 19 anos de idade, subdivididos em duas etapas: 10 a 14 anos e 15 a 19 anos de idade.

A adolescência, também é caracterizada como um processo em que os modelos e padrões infantis são questionados e reelaborados, que permite ao adolescente se inserir no mundo adulto, o que significa a construção de uma identidade própria, envolvendo o desenvolvimento afetivo-sexual e o profissional (Tedesco, Zugaide & Quayle, 1997).

É também uma fase de novas sensações e experiências até então desconhecidas, que permite ao jovem a abstração, análise e crítica do seu mundo (Becker, 1996).

Quanto ao tamanho desse contingente populacional, atualmente mais da metade da população mundial têm menos de 25 anos de idade, sendo que 27% encontram-se na faixa etária entre 10 e 19 anos de idade e, destes, 70% vivem em países em desenvolvimento (Brasil, 1999).

Os adolescentes, representam quase um terço da população total e são subdivididos em aqueles indivíduos de 10 a 14 anos e os adolescentes jovens de 15 a 19 anos, distribuídos na população geral, de acordo com o quadro a seguir.

Quadro 1- População residente de 10 a 19 anos, por faixa etária e sexo, Brasil, 2000.

IDADE	POPULAÇÃO	MASCULINO		FEMININO	
		N.º	%	N.º	%
10 – 14	17.348.067	8.777.639	50,59	8.570.428	49,41
15 – 19	17.939.815	9.018.850	50,27	8.920.865	49,73
TOTAL	35.287.882				

Fonte: IBGE, Censo Demográfico 2000

Em 1998, o país contava com 35,22 milhões de adolescentes de 10 a 19 anos e com 35,28 milhões em 2000. Este aumento populacional, ocorrido nas últimas décadas, resulta de uma transformação na estrutura etária da população brasileira em função da queda da fecundidade, do crescente declínio da mortalidade infantil e do aumento da esperança de vida ao nascer. Assim, estabeleceu-se uma onda jovem que engrossa as faixas etárias seguintes (Brasil, 1999).

Embora a tendência geral de diminuição das taxas de fecundidade, a gravidez entre adolescentes, contraria esta tendência aumentando significativamente nos últimos 20 anos, atraindo a atenção dos profissionais de saúde para este tema (Guimarães, 2001).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (1996), para a maioria das pessoas a atividade sexual inicia-se na adolescência. Considerando que uma a cada cinco pessoas é adolescente, observa-se que cerca de 15 milhões de bebês nascem de mães adolescentes.

O aumento progressivo do índice de gestação entre adolescentes nos últimos anos, pode ser explicado como consequência de mudanças nos padrões culturais, da precocidade da menarca, deficiência da educação sexual, estilo de vida urbano, insuficiência de serviços de saúde especializados e da influência da mídia na iniciação sexual do adolescente (Guimarães, 2001).

Gravidez na adolescência é algo tão antigo quanto a própria humanidade, entretanto tem se agravado a cada ano que passa, pelas suas implicações biopsicossociais é considerada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), um problema médico-social grave e de “alto risco”. No Brasil, a adolescência é única faixa etária com natalidade crescente, sobretudo em menores de 15 anos. De acordo com a OMS, estima-se que apenas 1% das grávidas permanecem nas escolas, até 19 anos de idade. A taxa de aborto em gestantes com menos de 20 anos é de 40%, que segundo Maia; Ribeiro (2001) conforme as estatísticas, de cada três mortes provocadas pelo aborto uma era de gestante adolescente entre 15 e 19 anos, além a constatação do aumento das doenças sexualmente transmissíveis.

Na antigüidade os contratos de casamentos eram lavrados quando a menina se encontrava entre os 13 e 14 anos de idade e, segundo registros históricos, provavelmente era esta a faixa de idade da Virgem Maria quando deu à luz (Motta & Silva, 1994).

Durante o apogeu do Império Romano no século II d. C., a expectativa média de vida dos cidadãos romanos era inferior a 25 anos. Naquele cenário, os jovens eram recrutados precocemente para a

tarefa de conceber e criar filhos, em substituição aos mortos. A média etária das romanas no casamento atingia o limite reduzido de 14 anos (Brown; Fan; Gonsolin, 1990).

Na antiguidade, a gravidez também era extremamente valorizada em razão de sua finalidade em perpetuação da espécie. Em determinadas culturas as mulheres grávidas eram colocadas acima da humanidade vulgar, sendo escolhidas por Deus para dar continuidade à vida humana, respeitadas e cultuadas através da religião (Zampieri, 2001).

Barbaut (1990) refere que na Grécia antiga, em Atenas, a casa de uma mulher grávida era considerada um lugar de asilo inviolável, um santuário sagrado, onde até os criminosos encontravam refúgio seguro. Já na antiguidade romana, segundo Zampieri (2001), a gestação representava a efetivação da união e dava ao cônjuge o direito a um dote, aumentando assim o seu legado. Além disso, a gestação gerava mais homens, o que fortalecia os exércitos. Contudo as mulheres tinham seu destino determinado pela maternidade, uma vez que no mundo romano, o risco mortal da gravidez era certo, principalmente no que se referia ao parto, independente de classe social.

De acordo com Roussele (1990), cerca de 5% a 10% das mulheres morriam de parto e de suas seqüelas. Nem parteiras ou médicos estavam seguros de levar um parto a um final feliz. Devido a este fato inventou-se um perigo mortal para as gestações e partos de oitavo mês, tanto para a mãe como para o filho, enquanto que para as mulheres com sete meses de gestação, o prognóstico era favorável, sendo assim o parto e o nascimento da criança, um acontecimento com final feliz.

A autora ainda cita que os casamentos, na era greco-romana, eram pré-pubertários, aumentando os riscos na gravidez, uma vez que o corpo feminino não estava totalmente preparado. Isto se agravava em razão do grande número de gravidezes, já que a procriação e a maternidade eram iniciadas muito cedo. As gestantes temiam o parto e pediam conselhos aos médicos e parteiras, que, em decorrência dos riscos inerentes a esta fase da vida, preconizavam a abstinência sexual na gravidez. Nesta época a gravidez era considerada uma situação de grande risco ao binômio mãe e filho, sendo pouco compreendida pelos “entendidos” da área.

De acordo com Zampieri (2001) na idade média, no século VII, teólogos e intelectuais acreditavam na fraqueza física da mulher, o que garantia a submissão ao homem, achando que ela não exercia nenhum papel relevante na gravidez. Acreditavam que esta era um ser governado pelos seus órgãos sexuais, sendo um instrumento para continuidade da raça humana.

No século XIII, Vechio (1990) relata que a procriação e a educação da prole constituíam bens do casamento, mas gerar filhos representava para as mães a condenação pelo pecado de Eva. A obrigação primeira da mãe em relação à prole era, portanto a de pôr no mundo filhos, gerar continuamente até a morte. Nesta perspectiva, a gravidez e o parto, lidos na ótica da condenação bíblica, apareciam como os momentos mais trágicos da vida miserável de todos em especial das mulheres.

Entre 1250 e 1500, a gravidez e o parto ainda constituíam um verdadeiro risco de vida para a mulher. A demografia descrevia altos índices de mortalidade. Mesmo assim, dar à luz era considerada a

tarefa principal, ou seja, a profissão das mulheres casadas, sobretudo nas regiões mediterrânicas. Contudo, era extremamente reduzido o significado da gravidez, como a importância da mãe criar e educar seus filhos, tanto nas famílias artesãs como da nobreza, basta observar que nesta época é que ocorre a transferência dos cuidados com os bebês às amas de leite (Opitz, 1990).

Badinter (1985) aponta que após as mães entregarem seus filhos para as amas de leite, é observado um aumento considerável da mortalidade infantil, onde na metade do século XVII, uma criança em quatro não ultrapassava a etapa do primeiro ano de vida. A autora identifica três situações que indicam a indiferença materna entre os séculos XVII e século XVIII.

A primeira indiferença observada pela autora se refere à morte da criança, que é vista como um acidente mais do que banal, pois um nascimento posterior estará reparando e substituindo a criança que morreu.

A segunda situação de indiferença é percebida pelo amor seletivo, onde existia a desigualdade de tratamento entre as crianças, em função do seu sexo e do lugar que ocupava dentro da família. De modo geral, a mãe guarda seus cuidados e afetos para seu primogênito, herdeiro exclusivo do patrimônio e dos títulos, quando seus pais são nobres. E para a autora, tudo indica que esta preferência não é inocente e nem natural, pois parece repousar sobre um sólido senso de previsão no sentido de que, na ausência do pai, do marido, sua sobrevivência dependerá do herdeiro e por esta razão é necessário manter boas relações com ele.

A terceira situação de indiferença materna apontada pela autora, se refere a recusa do aleitamento, onde as mulheres não estavam dispostas a sacrificar sua vida social para educar seus filhos. Esta era a visão dos moralistas e pedagogos da época. Entretanto, para as mulheres parece que as razões são outras, entre as quais: o aleitamento era fisicamente mal para a mãe e pouco conveniente, o ato de amamentar o bebê significava a privação de algo absolutamente necessário à sua própria conservação e sobrevivência física, o fato do aleitamento deformar o corpo, fazendo-as correrem o risco de perder sua saúde e sua beleza, e ainda, a mulher que amamentava tinha como indicativo não pertencer à melhor sociedade, tendo em vista que na nobreza, o não amamentar representava uma forma de distinção social como também significava retirar-se por um longo período da vida social.

Badinter (1985) refere que os séculos XVII e XVIII formaram um período durante o qual a mulher tenta se definir como mulher, sendo isto facilitado pelo fato de que a sociedade ainda, não demonstrava grande interesse pela criança. A autora chama à atenção que quando isto ocorreu, as mulheres foram obrigadas a se definir por relação a duas funções agora dependentes entre si: a de esposa e de mãe.

Para uma melhor compreensão de recusa da maternidade por parte das mulheres neste período, Badinter (1985), enfatiza a necessidade de citar que nesta época, os cuidados maternos não eram objeto de nenhuma atenção e valorização por parte da sociedade. As mulheres não ganhavam nenhuma glória pelo fato de serem mães ou terem esta função como ocupação principal.

Ao final do século XVIII, ocorre modificação profunda no que se diz respeito à imagem materna, seu papel e sua importância. Surgem numerosos argumentos, publicações e são disseminados no sentido de chamar a mulher a ocupar a função de mãe. Neste momento da história, cria-se a categoria “instinto” para tornar mais visível as razões. Fazendo apelo a seu senso de dever, culpabilizando-as e até ameaçando-as, recomendam-se às mães cada vez mais que se ocupem das suas crianças e as amamentem, já que as funções maternas e de nutrir seus filhos, são ditas como naturais e espontâneas.

A autora ainda cita, que se cria para a mulher, a obrigação de ser mãe, bem como um mito vivo, até nossos dias, a do instinto materno ou do amor espontâneo de toda mãe pelo seu filho. Mas é ressaltado que, o amor materno, como sentimento humano, sempre existiu através da história, como a ternura das mães para com os seus filhos também, só que neste período histórico era objeto de censura. O século XIX surge com uma novidade em relação aos dois séculos anteriores, ocorre a exaltação do amor materno, com um valor natural e social. As palavras amor e materno são associadas e significam não só a promoção de um tipo de sentimento humano, mas também de um tipo de mulher: a mãe.

Para Badinter (1985) o século XVIII lança a idéia de responsabilidade dos pais para com seus filhos, no século XIX ocorre a exaltação do amor materno e o século XX, transforma o conceito de responsabilidade materna em culpabilidade materna.

Assim, nasce a família moderna onde o amor materno é a origem da criação dos elos afetivos que englobam marido, esposa e filhos. Paralelo ao surgimento desta família moderna, ocorre os avanços médicos e estes passam a se preocupar com os sinais e sintomas da gravidez, como também a cultura católica passa a valorizar o papel materno, instituindo este como o século da mãe. A elevada mortalidade materno-infantil tornava a maternidade uma situação de risco natural. Desta forma, as mulheres grávidas tornam-se objeto de vigilância ativa e de respeito religioso. Assim, a medicina propunha a proteção da mulher, isentando-a de trabalhos pesados. Vigia todas as suas atividades, limitando seus passatempos e controlando a gravidez. A preocupação médica com os riscos da gravidez torna-se evidente, quando foram estabelecidos cuidados preventivos, visando evitar as complicações.

Mesmo com esta preocupação médica, no início do século XX, a gravidez precoce era ainda considerada um acontecimento habitual para os padrões culturais e costumes vigentes. Entretanto há aproximadamente 20 anos, a adolescência, entendida como categoria social, começou a ser constituída na área da saúde e aumentou expressivamente o interesse destes profissionais pelo estudo da gravidez na adolescência, pelas suas implicações orgânicas e processuais.

Mais recentemente, profissionais das áreas sociais, como antropólogos e sociólogos também têm se dedicado a esse tema, trazendo contribuições fundamentais e despertando a atenção dos profissionais de saúde para uma visão mais ampla sobre o tema gravidez na adolescência (Guimarães, 2001). Essa contribuição tem sido importante, principalmente para evitar-se generalizações, que consideram a gravidez na adolescência como um problema.

Para Helborn (1998), as mudanças socioculturais que ocorreram no país, a partir da década

de 60, repercutiram de forma diferente nas diversas camadas sociais, onde na classe média urbana, essas mudanças tiveram influências significativas nas modificações dos valores familiares, das relações de gênero e da prática sexual, especialmente para as mulheres.

De acordo com a autora, por outro lado, nas classes trabalhadoras, permanece uma ideologia não moderna no que se refere aos valores morais, em torno do casamento, da maternidade, da família e a relação assimétrica entre os gêneros. Embora essas classes populares não sejam impermeáveis às influências da classe dominante, os seus próprios valores ainda persistem de algum modo.

As pressões sociais sobre estas jovens, ainda que não explícitas, se fazem notar intensamente. A sociedade possui uma moral sexual na qual o sexo é permitido apenas no casamento ou quando a união ocorre entre pessoas com maior idade, consideradas adultas e que são independentes economicamente de suas famílias.

Em estudo que realizamos em 1997, com doze adolescentes primigestas, identificamos que ao engravidar a adolescente transgride essa norma e sente-se culpada. Todas as jovens integrantes deste estudo, independente da classe social, abandonaram seus estudos, por não se sentirem à vontade frequentando a escola e sentindo-se alvo de comentários sobre a gestação, como também referiam sentir vergonha da mudança do corpo em relação às demais jovens que conviviam anteriormente. Esta conduta provoca o afastamento de seu grupo de amigos e conseqüentemente, o isolamento social, tendo como reflexo a perda do apoio afetivo, que é muito importante para a sua vida, como também na identificação pessoal.

Identificamos ainda a outra face do problema, ou seja a resistência da família, representada pelos pais em aceitar o processo de crescimento da jovem, onde estes participam do sofrimento dos filhos, uma vez que têm também que elaborar a perda do filho criança e da relação de dependência infantil (Bocardi, 1997).

A família é um agente não só de apoio como também de socialização nesta etapa da adolescência. Quando na família existem filhos adolescentes, estas, passam a enfrentar a necessidade de realizar os seus próprios ajustes. Esta situação cria novos riscos como, por exemplo, o choque de gerações. Segundo Barros (1991), a família como instituição social desempenha um papel fundamental junto ao adolescente, em razão de refletir e condensar a interação completa entre ele e o seu meio social mais amplo.

A gravidez nesse período de desenvolvimento, adiciona uma nova busca de identidade, agora a identidade materna ou paterna, com outros tipos de conflitos que podem levar a uma desestruturação da personalidade, pois determina alterações nas oportunidades futuras da jovem e muitas vezes em prejuízo de suas aspirações pessoais (Carvalho, 1998).

De acordo com a Organização Panamericana de Saúde (1992), as adolescentes têm diferentes atitudes frente à gravidez e a maternidade, segundo a fase que estiverem ou seja a adolescência precoce, média ou tardia. Estas atitudes são manifestadas de acordo com influências culturais, de

personalidade, de classe social e ainda de estado de saúde. Nesse sentido, a gravidez na adolescência precoce é caracterizada por maior incidência de transtornos emocionais, a menina se sente incapaz em desempenhar o papel de mãe, carrega o sentimento de negação da gravidez, não é capaz de pensar no bebê de modo realista, o assunto maternidade provoca depressão e isolamento e não há lugar para o pai da criança na sua vida, pois o homem está fora de seus planos.

A gravidez quando ocorre na adolescência média, pode ser caracterizada por: estabelecimento de identidade e da feminilidade. É uma característica marcante a competição com a mãe, a jovem apresenta grande instabilidade emocional, onde a gravidez pode ser dentro de um curto período de tempo, uma ameaça perigosa ou uma possibilidade de maturidade e oportunidades diferentes. O feto é tido como um instrumento de afirmação e de independência dos pais, a atitude da adolescente é ambivalente, de culpa e de orgulho, apresenta fantasias ambivalentes a respeito da maternidade, às vezes idealiza o futuro (pretendem ser mães perfeitas e que receberá o amor do seu filho), as vezes se desesperam com as responsabilidades futuras, o pai da criança tem um lugar na sua vida ou seja, o homem é considerado importante como esperança para o seu futuro.

Quando a gravidez se dá na adolescência tardia, esta geralmente representa uma tentativa de consolidar o relacionamento com o companheiro e alcançar a independência da família, como também uma etapa de consolidação da identidade e, para algumas adolescentes, isto acontece com a integração no papel de mãe. Há uma adaptação à realidade e um interesse por assuntos relacionados à gravidez, ocorre sentimentos maternos de proteção; busca de afeto e compromisso da parte do homem e estabelecimento de um relacionamento futuro.

Percebe-se que não há uma posição social definida para a adolescente, considerada nem adulta e nem criança. A jovem tem papéis característicos e imprecisos, com poucas oportunidades de aprender a decidir por si mesma, ser responsável pelos próprios atos e tomar iniciativas. Portanto, a gravidez neste período aumenta a sua instabilidade emocional e obriga a adolescente a tornar-se adulta (Bocardi, 1997).

Além das modificações corporais, provocadas pela gestação na mulher adulta, a busca de identidade materna, exige da mulher, readaptações na sua dinâmica psíquica e nas suas relações com o mundo externo. No entanto, quando a maternidade acontece na adolescência, esses reajustamentos vão se somar aos que já estão acontecendo, provenientes da idade, ou seja, os reajustamentos do corpo em transformação e o estabelecimento de novas identidades próprias desta fase. Portanto, a gravidez na adolescência é uma crise da própria adolescência.

Para Wajmann (1998) a gestação na adolescência constitui uma situação de crise, por implicar simultaneamente em dois fenômenos do desenvolvimento humano: a adolescência e a gestação. A autora cita como fatores importantes que dominam o cenário psíquico da adolescente, a ambivalência, a regressão e a crise da identidade. A ambivalência da adolescente não compreende somente a dependência e a independência, inclui também as polaridades passiva e ativa, sujeição e rebelião, espírito gregário e

isolamento, altruísmo e egoísmo, otimismo e desesperança, apego e infidelidade, idealismo e materialismo, aceitação e rejeição. A regressão é marcada por um dos conflitos, que é a renúncia do corpo infantil, na medida em que novo corpo vem surgindo, como ainda a renúncia aos papéis infantis e aquisição de novos papéis até então desconhecidos.

A autora enfatiza que, nesse processo o desenvolvimento da identidade da jovem implica em uma crise de identidade, no sentido de que ela tem de optar por um novo rumo, mobilizando recursos de crescimento, recuperação e nova diferenciação em aceitar mudanças internas, gerando uma flutuação entre a infância e a adolescência.

Assim, percebe-se que a gravidez nessa fase promove transições que constituem uma verdadeira crise vital, ou seja, uma alteração temporária de um equilíbrio preexistente.

Zagonel (1999) refere que a gravidez associada ao estágio de desenvolvimento da adolescente, complica a realização das etapas desenvolvimentais. As mudanças corporais durante a gravidez colocam em risco a tênue aceitação da adolescente pela sua maturidade corporal. Os relacionamentos com os colegas são alterados e o relacionamento íntimo da qual resultou a gravidez, pode também ser vulnerável, tendendo à dissolução.

Além disso, as adolescentes que acabaram de sair da sua própria infância, geralmente, não tem experiência necessária para criar uma criança física e mentalmente saudável (WHO, 1996).

A gravidez na adolescência emerge como um problema, um risco a ser evitado, uma vez que se desencadeiam fatores que representam comprometimento individual com questões de diferentes ordens, entre eles o medo, insegurança, desespero, desorientação e solidão (Cavasin, 1994).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (1989) os riscos inerentes a uma gestação na adolescência, estão relacionados a maiores incidência de desenvolvimento de anemia, retardos do crescimento fetal, parto prematuro, complicações obstétricas, mortalidade, impossibilidade de atender às necessidades nutricionais impostas pela gravidez, causando prejuízos futuros para atingir seu potencial de desenvolvimento.

Além desses, as gestantes adolescentes podem apresentar doença hipertensiva específica da gravidez, doenças sexualmente transmissíveis, infecções, distócias, partos prematuros, altos índices de morbimortalidade perinatal, recém-nascidos de baixo peso, baixos índices de Apgar, icterícia fisiológica e a infecção do coto umbilical. Presume-se que esta última pode estar relacionada a cuidados inadequados com o recém-nascido (WHO, 1996; Nichols & Podgurski, 1997; Polaneezky, 1999).

Galetta et al (1997), consideram que embora as adolescentes possam estar com seus corpos maduros para reproduzir, alguns não são desenvolvidos o suficiente para uma gravidez e parto sem risco.

As crianças nascidas de mães adolescentes sofrem mais riscos do que aquelas nascidas de mulheres adultas. Estas crianças podem ser prematuras, pequenas para a idade gestacional e ter alto risco de mortalidade perinatal. Entretanto, as conseqüências biológicas negativas na gravidez da adolescente,

tanto para ela como para seu filho são, certamente, menores do que as conseqüências psicossociais (Carvalho, 1998).

Guimarães (2001) refere que nos últimos anos, estudou-se mais profundamente essas complicações, a partir da possibilidade de análises mais complexas, possíveis a partir do desenvolvimento da computação, e se chegou a conclusões diferentes das já estabelecidas. A autora cita como exemplo, a questão da doença hipertensiva, que está mais relacionada à paridade do que com a idade materna.

Embora exista esta relação, em nossa vivência profissional, observamos ser comum, adolescentes apresentarem crise hipertensiva, no período de pré-parto, e não receberem tratamento adequado durante o período gestacional, por procurarem tardiamente ou irregularmente pelo serviço de saúde para consultas pré-natal. Também observamos que estes serviços não estão preparados para o atendimento a elas, por não levarem em consideração as características da gestante adolescente.

Polanezky (1999) chama à atenção quanto à anemia apresentada por estas jovens no período gestacional, que hoje é melhor explicada pelas condições sócio-econômicas, pelos maus hábitos alimentares, e pelo pré-natal tardio do que pelos efeitos da idade materna.

Quanto à associação de problemas apresentados pelos recém-nascidos de mães adolescentes, como o baixo peso ao nascer e a prematuridade, admite-se que estes resultados estejam mais relacionados com fatores sócio-demográficos e riscos associados, como por exemplo, as doenças sexualmente transmissíveis e à ausência de pré-natal adequado, do que propriamente à idade (Ariha e Calazans, 1998).

Correa (1991) aponta que é fato sabido e comprovado que a gravidez representa, para mulher com qualquer idade, mudanças físicas, fisiológicas, familiares, econômicas e sociais profundas. Daí a necessidade de planejamento e preparo prévios e de uma assistência médica e familiar adequada durante a gravidez. Falhas nessa assistência redundam freqüentemente em problemas que serão tão mais acentuados, quanto mais imaturas física e emocionalmente forem as pacientes.

Embora a maioria dos problemas biológicos da gravidez possam ser prevenidos por um pré-natal adequado, sabe-se que muito freqüentemente as adolescentes não conseguem realizá-los, por várias razões, quer sejam relacionadas à própria adolescente, à sua família ou aos serviços de saúde.

Em nossa experiência, observamos que, as adolescentes, especialmente as mais jovens, cuja gravidez acontece de forma inesperada, tentam negar o fato consciente ou inconscientemente, e assim escondem de seus pais e procuram tardiamente os serviços de saúde, para o acompanhamento pré-natal. Muitas vezes a própria família, por não aceitação ou ainda por questões sociais e culturais, que contribuem para este fato.

2.2 Contextualização das políticas de atenção à gestação e adolescência

No Brasil surge a Previdência Social, no ano de 1923 com a Lei Eloi Chaves e cria-se então a primeira Caixa de Aposentadoria e Pensões (CAPs), que era organizada por empresas por meio de contrato compulsório sob forma contributiva. A assistência médica era benefício ao qual passaram a fazer jus somente os segurados previdenciários e seus dependentes, sendo oferecida por instituição e mecanismos vinculados às Caixas de Aposentadorias e Pensões. Como a CAPs contava com um volume de recursos insuficiente para uma sólida construção de infra-estrutura de serviços médicos, a assistência médica passa a ser oferecida a partir dos serviços privados, sob a forma de credenciamento médico.

Para Miranda; Ferriani (2001) esta foi a raiz da diferenciação e da desigualdade no acesso que marcaram até a década de 80 o sistema de saúde brasileiro, onde ocorre a exclusão de amplos setores da população, dos benefícios previdenciários, reservados então à reduzida parcela da população incorporada ao mercado de trabalho urbano e industrial, que determinou por consequência, o caráter restrito da assistência médica oficial.

De acordo com as autoras, este quadro começou a ser atenuado somente a partir da década de 70, com algumas iniciativas governamentais, que incluíram a implantação do Fundo de Assistência Rural (FUNRURAL), que incorporou parcialmente a população rural, o Plano de Pronta Ação (PPA), que estendeu a toda população independente de vínculo previdenciário o atendimento de urgência, a implantação do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), que expandiu a cobertura com atenção básica à saúde e, posteriormente, com as Ações Integradas de Saúde (AIS), as quais, mediante parceria com Estados e Municípios, ampliaram a cobertura dos Serviços de Assistência Médico-Hospitalar à população não previdenciária.

Mendes (1995) refere que a compra de serviços médicos pelo setor privado está presente a partir da década de 60, quando o Fundo de Assistência à Saúde direciona recursos públicos que eram destinados ao financiamento do setor privado, através de credenciamentos para a compra de serviços e de convênios com empresas e assim, instalava-se uma expressiva rede privada na área médico-hospitalar. Concomitante, ocorreu um processo de fragilização e redução da presença relativa da rede pública.

De acordo com o autor, o que vai caracterizar fundamentalmente, as políticas de saúde no período 1980-90 é o seu desenvolvimento no contexto de uma profunda crise econômica e sua coincidência com o processo de redemocratização do país.

A crise econômica determinou a má distribuição de renda, que segundo Campos (1997), levou a diminuir a qualidade de vida da população, logo aumentando as necessidades de atenção à saúde. Por outro lado a receita fiscal e de contribuição social também diminuiu, com enorme impacto os recursos destinados à saúde. A solução encontrada foi a redução dos gastos com a saúde para manter a cobertura previdenciária o que ocorre atualmente.

O Plano do Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária (CONASP), criado pelo Decreto nº. 86.329, de 2 de setembro de 1981, tem como finalidade principal estudar e propor normas mais adequadas para a prestação de assistência à saúde da população previdenciária, como também indicar a necessária alocação de recursos financeiros e propor medidas de avaliação e controle do sistema de atenção médica. Esse Conselho tenta reverter a crise financeira, e passa a tomar medidas de curto prazo, de caráter emergencial visando reduzir os gastos principalmente em atenção hospitalar (Mendes, 1995).

O Plano CONASP acaba por levar às Ações Integradas de Saúde (AIS), que se caracteriza como um programa de atenção médica como outros que já vinham sendo executados pelas Secretarias Estaduais e Municipais, na área da saúde pública. Posteriormente, a AIS foi substituída pelo Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) que tentava expandir a atenção à saúde, mediante a descentralização de recursos e ações dos sistemas públicos de saúde estaduais e municipais.

Neste momento, consolidava-se no país o Movimento pela Reforma Sanitária, cujas principais reivindicações eram: melhoria das condições de saúde da população, reconhecimento da saúde como direito universal, responsabilidade estatal na provisão das condições de acesso a esse direito, reorientação do modelo da atenção e da equidade, reorganização do sistema com a descentralização da responsabilidade pelas provisões de ações e serviços (Miranda; Ferriani, 2001).

As autoras ainda citam que a luta dos profissionais de saúde, aliada à construção de uma sólida aliança política em torno da Reforma Sanitária, foi legitimada em 1986, na VIII Conferência Nacional de Saúde. A articulação precisa durante a Assembléia Nacional Constituinte, garantiu a incorporação dos princípios da Reforma Sanitária no texto final da Constituição Federal de 1988.

Esta Constituição apresentou avanços significativos no que se refere ao sistema de proteção social, como a universalidade do direito aos benefícios previdenciários a todos os cidadãos, quer sejam contribuinte ou não do sistema, a equidade ao acesso e na forma de participação no custeio, a uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços de saúde, a irredutibilidade do valor dos benefícios, a diversidade de sua base de financiamento e a gestão administrativa descentralizada, com a participação da comunidade (Brasil, 1994).

Apesar os avanços da Constituição de 1988, os serviços públicos de saúde não estão adequados como também estão distante das reais necessidades de saúde da população brasileira.

É fato conhecido que a incidência de gestação entre adolescentes no Brasil, tem aumentado significativamente nos últimos anos. Entretanto, os serviços públicos de saúde não se adequam para atender esta clientela. Devemos considerar também os programas de saúde governamentais além de apresentarem falhas no que se refere a saúde integral da adolescente grávida, também não são desenvolvidos como deveriam pelos serviços de atenção básica à saúde.

Não basta conhecer estes programas, mas é necessário implementá-los nos serviços de saúde, adaptá-los à realidade da comunidade, numa tentativa de suprir as falhas do próprio programa,

como também suprir as falhas no atendimento pré-natal, prestado à adolescente grávida.

A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), no programa de saúde materno-infantil, intitulado: “O Marco Conceptual da Saúde Integral do Adolescente e de Seu Cuidado”, traduzido e publicado pela OPAS/OMS no Brasil em 1990, enfoca o significado da saúde integral do adolescente, como elemento básico para o desenvolvimento social dos países e do mundo em geral. Nas mãos do adolescente está o futuro imediato de uma sociedade, como também o presente.

De acordo com este programa, todos os países necessitam adotar uma posição definida e tomar medidas efetivas e permanentes para promover e preservar a saúde integral de crianças, adolescentes e jovens da presente e futuras gerações e não esperar que os danos e o desperdício psicossocial em incremento alcancem proporções difíceis de controlar.

Os principais desafios a vencer por este programa para atingir o seu propósito são: a redução de desigualdade nas condições dos vários grupos de adolescentes dentro de cada país, o aumento dos níveis de prevenção, com ênfase na prevenção primordial e primária, o fortalecimento dos mecanismos para conseguir uma progressiva satisfação das necessidades biológicas e psicossociais (Brasil, 1993).

O Programa Saúde do Adolescente, (PROSAD), elaborado com a participação do Ministério da Saúde, Secretaria Nacional de Assistência à Saúde e Divisão Materno-Infantil em Brasília, no mês de janeiro de 1991, considerando ser da maior relevância a melhoria da qualidade da atenção à saúde da mulher, criança e adolescente, resolve apresentar o Módulo de Sensibilização do referido programa (Brasil, 1996).

O objetivo principal deste Módulo é transmitir aos profissionais, que tratam as questões do adolescente, informações e temas que forneçam discussões em todos os treinamentos ou encontros onde a equipe se faça presente.

A metodologia utilizada segue a linha dos módulos institucionais elaborados pela Divisão Nacional de Saúde Materno-Infantil (DINSAMI), nas áreas da mulher e da criança. A leitura dos textos proporciona a reflexão individual que deverá, ser ampliada através da troca de idéias e experiências no grupo, visando à formação crítica dos problemas, que se referem a essa faixa etária.

Este programa tem como finalidade preparar adequadamente o profissional da área da saúde que irá atuar no atendimento do adolescente, entretanto não aborda a especificidade da gravidez neste grupo.

Em cumprimento à Constituição promulgada em 5 de outubro de 1988, o Ministério da Saúde oficializou o programa do adolescente e apresentou as Bases Programáticas para o programa Saúde do Adolescente através da Divisão Nacional de Saúde Materno-Infantil.

No Diário Oficial de 9/3/91, seção I, páginas 23 e 24, foi publicada a aprovação de diretrizes do “Programa de Saúde do Adolescente”, para o Estado de São Paulo, entrando em vigor nesta

mesma data. O Secretário da Saúde aprovou estas diretrizes considerando a necessidade de promover um atendimento adequado à população, na faixa etária dos 10 aos 19 anos de idade, tendo em vista que esta fase de transição pela qual passa o adolescente será de maior risco, dependendo das garantias físicas, psicológicas e sociais existentes (Diário Oficial. Seção I, 09/03/1991).

É nessa fase que a trajetória de vida pode tornar-se difícil e provocar desvios muitas vezes irreversíveis. Daí a importância de uma política de promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde integral do adolescente, nos diferentes níveis de prevenção e atenção, que identifique fatores protetores e desencadeadores de risco, em nível local e regional. Entende-se que, para dar atenção a uma população de mais de 5 milhões de adolescentes paulistas, é fundamental que o Estado estenda a esta faixa etária, um atendimento multiprofissional de saúde em nível primário, do ponto de vista fisiológico, psicológico, social, que permita prevenir, diagnosticar e reabilitar as alterações que impedem o desenvolvimento integral do adolescente. Esse compromisso se concretiza através do Programa de Saúde do Adolescente da Secretaria de Estado e da Saúde que foi implantado, através do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde – SUDS-SP. e contribui para a efetivação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), de 13 de julho de 1990, Lei nº. 8069.

O ECA traz em seu artigo 7º. que tanto a criança como o adolescente tem direito à proteção da vida e da saúde, cabendo ao Estado garantir a efetivação desses direitos através de políticas sociais públicas, voltadas para seu desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência. No artigo 8º. é assegurado à gestante, através do Sistema Único de Saúde (SUS), o atendimento pré e perinatal, no parágrafo deste artigo, consta a afirmação, que a gestante será encaminhada aos diferentes níveis de atendimento, segundo critérios médicos específicos, obedecendo-se os princípios de regionalização e hierarquização do sistema. O parágrafo 2º. deste mesmo artigo, refere que a parturiente será atendida preferencialmente pelo mesmo médico que a acompanhou na fase pré-natal. Já o artigo 11º. assegura-lhes atendimento médico pelo SUS, garantindo-lhes acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde.

De acordo com o Ministério da Saúde, os adolescentes necessitam, de forma urgente e eficaz, que os diversos setores do Governo, assim como as instituições não governamentais coloquem em prática, conjuntamente, mecanismos que envolvam os adolescentes, suas famílias e a comunidade. Tais ações devem prever a promoção à saúde, diagnóstico precoce, tratamento e recuperação, além de acompanhamento à sexualidade e à saúde reprodutiva, fazendo cumprir assim, o estabelecido na Constituição Federal e no ECA (Brasil, 1996).

O Programa da Assistência Integral à Saúde da Mulher – PAISM contempla em suas linhas de ação e estratégias, um modelo assistencial em cujo contexto se incluem a integralidade e a equidade, sendo a saúde da mulher abordada de maneira global em todas as fases do ciclo vital. O PAISM também obedece às diretrizes do Movimento Sanitário nas questões referentes a universalidade e integralidade na atenção à saúde (Brasil, 1996).

Tendo em vista o aumento progressivo da gestação em adolescentes, o Ministério da Saúde com participação da Secretaria de Assistência à Saúde (SAS), Departamento de Assistência e Promoção à Saúde (DAPS), Coordenação Materno-Infantil (COMIN) e Serviço de Assistência à Saúde do adolescente (SASAD), elaboraram, em 1993, o Manual de Normas de Atenção à Saúde Integral do Adolescente, voltado para a adolescente grávida, em que é enfatizada a assistência pré-natal, ao parto, puerpério, ao planejamento familiar, doenças sexualmente transmissíveis e a problemas ginecológicos.

De acordo com Monteiro (1995) a assistência pré-natal adequada é aquela iniciada no primeiro trimestre de gestação, para que o profissional de saúde possa estar intervindo junto à gestante, propiciando o bem estar a saúde materna e fetal.

Nesse sentido, é recomendado pelo Ministério da Saúde, o mínimo de seis consultas de acompanhamento pré-natal, sendo preferencialmente uma no primeiro trimestre, duas no segundo e três no terceiro trimestre de gestação (Brasil, 2000).

Não observamos nos serviços assistenciais e nos programas oficiais uma orientação sobre a especificidade deste grupo, não percebemos movimento para adequação e ajuda a estas jovens, que além de passarem por todas as mudanças fisiológicas, psicológicas e sociais peculiares à idade, ainda enfrentam a gravidez que certamente trarão mudanças profundas e irreversíveis em suas vidas. Na região e serviço onde atuamos, nenhum enfoque é dedicado à complexidade da gestação nesse momento existencial da adolescente.

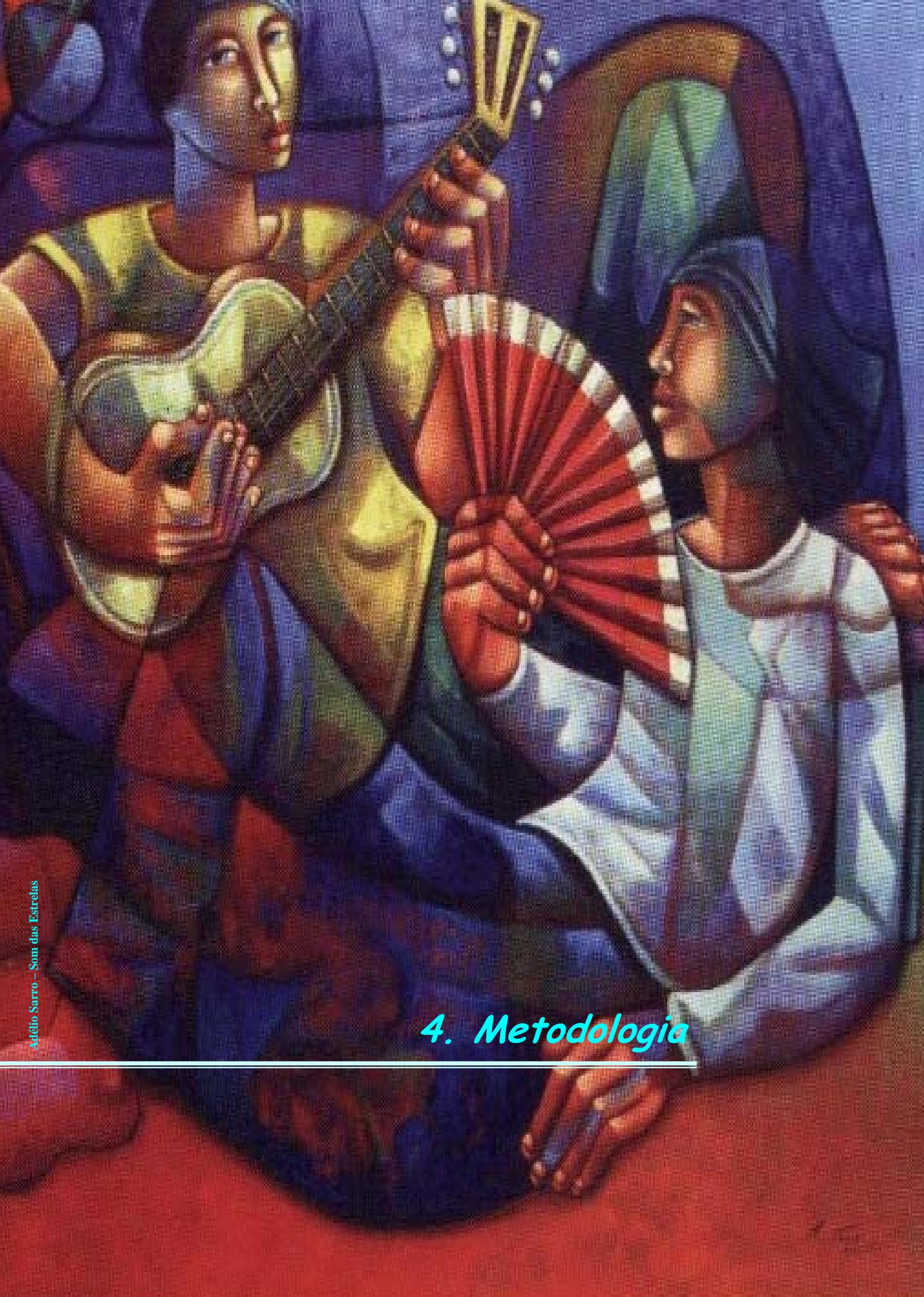
Frente a estas observações, o desenvolvimento de estudos em realidades onde a assistência pré-natal a adolescentes é oferecida se mostra pertinente e relevante.



1- Identificar as concepções sobre assistência pré-natal de um grupo de gestantes adolescentes primíparas.

2- Identificar as concepções sobre assistência pré-natal na adolescência, dos profissionais de saúde (médico, enfermeira e auxiliar de enfermagem), que atuam em Unidades Básicas de Saúde, do município de Marília.

3- Analisar as relações estabelecidas entre as concepções das gestantes adolescentes e dos profissionais de saúde na construção da assistência pré-natal.



Adélio Sarro - Som das Estrelas

4. Metodologia

Entendemos a gravidez na adolescência, como um processo que envolve a adolescente, sua família e a equipe de profissionais de saúde que as assiste. Durante esse processo, estes atores sociais participam com diferentes experiências de vida, cultura, situação sócio-econômica, estrutura familiar, visões de mundo e religião.

Buscando atingir o objetivo proposto nesta pesquisa e responder às questões para a compreensão do objeto de estudo, utilizamos o método qualitativo, uma vez que esse nos induz a aprofundar na abordagem social da saúde.

Minayo (1994) refere que a pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares que não pode ser quantificada, ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes que corresponde a um espaço mais profundo de relações, de processos e fenômenos que não podem ser reduzidos a operacionalização de variáveis.

A autora enfatiza, que a pesquisa qualitativa é caracterizada por uma abordagem que pretende descrever e analisar a cultura e o comportamento do ser humano, individualmente e em grupo, do ponto de vista daquele que está sendo estudado. A pesquisa qualitativa enfatiza o entendimento integral ou holístico do nicho social onde a pesquisa é realizada. A vida social é vista como uma série de eventos interrelacionados que necessitam ser integralmente descritivos para que possam refletir a realidade cotidiana.

De acordo com Minayo (1994) a abordagem social da saúde, do ponto de vista cultural e qualitativo, não constitui uma ideologia e não institui uma posição unívoca.

“Seu arraigamento no campo da saúde, evidencia, entre outros problemas, o fato de que as próprias bases do funcionalismo se espelham no modelo biológico como metáfora da sociedade. Processa-se aí um efeito circular em que a biologia oferece seu referencial à sociologia, que por sua vez lhe proporciona subsídios à compreensão dos aspectos culturais da saúde/doença” (Minayo, 1994, p.16).

A proposta deste estudo tem como campo de investigação a adolescência, recortada numa situação específica cujo foco de análise foi a assistência pré-natal oferecida às adolescentes grávidas pelos profissionais de saúde.

4.1 Campo de estudo

Consideramos como campo de estudo, a fase da pesquisa em que mantivemos contato

sistematizado com os sujeitos e o espaço escolhido para este contato, foram as Unidades Básicas de Saúde, em que ocorrem o maior fluxo de adolescentes em acompanhamento pré-natal, com a finalidade de coletar os dados empíricos necessários aos propósitos da nossa investigação.

Nossa investigação foi realizada no município de Marília, que possui uma área com 1.173,1 Km² e está localizada na região centro-oeste do estado de São Paulo, a 450 Km da capital.

Dados do último censo divulgados em 2000, indica que a cidade contaria com uma população de 197.153 habitantes.

O município caracteriza-se como pólo de concentração e atração regional e interestadual de assistência médica, sendo considerada a terceira do Estado em estrutura de saúde.

Marília, conta com uma maternidade de pequeno porte, que oferece 27 leitos, e ainda seis hospitais com o total de 1215 leitos, sendo que destes, somente três possuem maternidade, perfazendo o total de 42 leitos. Assim, o município conta com o total de 69 leitos disponíveis para obstetrícia. Todas as maternidades possuem leitos para atendimento médico particular e convênios, e destas, três são credenciadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), e uma oferece leitos através de gratuidade, mantida pela Universidade particular.

Os serviços de Atenção Básica à Saúde, são administrados pelo município, e conta com 14 Unidades Básicas de Saúde (UBS), 16 Unidades do Programa Saúde da Família (USF), e ainda uma Policlínica. De acordo com o Índice de Marília 2000 – 2003, estas são responsáveis por 234.747 consultas médicas e 96.310 atendimentos básicos de saúde (<[http://www.indicedemarilia.com/cidade/ aspectos da cidade/saude/index.asp htm](http://www.indicedemarilia.com/cidade/aspectos_da_cidade/saude/index.asp htm)>).

Através da Secretaria Municipal de Higiene e Saúde de Marília, obtivemos informação de quais UBS havia maior número de adolescentes inscritas no Programa de Assistência pré-natal e assim elegemos duas unidades como campo de estudo.

Estas Unidades Básicas de Saúde, contam com os seguintes profissionais: médicos ginecologistas e obstetras, pediatras, clínico geral, dentistas, assistentes social, enfermeiras gerentes de serviço, enfermeiras assistenciais, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários.

As Unidades Básicas de Saúde, selecionadas para este estudo, estão localizadas na Região 1, conforme o mapa que mostra a distribuição da Rede Básica de Atenção à Saúde de Marília – SP, que pode ser observado a seguir. Embora pertençam a mesma distribuição, estão localizadas em extremos opostos na cidade de Marília, sendo que uma se encontra em região central e a outra em um Bairro afastado do centro da cidade.

Os profissionais médicos são contratados por vinte horas semanais que corresponde por atendimento diário de quatro horas. As enfermeiras, auxiliares de enfermagem e agentes de saúde, são contratados com uma jornada de trabalho de quarenta horas semanais, que corresponde por um atendimento diário de oito horas.

A UBS localizada na região central, conta com um médico ginecologista e obstetra, um médico clínico geral e um médico pediatra, dentista, assistente social, uma enfermeira gerente de serviço, uma enfermeira assistencial, sete auxiliares de enfermagem e agentes comunitários.

Já a UBS, localizada em um bairro do município, conta com dois médicos ginecologistas e obstetras, sendo que um atende no período matutino e o outro no período vespertino, um médico pediatra, dentista, assistente social, uma enfermeira gerente de serviço, uma enfermeira assistencial, cinco auxiliares de enfermagem e agentes comunitários.

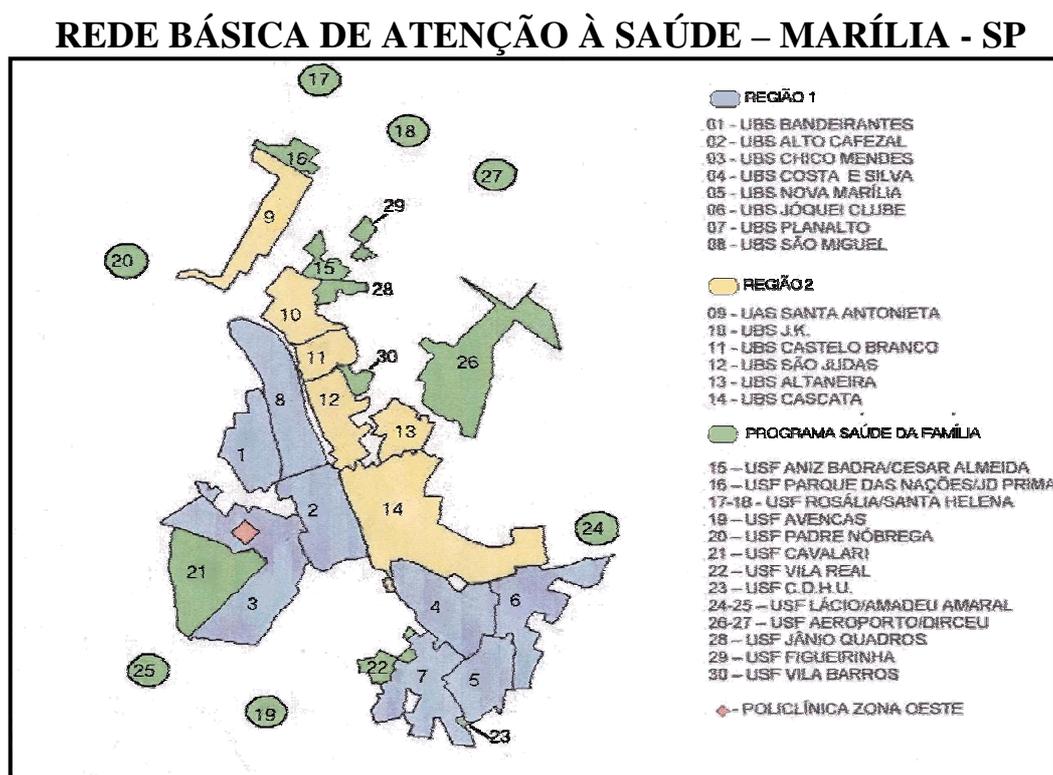


Figura 1 – Mapa da Rede de Atenção à Saúde do Município de Marília – SP.

4.2 Aspectos éticos da pesquisa

Após a escolha do campo de atuação, foi solicitado ao Diretor da Secretaria Municipal de Higiene e Saúde a autorização para a execução da pesquisa, nas Unidades de Saúde da Rede de Atenção à Saúde do município de Marília.

Com a autorização assinada, o projeto foi submetido à análise pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo seres humanos, da Faculdade de Medicina de Marília – FAMEMA, o qual aprovou a realização do estudo (Anexo 1).

Após terem sido identificados os profissionais de saúde e adolescentes primíparas, estes foram abordadas pela pesquisadora, que se apresentou, expôs os objetivos do estudo e solicitou autorização para cada um deles. Antes da realização da entrevista os Termos de Consentimento após Esclarecimento foi lido, explicado e posteriormente solicitado a assinatura dos mesmos. Elaboramos um

Termo de Consentimento, para os profissionais de saúde (Anexo 2), e outro específico para a gestante adolescente (Anexo 3).

Enfatizamos que os princípios éticos foram respeitados no decorrer da pesquisa, garantindo-se o livre arbítrio de participarem ou não do estudo. Também foi garantido o anonimato e o sigilo das respostas. Neste sentido, o recorte das falas dos sujeitos pesquisados foram identificadas com número da seqüência das entrevistas e uma letra do alfabeto.

4.3 Sujeitos da pesquisa

O universo do estudo constitui-se de 17 profissionais de saúde, entre médicos ginecologistas e obstetras, enfermeiras e auxiliares de enfermagem que atuam nas UBS estudadas. Apenas duas auxiliares de enfermagem não participaram do presente estudo, pelo fato de uma estar em seu período de férias e outra estar afastada por tratamento de saúde.

Ainda estudamos 18 adolescentes primíparas, que estavam inscritas no programa de assistência pré-natal, das Unidades Básicas de Saúde em questão. Estas foram selecionadas através de prontuários médico.

Os critérios para a inclusão dos sujeitos nestes estudos foram:

a) Profissionais de saúde:

Médicos ginecologistas e obstetras, Enfermeiras e Auxiliares de Enfermagem, que prestam assistência pré-natal para adolescentes grávidas.

b) Adolescentes grávidas:

Adolescentes primíparas, inscritas no programa de assistência pré-natal nas Unidades Básicas de Saúde estudadas.

A opção por realizar a pesquisa com estas adolescentes, foi por entendermos que elas teriam melhores condições de refletir sobre a assistência pré-natal, uma vez que passaram pela primeira vez pelo processo de atendimento.

4.4 Coleta de dados

Utilizamos para a coleta de dados a entrevista semi-estruturada. Trivinos (1987), destaca que a entrevista semi-estruturada é um dos principais meios que tem o investigador para coletar dados. Este autor entende por entrevista semi-estruturada, aquela que parte de certos questionamentos básicos,

apoiados em teorias e hipóteses que interessam à pesquisa e que, em seguida, oferecem amplo campo de interrogativas, fruto de novas hipóteses que vão surgindo à medida que se recebem as respostas do informante.

Em relação a entrevista semi-estruturada Minayo (1994) observa que esta pode ser feita verbalmente ou por escrito, mas tradicionalmente incluem a presença ou interação direta entre o pesquisador e os atores sociais. Sua qualidade consiste em enumerar de forma mais abrangente possível as questões que o pesquisador quer abordar no campo, a partir de suas hipóteses ou pressupostos, advindos, obviamente, da definição do objeto de investigação.

A entrevista semi-estruturada ocupa um lugar privilegiado na pesquisa, uma vez, que através dela pudemos compreender nosso objeto de estudo em seu contexto.

Para Minayo (1994), a investigação qualitativa requer como atitude fundamental a abertura, a flexibilidade, a capacidade de observação e interação entre o investigador e os atores sociais envolvidos. Seus instrumentos costumam ser facilmente corrigidos e readaptados durante o processo de trabalho de campo, visando às finalidades da investigação. Mas não se pode ir para a atividade de campo sem se prever as formas de realizá-la. Improvisar significa correr o risco de romper os vínculos com o esforço teórico de fundamentação necessária e presente em cada etapa do processo de conhecimento.

As entrevistas com os profissionais de saúde, foram agendadas previamente, realizadas individualmente em uma sala disponibilizada nas Unidades Básicas de Saúde, selecionadas para este estudo. As adolescentes, foram entrevistadas em suas residências, durante uma visita domiciliar. As entrevistas foram gravadas mediante a permissão dos sujeitos e posteriormente transcrita integralmente respeitando a dinâmica própria de cada produção conservando o máximo de informações, tanto lingüística (gestos, expressão de emoções, tais como riso, tom irônico, alegre, choro, silêncio e outros), sendo que estas últimas foram anotadas em um diário de campo. Não se estabeleceu limite de tempo, os entrevistados falaram livremente o quanto desejaram e tiveram duração mínima de dez minutos e máxima de vinte e cinco minutos.

Durante as entrevistas, buscamos identificar a percepção dos profissionais de saúde e das adolescentes primíparas sobre a assistência pré-natal, baseando-nos em questões norteadoras conforme apresentada a seguir:

Profissionais de saúde:

- Como é a assistência pré-natal realizada por você, para as gestantes adolescentes?

Adolescentes:

- O que você entende por assistência pré-natal?

4.5 Análise de dados

O conteúdo transcrito das entrevistas foi submetido à “Análise de Conteúdo”, que de acordo com Bardin (1979):

“É um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção dessas mensagens” (p. 42).

A análise de conteúdo estuda a comunicação entre os indivíduos, sendo seu objeto de estudo a linguagem. Sua aplicação é ampla, pois toda comunicação é suscetível de análise, sendo dada ênfase no conteúdo das mensagens que podem estar visíveis ou não, e utilizada tanto em pesquisas quantitativas como em qualitativas.

De acordo com Bardin (1979),

“a tentativa do analista é dupla: compreender o sentido da comunicação (como se fosse o receptor normal), mas também e principalmente desviar o olhar para uma outra significação, uma outra mensagem entrevista através do lado da mensagem primeira” (p. 40).

A análise de conteúdo se volta para a descrição das características do conteúdo manifesto ou latente das mensagens, e de acordo com Minayo (1994), tal técnica, em termos gerais relaciona estruturas semânticas (significantes) com estruturas sociológicas (significados) dos enunciados. Articula a superfície dos textos descrita e analisada com fatores que determinam suas características: variáveis psicossociais, contexto cultural, contexto e processo de produção da mensagem.

Bardin (1979) refere que a análise de conteúdo pode expressar uma análise dos significados (a análise temática), embora possa ser também uma análise dos significantes (análise léxica, análise dos procedimentos). Por outro lado, o tratamento descritivo constitui um primeiro tempo do procedimento, mas não é exclusivo da análise de conteúdo.

Elegemos como técnica para este estudo a análise temática que segundo Bardin (1979),

“o tema é a unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado segundo certos critérios relativos à teoria que serve de guia a leitura. O texto pode ser recortado em idéias constituintes, em enunciados e em proposições portadoras de significações isoláveis” (p.105).

O autor observa que fazer uma análise temática consiste em descobrir os “núcleos de sentido” que compõem a comunicação e cuja presença, ou frequência de aparição podem significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido.

Minayo, (1994), refere que a noção de tema está ligada a uma afirmação a respeito de determinado assunto. Ela comporta um feixe de relações e pode ser graficamente apresentada através de uma palavra, uma frase, um resumo.

Para Bardin (1979) a intenção da análise de conteúdo é uma inferência de conhecimentos

relativos às condições de produção (ou de recepção), inferência esta que recorre a indicadores (quantitativos ou não). O pesquisador trabalha com vestígios: os documentos que podem descobrir ou suscitar. Os vestígios, porém, são as manifestações de estados, de dados e de fenômenos. Assim como a etnografia necessita da etnologia, para interpretar suas descrições minuciosas, o pesquisador tira partido do tratamento das mensagens que manipula, para inferir (deduzir de maneira lógica) conhecimentos sobre o emissor da mensagem ou sobre o seu meio. Desta maneira, o pesquisador trabalha com índices cuidadosamente postos em evidência por procedimentos mais ou menos complexos. Se a descrição (a enumeração das características do texto resumida após tratamento) é a primeira etapa necessária e se a interpretação (a significação concedida a estas características) é a última fase, a inferência é o procedimento intermediário, permitindo a passagem explícita e controlada, de uma a outra.

O autor ainda afirma que a análise de conteúdo permite possibilidades de inferência variadas como aquelas relacionadas às variáveis psicológicas do indivíduo emissor, às variáveis sociológicas e culturais, às variáveis relativas à situação de comunicação ou do contexto de produção da mensagem, ou seja, o que procura se estabelecer quando se realiza uma análise consciente ou não, é uma correspondência entre as estruturas semânticas ou lingüísticas e as estruturas psicológicas ou sociológicas (por exemplo: condutas, ideologias e atitudes) dos enunciados.

O pesquisador deve compreender o sentido da comunicação, como se fosse um receptor normal, precisa principalmente desviar o olhar para uma outra significação, uma outra mensagem entrevista, através ou ao lado da mensagem primeira. A leitura efetuada pelo pesquisador do conteúdo das comunicações não é, ou não é unicamente, uma leitura à letra. Mas antes o realçar de um sentido que se encontra em segundo plano. Não se trata de atravessar significantes, para atingir significados, à semelhança da decifração normal, mas atingir, através de significantes ou de significados (manipulados), outros significados de natureza psicológica, sociológica, política, histórica entre outras (Bardin, 1979).

De acordo com o autor, pertencem ao domínio da análise de conteúdo, todas as iniciativas que, a partir de um conjunto de técnicas parciais, porém complementares, consistam na explicitação e sistematização do conteúdo das mensagens e da expressão deste conteúdo, com o contributo de índices passíveis ou não de quantificação. Esta abordagem tem por finalidade efetuar deduções lógicas e justificadas, referentes à origem das mensagens tomadas em consideração (o emissor e seu contexto, ou, eventualmente, os efeitos dessas mensagens). O pesquisador possui à sua disposição ou cria todo um jogo de operações analíticas, mais ou menos adaptadas à natureza do material e à questão que procura resolver. Pode utilizar uma ou várias operações, em complementaridade, de modo a enriquecer os resultados, ou aumentar sua validade, aspirando assim a uma interpretação final fundamentada.

Em termos de organização da análise, observamos três pólos cronológicos: a pré-análise, a exploração de material e finalmente o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação.

A análise dos dados referentes aos diferentes atores sociais (profissionais de saúde e adolescentes grávidas), foi organizada separadamente de forma a facilitar a interpretação da realidade

vivida por cada um dos agentes sociais envolvidos na assistência pré-natal. Assim foi organizada em etapas a saber.

1. A Pré-Análise

Aborda a fase de organização propriamente dita. Corresponde a um período de intuições, mas, tem por objetivo tornar operacionais e sistematizar idéias iniciais, de maneira a conduzir a um esquema preciso do desenvolvimento das operações sucessivas, num plano de análise (Bardin,1979).

De acordo com o autor, geralmente, esta primeira fase compreende três missões: a escolha dos documentos a serem submetidos à análise, a formulação das hipóteses e dos objetivos e a elaboração de indicadores que fundamentem a interpretação final. Estes três fatores, não se sucedem, obrigatoriamente, segundo a uma ordem cronológica, mas devem se manter estritamente ligados uns aos outros. A escolha de documentos depende dos objetivos, ou inversamente, o objetivo só é possível em função dos documentos disponíveis, os indicadores serão construídos em função das hipóteses, ou ao contrário, as hipóteses serão criadas na presença de certos índices. A pré-análise tem por objetivo a organização, embora seja composta por atividades não estruturadas, abertas, por oposição à exploração sistemática dos documentos.

a) A leitura flutuante: Para Bardin (1979), a primeira atividade consiste em estabelecer contato com os documentos a analisar e em conhecer o tema, deixando-se invadir por impressões e orientações. Esta fase é chamada de leitura flutuante, onde pouco a pouco a leitura vai se tornando mais precisa, em função de hipóteses emergentes, de projeção de teorias adaptadas sobre o tema e da possível aplicação de técnicas utilizadas sobre materiais análogos.

b) A escolha dos documentos: O universo de documentos de análise pode ser determinado em função do objetivo do trabalho. Estando o universo demarcado (o gênero de documentos sobre os quais se pode efetuar a análise: como entrevistas, questionários), é muitas vezes necessário, proceder-se à constituição de um corpus. Trata-se de um conjunto dos documentos selecionados para serem submetidos aos procedimentos analíticos. Segundo Bardin (1979), sua constituição implica em escolhas, seleções e regras. As principais regras são:

- Regra da exaustividade: uma vez definido o campo do corpus (entrevistas com as adolescentes grávidas e profissionais de saúde), é preciso considerar todos os elementos desse corpus. Por outras palavras, não se pode deixar de fora qualquer um dos elementos por esta ou por aquela razão, como por exemplo, dificuldade de acesso, impressão de não interesse, que não possa ser justificável no plano do rigor. Esta regra é completada pela não seletividade.
- Regra de representatividade: conforme Bardin (1979), a análise pode efetuar-se numa amostra que o material a isso se preste. A amostragem diz-se rigorosa, se a amostra for

uma parte representativa do universo inicial.

- Regra da homogeneidade: Bardin (1979), refere que os documentos retidos devem ser homogêneos, ou seja, devem obedecer a critérios precisos de escolha e não apresentarem demasiada singularidade fora destes critérios. Por exemplo, as entrevistas de inquérito, efetuadas sobre um dado tema devem referir-se todas a esse tema, ter sido obtidas por intermédio de técnicas idênticas e serem realizadas por indivíduos semelhantes. Esta regra é utilizada, quando se deseja obter resultados globais ou comparar entre si os resultados individuais.
- Regra de pertinência: Os dados devem ser adequados, enquanto fonte de informação, de modo a corresponderem ao objetivo que suscita a análise.

c) **A formulação das hipóteses e dos objetivos:** Segundo Bardin (1979), uma hipótese é uma afirmação provisória que se propõe verificar (confirmar ou infirmar), recorrendo aos procedimentos de análise fornecido pelo quadro teórico proposto.

d) **A referência dos índices e a elaboração dos indicadores:** Conforme Bardin (1979), ao se considerar os textos como uma manifestação, contendo índices que a análise vai fazer falar, o trabalho preparatório será o da escolha destes em função das hipóteses ou pressupostos, caso eles estejam determinados e sua organização sistemática em indicadores. Por exemplo, o índice pode ser a menção explícita de um tema numa mensagem. Uma vez escolhidos os índices, procede-se à construção de indicadores precisos e seguros. Desde a pré-análise devem ser determinadas as operações, de recorte do texto em unidades comparáveis de categorização para análise temática e de modalidade de codificação para o registro dos dados.

e) **A preparação do material:** Para Bardin (1979) antes da análise propriamente dita, o material reunido deve ser preparado. Desta forma, as entrevistas gravadas foram transcritas (na íntegra), e as gravações conservadas, para informação paralingüística. É aconselhável que se prevejam reproduções em número suficiente (recortes) e que se enumerem os elementos do corpus.

2. A exploração do material

A exploração do material consiste, essencialmente, na operação de codificação, onde se realiza a transformação dos dados brutos, visando a alcançar o núcleo de compreensão do texto. Primeiramente, trabalha-se com recortes do texto em unidades de registro que podem ser uma palavra, uma frase, um tema, um personagem, um acontecimento tal como estabelecido na pré-análise. Após escolhe-se as regras de contagem ou convergência dos dados, uma vez que, tradicionalmente, elas se constroem em indicadores que permitem de alguma forma de quantificação ou representatividade. A partir desta fase, realiza-se a classificação e a agregação dos dados, escolhendo as categorias teóricas ou empíricas que comandarão a especificação do tema (Bardin, 1979).

A categoria analítica “o espaço institucional do pré-natal à adolescente”, nos permitiu

identificar unidades temáticas como: revelando o perfil desta clientela, o papel fiscalizador, os fatores de riscos, a assistência diferenciada, bem como as dificuldades da assistência e as ações da equipe de saúde. O conteúdo referente as unidades temáticas desta categoria analítica encontra-se no Anexo 4.

“O espaço institucional para as adolescentes grávidas”, como categoria analítica possibilitou apreender unidades de significação relacionadas a: finalidade do pré-natal, realização de exames e procedimentos, recebimento de orientações e o papel fiscalizador da equipe de saúde.

O conteúdo referente as unidades temáticas desta categoria analítica encontra-se no Anexo 5.

3. Tratamento dos resultados obtidos e interpretação

Os resultados brutos são submetidos a operações que permitem colocar em relevo as informações obtidas. Prosseguindo, o pesquisador propõe inferências e realiza interpretações previstas no seu quadro teórico ou abre outras pistas, em torno de dimensões teóricas sugeridas pela leitura do material.

Para construção deste processo de análise e interpretação dos dados nos apropriamos de referenciais teóricos de construções socioculturais de significados e realidades sociais. As formulações de Pierre Bourdieu, apontam caminhos para a compreensão de como os sujeitos se relacionam e a forma como esses sujeitos apreendem a realidade objetiva nas quais estão inseridos (Bourdieu, 2001). Da mesma forma Berger & Luckmann (2002), nos auxiliaram na compreensão sobre a lógica da construção das diferentes realidades vividas pelos sujeitos estudados, fornecendo elementos para a identificação dos nexos entre a objetividade e a subjetividade, dos espaços institucionais de atenção ao pré-natal a gestantes adolescentes.



5. Resultados

5.1 Caracterização dos sujeitos da pesquisa

Profissionais de Saúde

Este estudo foi realizado com dezessete profissionais de saúde, entre médicos ginecologistas e obstetras, enfermeiras e auxiliares de Enfermagem.

Todos os médicos são especialistas em ginecologia e obstetrícia e além de atuarem na rede básica de saúde, também atuam em consultórios particulares. No consultório atendem pacientes com convênios de saúde ou prestam atendimento particular.

Todos são casados e se encontram com faixa etária entre 32 a 56 anos de idade, sendo que possuem no mínimo seis anos e no máximo trinta anos de formado. O tempo de atuação em atendimento na rede básica de saúde, varia de dois a dez anos.

As Enfermeiras assistenciais e gerentes das Unidades Básicas de Saúde, são especialistas em saúde pública, sendo que duas delas também possuem outra especialização, uma em gerenciamento em serviços de saúde e outra com especialização em doenças infecto-contagiosas.

Todas são casadas e se encontram com faixa etária entre 39 a 43 anos de idade, possuem no mínimo dez anos e no máximo vinte anos de formada. O tempo de atuação em atendimento na rede básica de saúde, varia de três a dez anos.

Das auxiliares de enfermagem estudadas, três são solteiras, uma é divorciada e as demais são casadas. Estas se encontram com faixa etária entre 26 e 52 anos de idade. Três delas, além de curso de auxiliar de enfermagem, também possuem formação em curso técnico de enfermagem, sendo que uma já é formada há um ano e meio, e duas concluíram o curso entre os meses de maio e junho de 2003. Entretanto são contratadas e exercem funções de auxiliares de enfermagem, na Unidade Básica de Saúde, a qual atuam.

Ainda neste grupo duas apresentam curso universitário, uma é formada em Enfermagem há três anos e continua contratada e exercendo funções de auxiliar em enfermagem, enquanto aguarda a oportunidade em prestar concurso para enfermeira da rede básica, e a outra, estará concluindo a graduação em Enfermagem em dezembro de 2003 e pretende continuar exercendo função de auxiliar em enfermagem na UBS, até que consiga se empregar como enfermeira. Ambas pretendem fazer especialização em saúde pública.

O tempo de atuação das auxiliares de enfermagem na rede básica de saúde, varia de 8 meses a 14 anos, sendo que ocorre predominância em 7 anos de exercício de trabalho.

Para que os profissionais de saúde não sejam reconhecidos neste estudo, não estaremos

identificando-os de acordo com sua categoria profissional e assim optamos em identificá-los com a letra S (Sujeitos do estudo) e o número de acordo com a seqüência que foram realizadas as entrevistas.

Adolescentes

As dezoito adolescentes primíparas entrevistadas, tinha como faixa etária entre 13 e 17 anos de idade sendo que a maioria delas se encontra com 16 anos.

A menarca ocorreu entre 11 e 14 anos de idade e o tempo de gestação destas jovens é de no mínimo 20 semanas e no máximo 32 semanas.

Todas são solteiras e nenhuma delas vive com o pai da criança, ou outro parceiro. Residem com suas famílias no município de Marília.

A renda familiar destas jovens é de 3 a 8 salários mínimos, sendo que predomina a renda familiar de 5 salários.

Do grupo estudado, sete adolescentes residem na região central de Marília, e onze em bairros afastados do centro da cidade. A moradia de todas é de alvenaria, com infra-estrutura de saneamento básico, coleta de lixo regular e uma rede de transporte coletivo eficaz.

No que se refere à escolaridade, onze não estudam. Destas, dez pararam de estudar em decorrência da gestação. Sete, continuam normalmente em atividades escolares.

Em relação ao trabalho, apenas cinco trabalhavam e após a gestação deixaram seus empregos.

Neste estudo as adolescentes serão identificadas pela letra A (Adolescente) e o número de acordo com a seqüência que foram realizadas as entrevistas.

5.2 Conhecendo as adolescentes

Entrevistada A1

DUM: 15/02/03

DPP: 25/11/03

A1 tem 16 anos de idade, é solteira, está com 21 semanas de gestação. Atualmente está cursando o 2º colegial e pretende dar continuidade em seus estudos após o nascimento da criança. Reside com sua família, que é composta por seus pais e mais três irmãos, sendo dois mais velhos e um irmão menor. Os pais e os dois irmãos trabalham, gerando uma renda familiar por volta de cinco salários mínimos. Sua ocupação é ajudar nos serviços do lar e pretende procurar um emprego remunerado após o

nascimento da criança. Procurou atendimento na UBS, pelo fato de atraso menstrual e suspeitar de gravidez. Realizou duas consultas, onde na primeira foi feito o teste de **gravidez e após confirmação foi** marcado retorno para colher exames de rotina pré —natal. Continua namorando o pai da criança e não sabe ainda se irá se casar. Segundo a entrevistada, continuará morando com sua família. Durante a entrevista a adolescente apresentava estar alegre e falava com tranquilidade sobre a gravidez. Contou que seu pai ficou muito bravo logo que soube da sua gestação, mas que já estava mais calmo. Refere que a mãe de seu namorado e o rapaz lhe dão muito apoio.

Entrevistada A2

DUM: 11/03/02

DPP: 21/12/03

A2 tem 16 anos de idade, é solteira, está com 24 semanas de gestação. Atualmente está cursando o 1º colegial e não sabe se vai conseguir continuar estudando após o nascimento da criança, porque precisará trabalhar para ajudar nas despesas da família. Reside com sua família que é composta por seu padrasto, mãe e mais dois irmãos menores. O padrasto e a mãe trabalham, e atualmente a adolescente ajuda a cuidar de seus irmãos enquanto sua mãe está trabalhando. A renda familiar é por volta de três salários mínimos. Procurou atendimento na UBS, devido a suspeita de gravidez, decorrente de atraso menstrual. Fez o teste de gravidez e todos os exames de rotina de pré-natal. Reclamou muito de ter que ir sozinha na UBS para as consultas e até o dia da entrevista, foi apenas em duas consultas. Continua namorando o pai da criança, mas não irá se casar porque a família de seu namorado acha que é necessário esperar um pouco, para estar decidindo sobre casamento. Segundo a entrevistada, continuará morando com sua família. Falava da gravidez com muita naturalidade e em nenhum momento demonstrou preocupação.

Entrevistada A3

Dum: 10/11/02

DPP: 20/08/03

A3 tem 15 anos de idade, é solteira, está com 31 semanas de gestação. Estava cursando a 8ª série e parou de estudar, porque “achava muito chato” ter que ir às aulas grávida. Não sabe se vai voltar a estudar após o nascimento da criança. Trabalhava em casa de família exercendo atividades em cuidar de duas crianças. Atualmente não está trabalhando, porque seu pai achou melhor parar, até o nascimento da do bebê. Pretende voltar a trabalhar logo que puder, mas refere que vai precisar arrumar um emprego com uma remuneração melhor, porque precisa ajudar com as despesas do bebê também. Reside com sua família que é composta por seus pais e duas irmãs mais velhas, sendo que uma já é casada e não mora mais com a família. A renda familiar é por volta de cinco salários mínimos e todos na família trabalham.

Procurou atendimento na UBS, porque segundo a entrevistada, na época passou vários dias com “mal estar”, e a mãe a levou para consultar. Nesta consulta foi feito diagnóstico de gravidez. Fez todos os exames de rotina pré-natal e até o dia desta entrevista, havia feito apenas três consultas. A entrevistada refere estar com anemia, mostrou a medicação que lhe foi recomendada usar (ferro), mas não está usando corretamente e alega não achar importante. Não está mais namorando o pai da criança, terminaram o namoro logo depois que foi confirmada a gravidez. Após a entrevista chorou, referindo dizer que não sabia explicar o que sentia, mas que quando ficava pensando muito nesta gravidez, sentia vontade de chorar, sentia medo e não sabia explicar exatamente qual era seu medo.

Entrevistada A4

DUM: 06/12/02

DPP: 16/09/03

A4 tem 14 anos de idade, é solteira, está com 25 semanas de gestação. Parou de estudar há mais ou menos dois anos atrás. Refere querer voltar a estudar após o nascimento do bebê, mas não sabe se irá conseguir. A entrevistada engravidou sem ter tido a menarca. Sua ocupação é do lar e cuida de dois irmãos menores (por parte materna) para a mãe e seu padrasto trabalharem. Reside com sua família, cuja renda é por volta de três salários mínimos. Procurou atendimento na UBS, porque estava sentindo muita dor durante a micção, não imaginava que estava grávida e somente teve conhecimento da gestação, após a consulta realizada na UBS. Ficou com muito medo em contar para sua mãe, e devido a este fato escondeu “por um tempo” até quando sentiu coragem em estar contando. Fez todos exames de rotina de pré-natal e tratamento para infecção urinária. Até a data da entrevista havia ido em somente três consultas na UBS. A adolescente referiu sentir muito cansaço e muito sono. Segundo a entrevistada, não namorava o pai da criança, “ficava” com o rapaz há uns três meses e após a confirmação da gravidez, o rapaz “sumiu”. Durante a entrevista por várias vezes a adolescente ficou pensativa, com olhar distante e constantemente os olhos marejavam de lágrimas. Quando terminamos a entrevista a adolescente começou a chorar e disse que não queria mais conversar, se retirando da sala.

Entrevistada A5

DUM: 07/11/02

DPP: 17/08/03

A5 tem 16 anos de idade, é solteira, está com 32 semanas de gestação. Estava cursando o 2º colegial mas parou de estudar, porque achava muito difícil continuar estudando grávida. A entrevistada refere que pretende voltar a estudar quando puder. Trabalhava como auxiliar de escritório, mas abandonou o emprego, pois dizia não estar se sentindo bem para continuar trabalhando, mas pretende voltar a trabalhar após o nascimento do bebê. Reside com sua família, que é composta por seus pais, dois

irmãos e uma irmã mais velha. Todos na família trabalham, gerando uma renda familiar por volta de cinco a seis salários mínimos. Procurou atendimento na UBS, porque suspeitou de gravidez devido ao atraso menstrual. Após confirmação do diagnóstico, realizou todos os exames de rotina do pré-natal. Até a data da entrevista havia feito quatro consultas. Reclamou muito que ainda não havia ouvido os batimentos do coração do bebê, devido ao aparelho (Sonar de Doppler) da UBS, estar quebrado. Continua namorando o pai da criança e não sabe se irá se casar. Segundo a entrevistada, continuará morando com sua família, até resolver com o namorado, o que eles vão fazer. A entrevistada falava da gravidez com aparente tranquilidade.

Entrevistada A6

DUM: 07/02/03

DPP: 17/11/03

A6 tem 16 anos de idade, é solteira, está com 22 semanas de gestação. Atualmente está cursando o 2º colegial e pretende dar continuidade em seus estudos após o nascimento do bebê, ainda referiu que pretende trabalhar para ajudar nas despesas com a criança. No momento da entrevista estava residindo com sua família, que é composta por seus pais, uma irmã mais velha e uma irmã menor. Os pais e a irmã trabalham, gerando uma renda familiar por volta de cinco salários mínimos. Procurou a UBS, devido atraso menstrual e suspeita de gravidez. Após o diagnóstico da gravidez, colheu material para os exames de rotina pré-natal e até a data da entrevista, não havia feito ainda nenhuma consulta. Embora estivesse morando com sua família, no momento da entrevista a adolescente referiu que estava aguardando a família do namorado, que havia assumido compromisso com sua família em levá-la para morar com eles. Segundo a entrevistada, a futura sogra está lhe dando muito apoio e que sua família ainda não tinha aceitado a sua gravidez, e que o convívio familiar estava muito difícil e complicado. Demonstrou muito apego com o namorado e com a família dele, e diversas vezes citou que o namorado e a família do rapaz se preocupavam mais com ela do que sua própria família.

Entrevistada A7

DUM: 14/11/02

DPP: 24/08/03

A7 tem 14 anos de idade, é solteira, está com 30 semanas de gestação. Cursava a 7ª série do Ensino Fundamental e após a confirmação da gravidez, parou de estudar. Pretende voltar a estudar, quando puder. Reside com sua família, que é composta por seus pais, um irmão mais velho e dois irmãos menores. Os pais e o irmão mais velho trabalham, gerando uma renda familiar por volta de quatro salários mínimos. A adolescente não trabalha e cuida dos irmãos menores, na ausência de seus pais. Agendou

consulta na UBS, porque estava sentindo dor nas mamas e estava com atraso menstrual. Não achou que pudesse estar grávida e contou que quando foi confirmado a gestação, levou um susto, não queria acreditar que era verdade. A entrevistada referiu que não está namorando o pai da criança e que a família do namorado vai ajuda-la nas despesas com o bebê, mas o ex-namorado nem conversa mais com ela. Nesse momento a adolescente disse que não tinha mais nada para falar e que não sentia vontade em ficar conversando sobre “isso”.

Entrevistada A8

DUM: 13/02/03

DPP: 23/11/03

A8 tem 17 anos de idade, é solteira, está com 20 semanas de gestação. Atualmente está cursando o 3º colegial. Trabalhava com vendas, mas deixou o emprego porque vai se casar com o pai da criança e a partir do casamento estará cuidando de sua casa. Atualmente reside com sua família, que é composta de dois irmãos mais velhos e um irmão e uma irmã menor. O pai e os dois irmãos mais velhos trabalham, gerando uma renda familiar por volta de cinco salários mínimos. Procurou atendimento na UBS, devido estar com atraso menstrual e ter confirmado a gestação com teste de gravidez adquirido na farmácia. Realizou apenas duas consultas de pré-natal e fez todos os exames de rotina. Refere que foi orientada pela enfermeira da UBS, a estar constantemente fazendo controle de pressão arterial, pois foi alertada pelo médico que está com uma discreta hipertensão. A entrevistada refere que foi conscientizada da importância deste controle, entretanto, não demonstrou preocupação com este fato e associa a hipertensão a preocupação que está tendo com seu casamento que se aproxima. No dia da entrevista faltavam dezesseis dias para seu casamento. Segundo a adolescente já tinha mais de dois anos que namorava o pai da criança.

Entrevistada A9

DUM: 03/12/02

DPP: 13/09/03

A9 tem 15 anos de idade, é solteira, está com 27 semanas de gestação. Estava cursando a 8ª série do Ensino Fundamental e parou de estudar após a gravidez. Pretende voltar a estudar quando puder. Sua ocupação é ajudar nos serviços do lar e mesmo após o nascimento da criança vai continuar exercendo as mesmas atividades. Reside com sua família, que é composta por seus pais, uma irmã mais velha e dois irmãos menores. Seus irmãos menores passam a tarde toda na escola. Os pais e a irmã trabalham gerando uma renda familiar de cinco salários mínimos. Procurou atendimento na UBS, devido atraso menstrual e suspeita de gravidez. Realizou três consultas de pré-natal e fez todos os exames de rotina. Foi detectado anemia e já está fazendo tratamento. Continua namorando o pai da criança. Ainda não sabe se vai casar,

morar com o rapaz ou continuar com sua família. Se queixou que está engordando muito, e que está se achando “muito feia”, mas que adora comer principalmente lanche, e que sente medo em continuar “gorda” após o nascimento do bebê. Durante a entrevista a adolescente não demonstrou preocupação com a gravidez, falava pausadamente nos causando a impressão de não estar se sentindo a vontade em falar da gravidez.

Entrevistada A10

DUM: 05/11/02

DPP: 15/08/03

A10 tem 16 anos de idade, é solteira, está com 28 semanas de gestação. Estava cursando o 2º colegial, mas parou de estudar após a confirmação da gravidez. Reside com sua família, que é composta por sua mãe, avó materna e dois irmãos mais velhos. A avó recebe aposentadoria, a mãe é viúva, recebe pensão do marido falecido e trabalha juntamente com seus irmãos. A renda familiar é por volta de cinco salários mínimos. A adolescente procurou atendimento na UBS, porque estava com atraso menstrual e suspeitava de gravidez. Após o diagnóstico confirmado, realizou os exames de rotina pré-natal. Até a data da entrevista, havia feito três consultas. Refere estar fazendo tratamento para infecção urinária e ainda conta que recebeu orientações sobre hipertensão, porque de acordo com o médico, sua pressão está um “pouco alta”. A adolescente vai às consultas acompanhada pela avó. A entrevistada refere, que irá se casar com o pai da criança após o nascimento do bebê, entretanto, até o momento da entrevista, não sabia ainda aonde iria morar após o casamento. Pretende voltar a estudar, mas não é prioridade, pois logo que tiver condições, a entrevistada referiu que vai trabalhar. Durante a entrevista a adolescente conversou o tempo todo demonstrando muita timidez.

Entrevistada A11

DUM: 18/02/03

DPP: 28/11/03

A11 tem 16 anos de idade, é solteira, está com 22 semanas de gestação. Estava cursando o 1º colegial e parou de estudar após a confirmação da gravidez. Pretende voltar a estudar quando puder. Trabalhava como auxiliar de copeira em uma firma, mas sua família achou melhor que parasse de trabalhar, porque segundo a entrevistada, ela não estava passando bem de saúde. Namora o pai da criança há quase um ano, mas não sabe ainda se vão ficar juntos. Atualmente está residindo com sua família, que é composta por seus pais e um casal de irmãos mais velhos. Todos na família trabalham e seus irmãos estão cursando faculdade no período noturno. O pai já está aposentado mas trabalha como autônomo e a mãe trabalha na chefia de seção de uma indústria de alimentos. A adolescente não soube referir a renda familiar. Agendou consulta na UBS, porque estava sentindo dor abdominal e com atraso menstrual, a

mãe achou que a dor poderia estar relacionada com este atraso menstrual, mas tanto a mãe quanto a adolescente não suspeitaram de gravidez. Após a consulta o médico solicitou que fosse feito o teste de gravidez, com o resultado positivo foi colhido material para os exames de rotina pré-natal, entretanto, até a realização da entrevista a adolescente havia realizado somente uma consulta e ainda não havia retornado na UBS, para saber o resultado dos exames. Contou que a agente de saúde já havia ido em sua residência saber o motivo pelo qual não compareceu na consulta agendada, mas referiu que não tinha “dado certo” ainda em retornar. A adolescente parecia estar distante durante a entrevista e de repente disse que não estava mais com vontade de falar e ficou pensativa, com a cabeça abaixada. A entrevistada parecia estar triste e demonstrou dificuldades em aceitar a gestação, e não referiu nada sobre como sua família reagiu a gestação, como também não mencionou mais nada sobre seu namorado.

Entrevistada A12

DUM: 16/10/02

DPP: 26/07/03

A12 tem 16 anos de idade, é solteira, está com 30 semanas de gestação. Estava cursando a 7ª série do Ensino Fundamental, mas oito dias antes da entrevista parou de estudar, porque segundo a entrevistada estava muito difícil para ir à escola grávida. Pretende voltar a estudar logo que puder. Sua ocupação é ajudar nos serviços do lar. Reside com sua família, que é composta por seus pais e uma irmã menor. Seus pais trabalham e a renda familiar é por volta de cinco salários mínimos. A adolescente procurou atendimento na UBS, quando suspeitou de gravidez, devido atraso menstrual. Após confirmação do diagnóstico realizado através do teste de gravidez, fez todos os exames de rotina de pré-natal. Até o momento da entrevista, havia realizado somente três consultas. Reclamou muito sobre seu aumento de peso e se queixou dizendo que não entendia, porque estava engordando muito e o médico havia dito que estava anêmica e que não conseguia entender isso. A adolescente contou que continua namorando o pai da criança, mas segundo a entrevistada, eles não estão bem e ela percebe que o namorado está evitando ir a sua residência. Após falar do namorado, ficou calada e disse que já não tinha mais nada para dizer.

Entrevistada A13

DUM: 18/01/03

DPP: 28/10/03

A13 tem 16 anos de idade, é solteira, está com 23 semanas de gestação. Está cursando o 2º colegial e pretende dar continuidade em seus estudos após o nascimento da criança. Atualmente estava residindo com sua avó, porque seus pais estão separados e sua mãe reside e trabalha em São Paulo. Segundo a entrevistada, sua mãe já estava fazendo sua transferência de escola e esta iria morar com a mãe

em São Paulo. É filha única e não está mais namorando o pai da criança e de acordo com a entrevistada, já fazia muito tempo que não tinha notícia do rapaz. Procurou atendimento na UBS, para fazer o teste de gravidez, pois estava com atraso menstrual e já imaginava que poderia estar grávida. Referiu que colheu todos os exames de rotina pré-natal, mas até a data da entrevista, não havia retornado na UBS, para saber o resultado. A adolescente não soube referir a renda familiar, como também não fez nenhum comentário sobre a repercussão da gravidez em sua família, como ainda não mencionou nada sobre seu pai. A adolescente não parecia disposta a estar falando e de repente disse que seu namorado havia sumido e se calou, encerrando a entrevista.

Entrevistada A14

DUM: 04/01/03

DPP: 14/10/03

A14 tem 16 anos de idade, é solteira, está com 20 semanas de gestação. Atualmente está cursando o 2º colegial e pretende dar continuidade em seus estudos. Sua ocupação é ajudar nos serviços do lar e pretende emprego remunerado após o nascimento do bebê para ajudar nas despesas da família. Reside com sua família, que é composta por seu padrasto, pela mãe, um irmão mais velho e dois irmãos menores (por parte materna). No período da manhã a adolescente cuida dos irmãos menores e no período da tarde estes vão à escola. Todos na família trabalham com exceção da adolescente e das crianças e a renda familiar é por volta de cinco salários mínimos. Procurou atendimento na UBS, após ter feito teste de gravidez adquirido na farmácia e este ser positivo. Referiu que repetiu o teste de gravidez na UBS, e que ainda não retornou para colher material para os exames de rotina de pré-natal. Continua namorando o pai da criança, mas refere não saber ainda se vai morar com o rapaz ou continuar com sua família. Durante a entrevista a adolescente permaneceu inquieta e demonstrava sinais de irritação.

Entrevistada A15

DUM: 18/11/02

DPP: 28/08/03

A15 tem 16 anos, é solteira, está com 30 semanas de gestação. Estava cursando a 8ª série do Ensino Fundamental e parou de estudar após ter confirmado a gestação. Pretende trabalhar após o nascimento do bebê e refere precisar muito trabalhar para ajudar nas despesas da família e não pensa em voltar a estudar por enquanto. Atualmente reside com sua família, que é composta por seus pais e uma irmã mais velha, que é casada não tem filhos e reside com seu marido na mesma casa. Todos na família trabalham, com exceção da adolescente que só ajuda nos serviços do lar e a renda familiar é por volta de cinco salários mínimos. Foi levada para consulta na UBS, por sua irmã, devido a queixas constante de “dor de estômago”. Não imaginava que poderia estar grávida. Após o diagnóstico de gravidez, foi colhido

material para exames de rotina de pré-natal. Até a data da entrevista a adolescente havia feito apenas três consultas de pré-natal. Continua namorando o pai da criança, mas ainda não sabe se vão morar juntos, ou casar. A entrevistada refere que talvez o pai da criança vá morar com sua família, mas que isto ainda não está resolvido.

Entrevistada A16

DUM: 05/12/02

DPP: 15/09/03

A16 tem 17 anos de idade, é solteira, está com 29 semanas de gestação. Estava cursando o 1º colegial e parou de estudar quando foi confirmada a gravidez. Sua ocupação é do lar, cuida da casa e de um irmão menor, enquanto seus pais trabalham. A renda familiar é de quatro salários mínimos. Pretende emprego remunerado após o nascimento do bebê, e refere que não vai voltar a estudar, porque precisa trabalhar e acha que para estudar também não vai dar certo porque irá ficar sobrecarregada. Procurou atendimento na UBS, devido a suspeita de gravidez pelo atraso menstrual e a gestação foi confirmada através de teste realizado na UBS. Foi feito todos os exames de rotina de pré-natal e até a data da entrevista a adolescente havia feito somente duas consultas, onde na primeira foi confirmado o diagnóstico de gravidez e na segunda consulta foi colhido material para os exames de rotina. A entrevistada contou que recebeu orientações quanto a gestação e referiu que ainda não havia “tido tempo” em retornar na UBS. Atualmente reside com sua família. Não está mais namorando o pai da criança e relata não ter vínculo nenhum com o rapaz e com a família dele. Ao se referir ao namorado e sua família, a adolescente falava de maneira agressiva e pudemos perceber que a jovem estava muito magoada, mas não contou o que estava acontecendo. Ao terminar a entrevista balbuciou que a vontade que tinha era de esperar a criança nascer e “sumir no mundo”, e não dar mais notícias para ninguém.

Entrevistada A17

DUM: 05/10/02

DPP: 15/07/03

A17 tem 16 anos de idade, é solteira, está com 32 semanas de gestação. Estava cursando o 1º ano de um curso supletivo no período noturno, mas após a confirmação da gravidez, abandonou os estudos. Pretende continuar estudando quando puder. Sua ocupação é do lar. Cuida da casa e da avó materna, enquanto sua mãe trabalha, e estudava a noite porque era o horário que sua mãe podia estar cuidando da avó, que é muito dependente de cuidados. O pai abandonou a família há muito tempo e desde a separação não teve mais notícias dele. Tem dois irmãos mais velhos, um está casado e não reside mais na cidade e o outro mora com a família e também participa em ajudar nas despesas da casa. A renda familiar é por volta de três a quatro salários mínimos, pois de acordo com a entrevistada, seu irmão faz

alguns trabalhos extras de finais de semana e quando isto acontece melhora um pouco a renda familiar. Contou que a avó teve AVC tempos atrás e após a doença precisa de cuidados constantes e se queixou dizendo que a avó estava dando muito trabalho e como no momento ela não está mais estudando fica o tempo todo cuidando da avó, e que estava muito cansada. Continua namorando o pai da criança. Queixou-se do namorado dizendo que ele “não está ligando para nada” e ela percebe que ele está se afastando e afirma que o rapaz não quer responsabilidade nenhuma, pois não trabalha não estuda e de acordo com a entrevistada “não faz nada da vida” e devido a este fato, acredita que ele não estará assumindo responsabilidades em ajudá-la a criar o filho. Procurou atendimento na UBS, quando já se encontrava com mais de dois meses de atraso menstrual e referiu que tinha certeza que estava grávida mas que sentia medo em estar confirmando de fato. Fez todos os exames de rotina de pré-natal e até o momento da entrevista havia feito apenas três consultas. Disse que após o nascimento da criança irá conversar com a mãe de seu namorado e pedir ajuda para cuidar da criança enquanto for trabalhar, e logo após disse “que quando fizer isso sabe que vai estar arrumando confusão”, mas que a família dele vai precisar ajudá-la. Após esse comentário a adolescente ficou calada e pensativa.

Entrevistada A18

DUM: 15/11/02

DPP: 25/08/03

A18 tem 16 anos de idade, é solteira, está com 32 semanas de gestação. Estava cursando a 8ª série do Ensino Fundamental e abandonou os estudos após a confirmação da gravidez. Trabalhava em casa de família e já está com licença gestante porque refere não se sentir muito bem para continuar trabalhando. Após o nascimento da criança voltará a trabalhar no mesmo emprego. Atualmente reside com sua família, que é composta por seus pais, uma irmã mais velha e um casal de irmãos menores. Somente a mãe não trabalha fora, porque cuida das crianças, mas colabora com a renda familiar, lavando e passando roupas de estudantes universitários. A renda familiar é por volta de três salários mínimos. Procurou atendimento na UBS, por se encontrar com atraso menstrual e suspeitar da gravidez. Na UBS, foi feito o teste de gravidez e também foram realizados todos os exames de rotina do pré-natal. Até o momento da entrevista, a adolescente havia realizado apenas três consultas e esta relatou que foi orientada pela enfermeira na UBS, que está com hipertensão e que há necessidade em estar indo regularmente nas consultas para que se possa fazer o controle de pressão arterial. Embora consciente da necessidade em estar fazendo as consultas de pré-natal, a adolescente alegou não ter muito tempo. No momento da entrevista pudemos observar um discreto edema de membros inferiores. A adolescente contou que não está mais namorando o pai da criança e que o ex-namorado foi para outra cidade trabalhar na colheita de laranja, não voltou mais como também não deu nenhuma notícia. A entrevistada não conhece a família do ex-namorado e não tem referência alguma sobre o rapaz.

5.3 O espaço institucional do pré-natal a adolescentes para os profissionais da saúde

O conteúdo das entrevistas com os profissionais de saúde, após ser submetido a um intenso processo de leitura e releitura nos permitiu identificar as seguintes unidades de significação da assistência pré natal a gestantes adolescentes atendidas por eles: revelando o *perfil desta clientela, o papel fiscalizador, os fatores de riscos, a assistência diferenciada, bem como as dificuldades da assistência e as ações da equipe de saúde.*

A. Revelando o perfil das adolescentes

Os profissionais de saúde ao falarem sobre como se dá a assistência pré-natal de gestantes adolescentes estes se preocuparam em revelar características dessa clientela de forma a permitir, segundo o seu imaginário, traçar um perfil para tais atores sociais. Assim os profissionais de saúde trazem em seu imaginário como sendo um grupo de jovens que não tem uma **parceria sexual fixa**; constituído de pessoas **desprovidas de conhecimento**; que **carecem de apoio familiar**, vivenciam uma **gravidez não planejada** e são **vulneráveis às doenças sexualmente transmissíveis**.

A1. Tendo parceria sexual instável

Os profissionais de saúde ao traçarem o perfil das gestantes adolescentes indicam a parceria sexual instável como parte do universo simbólico sobre os atores sociais a que prestam atendimento durante as consultas pré-natais. Os recortes abaixo revelaram tais observações:

... ainda é mais difícil, porque assim... as vezes elas tem namorado ou tinha e se separou quando ficou grávida... (S5)

Então você tem que trabalhar muito mais a cabecinha dela, porque ainda muitas... é, a maioria não tem relação definida. (S6)

... então ela não tem uma união estável que dê para ela uma estabilidade, geralmente o parceiro está na fase de não assumir a criança, assumir a mãe e aí vem o problema social, econômico, problema familiar, psicológico da pessoa... (S16)

As adolescentes geralmente engravidam de um parceiro também muito jovem e de acordo com Teixeira (2001), pelo fato de seus parceiros serem na maioria das vezes jovens, com pouca experiência de vida e financeiramente dependentes favorece ao relacionamento instável e, por vezes desequilibrado. A autora complementa que a experiência de vida de ambos é pequena, a capacidade de

resolver problemas é limitada e os sonhos são geralmente fora da realidade.

A2. Sendo desprovidas de conhecimento

Nos relatos dos profissionais de saúde, fica evidente que estes reconhecem as adolescentes como sendo desprovidas de conhecimento, à medida que revelam preocupação em explicar e conversar mais com as gestantes adolescentes, durante a consulta de pré-natal.

... elas não tem experiência... ainda mais quando é a primeira gravidez... não tem experiência sobre os cuidados pessoais... não sabe nem as transformações que seu corpo vai passar... (S3)

... você vê o jeitinho delas conversarem, as dúvidas delas são muitas... às vezes elas mesmo falam que tem medo por estarem grávidas... as dúvidas delas são muito grande... (S5)

... a gente percebe que elas estão totalmente perdidas em uma situação que nos dá a impressão que nem entendem muito bem o que está acontecendo com elas... (S 8)

O desprovimento de conhecimento da gestante adolescente, como instrumento simbólico sobre o grupo assistido pelos profissionais de saúde, para eles, é constituído de elementos como falta de conhecimento sobre o próprio corpo, inexperiência com gravidez, desconhecimento sobre medidas de cuidado de si e do bebê que está para vir. Os seguintes depoimentos exemplificam tais concepções:

“...cuidado com o RN... eu acho que ela, a gente tem que falar mais com ela, porque adolescente é diferente de uma mulher já ..., e a gente tem que falar dos cuidados, porque é a primeira vez que ela fica grávida e ela não sabe ... é importante também explicar sobre o RN que ela vai ter que cuidar...” (S 2)

“...porque muitas vezes elas não têm informação de como funciona o aparelho genital feminino e tal ..., o que é mesmo ter uma relação sexual, não existe muito a questão de informação, de tabu, do conhecimento que não é correto ...” (S 7)

Pinto & Azevedo (1996) se referindo ao desconhecimento da adolescente quanto à sua própria gestação, afirmam que o fator desinformação deve ser somado à alienação em relação ao próprio corpo, pois as adolescentes são imaturas emocionalmente para se valerem das informações recebidas. Esta forma de classificar as adolescentes como imaturas também esteve presente no imaginário dos profissionais, à medida que identificam limites estruturais que podem produzir efeitos negativos sobre a

evolução da gravidez. Assim, a imaturidade, falta de responsabilidade da adolescente conforme expressada pelos profissionais relacionam-se à pouca idade:

“... as adolescentes que vem no posto (se referindo à UBS) que a gente tem visto é ... a faixa etária delas á cada vez menor, sabe a gente já teve aqui adolescente de 14 , de 15 anos, também de 12 ... e elas encaram assim ... para elas é uma brincadeira, quando chega aqui para elas é um susto, depois elas encaram a gestação como uma brincadeira.” (S 5)

“ No começo quando elas recebem a resposta: “ você está grávida”, nossa é aquele choque, tem umas que dão risada, tem outras que choram, pedem para fazer o teste de novo, e é triste ver uma menina de 13 ou 14 anos ser mãe, é uma criança gerando outra criança, porque não tem maturidade nenhuma, nenhuma ... “ (S 5)

“ Sabe, elas faltam muito da consulta pré natal e também começam o pré natal tarde, porque depois que o exame dá positivo, elas demoram muito para vir aqui fazer o pré natal, mesmo a gente indo atrás, isto é falta de responsabilidade. “ (S 9)

Na concepção de assistência pré-natal a adolescentes, os profissionais de saúde enfatizam a imaturidade da adolescente atribuindo ainda a falta de responsabilidade com ela própria, com a gravidez e com a criança, como podemos observar:

“... mais a adolescente não tem uma maneira de pensar... assim... mais correta, de responsabilidade... de saber que tem ... que tem que ter uns cuidados maiores, com uma gravidez, entende?” (S 3)

“...geralmente é por acidente que elas engravidam então o emocional é muito... tem que ser muito trabalhado e a parte física também, tem que é... tem que ter maior cuidado com essa adolescente, mas assim o emocional delas é difícil, são muito imaturas mesmo.” (S 6)

“... parece que elas não tem a compreensão exata do que é estar grávida, ter um filho... o que isto pode representar em suas vidas... não sei ... é difícil atender adolescentes sabe?, porque elas mesmo não estão muito interessadas... preocupadas...” (S11)

A adolescência é marcada por uma fase de transição biopsicossocial, onde as jovens neste período, não são mais reconhecidas como crianças e tão pouco como mulheres adultas, e a própria adolescente age com comportamentos ambivalentes, ou seja, ora se reporta como criança, ora se reporta como adulta.

A experiência prévia de gestações anteriores para alguns profissionais, parece conferir às adolescentes um outro lugar no serviço de saúde, ou seja, um status diferenciado:

“Acho importante dizer que adolescente é menos estabilizada emocionalmente, geralmente é nulípara, nuligesta, não tem um histórico de gravidez e chega aqui com toda uma carga de problemática em cima ...”(S16)

“...porque elas não se preocupam muito com nada, não é igual uma mulher grávida com maior idade que já teve outros filhos e já sabe tudo como é ...” (S 15)

Para Diehl (1997) na adolescência ocorre a organização da identidade, que é considerada a etapa central da evolução do ciclo vital humano. É o momento de síntese, de transformação, de identificações de identidades e de interação original com o mundo, que aproximam a adolescente ao estágio de maturidade.

Parece não haver uma posição social definida para a adolescente, não sendo considerada adulta nem criança, a jovem têm papéis característicos e imprecisos, com poucas oportunidades de aprender a decidir por si mesmo, a ser responsável pelos próprios atos e a tomar iniciativas. Isto faz com que na maioria das vezes, a adolescente seja percebida como imatura, sem responsabilidade ou sem capacidade de discernimento (Bocardi, 1997).

Nesse sentido, Taquette (1991) refere que na adolescência, ocorre intenso crescimento e desenvolvimento físico, como também, grandes transformações psicossociais até que seja atingida a plenitude do amadurecimento.

A3. Carecendo de apoio familiar

Ao traçarem o perfil das adolescentes gestantes os profissionais de saúde identificaram a falta de apoio familiar especialmente no início da gestação.

Para os profissionais de saúde geralmente as adolescentes escondem a gravidez de suas famílias e só as informam quando não é mais possível esconder a barriga. Podemos perceber este fato através das seguintes verbalizações:

“Tem gestante que faz o teste e dá positivo e elas somem e tem outras que demoram 3 meses ou mais para voltar, e isso é difícil. Quando a barriga aparece, elas percebem que não tem mais jeito e que tem que vir aqui ... porque elas escondem muito que está grávida e só contam mesmo quando não dá para esconder da família.” (S 9)

“...porque a maioria das adolescentes vem aqui sem que os pais saibam que estão grávidas.” (S 15)

Ao indicarem a carência de apoio familiar às gestantes adolescentes, os profissionais de

saúde além de identificarem elementos da rede familiar como a mãe e o pai, lhes fornecem atributos que justificam e explicam tal falta de apoio:

“... então o que dá para notar muitas vezes assim, é que essas meninas, a maioria não tem um apoio familiar bom, as vezes a mãe e o pai ficam muito bravos e brigam muito com elas ... tem menina que o pai bebe, a mãe trabalha o dia inteiro...” (S 5)

“... morrendo de medo que a mãe saiba, a gente vai fazer a visita e já tem no prontuário “não falar para a mãe que é gestante” ...” (S 11)

Os profissionais de saúde ao identificarem a família como uma instituição com determinado poder sobre a vida das adolescentes reconhecem também o seu caráter de controle social. A esse respeito, Berger & Luckmann (2002)

“orientam que as instituições pelo simples fato de existirem, controlam a conduta humana estabelecendo padrões previamente definidos de conduta, que a canalizam em uma direção por oposição às muitas outras direções que seriam teoricamente possíveis” (p.80).

Ao codificarem, os profissionais, no prontuário da adolescente “não falar para a mãe que é gestante” a lógica¹ de que a gravidez da filha adolescente denuncia o lado negativo de um conjunto de tipificações que define o lugar no qual a conduta sexual da adolescente é julgada pela família e pela sociedade.

Garcia (1996), analisando adolescentes solteiras grávidas identificou que essa situação torna evidente a transgressão de códigos de conduta moral que a sociedade valoriza, põe em risco a honra de seus familiares além das próprias adolescentes.

Parenti (2002) refere que o apoio à adolescente grávida, deve começar na instituição familiar, onde o acolhimento, o diálogo, o respeito se fazem necessários, para que a repercussão dessa gravidez seja vivenciada de maneira positiva.

A família deve garantir ao adolescente, homens e mulheres, a proteção e a ajuda na solução de seus problemas, por mais difíceis que estes possam ser. Neste aspecto Herrmann et al (1998), enfatizam que a gravidez precoce pode ser menos estigmatizada, de forma que a mãe adolescente não sinta que é diferente ou menos importante em sua família. As famílias também podem proporcionar mais apoio para a mãe adolescente, oferecendo ajuda no cuidado com a **criança e apoio emocional**.

A família como instituição social, representa um papel fundamental junto à adolescente grávida. Estas jovens quando recebem o apoio e compreensão familiar, sentem maior segurança e

¹ O termo lógica aqui utilizado, foi tomado de Berger & Luckmann: “A lógica não reside nas instituições e em suas funções externas, mas na maneira em que estas são tratadas na reflexão que dela se ocupa” p. 91.

coragem para enfrentar a situação que no momento parece ser difícil, pois segundo Bocardi, (1997), as adolescentes grávidas percorrem um longo e doloroso caminho.

A4. Convivendo com a gravidez não planejada

No universo simbólico dos profissionais de saúde sobre a assistência a adolescente grávida, a gravidez não planejada para tais atores sociais é uma realidade vivida por elas, pois segundo eles geralmente as adolescentes engravidam sem planejamento prévio e que ao se conscientizarem da gestação estas não aceitam, logo de imediato.

“Porque a adolescente geralmente não aceita o fato de estar grávida e isto já atrapalha muito o atendimento pois não existe uma colaboração efetiva por parte delas.” (S 8)

“... ela rejeita, geralmente rejeita a gravidez, então dá mais trabalho, é muito difícil delas fazerem o certo, o que é preciso ...” (S 13)

Os profissionais ao revelarem conhecer tais aspectos ativos de uma gravidez não planejada, identificam dificuldades na assistência bem como possibilidades de outros desdobramentos para a vida da jovem mulher:

“... e chega assim totalmente despreparada, tem umas que aceitam bem, já tem umas que não aceitam a gravidez e por isso fica muito difícil aceitar ...” (S14)

“O emocional da adolescente fica abalado ... a gente aqui ouve de tudo, sabe? “Não vou querer esse filho”... “vou dar essa criança” ... e isso preocupa muito ...” (S17)

Neste aspecto Tedesco, Zugaide e Quayle (1997) apontam que, durante a gestação a adolescente vivencia alterações e manifestações corporais ao lado das emocionais, que são apresentadas como estados de tensão, medo e insegurança. Essas interpretações têm seu suporte psicológico, em mecanismos de defesa e de regressão, porém esta deve ser considerada uma fase de defesa mental transitória, que estará possibilitando à adolescente adaptar-se a nova etapa de seu ciclo biológico.

A preocupação dos profissionais de saúde sobre uma das facetas do perfil da adolescente grávida, ou seja, o caráter quase universal do grupo, (gravidez não planejada), assenta-se não só na lógica do risco, mas também argumentações ético-moral e políticas como o aborto, da multiplicidade de parceiros sexuais entre outras.

“Nós tivemos um caso recente de uma puérpera, adolescente, gestação de risco, exames alterados e que ... a primeira coisa que ela falou é que iria praticar o aborto, que ela não queria o filho, ela já tinha um filho deficiente ... não é casada ... o primeiro filho era de outro pai ... então você está vendo a situação?” (S17)

A5. Sendo vulnerável às DSTs

A vulnerabilidade às doenças sexualmente transmitidas foi um atributo identificado pelos profissionais de saúde para as adolescentes grávidas.

“A gente orienta também para ela ter cuidado com as doenças sexualmente transmissíveis, é importante prevenir e usar camisinha ...” (S 2)

“... não tem consciência de uma doença sexualmente transmissível, já teve relação sem se cuidar ...” (S 4)

“... na adolescente a gente pede o HIV também e acompanha mensalmente porque ela é faltosa”... (S 13)

Da mesma forma que as DSTs estão presentes no imaginário dos profissionais quando falam da assistência pré-natal na adolescência, estes procuram dar um local de destaque ao uso de drogas:

“... quase todas tem problemas ... ou mora com alguma avó ... o namorado é usuário de drogas ... tem outras, que o pai é alcoólatra ... todas elas tem um tipo de problema, é uma adolescente que a gente tem que cuidar mais.” (S1)

“... a gente tem que informar para ela (adolescente) sobre as doenças sexualmente transmissíveis, é ... sobre o cuidado com as drogas ...” (S2)

Vários fatores contribuem para o aumento das DSTs, inclusive a AIDS, entre adolescentes: liberação sexual feminina, múltiplos parceiros, início precoce do intercurso sexual, uso de drogas e ainda falta de uma educação sexual ampla e contínua (Takiuti, 1997, Lesser & Lloyd, 1999).

Atualmente os adolescentes são identificados, como principal grupo de risco às DSTs, em função da atividade sexual precoce nem sempre acompanhada por informações. Neste sentido, Oliveira (1997), observa que a vulnerabilidade e o risco às DSTs, devem ser relacionados ao número e à atividade dos parceiros sexuais e não à frequência das relações sexuais.

Cardoso & Freitas (2001) referem que as DSTs em adolescentes correspondem a um risco aumentado, atingindo cerca de três milhões de adolescentes por ano nos Estados Unidos e 300 milhões de casos novos em todo o mundo.

Parenti (2002) esclarece que este grupo, por ser considerado pré-disposto às DSTs, deve-se desenvolver trabalhos educativos para a prevenção e que os adolescentes não devem ser abordados de forma isolada. Deve-se integrar a saúde reprodutiva das adolescentes de maneira ampla e contínua, destituída de julgamentos de valores morais.

B. Exercendo papel fiscalizador

O conteúdo das entrevistas com os profissionais de saúde, nos permitiu identificar que facetas do seu universo simbólico sobre a assistência pré-natal à adolescentes, funcionam como instrumento de conhecimento e comunicação de um poder estruturante à medida que estruturam a forma de assistir tal clientela. Isto porque nos relatos sobre suas concepções da assistência pré-natal, apreende-se o papel fiscalizador que os mesmos desempenham na vida das adolescentes.

“... explico tudo isso muito bem, né? E se ela falta da consulta pré-natal a gente faz a visita e faz ela vir, porque é importante ...” (S2)

“... falta das consultas, a gente tem que ir atrás, ver o que aconteceu ..., mas elas não dão importância mesmo ...” (S5)

“... a gente fica em cima para elas não faltarem das consultas, para elas fazerem tudo direitinho.” (S14)

A institucionalização desse poder fiscalizatório, de acordo com o universo simbólico dos profissionais de saúde, se dá por diversas formas quer por meio de visitas domiciliares, pelos agentes de saúde, por meio de controle de retornos, entre outros.

“Se ela não vem a gente manda a agente de saúde fazer uma visita, quando não, se o carro da secretaria vem aqui, a gente aproveita e vai pessoalmente fazer a visita para a gestante faltosa, e durante todo o tempo a gente está dando uma olhada na pasta para ver quem não está vindo, a gente vai atrás para saber porque não está vindo ... é por aí ... a gente fica mesmo no pé delas ...” (S15)

Ainda nos relatos sobre a concepção da assistência pré-natal à adolescentes, os profissionais de saúde ao revelarem o seu papel fiscalizador buscam justificativas no discurso científico

ou seja que considera a gestação na adolescência associada a riscos. Assim a própria OMS define e classifica os riscos inerentes a uma gestação na adolescência.

“...e fica sempre atrás delas para não faltar da consulta, e sempre muito preocupada porque tem muito risco mesmo ficar grávida com 12, 13 14 anos de idade...” (S1)

“...então os riscos... é uma paciente que tem os riscos para tudo e eu acho isso, a gente tem que estar em cima, pegando no pé dela, para elas se cuidarem...” (S4)

A compreensão possível para o uso do poder fiscalizatório expresso pelos profissionais de saúde sujeitos do presente estudo, pode estar fundada nas relações e associações que estes fazem sobre o mundo cotidiano do trabalho assistencial com adolescentes e com o discurso científico a que se submetem continuamente no aperfeiçoamento profissional quando é reforçada a importância do controle periódico do pré-natal, controle de peso, do crescimento e desenvolvimento fetal entre outros:

“...a alimentação também é importante ... elas tem de vir fazer o pré-natal, né? E se a gente não ficar em cima elas faltam muito ... por exemplo outro dia eu encontrei com uma adolescente grávida na rua e perguntei: “por que você não foi na consulta pré-natal este mês?” aí ela disse: “Ah ... não deu tempo, eu tinha muita coisa para fazer em casa ...” por isso a gente tem que ficar em cima mesmo.” (S1)

Como esclarece Blumer (1984), as respostas dos seres humanos não são feitas diretamente às ações dos outros, mas elas são baseadas no significado com que eles ligam a tais ações. Então, para o autor, a interação humana é mediada pelo uso de símbolos, pela interpretação, ou pelo descobrimento do significado.

A apropriação do discurso oficial e fazer cumprir suas normas é a tônica que move o processo de trabalho dos serviços pré-natais.

De acordo com o Ministério da Saúde, ao agente comunitário de saúde, cabe entre outras funções a captação precoce da gestante para a primeira consulta como também para as consultas subsequentes, como ainda é ditado responsabilidades aos demais agentes de saúde como, os médicos e enfermeiros (Brasil, 2000).

As racionalizações utilizadas pelos profissionais refletem a utilização dos sistemas simbólicos, como instrumentos de conhecimento e comunicação a que se refere Bourdieu (2001), e que só pode exercer um poder estruturante porque são estruturados. A estruturação desse poder segundo o autor se faz na construção da realidade onde os atores sociais tendem a estabelecer uma ordem, o que dá um sentido imediato ao mundo social. Portanto, a fiscalização parece ser sentido que os profissionais dão aos seus papéis na assistência à adolescente que mais tarde trataremos de retornar.

C. Identificando fatores de risco

No universo simbólico dos profissionais de saúde sobre assistência pré-natal à adolescentes, esta é classificada por eles como sendo uma gestação de risco.

Ao buscar compreender as indicações feitas pelos profissionais como sendo a adolescência um risco para a gravidez, procuramos no conteúdo das falas destes atores apreender como para eles se configuram os espaços sociais do objeto de sua assistência às adolescentes grávidas.

A descrição de tais espaços, conforme nossa capacidade de apreensão do conteúdo ora estudado, nos revela a descrição de um espaço com distribuição de propriedades relacionadas às adolescentes que colocam em risco a evolução da gestação. Tais propriedades relacionam-se à idade, as complicações da gravidez e à possibilidade de aborto.

O qualificador idade, para a gênese de riscos à gestação assume uma difusa forma simbólica, pois para os profissionais ora relaciona-se a uma fase desenvolvimental do ciclo humano que é acompanhada por crises: *“...só dela ter confirmado ... a partir do momento que ela confirmou a gestação, ela sendo adolescente, é caracterizada como uma gestante de risco, assim ... de risco porque ... o fator adolescência já entra já como risco e ... a gente assim tem um cuidado especial, por causa da imaturidade psicológica.”*(S5), ora se apresenta como uma cronologia inacabada: *“... para você ver tem meninas que estão aqui fazendo pré-natal e não tomou a vacina de 15 anos porque não atingiu a idade ...”*(S5), como também ora os limites do corpo denunciam a possibilidade de riscos: *“...é uma gestação de risco, por causa da idade... tem umas que sofrem ... você vê que não está preparada ainda para a gravidez.”* (S14).

No discurso oficial considera-se como um dos indicadores a gestação de risco, quando esta acontece com jovens com idade inferior a 17 anos (Brasil, 2000).

Para avaliar os riscos inerentes à gravidez na adolescência, deve-se considerar não apenas a idade cronológica da gestante, mas também a sua idade ginecológica. No que se refere à idade ginecológica, ou seja, tempo decorrido entre a menarca e a prenhez, o risco é maior quando esse espaço for menor que quatro anos. Sendo assim, para que os profissionais de saúde associem a idade como fator de risco, é fundamental que as adolescentes ao iniciarem as consultas de pré-natal, sejam abordadas sobre quando ocorreu a menarca (Correa, 1991).

As complicações como fator de risco para a gravidez na adolescência: *“Elas não imaginam como é perigoso ...”* (S2), são representados pelos profissionais de saúde como decorrentes de um despreparo do corpo feminino, para suportar as demandas da concepção:

“Também considero a gestação de adolescente como uma gestação de risco, bem ... toda a gravidez, no início da fase fértil da mulher é uma gravidez de risco porque a gravidez exige mais da mulher, no ponto ... cardiológico, tem vários fatores aí, importantes que favorecem o risco.” (S10)

“Tem muita menina que teve descolamento ... a questão do sangramento ... acontece mesmo e é risco que elas correm ...” (S7)

Carvalho et al (1996) referem que na adolescência biologicamente o risco na gravidez não é tão grande, a não ser que a menina tenha menos de 15 anos, devido à diminuição do fluxo placentário e um útero pequeno para desenvolver a gravidez, mas para aquelas adolescentes, que se encontram com idade de 15 a 16 anos, que são a grande maioria, os riscos biológicos são os mesmos da mulher adulta. Então os riscos são muito mais sociais, muito mais psicológicos, do que provenientes da idade.

Dentre os riscos indicados pelos profissionais, aparecem o sangramento, hemorragia, aborto, hipertensão, anemia, diabetes gestacional, entre outros, o que qualifica para uma assistência que inspira cuidados por parte dos profissionais:

“... se deu alguma coisa alterada a gente já manda chamar em casa, para o médico poder tratar, repete algum exame, porque a atenção para adolescente é bem maior, porque ela pode ter pressão elevada, ou ... diabetes gestacional.”(S 9)

“ ... e o maior risco é a pressão, você mesma viu neste mês, as três meninas que tiveram crise hipertensiva no trabalho de parto, uma até que você a acompanhou que chegou convulsionar com pré- eclâmpsia ...” (S11)

O controle nutricional, como uma indicativa de risco gestacional na adolescência, é identificado pelos profissionais como determinado também pelas condições sociais a que as adolescentes vivem, necessitando, portanto uma vigilância constante:

“... e a questão social, mais a nutrição delas, porque á vezes a gente encontra gestante desnutrida, e aí tem que fazer acompanhamento toda a gravidez dela, tem que dar medicação para ver se recupera esse fator alimentar...” (S7)

A anemia entre as adolescentes grávidas não é rara e de acordo com Guimarães (2001), a anemia é atualmente melhor explicada pela pobreza pelos maus hábitos alimentares da adolescente, do que pelos efeitos da idade materna.

Sant’Anna & Coates (2001) se referindo às complicações da gravidez em adolescentes, apontam que para adolescentes com peso pré-gestacional normal, é recomendado ganho de peso de 11,5 a 16 kg, enquanto a adolescente mais jovem precisa ter um acréscimo de peso superior àquela de maior faixa etária e adultas.

A gravidez na adolescência é relacionada a diversas intercorrências do ciclo gravídico

puerperal e as principais complicações são citadas por Silva & Chinaglia (2000) como, hipertensão específica da gravidez, dificuldades funcionais uterinas, infecções urinárias, amniorrexe prematura, desproporção céfalo-pélvica, apresentação fetal pélvica e trabalho de parto prolongado.

Alguns profissionais de saúde fazem indicações do social como explicativos da gravidez de risco na adolescência.

Parenti (2002), ao discorrer sobre os riscos sociais da gravidez na adolescência, traz indicações de restrições socioeconômicas, chances diminuídas de completar escolaridade, redução de possibilidades de emprego, maior tendência a famílias numerosas, dos seus filhos adoecerem, sofrerem acidentes e terem baixo rendimento escolar.

O anúncio da gravidez na adolescência como um problema social é apresentado, segundo a ótica dos sujeitos do presente estudo, parece fundar-se numa outra lógica:

“... e também devido ao problema social, que toda gravidez tem seu ônus e depois da presença do filho, aumenta o ônus social... então o comportamento de adolescente se torna o comportamento de uma mulher adulta, que muitas vezes é difícil... adolescente entender essa mudança, então é importante a orientação que tem sido feita na UBS em relação as mães orientarem as filhas adolescentes que elas tem...” (S12)

Interessante observar que o profissional ao anunciar a gravidez na adolescência como um problema social o identifica na dimensão do “ônus” e “presença do filho” e como forma de preveni-lo ou solucioná-lo é devolver o problema à família, especificamente passando a responsabilidade para o gênero feminino, no caso a mãe de meninas adolescentes. “...as mães orientarem as filhas adolescentes que elas tem...”. Tratar essa questão apenas nessa dimensão é desconsiderar as suas múltiplas faces e mais uma vez culpabilizar a mulher por problemas que na maioria das vezes estão assentados em profundas raízes sociais os quais dependem de interesses e ações sociais e políticas para o seu enfrentamento.

A possibilidade de vivenciar um aborto entre as adolescentes parece, na visão dos profissionais, configurar um risco que se assenta muito mais nas repercussões de caráter ético moral do que no corpo da mulher.

Os seguintes depoimentos exemplificam tais percepções.

“... às vezes elas pensam em aborto... é perigoso, tem muito risco...” (S 3)

“Agora tem muitos riscos, o risco de aborto ... sem contar também que a cabecinha como eu disse para você, eu acho ainda que é o pior ... elas podem é... tem muita história de ... toma isso, toma aquilo, sabe? o chazinho a ervinha os remédios aí da vida, e... nem sempre é com maldade ...” (S6)

“que agora não tem mais como evitar o bebê, já está aí e a preocupação que a gente tem é da adolescente estar fazendo um aborto clandestino, que as vezes não tem como a gente ficar sabendo ...” (S 16)

De acordo com a Organização Panamericana de Saúde e Organização Mundial de Saúde, os abortos praticados em más condições eram responsáveis por 50% das mortes maternas na América Latina, ocorrendo o maior número delas em adolescentes entre 13-19 anos (OPS/OMS, 1991). Muito além das más condições, há uma outra constatação no que se refere à mortalidade materna. Apesar do aborto ser citado nos informes da OPS/OMS (1991), de muitos países em desenvolvimento, como a principal causa de morte materna, devemos nos atentar que o aborto ilegal é o que mais carece de registros.

Teixeira (2001) refere que uma vez comprovada a gestação, independente da classe social a que pertence a adolescente, esta poderá enfrentar situações muito difíceis, tendo que fazer algumas opções que poderão trazer sérios problemas para sua vida. Dentre estas opções a autora ressalta o aborto clandestino

D. Considerando a Assistência Diferenciada

Para o universo pesquisado; os profissionais de saúde de UBSs a legitimidade da assistência pré-natal à adolescente se concretiza por meio de uma prática diferenciada pois os agentes de cuidado se configuram como pessoas pertencentes a um corpo em formação, que necessita de cuidados e que limite riscos.

“... tem que se dar uma atenção especial, porque o corpo ainda está em formação, muitas ainda nem está definido... nem psicologicamente, e nem fisicamente, então é dado assim uma atenção especial, porque tem risco também...” (S6)

“... não que as outras não precise de um bom atendimento... é... atendimento diferenciado, mas as adolescentes é uma gestação de risco elas tem uma diferença no atendimento...” (S1)

Outras propriedades atuantes desses agentes de cuidado – as adolescentes – mostram-se presentes na conformação da prática assistencial identificada como diferenciada à medida que os profissionais resgatam o perfil traçado para as adolescentes como sendo seres imaturos, constituídos por dúvidas e medos exigindo, portanto, um atendimento diferenciado:

“... é uma atenção especial, juntamente por causa desse fator da imaturidade delas psicológica... que mais... não é que a gente quer tratar diferente mas é que precisa ...” (S5)

“...A adolescente grávida de uma mulher com mais idade grávida, só é diferente na questão da gente ter que ficar conversando mais tempo, porque com a adolescente a gente percebe que tanto o auxiliar, (de enfermagem) ou eu, fica mais tempo conversando, porque é uma paciente cheia de

dúvidas, morrendo de medo da gravidez, porque tem mais problemas psicológicos na adolescência”
... (S11)

Portanto, a lógica utilizada pelos profissionais de saúde para definir e estruturar o atendimento às gestantes adolescentes se faz pela representação de determinadas posições negativas assumidas no conjunto de espaço ou mundo social, das adolescentes conforme concepção de Bourdieu, (2001), surge como “forma de um espaço (as várias dimensões) construído na base de princípios de diferenciação ou de distribuição constituídos pelo conjunto das propriedades que atuam no universo social considerado, quer dizer, apropriados a conferir, ao detentor delas, força de poder neste universo”.

Ao se apropriarem do conjunto das propriedades que atuam no espaço social das adolescentes grávidas (são imaturas, desprovidas de conhecimento, medrosas, corpo físico inacabado, etc), na concepção de Bourdieu (2001), tais propriedades atuam como um campo de forças, ou como um conjunto de relações de forças objetivas impostos a todos que entrarem nesse campo. Assim, os profissionais anunciam que o que diferencia assistência pré-natal às adolescentes daquela oferecida a mulheres mais maduras está na consulta mais demorada, no dar mais atenção, no preocupar-se com ela, no fornecer orientações e acompanhamento psicológico conforme as propriedades negativas classificadas, no seu imaginário, para as adolescentes:

“Por isso a assistência pré-natal que nós damos para adolescente é diferente da que damos para mulher mais velha, sem querer a gente acaba dando mais atenção para elas mesmas...” (S5)

“... porque requer maior atenção, e é necessário explicar claramente sobre alimentação, sobre medicação quando necessário, em fim, é uma gestante que devemos cuidar sempre com maior atenção.” (S10)

“A consulta de adolescente é mais demorada, porque... as orientações que damos são diferentes das que são dadas para uma mulher com maior idade, então é uma consulta mais demorada.” (S8)

A esse respeito o Ministério da Saúde recomenda que os profissionais envolvidos na assistência pré-natal devem garantir as condições necessárias para prestar cuidados criteriosos e de qualidade às gestantes (Brasil, 1996).

A assistência pré-natal deve ser organizada para atender às reais necessidades da população de gestantes, através de ações de saúde que devem estar voltadas para a cobertura de toda população alvo da área de abrangência da Unidade de Saúde, assegurando a continuidade no atendimento, acompanhamento e avaliação destas ações sobre a saúde materna-perinatal (Brasil, 1997).

Para que a gravidez transcorra com segurança, são necessários cuidados da própria

gestante, do parceiro, da família e, especialmente, dos profissionais de saúde. A atenção básica na gravidez inclui a prevenção, a promoção da saúde e o tratamento dos problemas que ocorrem durante o período gestacional e após o parto. Melhorar a assistência à saúde convém ressaltar, depende também da atenção que cada profissional dedica à sua paciente (Brasil, 2000).

E. Identificando dificuldades da assistência

Os profissionais à medida que construíram, no seu imaginário, um modelo de espaço habitado pelas adolescentes grávidas, cujo espaço constituído por posições ligadas por relações de forças específicas, com valências negativas assim como o descreveram, percebem as dificuldades enfrentadas para assistir num campo de forças totalmente minado.

“... não sei como explicar direito, mas acho difícil mesmo estar atendendo adolescente, às vezes sinto que não consigo, sabe?” (S6)

Diante da percepção de tais dificuldades, os profissionais de saúde acabam por fazer uma série de indicações na tentativa de justificar a distância social que os separa das adolescentes grávidas – objeto de sua assistência.

É neste nível de reflexão que para Bourdieu (2001), “se dá consciência dos limites da objetivação objetiva, a descoberta da existência de um mundo social, de uma série de instituições que produz o efeito de tornar aceitável a distância entre a verdade objetiva e a verdade vivida daquilo que se faz e que se é” (p.53).

Neste processo de reflexão os profissionais de saúde, utilizando-se de sistemas de defesas como a falta de funcionários revelam que a assistência prestada se faz nos limites:

“A gente aqui usa os recursos que tem, mas realmente a gente não faz o que precisa para essas meninas, não dá para você dar atenção cem por cento, uma porque assim..., o quadro de funcionários do posto (se referindo a UBS) é pequeno, tem uma funcionária encarregada para o Programa da Saúde da Mulher, tem outra que ainda está sendo treinada, bom... na verdade todas nós atendemos, a tendência, quer dizer a proposta é, que quem for treinada para o Programa da Saúde da Mulher, é que vai atender a adolescente grávida, ... mas ainda não dá, mas tem muita gestante e adolescente grávida então... nossa!, só por Deus ...” (S5)

Nessa lógica dos limites, os processos institucionais hierarquizados e burocratizados para os profissionais colaboram para aumentar a distância social até as adolescentes como expressada abaixo:

“... agora os dados que a secretaria (Secretaria de Higiene e Saúde), exige, a gente preenche direitinho, escreve tudo certinho nos formulários que tem que entregar, a secretaria controla tudo... mas também não quer dizer que foi feito tudo que está escrito, a gente preenche certo

porque senão você já viu.. na verdade a gente cumpre todas as exigências e entrega toda papelada na secretaria bonitinho, direitinho...” (S5)

Ao falarem da assistência pré-natal oferecida a adolescentes grávida os profissionais de saúde vão construindo os espaços de relações objetivas, através de suas interações como o seu mundo real, vivido. Na estruturação dessa realidade a multidisciplinaridade aparece na forma de relações de forças objetivas entre os agentes envolvidos, ou melhor, no dizer de Bordieu (2001), entre os campos diferentes em que eles estão implicados, ocupando assim posições de destaque. Portanto, a inclusão da multidisciplinaridade no atendimento pré-natal, como instrumento da própria análise dos profissionais se faz nos limites de uma assistência que se faz com dificuldades:

“... e não é assim tão fácil, nós não somos psicólogos..., nós não somos terapeutas, nós não somos assistente social ...e aí elas jogam um monte de perguntas para a gente como: “como que eu vou fazer para criar?” ... “que eu vou fazer” sabe?, “eu preciso trabalhar...” e a gente não tem como ajudar ... é pouco funcionário” (S17)

No campo social das vivências cotidianas do atendimento pré-natal a adolescentes, a posição do profissional apresenta hierarquicamente subordinada a um processo de trabalho que se estrutura para atender a necessidade da esfera política que é traduzida no preenchimento de papéis, na quantificação do atendimento em detrimento da incorporação de estratégias que respondam às reais necessidades do objeto da assistência – a gestante adolescente.

Corroborando com tal perspectiva, Silva (2002) lembra que o enfermeiro que realiza consulta de enfermagem, frente a clientela adolescente, deve estar atento para o fato de que a maternidade na adolescência não representa apenas uma rota bio-reprodutiva, mas um processo social. A autora enfatiza que a saúde das adolescentes grávidas necessita de um olhar diferenciado dos profissionais de saúde, a fim de assegurar a passagem por esta fase da vida com riscos biológicos ou emocionais reduzidos, mediante o cuidado com abordagem técnica segura e humanizada.

Ao mesmo tempo percebe-se que nesta luta simbólica que se constitui de um espaço de jogo, o profissional de saúde se coloca em situação de neutralidade:

“... é assim... a gente faz esta assistência o melhor que pode... é difícil, não é fácil mesmo cuidar de adolescente... mas é assim... a gente sempre faz o que pode...” (S17)

“Seria maravilhoso se a gente pudesse dar toda a assistência que ela precisa desde o pré-natal até depois do nascimento da criança, mas a gente sabe que isso não acontece. Acho que a gente finge que faz tudo direito e que tudo está certo, sabe? Mas a gente ajuda, nem que for só um pouco eu sei que ajuda mesmo... mas isso é uma coisa que está dentro da gente sabe? Depende de cada um, e

na verdade a gente tem que trabalhar em conjunto”(S17)

F. Ações da equipe de saúde

Ao falarem como se dá a assistência pré-natal a adolescentes, os profissionais de saúde conferem uma série de ações e procedimentos de forma a legitimar um tipo de envolvimento no espaço do mundo de seu trabalho. Assim fazem indicações de *orientações, de exames laboratoriais, procedimentos médicos, agendamento de consultas e retornos, visita domiciliária e de acolhimento da clientela.*

F1. Revelando as orientações

Quanto às orientações, os profissionais de saúde revelaram a necessidade em estar orientando as adolescentes sobre todos os aspectos, como por exemplo, no que se refere aos cuidados que deverá ser dado ao recém-nascido,

“... a gente orienta bem com os cuidados com o recém-nascido, sobre as vacinas que o nenê vai ter que tomar ...” (S3).

Ainda estas orientações são estendidas ao hábito alimentar da adolescente, com vistas à prevenção da saúde materna, como também do recém-nascido,

“... a gente também sempre fala como é importante a alimentação, porque ela precisa comer bem para o bebê nascer forte ...” (S2),

“...a gente fica sempre atenta a dieta delas, para elas não engordarem demais, para não ter problema de fazer uma diabetes gestacional...” (S9).

As orientações se estendem aos problemas referentes ao relacionamento familiar da adolescente, abrangendo o apoio psicológico e ainda é realizada orientação quanto aos exames de rotina pré-natal.

Existe também a preocupação por parte dos profissionais de saúde, em orientar as adolescentes sobre o cuidado que devem ter com as mamas e ainda a higiene pessoal, como profilaxia de doenças,

“...as orientações quanto a higiene, devido a toxoplasmose, uma série de doenças aí, ... nesse ponto a gente tem abrangido bastante...” (S10).

Ainda são feitas orientações quanto à contracepção, uma vez que estes profissionais acham comum a adolescente engravidar novamente após o primeiro filho,

“...e também a gente trabalha com a prevenção com outros filhos, para prevenir depois, ter um controle, porque o que acontece muito, a gestante engravidada, tem o filho e logo depois fica grávida de novo ...” (S9).

O Ministério da Saúde enfatiza a educação em saúde que deve ser oferecida para todas as gestantes, para isto a equipe de saúde, deve estar preparada para o trabalho educativo (Brasil, 2000).

Considerando as estratégias de educação em saúde fundamentais, se prestar orientações específicas acerca de questões ou problemas que emergem durante o pré-natal, a equipe de saúde deve estar preparada a oferecer orientações para a gestante adolescente, esclarecendo todas as suas dúvidas, como ainda deve ser oferecido à oportunidade da gestante buscar esclarecimentos que julgar necessário, junto à equipe que às atende.

Belfort (1998) descreve como objetivos da assistência pré-natal a orientação de hábitos de vida, entre eles: dieta, atividades físicas, vestuário, esportes e outros, proporcionar assistência psicológica, ajudando a resolver conflitos e problemas, preparação para a maternidade, tanto no sentido de formação para o parto, como ensinando noções de puericultura, diagnóstico e tratamento de doenças pré-existentes que podem complicar ou agravar a gravidez e o parto, a profilaxia, diagnóstico e tratamento de patologias próprias da gravidez.

Levando em consideração a orientação como um dos objetivos da assistência pré-natal, os profissionais de uma certa forma, traz em seu imaginário, essa gama de conteúdo pertencente ao discurso científico quando enfatizam a orientação às adolescentes grávidas, tendo em vista que a gestação nesta faixa etária predispõe tanto aos riscos físicos como sociais.

F2. Solicitando exames e realizando procedimentos

A solicitação de exames e execução de procedimentos conforme relatado pelos profissionais de saúde, expressam a execução de uma rotina pré-estabelecida no espaço social da instituição de saúde:

“Já solicita os exames laboratoriais e aguarda esse resultado, então a gente já vai vendo se tem alguma anormalidade nestes exames...” (S7)

“É oferecido, o teste de gravidez é feito é inscrita a gestante no serviço pré-natal, é ... oferecido assim... a gente oferece os exames de rotina ...” (S14)

Os exames laboratoriais de rotina e outros necessários, durante o período gestacional, fazem parte da assistência pré-natal, preconizada pelo Ministério da Saúde, a ser desenvolvida em toda rede básica de saúde (Brasil, 2000).

Assim, observamos que a instituição de saúde incorporou na prática clínica a solicitação de exames, pois através deste instrumental será possível não só a profilaxia de patologias próprias da gestação ou não, como ainda possibilita a chance do tratamento precoce. Os profissionais fazem ainda indicações que fogem do universal, à medida que identificam características conjunturais no espaço social

próprio das adolescentes:

“... mais assim de uma maneira geral o pré-natal é igual da adolescente e da mulher adulta ... E os exames às vezes porque adolescente sem parceiro fixo, a gente pede novamente o HIV, VDRL, porque normalmente a gente pede só VDRL, toxoplasmose, glicemia e urina I,...”(S3).

É recomendado pelo Ministério da Saúde, que deve ser oferecido para todas as gestantes, o teste anti-HIV, com aconselhamento pré e pós-teste, independente da situação de risco da mulher para infecção pelo HIV, o teste deve ser voluntário e confidencial (Brasil, 1998).

Quanto aos procedimentos realizados, os profissionais de saúde entrevistados descreveram alguns, durante a consulta de pré-natal, como podemos observar a seguir:

“...que é obrigatório o envolvimento, da importância, de fazer o pré-natal, de verificar a pressão, principalmente a pressão na idade delas, para não ter um problema e eclampsia, dessas coisas.... a gente precisa cuidar mesmo, a questão da glicemia...” (S9)

“... faz os exames, realiza visitas, a gente convoca as faltosas verifica a pressão, faz o exame físico completo...” (S11)

Entendemos que os procedimentos realizados na assistência pré-natal, contribuem para que ocorra uma maior interação entre o profissional que os realiza e a gestante, assim estreitando os vínculos da assistência no sentido de colaborar para uma assistência eficaz e abrangente.

F3. Procedendo agendamentos, consultas e retornos

No cotidiano da assistência pré-natal às adolescentes, os profissionais de saúde, parecem orientar-se por meio de normas e rotinas conforme os depoimentos a seguir:

“... assim, procura marcar mensalmente os retornos, se faltar, estar indo nas casas fazer busca, porque a orientação é mais acentuada ...” (S5)

“... marca o retorno mensal ou quinzenal. Chegando os exames a gente pede para elas estarem retornando, verificando os exames...” (S11)

“... é oferecido também o acompanhamento pré-natal, que quando chegam os resultados dos exames a gente vê, para fazer o controle dos exames que está alterado e quando isso acontece à gente chama a gestante para estar consultando ...” (S14)

Tais discursos revelam que o universo pesquisado busca atender a normatização das políticas públicas sobre a assistência ao pré-natal e nascimento.

Segundo o Ministério da Saúde, para a adequada assistência à mulher e ao recém-nascido no momento do parto, todas as Unidades integrantes do Sistema Único de Saúde (SUS) tem como responsabilidades:

- ❑ Atender todas as gestantes que as procurem;
- ❑ Estabelecer mecanismos de vinculação pré-natal/parto;
- ❑ Estabelecer mecanismos de cadastramento das gestantes no pré-natal, até o 4º mês de gestação, garantindo, de acordo com os princípios gerais condições para o acompanhamento pré-natal;
- ❑ Da primeira consulta de pré-natal até o 4º mês de gestação, de no mínimo seis consultas de acompanhamento pré-natal, sendo preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo e três no terceiro trimestre da gestação (Brasil, 2000).

Belfort (1998), reforça a tendência de aproveitar o período gestacional para proporcionar às mulheres atendimento ampliado, objetivando rastrear a saúde delas em geral. Em países pobres, como o Brasil, devido à precariedade da assistência médica, o pré-natal talvez represente a única oportunidade para as mulheres serem atendidas em consulta médica, mais facilmente. No entanto, neste contexto, consideramos que a assistência pré-natal deve ser organizada para atender também as reais necessidades das adolescentes, tendo em vista o período desenvolvimental e de definição de identidades com que passam as adolescentes.

F4. Revelando a visita domiciliar

Ainda na concepção sobre assistência pré-natal a adolescentes os profissionais de saúde estudados, prescrevem a visita domiciliar:

“...e a gente procura estar fazendo visitas domiciliares para ver o ambiente, onde essas meninas moram, como é a relação com o pai e a mãe, porque isso influi...” (S1)

“O agente de saúde visita durante o mês, para ver se está tudo bem, a gente faz orientação quanto à amamentação, cuidados do nenê, tudo isto é a gente que faz para elas ...” (S13)

Conhecer a família da adolescente, se faz relevante pois possibilitará a compreensão dos

meios pelos quais uma determinada família trabalha seus problemas e conflitos, como também a receptividade da adolescente grávida no âmbito familiar.

Segundo o Ministério da Saúde, as visitas domiciliares deverão ser realizadas em uma frequência possível para cada localidade, porém no mínimo duas por gestação. Tem como finalidade reforçar o vínculo entre a gestante e a Unidade Básica de Saúde e, embora esteja voltada a gestante, deverá ter um caráter integral e abrangente sobre a família e o seu contexto social. Assim sendo, qualquer alteração ou identificação de fator de risco para a gestante ou para outro membro da família deve ser observada e discutida com a equipe na unidade de saúde (Brasil, 2000).

Enfatizamos que estas considerações são recomendadas pelo Ministério da Saúde, para a mulher grávida em geral, sem levar em consideração a idade da gestante. Conhecendo os diversos problemas familiares, sociais e culturais que a gestante adolescente enfrenta, a visita domiciliar poderá ter um papel fundamental no estreitamento de vínculos entre a adolescente grávida e o profissional de saúde que as atende, mas é fundamental que o profissional de saúde que realiza estas visitas, seja devidamente preparado e qualificado para tal atividade.

F5. Revelando o acolhimento

Na concepção dos profissionais de saúde o cuidado na assistência pré-natal, parece materializar-se na compreensão do acolher uma clientela especial.

“... então tem adolescente, não... a maioria das adolescentes tem problema também ... então ... neste acolhimento quando a gente faz abertura do pré-natal, ela cria um vínculo com a gente, para estar falando ... conversando ... perguntando tudo o que ela quer...então é...assim nesse atendimento que a gente faz ... a gente já descobre várias coisas ... tudo que acontece com ela...”
(S1)

Para os profissionais pesquisados o acolhimento somente é possível quando se tem clareza da distância social entre os agentes em interação, servindo-se portanto, para favorecer a proximidade do espaço social, ou seja, só se busca uma aproximação quando percebe-se o distanciamento da adolescente.

“... sempre que ela procura a unidade a gente sempre está assim prestes para atender ... para conversar de qualquer problema ...” (S 1)

E na tentativa de construção de um espaço mais estreito de relações entre as adolescentes, os profissionais de saúde prescrevem condutas de acolhimento ao se reportarem sobre disponibilidade, conversa aberta a todo tipo de assunto, estabelecimento de um vínculo como sugere os depoimentos a seguir;

“Ah! é isso e a gente sempre fala, que se ela precisar de alguma coisa pode vir aqui a hora que quiser que a gente sempre vai estar disponível.” (S2)

“... somente por amigas que às vezes falam, então a gente tenta manter esse relacionamento que é para elas poderem se abrir e ter um pouco de segurança, ter uma vazão, para elas poderem ser acolhidas mesmo na ansiedade delas e aí a gente encaminha, para... a gente começa a fazer já o teste de gravidez...” (S7)

É fundamental que o profissional de saúde que assiste a adolescente grávida, conheça o contexto no qual ela está inserida. Neste sentido, segundo o Ministério da Saúde, a história que cada mulher traz deve ser acolhida integralmente, a partir do relato da gestante e de seus acompanhantes. São também parte da história os fatos, emoções ou sentimentos percebidos pelos membros da equipe envolvida no pré-natal (Brasil, 2000).

Contando sua história, as grávidas esperam partilhar experiências e obter ajuda. Assim a assistência pré-natal torna-se um momento privilegiado para discutir e esclarecer questões que são únicas para cada mulher e seu parceiro, aparecendo de forma individualizada, até mesmo para aquelas que tiveram outros filhos. Temas considerados tabus, como a sexualidade, poderão suscitar dúvidas ou necessidade de esclarecimentos. O diálogo franco, a sensibilidade e a capacidade de percepção de quem acompanha o pré-natal são condições básicas para que o saber em saúde seja colocado à disposição da mulher e sua família – atores principais da gestação e parto (Brasil, 2000).

Escutar a adolescente, sem julgar suas atitudes não demonstrando preconceito em determinadas situações, estará propiciando para a gestante adolescente, oportunidade desta falar de sua intimidade, e desenvolver um relacionamento baseado em sentimentos de segurança o que certamente estará contribuindo para uma assistência mais eficaz e abrangente.

5.4 O espaço institucional do pré-natal para as adolescentes grávidas

Tomando como assertiva que “a vida cotidiana apresenta-se como uma realidade interpretada pelos homens e subjetivamente dotada de sentimento para eles na medida em que forma um mundo coerente” (Berger & Luckmann, 2002, p. 35), buscamos apreender o sentido que as adolescentes dão à assistência pré-natal uma vez que nesse momento é uma realidade vivida por elas.

O senso comum, de acordo com Berger & Luckmann (2002), contém inumeráveis interpretações pré-científica e quase-científicas sobre a realidade cotidiana, que admite como certas.

Na tentativa de buscar apreender no conteúdo das entrevistas com adolescentes grávidas,

facetas do “mundo coerente” percebido e vivido por elas nos serviços de pré-natal, tal conteúdo foi submetido a leituras e re-leituras. Assim, foi possível apreender que tais jovens percebem a assistência pré-natal nas UBSs como uma realidade constituída para uma **finalidade**, permeada por procedimentos técnicos que incluem desde a **realização de exames e procedimentos** às **orientações**, por um grupo de agentes sociais – os profissionais – que pelas suas características peculiares conforma a assistência como sendo monótona e ao mesmo tempo coercitiva, ao serem **fiscalizadas**.

A. Discorrendo sobre a finalidade do pré-natal

As adolescentes ao falarem sobre o significado da assistência pré-natal elas discorreram sobre a finalidade do mesmo deixando em evidência que para elas o pré-natal se destina essencialmente a fazer exames e à certificação do bem-estar fetal

“... sabe, eu acho que ir lá é bom para o nenê, porque elas vão cuidar para eu não ficar doente e o nenê nascer forte.” (A2)

Estas concepções simbólicas sobre a finalidade da assistência pré-natal para as adolescentes estudadas parecem ainda estar assentadas na lógica das políticas de atenção à saúde da mulher da década de 70, que tinha como objetivo favorecer o nascimento de cidadãos saudáveis garantindo assim a força de trabalho da nação.

“...aí...depois tem que ir todo mês...no dia que elas deixam marcado... e é bom ir lá...porque assim...o nenê vai nascer bem...não tem perigo.” (A 9)

“Consulta pré-natal é ir no Posto para enfermeira e o médico ver se está tudo bem com o nenê. Também faz exame que precisa ...” (A6)

Percebe-se pelas falas das adolescentes que a integralidade de seus corpos, suas emoções, o preparo para a maternidade/ paternidade não fazem parte de seus repertórios sobre a finalidade da assistência pré-natal. No entanto, é na passagem pelo espaço social dos serviços de saúde que conferem que a assistência pré-natal é objetivada nos limites de seus corpos para atender ao bom desenvolvimento fetal.

Tais racionalizações nos remete ao esquema analíticos de Mead explicitado por Blumer (1984), sobre o processo de apreensão e significação de um dado objeto. Neste esquema conceitual Blumer (1984), esclarece que os seres humanos vivem num mundo de objetos significativos para eles. E tal mundo é socialmente produzido naquele significado que são construídos através do processo de interações sociais.

Para os agentes aqui estudados – adolescentes grávidas – é no espaço social no qual se dá a assistência pré-natal que se conforma o entendimento sobre a que finalidades elas ali habitam.

“Então, o pré-natal é assim ... a gente vai lá ... eles examinam, pergunta se está tudo bem...manda a gente voltar...e fica falando para a gente ter juízo, para se cuidar...ah!...estas coisas ...” (A4)

Portanto é através das interdições e ações que acontecem nesse espaço social que as concepções sobre assistência pré-natal vão se conformando:

“Acho mesmo que o pré-natal é bom para gente poder fazer os exames que eles disseram que é importante e se por acaso acontecer alguma coisa durante o dia a gente pode ir correndo lá, que alguém vai estar lá para ajudar ...” (A1)

“Acho que é bom ir lá (na UBS), porque elas sempre vê, a pressão, conversa comigo, pergunta como eu estou, se agora estou mais feliz...”(A3)

E para as adolescentes, os agentes ativos (médicos e enfermeiros) destes sistemas simbólicos assumem um papel preponderante para tais fins:

“Eu entendo que consulta pré-natal é um... controle ... que a enfermeira e o médico fazem, para a gente ter saúde durante a gravidez.... e assim evitar que o nenê possa nascer doente, com problema...” (A13)

Como podemos constatar no relato acima, a adolescente vê como finalidade do pré-natal, a manutenção da saúde, para prevenir patologias que possam repercutir, negativamente no desenvolvimento e saúde de seu filho.

B. Realizando exames e procedimentos

As adolescentes ao serem indagadas sobre a compreensão que possuíam sobre a assistência pré-natal recebida, elas o fizeram descrevendo o movimento no espaço social do serviço de saúde que se materializa na solicitação e realização de exames e procedimentos.

“... fez um monte de exame e então eu acho que fazer exame é importante...” (A1)

“Lá no posto, a enfermeira fez o teste de novo e aí ela disse que eu tinha que fazer exame de sangue, de urina, ah... estas coisas...” (A2)

“... eu fiz exame de sangue e de urina também... mas não voltei lá para saber se deu alguma coisa...” (A8)

Desta forma, no imaginário das adolescentes a solicitação de exames e realização de procedimentos parece relacionarem-se a funções dos agentes sociais que atendem o pré-natal (enfermeira, médico) a medida em que estes configuram a forma como o trabalho se desenvolve na Unidade Básica de Saúde; ou seja, fazendo teste, solicitando exames, marcando retorno para saber resultados.

A consulta de pré-natal envolve procedimentos bastante simples, podendo o profissional de saúde dedicar-se a executar as demandas da gestante, transmitindo nesse momento apoio e confiança necessários para que ela se fortaleça e possa conduzir com mais autonomia a sua gestação. Deverá ser visto o cartão da gestante e discutidos aspectos ligados às consultas, vacinação e aos sintomas que ela está apresentando (Brasil, 2000)

“Primeiro a enfermeira conversa, depois que ela faz tudo que precisa... ela marca na carteirinha... e o médico lê o que ela escreveu, pergunta se eu estou bem... faz a consulta...” (A17)

Assim, percebe-se que a adolescente apreende a realidade do pré-natal como uma realidade ordenada. Seus fenômenos acham-se previamente dispostos em padrões que parecem ser independentes da apreensão que elas têm deles e que se impõem a elas apreendê-los.

Como explicam Berger & Luckmann (2002), a realidade cotidiana aparece já objetivada, isto é, constituída por uma ordem de objetos que foram designados como objetos antes mesmo delas adolescentes virem a habitar aquele mundo ou aquela realidade.

As adolescentes colocam os seus corpos a serviço dos profissionais para objetivar a realidade já objetivada do pré-natal à medida que realiza uma série de exames de sangue e urina, apesar de não saberem informar para que finalidades tais exames estão sendo solicitados:

“...quando eu voltei lá para saber o resultado, a enfermeira tirou sangue...é para fazer exame...não sei para que é...mas ela disse que era importante.”(A6)

“... precisei fazer exame e depois, quando eu voltei lá a enfermeira viu meu exame, depois conversou comigo ... me pesou, ... viu minha barriga, viu a pressão e depois disso tudo então, é que o médico fez a consulta ... a enfermeira, ela levou o exame para o médico também, e ele não disse nada...”(A14)

“...é assim... quando você vai lá a primeira vez... a enfermeira faz o teste de gravidez, faz exame... e marca o dia que a gente vai ter que voltar...” (A9)

O controle da pressão arterial, peso e mensuração da altura uterina configuram para as adolescentes como procedimentos rotineiros e inerentes à assistência pré-natal o que confere a normatização do discurso científico no cotidiano daquela realidade social.

C. Discorrendo receber orientações

As orientações emanadas pelos profissionais de saúde parecem delinear na mente das adolescentes determinados contornos ao seu espaço de vida, ora ampliando determinadas áreas, ora reduzindo outras de acordo com as relações objetivas que elas conseguem estabelecer consigo mesmas, com seus corpos e com o novo ser que está para chegar.

Assim, elas deixam em evidência que reconhecimento de tais limites favorece a abstração da realidade vivida – estando gestante, se preparando para ser mãe.

“... elas lá é que marcam o dia, sabe? Aí ... a moça lá falou que eu tenho que comer direitinho, porque senão prejudica o nenê, falou que ... tenho que prevenir doenças, estas assim ... ah ... estas que a gente pode pegar namorando sabe?” (A2)

E nesse jogo de objetivações do atendimento pré-natal, as adolescentes conseguem indicar agentes ativos dessas orientações “as enfermeiras, o médico” e fazer indicações de atenção especial. Portanto, fica evidente que o conteúdo das orientações fornecidas pelos profissionais relacionam-se à: alimentação, prevenção de DST, imunização para si e para o bebê, amamentação, cuidados com o bebê e contracepção.

Nas orientações sobre a alimentação, as adolescentes conseguem apreender a importância de seu qualitativo e quantitativo para a sua saúde e do bebê:

“... elas conversam comigo e ficaram falando que eu preciso comer direito para não engordar muito, porque não é bom. Falaram que tudo que eu quiser saber, elas vão explicar ...” (A 3)

“... o médico encaminha, também pergunta se está tudo bem ... e agora ele mandou eu por pouco sal na comida, disse ... que a minha pressão está subindo e não pode, e explicou isso ...” (A5)

As adolescentes deixam em evidência que a assistência pré-natal se reverte em um espaço rotulador e qualificador da mãe cuidadora de filhos, a medida que encontram nas orientações pré-conceitos sobre o cuidado, primeiro de seu corpo para então, se munir de especificações para o cuidado

com o corpo da criança:

“... a enfermeira também disse que eu vou precisar ter cuidado sempre, agora vai ser comigo e depois vai ter o nenê ...” (A12)

“A enfermeira este mês me explicou que depois que o nenê nascer, eu vou ter que levar ele no posto para tomar vacina, já pensou que dó ... ela também falou que vai ser importante, eu dar mamar para o nenê, é que criança que mama no peito é mais forte ... não fica doente ...” (A7)

Percebe-se que é por meio de algumas racionalizações dos profissionais (facetas do discurso oficial sobre atenção pré-natal), que as adolescentes vão construindo o seu universo simbólico sobre assistência pré-natal.

E é nos limites deste campo que elas vão se percebendo como agentes dessa assistência, expondo-se a seus efeitos como também neles vão se produzindo.

“... eu nem tive nenê ainda e a enfermeira lá, já fica explicando que depois vou precisar tomar cuidado para não engravidar de novo ... que é perigoso doenças ... ela explica tudo ...” (A13)

Consideramos a assistência pré-natal como um momento propício e favorável à discussão e esclarecimentos de questões que permeiam a gestação. Não basta simplesmente desenvolver e executar os programas de saúde voltados para a gestante em geral, tentando aproximá-la da especificidade que contempla a adolescência.

A equipe de saúde que presta assistência à adolescente grávida, além de desempenhar as funções de rotina da assistência, deve introduzir na sua prática uma abordagem social.

Nesse sentido, Mandú & Paiva (2001) afirmam que a assistência à adolescente deve viabilizar todos os níveis de atenção a saúde, englobando a interação, investigação, diagnóstico, intervenção, vislumbrando o desenvolvimento da autonomia e responsabilidade, da adolescente.

D. Sendo fiscalizadas

A realidade da vida cotidiana, segundo Berger & Luckmann (2002, p.39), está organizada em torno do “aqui” de meu corpo e do “agora” do meu presente. Este “aqui e agora” é foco de minha atenção à realidade da vida cotidiana... e aquilo que é apresentado a mim é o *realissimun* de minha consciência. Por outro lado, tais autores esclarecem que a realidade da vida diária não se esgota nessas presenças imediatas, mas abraça também fenômenos que não estão presentes no aqui e agora, os quais se apresentam em diferentes graus de aproximações, temporais e espaciais, de acordo como se experimenta a vida cotidiana e com os motivos pragmáticos de atenção ou escolha que fazemos.

Mas, a realidade da vida cotidiana apresenta-se também como um mundo intersubjetivo, um mundo de que se participa juntamente com outros seres humanos. Os outros, que comigo convivem e partilham a vida cotidiana, têm uma perspectiva deste mundo comum que não é idêntica à minha. Como orientam Berger & Luckmann (2002, p. 40) .”o meu “aqui” é o “lá” deles. Meu “agora” não se superpõe completamente ao deles. Meus projetos diferem dos deles e podem mesmo entrar em conflito”.

Tais áreas conflitantes são percebidas na fala das adolescentes quando passam a delimitar e conformar o seu universo simbólico sobre assistência pré-natal. Nesse processo de reflexão sobre esse universo avaliam que são constantemente fiscalizados.

Isto porque o universo simbólico das adolescentes sobre o significado da assistência pré-natal é constituído de um conjunto de formas simbólicas no qual reconhecem aspectos ativos de comportamentos e atitudes fiscalizatórios oriundos do espaço social onde a assistência pré-natal é objetivada :

“...sabe... às vezes eu atraso para ir na consulta, é que eu não vou no dia que está marcado porque as vezes não dá, e aí, vem uma moça aqui em casa e pergunta porque eu não fui...aí eu vou ...” (A3)

É desta forma que as adolescentes classificam e fazem indicações sobre o papel fiscalizador desempenhado pelos seus agentes sociais, dentro do espaço do serviço de saúde,

“A enfermeira de lá disse que se eu não voltar no dia marcado, ela vai vir aqui em casa...” (A2)

“Lá também é assim...se a gente não vai quando eles marcam, depois de um tempo a moça que é agente de saúde, vem aqui em casa e manda eu ir.” (A6)

“...se a gente não vai no dia marcado, pronto ... a moça (agente de saúde), já vem aqui para saber porque não fui ... e então é fogo ..”. (A14)

O poder simbólico, fiscalizatório dos profissionais de saúde, como indicado pelas adolescentes, é um poder de construção da realidade vivida por elas no serviço de saúde. Como esclarece Bourdieu, (2001), poder que tende a estabelecer uma ordem gnoseológica, ou seja, estabelecer um sentido imediato daquele mundo ou espaço social.

A obrigatoriedade, a certeza do cumprimento de normas “reconduzir gestantes faltosas ao pré-natal realizar visitas domiciliares no mínimo duas por gestação” (Brasil, 2000) parece ser a lógica que estrutura o serviço de atendimento a gestante adolescente e que os profissionais se vêem pressionados a seguir.

A utilização de tais racionalizações pelos profissionais de saúde favorece à desapropriação

do uso do bom senso, da reflexão sobre a que demandas está para servir.

“Eles são muito chatos, porque se você não volta, eles vem atrás da gente mesmo aqui em casa e fica falando, falando...então tem que ir...” (A5)

O consenso entre as adolescentes acerca do sentido desse mundo social que habitam durante o pré-natal revela a reprodução de uma ordem social, cuja lógica, “a obrigatoriedade, exigência, autoritarismo” favorece a uma condição de integração “moral” que “constrange, oprime e se impõe pela coerção”. Os seguintes relatos exemplificam tais observações:

“... se a gente atrasa o dia que tem que ir na consulta, se a gente não vai no dia que está marcado, se ela (Auxiliar de Enfermagem da UBS), vê a gente na rua, logo pergunta porque eu não fui e o pior é que eu moro pertinho do posto, e não tem jeito ela acaba me vendendo mesmo.” (A 17)

“Mais...eu não tenho nada não, eu estou boa ...mas a enfermeira lá me passou um sermão...ficou falando que eu tenho que ir lá todo mês, no dia que for marcado...” (A 2)

Nesse sentido, Fortes (1998) refere que o profissional de saúde detém informações, conhecimentos que, em geral o paciente não possui. Portanto, para se ter garantia da liberdade de consentir é preciso que a prática cotidiana na assistência à saúde esteja imbuída do respeito ao princípio da autonomia individual.

“Não gosto de ficar indo lá mas se eu não vou, a moça lá do posto quando me vê na rua já vem me enchendo, perguntando porque eu não fui, que precisa ir... às vezes eu estou com alguma amiga e fico até com vergonha.... então é melhor ir logo porque senão elas ficam atrás da gente que nem sarna ...” (A1)

A persuasão é eticamente aceitável, entendida como tentativa de induzir alguém, por meio de apelos à razão, para que livremente aceite crenças, atitudes, valores, intenções ou ações da pessoa que persuade. Por sua vez, a manipulação apresenta valor ético contrário, pois tenta fazer com que a pessoa realize o que o manipulador pretende, sem saber o que ele intenta (Culver, 1995).

Como consequência dessas tipificações sobre os agentes de atenção pré-natal que as adolescentes apreenderam da realidade dos serviços de saúde – sendo fiscais de suas vidas elas reagem identificando uma série de sinais que evidenciam um forte descompasso da lógica que estrutura o sistema simbólico das adolescentes e da equipe de saúde sobre atenção pré-natal.

“Mas acho muito chato ter que ficar indo lá todo mês, é sempre a mesma coisa sabe?” (A1)

“Quando eu voltei lá é sempre igual, pergunta um monte de coisa...essas coisas ...” (A4)

“Quando eu voltar lá, já sei que elas vão me pesar para ver se eu engordei muito ... mas se o nenê está crescendo ... é lógico que eu vou engordar...”(A8)

Parece que a lógica que as adolescentes utilizam para o acompanhamento pré-natal se assenta nos limites de seus corpos, ou melhor, associa-se ao reconhecimento de sinais e sintomas de que algo não está bem com seus corpos.

“Mas se eu fiz todos os exames que são importantes, porque tenho que ir todo mês? O pior é que este mês, já me avisaram, que quando eu estiver de oito meses vou ter que ir a cada quinze dias.... você acha que pode? isso não vira não...” (A1)

Ao tipificar as consultas pré-natais como momentos que não crescem em nada, legitimam-nas como algo idêntico à mesmice. Como referem Berger & Luckmann (2002, p. 129), a legitimação não apenas diz ao indivíduo por que deve realizar uma ação e não outra; diz: lhe também por que as coisas são o que são . Em outras palavras, o “conhecimento” precede os “valores” na legitimação das instituições.”

“... então minha mãe falou assim, o que é que eu queria que elas fizessem lá, se pré-natal é assim mesmo, e ... eu não sei ... mas o que é que tem se eu não gosto de ter que ir?” (A 14)

5.5 A síntese: aproximação dos espaços institucionais de atenção ao pré-natal a gestantes adolescentes

A assistência pré-natal como qualquer outra realidade, apresenta diferentes realidades, interpretadas por aqueles que ali habitam – adolescentes gestantes e profissionais de saúde que subjetivamente são dotadas de sentido para cada tipo de ator social na medida em que forma um mundo coerente para cada um deles.

Entre os limites e as possibilidades de um atendimento pré-natal à adolescentes, os profissionais de saúde do presente estudo constituíram os significados representativos do cotidiano da assistência pré-natal através de um emaranhado de percepções e interpretações sobre o perfil da clientela atendida, concluindo que a assistência se faz de forma diferenciada. Diferenciada porque lidam com pessoas imaturas, irresponsáveis, desprovidas de conhecimento sobre o próprio corpo, sexualidade, gravidez e com pouca idade. Como também no geral, lidam com adolescentes que estão levando uma gravidez não planejada, não possuem uma parceria sexual fixa, pelo contrário estão muitas vezes expostas

à multiplicidade de parceiros sexuais e as doenças sexualmente transmissíveis.

Aliado as estas questões contextuais, para os profissionais eles estão diante de uma mulher com gravidez de risco.

Tais “explicações” de acordo com orientações de Berger & Luckmann (2002), na realidade são tanto instrumentos legitimadores do tipo de assistência quanto elementos éticos daquilo que se tem como já objetivado na assistência prestada a adolescentes grávidas.

A consulta mais demorada explicitada como atenção, fornecendo explicações e orientações são os dispositivos usados pelos profissionais de saúde para configurar a assistência diferenciada para aquelas “pessoas especiais” e que se encontram em risco.

Em contraponto, o conhecimento do senso comum sobre assistência pré-natal tomado das adolescentes permitiu de alguma forma verificar que através da certificação que está tudo bem com o “bebê” é que se institui e constitui o tecido de significados sobre a finalidade do pré-natal para elas.

E através da institucionalização de algumas práticas rotineiras como realizando exames e submetendo a procedimentos como verificação de peso, de pressão arterial e ausculta obstétrica que o pré-natal vai sendo socialmente construído em seus imaginários.

Assim o pré-natal é vivenciado num contexto de controle sobre o corpo feminino o qual está em um período de transformações e de mudanças não só do status social de menina para aquele de mulher, mas também para um corpo que está se formando para exercer uma nova função social, a maternidade.

As vivências da gestação através do pré-natal para as adolescentes estudadas processam-se nos limites de ser um corpo para ter filhos.

Nesta relação de excentricidade, como referem Berger & Luckmann (2002), na relação particularmente humana entre o organismo e o eu, o ser humano experimenta-se a si próprio como uma entidade que não é idêntica a seu corpo, mas que pelo contrário, tem esse corpo a seu dispor. Reforçam tais autores, a experiência que o ser humano tem de si mesmo oscila sempre num equilíbrio entre ser um corpo e ter um corpo, equilíbrio que de vez em quando tem que ser corrigido.

Dentro de um ambiente socialmente determinado - como o pré-natal - que o desenvolvimento dos limites de ser um corpo para si e ser um corpo para o filho que está sendo gerado, gera certas conseqüências no que se refere a forma como as adolescentes se comportam no contexto do pré-natal e exteriorizam os significados subjetivos da assistência recebida.

Assim os limites de ser um corpo qualificado pelos profissionais de saúde como constituído de imaturidade, falta de responsabilidade e demais desqualificações além de estar em risco para a gestação e para o desenvolvimento fetal geram conflitos com o ser um corpo e o ter um corpo para ser mãe. Nessa direção as racionalizações efetuadas pelos profissionais de saúde exigem deles o desempenho de um papel mais vigilante, fiscalizador e controlador da gestação.

Dentro desta ótica a ordem social se estabelece através de uma série de instrumentos como a visita domiciliar, controle de retornos, enfim através de uma busca ativa desses agentes sociais especialmente em situação de faltosas.

A incorporação de fragmentos do discurso oficial como necessidade de recondução de “gestantes faltosas ao pré-natal, especialmente as de alto risco, uma vez que podem surgir complicações” como sendo um dos objetivos da visita domiciliária (Brasil, 2000) é o que parece dar aos profissionais de saúde a estruturação para o cumprimento de uma ordem pré-estabelecida.

Os papéis, no caso de fiscal, controlador, descrevem a ordem institucional, que segundo Berger & Luckmann (2002), representam uma necessidade institucional de conduta, que se expressam através de um conjunto de ações “programadas” que tem justificação e explicação. A legitimação da forma como o pré-natal se desenvolve nos serviços de saúde se faz pela explicação e justificação da necessidade de uma assistência diferenciada. Isto porque, conforme tais autores, a legitimação explica a ordem institucional outorgando validade cognoscitiva a seus significados objetivados, dando dignidade normativa a seus imperativos práticos.

No entanto, tal prática parece não alcançar a meta desejada, uma vez que ela tangencia a proposta de a visita domiciliar que: “deverá reforçar o vínculo estabelecido entre a gestante e a unidade básica de saúde e, apesar de estar voltada à gestante, deverá ter um caráter integral e abrangente sobre a família e seu contexto social” (Brasil, 2000).

Como todos os edifícios sociais de significação, explicam Berger & Luckmann (2002, p.118) os subuniversos devem ser “transportados” por uma coletividade particular, ou seja, pelo grupo que produz continuamente os significados em questão e dentro do qual estes significados têm realidade objetiva. Pode haver conflito ou competição entre tais grupos. Estes conflitos sociais traduzem-se facilmente em conflitos entre escolas rivais de pensamento, cada qual procurando estabelecer-se e desacreditar, quando não liquidar, o corpo de conhecimento competidor.

As adolescentes classificam tais instrumentos, especialmente a visita domiciliária, como algo que promove o distanciamento social entre os agentes e atores sociais do pré-natal, pois elas não vêem como uma prática que possa trazer benefícios aos limites de seus corpos: para si e para o bebê que está se desenvolvendo. Pelo contrário, a contra reação a tais iniciativas é traduzida como coerção e uma desautorização de sua autonomia e autodeterminação.

Portanto, há um total desacerto e desencontro entre as lógicas dos profissionais de saúde “tem que ficar em cima mesmo” e das adolescentes: “constrange, é chato” e “é sempre a mesma coisa” não tem crescido e favorecido na tão esperada qualidade da atenção pré-natal como: “acolher a mulher... saber o que acontece no interior de seu corpo... dedicar-se a escutar as demandas da gestante, transmitindo ... o apoio e a confiança necessários para que ela se fortaleça e possa conduzir com mais autonomia a gestação e o parto” como descrevem os documentos oficiais (Brasil, 2000)

“A ética contemporânea, na área de assistência à saúde, relaciona-se intrinsecamente à

noção de autonomia da pessoa. Intentando modificar o tradicional paternalismo existente entre os profissionais de saúde, guiados pelo princípio da beneficência e da não maleficência, a ética vem preocupando-se em garantir o respeito das pessoas autônomas, e em proteger aqueles com autonomia reduzida” (Brasil, 1999, p.147).

De acordo com o Ministério da Saúde, autonomia significa autodeterminação, autogoverno: é o poder da pessoa humana em tomar decisões sobre sua saúde, sua integridade física-psíquica, suas relações sociais. A pessoa autônoma tem liberdade de pensamento, deve ter capacidade para decidir, de forma racional, optando entre as alternativas que lhes são apresentadas, de acordo com seus valores, expectativas, necessidades, prioridades e crenças pessoais. Deve ainda ter compreensão de suas escolhas (Brasil, 1999).

Em relação à autonomia, Fortes (1998) refere que o ser humano não nasce autônomo, torna-se autônomo, mas também pode perder sua autonomia quando ocorre a interferência de variáveis estruturais biológicas, psíquicas e sócio-culturais.

De acordo com o autor, pode-se compreender que existam pessoas autônomas e pessoas com autonomia reduzida, como crianças e deficientes mentais. Nas situações de autonomia reduzida, cabe a terceiros, familiares ou mesmo profissionais de saúde, decidir pelo indivíduo.

O adolescente, deve ser considerado como pessoa autônoma ou sua autonomia ainda está reduzida? Há uma idade acima da qual pode dizer que uma pessoa é autônoma? Como decidir quais as situações em que os adolescentes podem tomar decisão por si próprios? Quando o princípio da beneficência, do “fazer o bem” ao outro, deve sobrepujar o princípio do respeito a sua autonomia? Respostas a estas questões são essenciais se a opção ética se dá pelo respeito às decisões tomadas pela pessoa, na assistência à sua saúde (Fortes, 1998).

O autor supracitado, ainda refere que legalmente os adolescentes são pessoas, ainda em fase de conquista de sua autonomia, com autonomia reduzida. No Brasil, os menores de 16 anos de idade são considerados como absolutamente incapazes pelas normas de Direito civil. E, entre 16 e menor de 18 anos de idade, são relativamente incapazes para certos atos ou à maneira de exercê-los (Código civil, arts. 3º. e 4º, Lei n. 10.406 de 11 de janeiro de 2002.).

Se na relação entre os profissionais de saúde e os adolescentes vigorar a noção de que a competência decisória individual deva basear-se nos parâmetros legais, dela resultará que a maioria não poderá tomar decisões sobre questões referentes a sua idade. A prática corrente na assistência a saúde mostra que, os mesmos profissionais que respeitam as decisões de consentimento ou recusa de um adulto, entendem os adolescentes como incapazes de decidir. Optam por conduta ética paternalista aceitando que outros devam decidir o que “é bom” para o jovem (Lantos & Miles, 1989; Moreno, 1989).

Para Cohen (1995) e Colli (1992), advoga-se que eticamente, qualquer pessoa, independente de sua idade tendo condições intelectuais e psicológicas para apreciar a natureza e as

conseqüências de um ato ou proposta de assistência a sua idade, deva poder tomar decisões sobre a assistência a sua saúde.

Fortes, (1998) refere que existe fundamentação científica para aceitação dessas considerações éticas, baseada nos trabalhos de psicologia evolutiva de Kohlberg. As pesquisas deste autor demonstraram que, a partir dos 12 anos de idade, o indivíduo é capaz de reconhecer as regras e convenções sociais como suas, e a importância delas para manter o convívio e o bem-estar-social. Essa etapa é denominada de nível “convencional” de desenvolvimento moral.

A partir dos 16 anos, inicia-se a última etapa do desenvolvimento moral, o nível “pós-convencional”. É quando o indivíduo consegue ajuizar as regras e as convenções sociais, acatando-as ou desobedecendo-as de acordo com seus próprios valores. É ressaltado pelos os autores, que a maioria dos adultos não chegará, durante a vida, a atingir a etapa de desenvolvimento moral “pós-convencional” (Lorde & Cantalejo, 1997).

Weithorn & Campbell (1982) reforçam a tese da capacidade decisória do adolescente. Estudando pessoas de 9, 14, 18 e 21 anos de idade, concluíram que os maiores de 14 anos não diferem dos adultos em suas decisões sobre saúde, na capacidade de prover consentimento para situações que envolviam a assistência à sua saúde.

Assim, consideramos que ao exercerem o papel paternalista, os profissionais de saúde, que assistem as adolescentes, durante as consultas de pré-natal, contribuem para que seja reforçada nestas meninas a imaturidade própria da idade, como também, a dependência, que as levam a continuar com atitudes imprecisas e inseguras para assumir o papel materno.

Acreditamos que deveria ser enfatizada as orientações pertinentes a seus desejos, inquietações de forma que as adolescentes conseguissem estar refletindo sobre a situação a qual se encontram e assim desenvolvessem a capacidade em agir com responsabilidade, mediante a gestação.

De acordo com as orientações de Berger & Luckmann (2002) “com o estabelecimento de subuniversos de significação emerge uma multiplicidade de perspectivas sobre a sociedade total, cada qual considerando-a do ângulo de um destes subuniversos” (p.118). Complementam dizendo que cada perspectiva estará relacionada com os interesses sociais concretos do grupo que a sustenta.

Os profissionais de saúde, como agentes da prática e de conhecimento, ao mesmo tempo que prescrevem uma assistência diferenciada a sujeitos “especiais” indicam dificuldades para a concretização da qualidade de atendimento requerida.

A distância social, traduzida pelos profissionais como falhas nos retornos marcados, desinteresse pelo pré-natal pode ser provocada pela generalização e legitimação dos qualificadores das adolescentes grávidas.

A falta de assiduidade no pré-natal para Parenti (2002), poderia ser a falta de atividade existente, que não desperta interesse na adolescente. Complementa a autora que talvez por ausência de

profissionais capacitados para trabalhar com esse universo, por lançarem mão de um enfoque biologista, esquecendo que essa fase é mediada por relações socioculturais, o que afasta cada vez mais a adolescente dos serviços de saúde.

Como explicam Berger & Luckmann (2002), o universo simbólico é concebido como a matriz de todos os significados socialmente objetivados e subjetivamente reais. Assim a sociedade histórica inteira e toda a biografia do indivíduo em particular, são vistas como acontecimentos que se passam dentro deste universo.

E de particular importância é que as situações marginais da vida do indivíduo, ou seja, aqueles que fazem ao perfil são também abrangidas pelo universo simbólico.

As generalizações e a legitimação de que toda adolescente grávida possui os mesmos atributos é desconsiderar a individualidade, a subjetividade de cada uma. Parenti (2002), revisando a literatura sobre o presente objeto de estudo adverte que independente da área de trabalho, que seja na educação preventiva ou assistencial deve-se considerar o qualificador do profissional que com essa clientela vai interar-se. Que este sinta empatia pelos adolescentes, que suas ações sejam naturais, tenha prazer em escutá-los e com conhecimentos específicos para esclarecer suas dúvidas, conduzindo-os à reflexão das questões e problemas. Acresce ainda que um ambiente de compreensão e aceitação mútua são fundamentais para respostas positivas.

Madeira & Tsunehiro (2003), referem que a literatura médica clássica ao se preocupar com as conseqüências de uma maternidade precoce, tanto para a mãe como para a criança, o faz vendo o fenômeno “externamente, com o olhar clínico, normatizador”. É uma visão vertical unificada e objetivada, que reduz o caráter humano da maternidade ao caráter puramente biofisiológico. Fecham-se os olhos à questão da subjetividade (p.60).

Uma questão final ainda sobre a maneira pela qual a ordem institucionalizada no atendimento pré-natal é objetivada como uma assistência difícil na perspectiva dos profissionais se refere a setores como a falta de funcionários, excesso de burocracia, ausência de profissionais especializados, multidisciplinariedade como psicólogos, assistentes sociais entre outros.

De acordo com Berger & Luckmann (2002), a apreensão da ordem institucional, ou alguma parte dela como uma facticidade não humana é uma questão de reificação da realidade social. Segundo tais autores, a “reificação é a apreensão dos fenômenos humanos como se fossem coisas, isto é, em termos não humanos ou possivelmente super-humanos” (p.122).

Dito de outra forma poder-se-ia dizer que é a apreensão dos produtos da atividade humana como se fossem fatos da natureza. Portanto, para os mesmos autores “o mundo reificado é por definição um mundo desumanizado”, inerte. É sentido pelo homem como uma facticidade estranha, sobre o qual não tem controle, em vez de ser sentido como de sua mesma atividade produtora” (p.123).

Apreensões como: “os dados que a Secretaria exige que a gente preenche direitinho ... mas

não quer dizer que foi feito tudo que está escrito... na verdade a gente cumpre todas as exigências e entrega toda a papelada” revelam o caráter reificador da assistência levando as reflexões por parte dos profissionais e conclusões como: “... Acho que a gente finge que faz tudo direito e que tudo está certo, sabe?”

Embora as rotinas, uma vez estabelecidas, transportam a tendência a persistir, a possibilidade de mudá-los segundo Berger & Luckmann (2002), ou mesmo aboli-las permanece ao alcance da consciência. Esclarecem os autores que somente os agentes sociais são responsáveis por terem construídos esse mundo, portanto conservam-se capazes de modificá-lo ou aboli-lo. Mais ainda, como foram eles que configuraram esse mundo no curso de uma biografia compartilhada, cuja biografia é apreendida como um episódio localizado na história objetiva da sociedade esta pode levar a outros rumos.

Como coloca Parenti (2002), a maternidade na adolescência emerge socialmente como uma questão que merece o olhar dos diversos segmentos sociais (saúde, educação, família, comunidade, gestão política e governamental). Complementa dizendo que se a considerarmos apenas como um problema, uma epidemia, uma catástrofe e risco para a adolescente, estamos tendo um olhar fragmentado e equivocado sobre a questão.

Portanto, por ser a realidade do mundo social histórica, pode sempre reconstruir as circunstâncias em que seu mundo e qualquer parte dele foi estabelecido.

Diante das circunstâncias vivenciais que se encontram os sujeitos e objetos de trabalho dos profissionais de saúde que prestam assistência a gestantes e adolescentes a instrumentalização deles (profissionais) para a compreensão da subjetividade humana aliada à objetividade da dimensão biológica concretizada no cotidiano do pré-natal, pode ser um importante caminho a ser seguido.

Entender a subjetividade humana, e no caso particular de adolescentes e grávidas exige um grande esforço, uma des-sensibilização quanto a julgamentos de valor ético-moral.

Neste processo de mudanças, as enfermeiras podem fazer a diferença na atenção pré-natal, pois dispõem de instrumentos que, através da educação em saúde, do contato face a face, podem ser apropriados para atrair as adolescentes para o serviço de saúde e fazer a sua parte.



6. Considerações Finais

Analisamos as concepções que os profissionais de saúde tem sobre a assistência pré-natal que eles oferecem a adolescentes e da mesma forma as concepções que as próprias adolescentes têm sobre a assistência recebida no pré-natal.

Para a construção deste processo de análise nos apropriamos de referenciais teóricos de construções sócio-culturais de significados e realidades sociais, procurando transcender o caráter tecnicista da assistência à saúde, mas uma tentativa de captar os mundos sociais do pré-natal que habitam e co-habitam os profissionais de saúde e as adolescentes grávidas.

Portanto, o texto aqui produzido foi construído procurando deixar evidente aquilo que nos chamou atenção, através de uma elocução enigmática, mas que com nenhuma pretensão de que o sentido dado ao texto seja uma proposição, mas é de valer-se de um potencial para afetar os leitores, em especial os profissionais que atendem em serviços pré-natais a adolescentes.

O sentido que procuramos dar à análise baseou-se na identificação da diferença do contraste, pois acreditamos que o que é crucial não é qualquer forma ou conteúdo específico, mas são as diferenças que lhe permitem ter um significado.

Falar sobre o conhecimento que os agentes do cuidado têm sobre suas áreas de especialidade, o discurso científico que embasam suas práticas é referendar algo já dado e institucionalizado no meio profissional e os profissionais aqui estudados demonstraram tal domínio ao relatarem o conjunto de atividades empreendidas para mostrar suas competências.

O sentido dessa obra ainda em construção como muitas outras pesquisas sobre este objeto de investigação foi de corporificar o que se vem pensando ou declarando como natural é, na realidade, um produto histórico, cultural e, portanto possível de mudanças.

Sob esta lógica pudemos apreender que o mundo social do pré-natal a adolescentes habitado pelos profissionais de saúde é construído dentro um universo simbólico que desqualifica a adolescente para a entrada no mundo das mulheres adultas - a maternidade.

Por outro lado, para as adolescentes, o pré-natal é o dispositivo usado para revelar-lhes os limites de ser um corpo para si e ser um corpo de ter um filho e desautorizá-las como pessoas capazes de ter uma autonomia e poder de decisão. É este espaço que elas recusam, resistem, faltando das consultas, desaprovando as visitas domiciliares, rebelando-se contra a coerção. É assim que as adolescentes revelam que a identidade fundamental dos personagens emerge como resultado de ações, de lutas com o mundo, e é aí que essa identidade é postulada como sendo a base, até mesmo a causa das ações dos profissionais.



Referências Bibliográficas

ARILHA, M.; CALAZANS, G. **Sexualidade na adolescência**: o que há de novo? In: Comissão Nacional de população e desenvolvimento. Jovens acontecendo na trilha das políticas públicas. Brasília, 1998. p.687-705.

BARBAUT, J. **O nascimento através dos tempos e dos povos**. Portugal: Terramar, 1990.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Rio de Janeiro: Edições 70, 1979. 229p.

BADINTER, E. **Um amor conquistado**: O mito do amor materno. Tradução: Waltensir Dutra. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985. 370 p.

BARROS, R. O adolescente e a família. In: MAAKAROUN, M. F.; SOUZA, R.P.; CRUZ, A. R. **Tratado de adolescência**: um estudo multidisciplinar. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 1991. p.55-9.

BECKER, D. **O que é adolescência**. São Paulo: Brasiliense, 1996.

BELFORT, P. Assistência pré-natal. In: REZENDE, J. **Obstetrícia**. 8. ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1998. p.260-76.

BERGER, P.L.; LUCKMANN, T. **A construção social da realidade**. 21 ed. Petrópolis: Vozes, 2002. 247p.

BLUMER, H. **Symbolic interactionism**: perspectives and methods. New Jersey: Prentice Hall, 1984. 207p.

BOCARDI, M.I.B. **Gravidez na adolescência**: o parto enquanto espaço do medo. 1997. 125p. Dissertação Mestrado - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

BOURDIEU, P. **O poder simbólico**. Tradução Fernando Tomaz. 4. ed. Rio de Janeiro: Bertrand, 2001. 322p.

BRASIL, Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 196** de 10 de outubro de 1996. Estabelece as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos, Brasília, 1996. 8p.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Assistência integral à saúde da mulher**: bases de ação programática. Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1984.

_____. **Normas de atenção à saúde integral do adolescente**. Brasília, Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Assistência e Promoção à Saúde: Coordenação Materno-Infantil. Serviço de Assistência à Saúde do Adolescente, v.1, p.17-8, 1993.

_____. Secretaria de Assistência à Saúde. **Normas de atenção à saúde integral do adolescente**. Brasília, v.1, p.17-18, 1993.

_____. **Programa de saúde do adolescente**: bases programáticas (PROSAD). 2 ed. Brasília, 1996. 32 p.

_____. Secretaria executiva. Coordenação de saúde da mulher. Serviço de assistência à saúde da mulher. **Assistência ao planejamento familiar**. Brasília, 1996. 169 p.

- _____. Coordenação de Saúde Materno-Infantil. **Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher – Assistência pré-natal**. 3. ed. Brasília, Ministério da Saúde, 1997, 62 p. (Normas e Manuais Técnicos)
- _____. Ministério da Saúde/Secretaria de Políticas de Saúde/coordenação nacional de DST E AIDS. **AIDS no Brasil – Um esforço conjunto Governo – Sociedade**. 1998.
- _____. **Saúde e desenvolvimento da juventude brasileira: construindo uma agenda nacional** / Lucimar Rodrigues Coser Cannon et al. Brasília, 1999.
- _____. Ética na Assistência à saúde do Adolescente e do jovem. In: **Saúde e desenvolvimento da juventude brasileira: construindo uma agenda nacional**./CANNON, L. R. C. et al. Brasília, 1999. p.147-154.
- _____. **Assistência pré-natal: manual técnico**. 3 ed. Brasília, 2000. p. 51-2.
- BRASIL. Constituição, 1988. **Constituição da República Federativa do Brasil outubro de 1988**. São Paulo: Saraiva, 1994. p. 91-8.
- BRASIL. Ministério da Justiça. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. Brasília, Comissão Sentinela, 1991.
- BROWN, H. L.; FAN, Y.; GONSOLIN, W. J. Obstetric complications in young teenagers. **South Med. J.**, v.84, p.46-64, 1990.
- CAMPOS, G. W. S. **Reforma da reforma: repensando à saúde**. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 1997.
- CARDOSO, D. M.; FREITAS, I.C.F. Doenças sexualmente transmissíveis na adolescência. In: **Pediatria Moderna**. São Paulo: grupo Editorial Moreira Junior, edição especial, 2001. p. 22-8.
- CARVALHO, A. L.; SANTOS, M. I. A; DANZIATO, O. C. **Sexualidade e adolescência – discurso e prática nas instituições de saúde**. Fortaleza, 1996. p.46.
- CARVALHO, G. M. Enfermagem em ginecologia. São Paulo: EPU, 1996. p. 39-42.
- CARVALHO, G.M. de. **Gravidez na adolescência: subsídios para a assistência e prevenção**. 1998, 79p. Dissertação Mestrado - Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo.
- CAVASIN, S. Gravidez na adolescência: diversificando o olhar. In: COSTA, M. A. (coord.). **Amor e sexualidade: a resolução dos preconceitos**. São Paulo:Gente, 1994. p. 31-46.
- COHEN, C. Ética e psiquiatria. **Jornal do CREMESP**, n.95, p.3, 1995.
- COLLI, A. S. A consulta do adolescente. In: MARCONDES, E. **Pediatria Básica**. 8 ed. São Paulo: Savier, 1992. p.541-3.
- CORREA, M.D. Riscos obstétricos. In: MAAKAROUN et al. **Tratado de adolescência: um estudo multidisciplinar**. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 1991. p.380-389.
- CULVER, C. M. Competência do paciente. In: SEGRE, M., COHEN, C. (Orgs) **Bioética**. São Paulo: EDUSP, 1995. p.63-73.
- SÃO PAULO. Diário Oficial. Aprovação de diretrizes do Programa de Saúde do Adolescente. Seção I, p. 23-4, 09/03/1991.
- DIEHL, K. Adolescent mothers: what produces positive mother-infant interaction? **MCN Am. J. Matern. Child. Nurs.**, v. 22, n. 2, p. 75-87, Mar/Apr. 1997.
- FORTES, P. A. C. **Ética e Saúde**. São Paulo: EPU, 1998.

GALETTA, M.A.; et al. Resultados obstétricos e perinatais em gestantes adolescentes atendidas em pré-natal especializados. **Rev.Ginec. Obst.**, v.8, n.1, p.10-19, São Paulo, 1997.

GARCIA, T.R. **Cuidando de adolescentes grávidas solteiras**. 1996. 120p. Tese Doutorado – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

GUIMARÃES, E.M.de B. Gravidez na adolescência: uma visão multidisciplinar. **Rev. Pediatria Moderna**. Goiás, v.37, ed. Especial, p. 29-32, Maio/2001.

HELBORN, M.L. Gravidez na adolescência: considerações preliminares sobre as dimensões culturais de um problema social. In: VIEIRA, M.V.; FERNANDES MEL; BAILEY, P. McKay A (org) **Seminário Gravidez na Adolescência. Associação Saúde da Família**. Rio de Janeiro, 1998.

HERRMANN, M. M.; VAN CLEVE, L.; LEVISEN, L. Parenting competence, social support, and self-esteem in teen mothers case managed by public health nurses. *Public Health Nurs.*, v.15, n. 6, p. 432-9, Dec. 1998.

Índice de Marília. Disponível em: <[http://www.indicedemarilia.com/cidade/ aspectos da cidade/ saúde/ index.asp](http://www.indicedemarilia.com/cidade/aspectos%20da%20cidade/saude/index.asp) htm>. Acesso em: 10 mar. 2003.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Disponível em: <http://www.ibge.net/home/estatistica/populacao/censo2000/tabelabrasil111.shtm>>. Acesso em: 15 jul. 2002.

LANTOS, J.D.: MILES, S.H. Autonomy in adolescent medicine. **J. Adolesc. Health Care**, n.10, p.460-6, 1989.

LESSER, J., LLOYD, S.E. Health-related problems in a vulnerable population: pregnant teens and adolescents mothers. **Nurs. Clin. North Am.**, v 34,n.2, p. 289-99, Jun. 1999.

LORDA E CANTALEJO. La capacidad de los menores para tomar decisiones sanitarias: un problema ético y jurídico. **Rev. Esp. Pediatr.** v.53, n.2, p.107-18, 1997.

MANDÚ, E.N.T.; PAIVA, M.S. Consulta de enfermagem a adolescentes. In: **Adolescer: compreender, atuar, acolher**. Projeto Acolher/Associação Brasileira de Enfermagem. Brasília: ABENn, 2001. p. 131-39.

MADEIRA, A.M.F. & TSUNECHIRO, M.A. A singularidade do adolescer mãe. In: MERIGHI, M.A.B.; PRAÇA, N.S. **Abordagens teórico-metodológicas qualitativas: A vivência da mulher no período reprodutivo**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003. cap. 8, p.60.

MAIA, F.F.R.; RIBEIRO, J.G.L. Aspectos Médicos-Sociais da Gravidez na Adolescência nos últimos 20 anos: Uma revisão da literatura. **Rev. Méd. Minas Gerais**, v.11, n.1, p. 34-39, 2001.

MENDES, E. V. **Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 1995. 310 p.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 3. ed. Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1994.

MIRANDA, M. I. F.; FERRIANI, M. G. C. Políticas públicas sociais para crianças e adolescentes. Goiânia: AB, 2001. p. 17-22.

MONTEIRO, D.L.M. Gestaçao na adolescência e assistência multidisciplinar. **JAMA-GO**, v. 3, n.3, p. 58-68, 1995.

MOTTA, M. L.; SILVA, J. L. P. Gravidez entre adolescentes muito jovens. Rio de Janeiro. **Femina**, v. 22, n. 5, p. 238-54, 1994.

NICCHOLS, F.H. & PODURSKI, M.J. Adolescent pregnancy and parenthood. In: NICHOLS, F.H.; ZWELLING, E. **Maternal – newborn nursing: theory and practice**, cap.39, Philadelphia: Saunders, 1997. p.1452-1472.

OLIVEIRA, M. A. C. A adolescência, o adolescer e o adolescente: re-significação a partir da determinação social do processo saúde – doença, 1997. 142 p. Tese Doutorado - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo.

OPITZ, C. O cotidiano da mulher na idade média. In: PERROT, M.; DUBY, G. **História das mulheres no Ocidente – Idade Média**. Porto: Afrontamento, 1990. v. 2, p. 355 –393.

OPS/OMS. La salud materna: un perenne desafio, Washington, 1993. p. 5-7.

OPS/OMS. Prevención de la mortalidade materna. Genebra: Royston E., Armstrong S., 1991, p. 31-47, 114-131.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Programa Saúde da família e população** – Divisão de Promoção e Proteção da Saúde, 1996. 62p.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE / FNUAP /UNICEF. **Saúde reprodutiva de adolescentes: Uma estratégia para ação**. Organização Mundial de Saúde, Genebra, 21p. 1989.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE – OPAS. **El marco conceptual de la salud integral del adolescent y de su cuidado**. Washington, 1990.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **La salud de los jóvenes** – un reto y una esperanza. Genebra, 1995. 120p.,

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE SALUD. Salud Reprodutiva – **Manual de medicina de la adolescencia**. cap.12. Washington, D.C., oficina Sanitaria Panamericana – Oficina regional de la OMS, 1992. p. 473-518.

PARENTI, P. W. Gravidez na adolescência: análise do conhecimento construído pela enfermagem. 2002. 111 p. Dissertação de Mestrado – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

PINTO, A.C.T.; WINDT, M.C.V.S.; CÉSPEDES, S. **Código civil Comparado**. São Paulo: Saraiva, 2002, p.1-3.

PINTO, R. P.; AZEVEDO, C. M. A gravidez na adolescência na perspectiva dos profissionais de saúde. In: BARROSO et al. **Gravidez na adolescência**. Brasília: Instituto de Planejamento Econômico e Social/Instituto de Planejamento, 1996. p. 55-82.

POLANEEZKY, M. O'Connor K. Gravidez na adolescência. Triagem diagnóstica e assistencial social. Clínicas Pediátricas da América do Norte. v.46, n.4, p.653-674, 1999.

SANT'ANNA, M.J.C.; COATES, V. Atenção integral à adolescente grávida . In: **Pediatria Moderna**. São Paulo: grupo Editorial Moreira Junior, edição especial, 2001.

ROUSSELE, A. A política dos corpos entre promoção e continência em Roma. In: PERROT, M.; DUBY, G. **História das mulheres no ocidente** – antiguidade. Porto: Afrontamento, 1990. v.1

SÃO PAULO, Secretaria de Estado da Saúde. Subprograma de Saúde da Mulher. **Planejamento familiar**. São Paulo, Grupo de Saúde da Mulher/DTN, 1986. v.5.

SILVA & CHINAGLIA, Gravidez na adolescência. In: NEME, B. **Obstetrícia Básica**. São Paulo: Sarvier, 2000. p. 1196-1201.

SILVA, M. L. F. da. **Gravidez na Adolescência: o discurso da literatura.** In: FRANÇA, I. S. X. & LOPES, M. E. L. (Orgs). João Pessoa: Idéia, 2002. p.83– 92.

TAKIUTI, A.D. A saúde da mulher adolescente. N: MADEIRA, F.R. Quem mandou nascer mulher? Estudos sobre crianças e adolescentes pobres no Brasil. Rio de Janeiro: Record/Rosa dos Tempos, 1997. p. 217-90.

TAQUETTE, S. R. Sexo e gravidez na adolescência: estudo de antecedentes bio-psico-sociais. 1991. 119 p. Dissertação Mestrado – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

TEDESCO, J.J.A.; ZUGAIDE, M.; QUAYLE, J. **Obstetrícia psicossomática.** São Paulo: Atheneu,. 1997. 323p.

TEIXEIRA, G. B. W. Vida Sexual de adolescentes grávidas: contribuição para a Enfermagem. 2001. 127 p. Dissertação de Mestrado – Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, Salvador.

TRIVINOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação.** São Paulo: Atlas, 1987. 175 p.

VECHIO, S. A boa esposa. In: PERROT, M.; DUBY, G. **História das mulheres no ocidente – Idade Média.** Porto: Afrontamento, 1990. v.2, p.143-183.

WAJMANN, M.S.R. et al. Gravidez na adolescência: aspectos psicossociais. In: **Coletânea sobre saúde reprodutiva do adolescente brasileiro.** Brasília. 5. ed., 1998. p.89-99.

WEITOHN, L.A.; CAMPBELL, S.B. The competency of children and adolescents to make informed treatment decisions. **Child Dev.** n.53, p.1489-98, 1982.

WHO. World Health Organization. **Safe Matheerhood.** Geneva, v.22, p.6-8, 1996.

ZAGONEL, I.P.S. **O ser adolescente gestante em transição sob a ótica da Enfermagem.** Pelotas: Editora e Gráfica Universitária, 1999.

ZAMPIERI, M.F. Enfocando a concepção e a gestação em uma perspectiva histórica e social. **Rev. Nursing,** São Paulo, n.37, p. 15-19, junho, 2001.

Anexo 4 - Quadro da categoria analítica: o espaço institucional do pré-natal a adolescentes para os profissionais de saúde

Revelando o perfil das adolescentes: Tendo parceria sexual instável

Depoimentos

... com o parceiro ...que a maioria não tem mesmo parceiro, é uma união instável... (S 1)

...ainda é mais difícil, porque assim ... às vezes elas nem tem namorado, ou tinha e se separou quando ficou grávida ... (S 5)

Então você tem que trabalhar muito mais a cabecinha dela, porque ainda muitas... é, a maioria não tem uma relação definida. (S 6)

...não sei parece falta de noção mesmo ... muitas vezes elas estão grávidas de um menino e já está namorando outro, é uma falta de noção mesmo... (S 15)

... então ela não tem uma união estável que dê para ela uma estabilidade, geralmente o parceiro está na fase de não assumir a criança, assumir a mãe e aí vem o problema social, econômico, problema familiar, psicológico da pessoa... (S16)

Revelando o perfil das adolescentes: Sendo desprovidas de conhecimento

Depoimentos

...cuidado com o RN... eu acho que ela, a gente tem que falar mais com ela , porque adolescente é diferente de uma mulher já, e agente tem que falar dos cuidados, porque é a primeira vez que ela fica grávida e ela não sabe nada ... é importante também explicar sobre o RN que ela vai ter e tem que cuidar ... (S 2)

... mais a adolescente não tem uma maneira de pensar... assim... mais correta, de responsabilidade... de saber que tem ... que tem que ter uns cuidados maiores, com uma gravidez, entende? (S 3)

...elas não têm experiência ,, ainda mais quando é a primeira gravidez... não tem experiência sobre os cuidados ... pessoais ... não sabe nem as transformações que seu corpo vai passar ... (S 3)

... então esses cuidados a gente tem que passar para elas, porque elas não sabem nada e também não fazem perguntas, a gente é que tem que ir falando ... senão porque elas não perguntam quase nada, mas fica escutando o que a gente fala, então ... a gente tem que falar bastante ... (S 3)

...também que elas não tem consciência mesmo da ... ah!... como é importante se cuidar na gravidez... (S 4)

... e depois também como vai ser importante cuidar bem do RN, e elas não têm experiência nenhuma e fica difícil ... (S 4)

... a adolescência já é uma época que a pessoa assim, está insegura com tudo, e a gravidez pode deixar mais insegura, então as dúvidas são maiores, porque adolescente tem dúvida de tudo ela não tem uma maturidade assim... para compreender tudo ... (S 4)

...você vê o jeitinho delas conversarem, as dúvidas delas são muitas...às vezes elas mesmo fala que tem medo por estar grávida... as dúvidas delas são muito grande ... (S 5)

Continuação

Revelando o perfil das adolescentes: Sendo desprovidas de conhecimento

Depoimentos

As adolescentes que vem no posto (se referindo a UBS), que a gente tem visto é... a faixa etária delas é cada vez menor, sabe a gente já teve aqui adolescente de 14 de 13 anos, também de 12,... e elas encaram assim... para elas é uma brincadeira quando chega aqui para elas é um susto, depois elas encaram a gestação como uma brincadeira. (S 5) No começo quando elas recebem a resposta: "você está grávida", nossa! é aquele choque, tem umas que dá risada, tem outras que chora... pede para fazer o teste de novo, e é triste ver uma menina de 13, ou 14 anos ser mãe, é uma criança gerando outra criança, porque não tem maturidade nenhuma, nenhuma... (S 5)

... elas não tem juízo mesmo ... (S 5)

... geralmente é por acidente que elas engravidam então o emocional é muito... tem que ser muito trabalhado e a parte física também, tem que é... tem que ter maior cuidado com essa adolescente, mas assim o emocional delas é difícil, são muito imaturas mesmo. (S 6)

...porque muitas vezes elas não tem informação de como funciona o aparelho genital feminino e tal ..., o que é mesmo ter uma relação sexual, então existe muito a questão da informação, de tabu, do conhecimento que não é correto ... (S 7)

Atender adolescente também não é fácil... ela realmente não tem a noção necessária, a maturidade para um entendimento do que precisa ser feito...é falta de responsabilidade delas e isto também dificulta muito (S8)

... e acho que as adolescentes daqui são mais carentes... às vezes ...elas chegam sozinhas para fazer as consultas, a gente percebe que elas estão totalmente perdidas em uma situação que nos dá a impressão que nem entendem muito bem o que está acontecendo com elas... (S 8)

... a gente percebe que elas estão totalmente perdidas em uma situação que nos dá a impressão que nem entendem muito bem o que está acontecendo com elas... (S 8)

Continuação

Revelando o perfil das adolescentes: Sendo desprovidas de conhecimento

Depoimentos

...mas..... parece que esta é uma preocupação nossa e não delas....não existe mesmo por parte delas preocupação com nada porque é comum depois do primeiro filho.... depois de algum tempo elas aparecem grávidas novamente..... você pode perceber isto... se voltar aqui no ano que vem você vai ver que vai ter muita primigesta que você entrevistou agora que já vai estar aqui fazendo o pré – natal novamente.... (S 8)

...porque tem gestante de 13 anos que não tem mesmo a responsabilidade ... para estar prevenindo os riscos (S 9)

Sabe, elas faltam muito da consulta de pré – natal e também começa o pré – natal tarde, porque depois que o exame dá positivo, elas demoram muito para vir aqui fazer o pré – natal, mesmo a gente indo atrás, isto é falta de responsabilidade. (S 9)

...o poder aquisitivo das pacientes, faz com que a gente dê uma maior atenção em relação a assistência pré – natal, porque elas chegam totalmente assim, às vezes.... perdidas..., a isso..... ao tipo de método contraceptivo que deveria ser usado, que não estava sendo usado, e quando ela já chegaela chega sem informação nenhuma. (S 10)

A adolescente não tem a maturidade necessária para compreender todo o processo pelo qual está passando e vai passar então é uma gestante mais difícil para atender. (S 10)

... parece que elas não tem a compreensão exata do que é estar grávida, ter um filho... o que isto pode representar em suas vidas... não sei ... é difícil atender adolescentes sabe?, porque elas mesmo não estão muito interessada... preocupadas... (S11)

... é difícil de aderir mesmo ... ela gosta de comer lanche, salgadinho e ela continua, mesmo a gente explicando, orientando, mas elas é mais difícil para entender. (S 13)

Continuação

Revelando o perfil das adolescentes: Sendo desprovidas de conhecimento

Depoimentos

... é difícil de aderir mesmo ... ela gosta de comer lanche, salgadinho e ela continua, mesmo a gente explicando, orientando, mas elas é mais difícil para entender. (S 13)

... mas elas não colaboram, é muito difícil mesmo ... (S 14)

... a adolescente normalmente é o primeiro filho e elas têm medo de tudo, porque é novidade, elas desconhecem tudo sobre gravidez ... (S 15)

... e se não tem consciência não cuida bem do nenê como deve cuidar, como é preciso não é? (S 15)...porque elas não se preocupam muito com nada, não é igual uma mulher grávida com maior idade que já teve outros filhos e já sabe tudo como é ... (S 15)

Acho importante dizer que adolescente é menos estabilizada emocionalmente, geralmente é nulípara, nuligesta, não tem um histórico de gravidez e chega aqui com toda uma carga de problemática em cima ... (S 16)

... é difícil por tudo isso fazer adolescente vir ao pré-natal direitinho, orientar bem... porque elas parecem que estão distante de tudo que está acontecendo com elas (S16)

Esse problema de adolescente o que eu vejo de diferente realmente, que eu acho ... ela é a diferença de idade sabe? Que elas são mais difíceis de entender a situação e não ajuda em nada ... (S17)

Adolescente não tem estrutura nenhuma ... então a gente tem que estar conscientizando ... (S 17)

Revelando o perfil das adolescentes: Carecendo de apoio familiar

Depoimentos

... então o que dá para notar muitas vezes assim, é que essas meninas, a maioria não tem um apoio familiar bom, às vezes a mãe, e o pai fica muito bravo e briga muito com elas ...tem menina que o pai bebe, a mãe trabalha o dia inteiro... (S 5)

... e acho que as adolescentes daqui são mais carentes... às vezes ...elas vêm sozinhas para fazer as consultas ... (S 8)

É difícil alguém da família vir junto, e quando vem já é bem depois que começou o pré – natal entende? Às vezes vem a mãe, o namorado ou até o marido, mas isso é sempre bem depois que elas já começaram o pré – natal. No comecinho elas vem sozinha porque acho que elas não tem aquela coragem de contar para família de imediato, então no comecinho elas vem sozinhas e só passa a vir acompanhada..... acho depois que a família tomou a consciência. (S 9)

Tem gestante que faz o teste e dá positivo e elas somem e tem outras que demoram 3 meses ou mais para voltar e isso é difícil. Quando a barriga aparece, elas percebem que não tem mais jeito e que tem que vir aqui ... porque elas escondem muito que está grávida e só contam mesmo quando não dá mais para esconder da família. (S 9)

Nesse aspecto a gente tem deparado com este tipo de problema, mas em relação a assistência pré – natal, é ... justamente por ser um pessoal mais carente, a gente tem que dar um pouquinho mais de estímulo ... porque estas meninas geralmente não podem contar muito com o estímulo da família ... (S 10)

... morrendo de medo que a mãe saiba, a gente vai fazer a visita e já tem no prontuário “não falar para a mãe que é gestante” ... (S 11)

... porque a maioria das adolescentes vem aqui sem que os pais saibam que estão grávidas. (S 15)

... a adolescente tem uma problemática maior porque ela está na idade escolar, depende do pai e mãe, ela não trabalha, não tem renda dela e ela se sente perdida. (S 16)

Revelando o perfil das adolescentes: Convivendo com a gravidez não planejada

Depoimentos

Porque a adolescente geralmente não aceita o fato de estar grávida e isto já atrapalha muito o atendimento pois não existe uma colaboração efetiva por parte delas. (S 8)

... ela rejeita, geralmente rejeita a gravidez, então dá mais trabalho, é muito difícil delas fazerem o certo, o que é preciso ... (S 13)

...e chega assim totalmente despreparada, tem umas que aceita bem, já tem umas que não aceitam a gravidez e por isso fica muito difícil de cuidar (S 14)

...e elas vem fazer o exame, como já aconteceu ... de não estar querendo a criança, a gente conversa e se ela quiser a gente encaminha para ela passar por apoio psicológico (S 16)

O emocional da adolescente fica muito abalado ... a gente aqui ouve de tudo sabe? “Não vou querer esse filho” ... “vou dar essa criança...” e isso preocupa muito. (17)

Nós tivemos um caso recente de uma puérpera, adolescente ... gestação de risco, exames alterados, e que ... a primeira coisa que ela falou é que iria praticar o aborto, que ela não queria o filho, ela já tinha um filho deficiente ... não é casada ... o primeiro filho era de outro pai ... então você está vendo que situação? (S 17)

Revelando o perfil das adolescentes: Sendo vulnerável às DSTs

Depoimentos

...até mesmo que tenha agressões da família do namorado....dos problemas que ela tem em casa, tudo isso...é.... porque nós temos adolescentes..... que quase todas tem problemas...ou mora com alguma avó... o namorado é usuário de drogas...tem outras que, o pai é alcoólatra ... todas elas tem um tipo de problema, é uma adolescente que a gente tem cuidar mais ... (S 1)

... a gente tem que informar para ela (adolescente) sobre as doenças sexualmente transmissíveis, é... sobre o cuidado com as drogas ... (S 2)

...que ela vai ter um bebê ... e que vai precisar cuidar desse bebê. A gente orienta também pré ela ter cuidado com as doenças sexualmente transmissíveis, é importante prevenir e usar camisinha ... (S 2)

...namorado ou parceiro, explico que ela não deve ficar trocando de parceiro, que é importante não usar droga... (S 2)

... os riscos, que é... (silêncio).. adolescente que fuma, a vida que elas tem porque se já ficou grávida quando adolescente com 12 ou 13 anos então porque não é... não tem consciência de uma doença sexualmente transmissível, já teve relação sem se cuidar ... (S 4)

... na adolescente a gente pede o HIV também e acompanha mensalmente porque ela é faltosa ... (S 13)

Exercendo papel fiscalizador

Depoimentos

...a alimentação também é importante.....e elas tem de vir fazer o pré – natal né? e se a gente não ficar em cima elas faltam muito.... por exemplo outro dia eu encontrei com uma adolescente grávida na rua e perguntei, “por que você não foi na consulta este mês?” aí ela disse: “A Jô... não deu tempo eu tinha muita coisa prá fazer em casa...” por isso a gente tem que ficar em cima mesmo.(S1)

...e fica sempre atrás delas prá não faltar da consulta, e sempre muito preocupada né? porque tem muito risco mesmo ficar grávida com 12, 13 14 anos de idade,(S1)

... explico tudo isso muito bem né? e se ela falta da consulta pré – natal, a gente faiz visita e faiz ela vir né? porque é importante...(Sujeito 2)

...então os riscos... é uma paciente que tem os riscos prá tudo, né? e eu acho isso, a gente tem que tá em cima, pegando no pé dela, prá elas se cuidarem,(S4)

...falta das consultas, a gente tem que ir atrás, ver o aconteceu..., mais elas não dão importância mesmo, né?(S 5)

A gente chama de novo, tem algumas, até que tem aquela consciência e mesmo assim a gente tenta conscientizar bem e tem que correr atrás mesmo. (S 9)

... as vezes não ligam muito pro retorno, de vir, a gente tem que ir atrás ...chamar.. mesmo assim não adianta ... elas mesmo não estão assim tão preocupadas com a gravidez né ? (S11)

A gente fica em cima para elas não faltar das consultas, para elas fazer tudo direitinho ...(S14)

Continuação

Exercendo papel fiscalizador

Depoimentos

...Se ela não vem a gente manda o agente de saúde fazer uma visita, quando não, se o carro da secretaria vem aqui, a gente aproveita e vai pessoalmente fazer a visita para gestante faltosa, e durante todo o tempo a gente ta dando uma olhada na pasta para ver quem não está vindo, a gente vai atrás para saber porque não está vindo ... é por aí ... a gente fica mesmo no pé delas, né? (S15)

...vai atrás delas quando elas faltam da consulta, a gente conscientiza elas de que não pode faltar do pré – natal, que é importante estar vindo aqui, a gente fica o tempo todo em cima mesmo delas, né? (Sujeito 17)

... tem que conscientizar a adolescente da importância do pré – natal, de cuidar do filho e ... estar em cima mesmo para que ela não abandone o tratamento ... a criança ... (S 17)

Identificando fatores de risco

Depoimentos

... porque a gravidez de adolescente tem muito risco, elas podem ter sangramento... (S 1)

Elas não imaginam como é perigoso ... (S 2)

... como é que deve ter cuidado diante de uma gravidez de risco, porque a gente sabe que adolescente é uma gravidez de risco, porque elas são muito novas para ter um filho ... (S 3)

... às vezes elas pensam em aborto... é perigoso, tem muito risco... (S 3)

... só dela ter confirmado... a partir do momento que ela confirmou a gestação, ela sendo adolescente, é caracterizada como uma gestante de risco, assim... de risco porque, por caso, o fator adolescência já entra já como risco e...a gente assim tem um cuidado especial, por causa da imaturidade psicológica ... (S 5)

...os riscos mesmo, porque elas não sabem nada, para você ver tem meninas que está aqui fazendo pré – natal e não tomou a vacina de 15 anos porque não atingiu a idade ... (S 5)

Agora tem muitos riscos, o risco de aborto ... sem contar também que a cabecinha como eu disse para você, eu acho ainda que é o pior ... elas podem é... tem muita história de ... toma isso, toma aquilo, sabe? o chazinho a ervinha os remédios aí da vida, e... nem sempre é com maldade ... (S 6)

Agora tem muitos riscos, o risco de aborto prematuro porque o corpo não está... ainda não está preparado para isso, sem contar ... (S 6)

Então é comum o sangramento no início da gestação ... (S 7)

... tem muita menina que teve descolamento ... a questão do sangramento ... acontece mesmo e é risco que elas correm ... (S 7)

Continuação

Identificando fatores de risco

Depoimentos

... e a questão social, mais a nutrição delas, porque á vezes a gente encontra gestante desnutrida, e aí tem que fazer acompanhamento toda a gravidez dela, tem que dar medicação para ver se recupera esse fator alimentar... (S 7)

O que mais preocupa de fato é a gestação nesta fase porque consideramos uma gestação de risco... e os riscos são muitos..... é..... na verdade o ideal seria não engravidar nesta idade, mas.... não é isto que acontece e a gente precisa estar atento para o que pode acontecer. (S 8)

...se der alguma coisa alterada a gente já manda chamar em casa, para o médico poder tratar, repete algum exame, porque a atenção para adolescente é bem maior, porque ela pode ter pressão elevada, ou....a diabetes gestacional... (S 9)

Também considero a gestação de adolescente como uma gestação de risco, bom.... toda a gravidez, no início da fase fértil da mulher é uma gravidez de risco porque a gravidez exige mais da mulher, no ponto ...cardiológico, tem vários fatores aí, importantes que favorecem o risco. (S 10)

...e maior risco é a pressão, você mesmo viu neste mês, as três meninas que tiveram crise hipertensiva no trabalho de parto, uma até que você acompanhou que chegou a convulsionar com pré – eclampsia ... (S 11)

... e também devido ao problema social, que toda gravidez tem seu onus e depois da presença do filho, aumenta o ônus social... então o comportamento de adolescente se torna o comportamento de uma mulher adulta, que muitas vezes é difícil... adolescente entender essa mudança, então é importante a orientação que tem sido feita na UBS em relação as mães orientarem as filhas adoelscentes que elas tem... (S12)

Continuação

Identificando fatores de risco

Depoimentos

...elas já vem com uma orientação quanto ao risco, que existe na gravidez nas duas extremidades, tanto adolescente, como nas pré – menopausa então elas (adolescentes) não são conscientes dos riscos, dos cuidados que tem que ter inclusive em relação à alimentação ... exercícios ... atividades físicas moderada... tudo isso ... inclusive, o ideal seria que evitasse essas gravidezes em adolescentes ... (S 12).. então, novamente na UBS, tem – se orientado as mães quanto a orientação em relação as filhas, para que evitem este tipo de gravidez, primeiro devido aos riscos normais da idade ... (S 12)

A adolescente é uma grávida de risco, ela é difícil de fazer a dieta, ela ganha peso rápido, muito fácil, a gente orienta a pouco sal na comida gordura...(S13)

... é uma gestação de risco, por causa da idade ... tem umas que sofre ... você vê que não está preparada ainda para gravidez. (S 14)

.... que agora não tem mais como evitar o bebê, já ta aí e a preocupação que a gente tem é da adolescente estar fazendo um aborto clandestino, que as vezes não tem como a gente ficar sabendo ... (S 16)

...ela passa aceitar a gravidez a gente observa que ela subiu um degrau ... ela deu um passo para aceitar esta criança, para não correr o risco de um aborto, de ... outras coisas mais (S 17)

... 'geralmente é uma gravidez de risco, porque se ela tiver assim, um cuidado melhor, e elas não tem mesmo esse cuidado... a própria condição social não ajuda... (S17)

Considerando a assistência diferenciada

Depoimentos

... não que as outras não precise de um bom atendimento... é... atendimento diferenciado, mas as adolescentes é uma gestação de risco elas tem uma diferença no atendimento... (S1)

... por isso que a gente procura estar sempre conversando, falando que ela precisa cuidar direitinho do bebê ... dar muito carinho muito amor ... porque gravidez de adolescente é diferente mesmo. (S 1)

De verdade a gente cuida assim diferente da adolescente, porque é diferente mesmo de uma mulher adulta. Por isso a gente dá mais atenção para adolescente a gente se preocupa mais... (S 2)

....porque têm um bebê aí que precisa de cuidados, então eu acho que tem que dá uma atenção melhor para elas... (S 4)

... é uma atenção especial, juntamente por causa desse fator da imaturidade delas psicológica... que mais... não é que a gente quer tratar diferente mas é que precisa ... (S 5)

Por isso a assistência pré – natal que nós damos para adolescente é diferente da que damos para mulher mais velha, sem querer a gente acaba dando mais atenção para elas mesmo... (S 5)

No atendimento pré – natal a gente procura dar mais atenção, não é mais atenção é ... orientações porque é diferente o jeito de uma adolescente encarar a gestação de uma pessoa já ... com idade mais avançada ou então que tem uma cabeça mais formada ... (S 5)

... tem que se dar uma atenção especial, porque o corpo ainda está em formação, muitas ainda nem está definido... nem psicologicamente, e nem fisicamente, então é dado assim uma tenção especial, porque tem risco també... (S 6)

Continuação

Considerando a assistência diferenciada

Depoimentos

... Bem a assistência que fazemos aqui, nesta UBS, Acredito ser muito adequada e eficiente, orientamos bem a adolescente e nos preocupamos muito com elas. (S8)

... mas não é que a assistência seja tão diferente para a adolescente, é que muda alguma coisa mais por causa dessa parte psicológica dela, da imaturidade, precisa tirar dúvidas, esclarecer tudo sobre o RN. (S 5)

A consulta de adolescente é mais demorada, porque... as orientações que damos são diferentes das que são dadas para uma mulher com maior idade, então é uma consulta mais demorada. (S 8)

A orientação que faço para adolescente é diferente, tento detalhar o melhor possível, quer dizer, quando faço a consulta explico da melhor forma possível tudo o que faço, em fim... converso bastante, para que elas saiam daqui sem dúvidas.... para que elas tenham todas as informações, muito claras ... (S 8)

... porque requer maior atenção, e é necessário explicar claramente sobre alimentação, sobre medicação quando necessário, em fim, é uma gestante que devemos cuidar sempre com maior atenção. (S 10)

A adolescente grávida de uma mulher com mais idade grávida, só é diferente na questão da gente ter que ficar conversando mais tempo, porque com a adolescente a gente percebe que tanto o auxiliar, (de enfermagem) ou eu, fica mais tempo conversando, porque é uma paciente cheia de dúvidas, morrendo de medo da gravidez, porque tem mais problemas psicológicos na adolescência (S 11)

Bom ... na assistência que nós oferecemos aqui na UBS, a gente faz o teste, e é assim a consulta é um pouco mais demorada para adolescente, porque a gente orienta, é mais uma orientação, porque elas ficam mais assim ansiosa ... (S 11)

Continuação

Considerando a assistência diferenciada

Depoimentos

A assistência que eu faço para adolescente é igual a de qualquer gestante, agora ... a orientação é diferente, inclusive precisa de uma orientação mais de ... como é que se fala ... em relação a vida que ela vai assumir, por exemplo o filho (S 12)

Há um apoio nesta questão de incentivar a adolescente a contar para os pais, para o namorado, tentar trazer a família junto, para fazer o pré – natal e se a gente notar que ela está muito nervosa com a gravidez a gente sugere o acompanhamento psicológico também, que vai ser encaminhado pelo ginecologista, e é isso ... orienta sobre as vacinas, sobre exames ... (S 15)

Assim mesmo os riscos são inevitáveis e realmente nós fazemos um tratamento especial, desde a porta de entrada até o pré-natal, e ... o controle de imunização, tem o emocional, e... fazer com que ela passe aceitar o pré-natal, um dos itens que eu acho muito importante também... (S17)

Identificando as dificuldades da assistência

Depoimentos

A gente aqui usa os recursos que tem, mas realmente a gente não faz o que precisa para essas meninas, não dá para você dar atenção cem por cento, uma porque assim..., o quadro de funcionários do posto (se referindo a UBS) é pequeno, tem uma funcionária encarregada para o Programa da Saúde da Mulher, tem outra que ainda está sendo treinada, bom... na verdade todas nós atendemos, a tendência, quer dizer a proposta é, que quem for treinada pro Programa da Saúde da Mulher, é que vai atender a adolescente grávida, ... mas ainda não dá, mas tem muita gestante e adolescente grávida então..., nossa!, só por Deus ... Como tem adolescente grávida ... (S 5)

... agora os dados que a secretaria (Secretaria de Higienene e Saúde), exige, a gente preenche direitinho, escreve tudo certinho nos formulário que tem que entregar, a secretaria controla tudo... mas também não quer dizer que foi feito tudo que está escrito, a gente preenche certo porque senão você já viu.. na verdade a gente cumpre todas as exigências e entrega toad papelada na secretaria bonitinho, direitinho... (S5)

... não sei como explicar direito, mas acho difícil mesmo estar atendendo adolescente, as vezes sinto que não consigo, sabe? (S6)

... a gente dá bastante atenção, mas acho que por ter pouco funcionário e muita gestante a gente não dá uma orientação, um cuidado eficiente mesmo ... acho que poderia ser melhor, mas a gente procura fazer o máximo que a gente pode, em dar toda assistência, mas é muito difícil. (S 17)

... e não é assim tão fácil, nós não somos psicólogos..., nós não somos terapeutas, nós não somos assistente social ...e aí elas jogam um monte de perguntas para a gente como: “como que eu vou fazer para criar?” ... “que eu vou fazer” sabe?, “eu preciso trabalhar...” e a gente não tem como ajudar ... é pouco funcionário (S 17)

Continuação

Identificando as dificuldades da assistência

Depoimentos

Seria maravilhoso se a gente pudesse dar toda a assistência que ela precisa desde o pré-natal até depois do nascimento da criança, mas agente sabe que isso não acontece. Acho que a gente finge que faz tudo direito e que tudo está certo, sabe? Mas a gente ajuda, nem que for só um pouco eu sei que ajuda mesmo... mas isso é uma coisa que está dentro da gente sabe? Depwende de cada um, e na verdade a gente tem que trabalhar em conjunto
(S17)

... é assim... a gente faz esta assistência o melhor que pode... é difícil, não é fácil mesmo cuidar de adolescente... mas é assim... a gente sempre faz o que pode...
(S 17)

Ações da equipe de saúde: Revelando as orientações

Depoimentos

Então na orientação que a gente faz.....é orientado sobre a concepção como foi... sobre a alimentação que ela vai ter.....sobre o filho que ela vai ter, os cuidados que ela tem que dar para a criança..... e desde o princípio a gente fala que ela tem um bebezinho dentro dela.....que ela já vai ter que começar dar amor....dar carinho.....a cuidar bem, depois mais tarde que a saúde do seu bebê e a saúde dela também é importanteque deve cuidar bem desta gestação...(S 1)

A gente também sempre fala como é importante a alimentação, porque ela precisa comer bem pro bebê nascer forte... (S 2)

... a assistência que eu dou é assim ... converso bastante sobre o RN, explico sobre DST, pergunto como ela é tratada em casa pela família, namorado ... (S2)

... a gente orienta bem com os cuidados com o recém – nascido, sobre as vacinas que o nenê vai ter que tomar... (S 3)

A gente tem que orientar bem não é porque são adolescentes, tem que orientar todas as gestantes igual, tem gestante com maior idade que também não tem esse conhecimento das coisas...(S 3)

... tem que conscientizar elas da importância da gravidez, como é que ... do RN que vai nascer, que ela não tem experiência de nada então tem que tentar conscientizar elas da importância dessa gravidez, como lidar com todas essas dúvidas, mais explicando mesmo...(S 4)

...e a gente também faz a prevenção... Não cuidamos só de gestante a gente faz de tudo... (S 5)

...ainda é o psicológico a ser trabalhado... por isso que quando eu presto assistência para adolescente grávida, e... converso bastante e.....tento trabalhar o psicológico, fazer ela entender como é importante cuidar da criança depois... é assim que eu faço... (S 6)

Continuação**Ações da equipe de saúde: Revelando as orientações****Depoimentos**

E a gente orienta de que qualquer dúvida, qualquer intercorrência que aconteça que elas retornem, que estejam conversando conosco para que a gente possa dar alguma saída para elas também. (S 7)

A gente procura conscientizar bem a adolescente da importância do pré – natal, das consultas de pré – natal, dos exames delas, delas virem colher os exames... de estar sempre atenta.... procura....dar noções também do bebê, da responsabilidade que ela vai ter que adquirir , de como cuidar dos seios.... da amamentação, a gente insiste bastante na amamentação depois do parto...(S 9)

a gente fica sempre atenta da dieta delas, para elas não engordarem demais de não ter problema de fazer uma diabetes gestacional, tem que cuidar bem da nutrição (S 9)

e também a gente trabalha com a prevenção com outros filhos, para procurar prevenir depois, ter um controle, porque o que acontece muito , a gestante engravida, tem o filho e logo depois fica grávida de novo... (S 9)

...para estas gestantes em relação ao tipo de medicamento que ela deve tomar, durante o pré – natal, as orientações quanto a higiene, devido a toxoplasmose, uma série de doenças aí, nesse ponto a gente tem abrangido bastante. Neste aspecto mais de orientação em relação a isso. (S 10)

...E nós precisamos aí abranger mais, dar maior assistência quanto a alimentação, é principalmente com a parte psicológica, que acho importante para a futura mãe, para ela saber como cuidar da criança que ela vai ter que assumir...(S 10)

A assistência é assim a gente as orienta ... o tempo todo sobre tudo isso que já falei. (S 13)

Continuação**Ações da equipe de saúde: Revelando as orientações****Depoimentos**

Primeiramente a gente confirma a gravidez mediante o teste. A gente dá as orientações necessárias a respeito das vacinas, dos exames que está sendo pedido. A gente orienta a adolescente a estar conversando com a mãe,...(S 15)

O atendimento mais específico que eu faço é a pós consulta, porque eu só fico na farmácia, e nós orientamos quanto a medicação, alimentação que ela tem que estar fazendo de forma correta, a evitar bebida, se tem alguma hipertensão de base, estar avisando o médico ... se elas tiverem qualquer intercorrência a estar procurando a gente, para ... se for necessário, a gente possa estar encaminhando ela para hospital, agora se não for uma coisa muito grave estar vindo aqui na Unidade mesmo, e ... quando ela chega, que ela faz a coleta de exame, a gente avisa o porque de estar colendo o exame, porque é importante, que é para ver o sangue dela, do bebê, quais são os tipos de parto, eu geralmente costumo falar que hoje o melhor tipo de parto é o parto normal, que a cesárea tem muito risco, além de ser ah ... um procedimento que não tem muito uso, pelo menos a gente vê que os médicos dão preferência para o parto normal e... (S 16)

E que eu lembro é assim, mas...tem o controle também que a gente faz todo mês, delas estarem passando na consulta médica e para faltar na consulta pré – natal o mínimo possível ... e o que eu me lembro mais agora é isso, é que eu fico mais assim ... em coleta de sangue e farmácia. (S 16)

Olha ... a conversa inicial que eu chamo de porta de entrada, é essencial, para que ela (adolescente) faça os exames, para que depois ela não vá para casa toda se desmoronando sabe? ...(S17)

A gente fica e tem que orientar mais conversar mais sobre, tomar os remédios direitinho, não faltar das consultas, se alimentar bem e direito ... estas coisas que para elas parece não ter importância nenhuma (S 17)

Ações da equipe de saúde: Solicitando exames e realizando procedimentos

Depoimentos

...essa abertura de pré – natal, é... consta da abertura que é solicitação de exames, avaliação para ver como que ela esta,....se ela precisa de uma consulta urgente.....a gente já vê sobre alguns problemas que ela tem... (S 1)

Já solicita os exames laboratoriais e aguarda esse resultado, então a gente já vai vendo se tem alguma anormalidade nestes exames... (S 7)

...que é obrigatório o envolvimento, da importância, de fazer o pré – natal, de verificar a pressão, principalmente a pressão na idade delas, para não ter um problema e eclampsia, dessas coisas.... a gente precisa cuidar mesmo, a questão da glicemia,..(S 9)

É a parte que a gente faz, ela vem, faz o teste, se der positivo a gente já faz toda inscrição dela no serviço pré – natal, procura esclarecer todas as dúvidas que elas tiverem, aí a gente pede exames, elas vem... (S 9)

.... faz os exames, realiza visitas, né?, a gente convoca as faltosas verifica a pressão né? faz o exame físico completo... (S 11)

É ... nós iniciamos o pré – natal com a consulta médica, não é? Primeiro a consulta de enfermagem, onde a gente pede os exames, todos os exames do protocolo, acho que não preciso citar os exames, porque você conhece ... e aí a gente vai acompanhando a adolescente mensalmente... (S 13)

Mais assim de uma maneira geral o pré – natal é igual da adolescente e da mulher adulta E os exames as vezes porque adolescente sem parceiro fixo, a gente pede novamente o HIV, VDRL, porque normalmente a gente pede só VDRL, toxoplasmose, glicemia e urina I,... (S 13)

É oferecido o teste de gravidez é feito é inscrita a gestante no serviço pré – natal, é ... oferecido assim... a gente oferece os exames de rotina ...(S 14)

Ações da equipe de saúde: Procedendo agendamentos, consultas e retornos

Depoimentos

... e a partir daí é feito o acompanhamento dela, um acompanhamento intenso...aí é agendado consulta, solicitados os exames... e você perguntou como é feita assistência? (S 1)

...assim, procura marcar mensalmente os retornos, se faltar, estar indo nas casas fazer busca, porque a orientação é mais acentuada ... (S 5)

... nos resultados também, a gente já chama antes para antecipar a consulta senão a gente agenda uma consulta para o período normal... (S 7)

... o médico é que faz a consulta ... a gente procura mais assistir conversando, agora o controle a consulta mesmo, de pré – natal, é feita pelo médico. (S 7)

Então a assistência pré – natal de enfermagem aqui é assim, a gente tenta detectar problemas, intercorrências e na medida do possível a gente resolve, ou encaminha para o médico, certo? (S 7)

Mas... quando elas chegam para a primeira consulta comigo, já passaram pela enfermagem e receberão todas as orientações necessárias, então eu faço a consulta de fato. (S 8)

...marca o retorno mensal ou quinzenal. Chegando os exames a gente pede para elas estarem retornando, verificando os exames... silêncio)(S 11)

...é oferecido também o acompanhamento pré – natal, que quando chegam os resultados dos exames a gente vê, para fazer o controle dos exames que está alterado e quando isso acontece a gente chama a gestante para estar consultando ...(S 14)

Orientando que não é bom passar por stress se isso acontece, se a gente percebe, a gente já encaminha para o médico mais depressa de preferência no mesmo dia ... se o exame já deu positivo e ela está com stress emocional, então precisa cuidar logo. (16)

Ações da equipe de saúde: Revelando a visita domiciliar

Depoimentos

Ah! no pré – natal, depois que é solicitado os exames, que ela faz os exames ... ela tem o retorno, mas ela é uma gestante que a gente está mais assim... faz visita toda semana para ver como ela está... (S 1)

...e a gente procura estar fazendo visitas domiciliares para ver o ambiente, onde essas meninas moram, como é a relação com o pai e a mãe, porque isso influi. (S 1)

O agente de saúde visita durante o mês, para ver se está tudo bem, a gente faz orientação quanto a amamentação, cuidados do nenê, tudo isto é a gente que faz para elas...(S 13)

Ações da equipe de saúde: Revelando o acolhimento

Depoimentos

... sempre que ela procura a unidade a gente sempre está assim prestes para atender.....para conversar de qualquer problema.... (S 1)

... então tem adolescente , não..... a maioria das adolescentes tem problema também.....entãoneste acolhimento quando a gente faz abertura do pré – natal, ela cria um vínculo com a gente, para estar falandoconversando.....perguntando tudo o que ela quer..... então é.....assim nesse atendimento que a gente faz.....a gente já descobre várias coisas..... tudo que acontece com ela... (S 1)

...para tudo..... ou é um ultra - som que tem que ser agendado....ela chega na unidade eu vejo uma adolescente entrando aqui eu já chego e pergunto o que você veio fazer... porque que você está aqui... às vezes ela só veio acompanhar alguém, mas eu já procuro saber logo se ela precisa de alguma coisa... (S 1)

O Atendimento que a gente faz para adolescente é esse mesmo.... a gente conversa muito ... (S 1)

Ah! é isso e a gente sempre fala, que se ela precisar de alguma coisa pode vir aqui a hora que quiser que a gente sempre vai estar disponível.(S 2)

....somente por amigas que às vezes falam, então a gente tenta manter esse relacionamento que é para elas poderem se abrir e ter um pouco de segurança, ter uma vazão para elas poderem ser acolhidas mesmo na ansiedade delas e aí a gente encaminha, para... a gente começa a fazer já o teste de gravidez...(S7)

Então a assistência de enfermagem aqui é assim, a gente conversa, dá abertura para elas nos procurarem ou estar falando ou perguntando o que quiser ...(S7)

Continuação

Ações da equipe de saúde: Revelando o acolhimento
Depoimentos

A primeira coisa que elas colocam para gente que é: “meu pai não está sabendo, minha mãe não está sabendo ...”, a gente faz anotações, passa essa segurança para elas que não vamos contar para ninguém e depois quando ela avisa, que a família já sabe, aí então a gente também até conversa com a família. (S17)

Quem faz todo esse trabalho de conversar coma a família somos nós auxiliares de enfermagem, a gente faz exame... (S 17)

Anexo 5 - Quadro da categoria analítica: o espaço institucional do pré-natal para as adolescentes grávidas

Discorrendo sobre a finalidade do pré-natal

Depoimentos

Acho mesmo que o pré – natal é bom para gente poder fazer os exames que eles disseram que é importante e se por acaso acontecer alguma coisa durante o dia a gente pode ir correndo lá, que alguém vai estar lá para ajudar ... (A 1)

A senhora perguntou como mesmo? Ahhhhh é então o que entendo que é pré – natal é isso mesmo, e o importante é os exames ... (A 1)

Ah! É isso...(risos)...gente eu não sabia que era isso que eu estava fazendo no posto...não acredito! Sabe o que é, eu achei que eu ia lá só para fazer consulta porque estou grávida, não sabia mesmo que isto era pré-natal... (A 2)

Eu não sabia...sabe, eu acho que ir lá é bom pro nenê, né? porque elas vão cuidar para eu não ficar doente e o nenê nascer forte. (A 2)

Acho que é bom ir lá (na UBS), porque elas sempre vê, a pressão, conversa comigo, pergunta como eu estou, se agora estou mais feliz...acho que ... (A 3)

Eu acho que ir lá fazer o pré-natal e assim...importante, porque quando precisa, eles já dão remédio...eu estou tomando este aqui ó ... (ferro)... (A 3)

É assim ... acho que o pré-natal é para cuidar da gente por causa do nenê, ... (A (A 1)3)

Então, o pré – natal é assim ... a gente vai lá ... eles examinam, pergunta se está tudo bem...manda a gente voltar...e fica falando para a gente ter juízo, para se cuidar...ah!...estas coisas ... (A 4)

Consulta pré – natal é assim...você vai lá...a enfermeira faz um monte de exame, também faz o teste para ver se está grávida mesmo...e depois o médico atende...e eles mandam a gente voltar lá todo mês, ... (A 5)

Consulta pré – natal é assim...desse jeito...o médico examina, olha a gente, conversa ... a enfermeira também ... (A 5)

Continuação**Discorrendo sobre a finalidade do pré-natal****Depoimentos**

Consulta pré – natal é ir no Posto para enfermeira e o médico ver se está tudo bem com o nenê. Também faz exame que precisa ... (A 6)

Olha...eu acho assim...que a consulta pré – natal é para cuidar da mãe e do nenê... (A 7)

Eu entendo, que pré – natal, a consulta, é para eles lá do posto, as enfermeiras, o médico saber se está tudo bem com a gente, ... (A 8)

...ai...depois tem que ir todo mês...no dia que elas deixam marcado... e é bom ir lá...porque assim...o nenê vai nascer bem...não tem perigo. (A 9)

É assim o pré – natal ... eles conversam com a gente, consulta ... examina, é assim ... (A 9)

Então, ... eu entendo que estas consultas é para cuidar da gente, do nenê, eu acho que é isso. (A 10)

Consulta de pré – natal? (silêncio) a gente tem que fazer porque ... por causa da gravidez. E a consulta é assim ... eles conversam ... faz consulta ... explica coisas sobre o nenê ... se a gente precisa eles dão o remédio... (A 11)

... é importante mesmo o pré – natal, porque eles atendem a gente, conversam assim, ... de quando o nenê nascer ... a enfermeira sempre explica alguma coisa e disse que todas as vezes que eu for lá, ela vai explicando mais coisas, é bom por isso ... (A 12)

Tem mesmo que ir no pré – natal porque assim a gente sabe que está tudo bem com o nenê ... (A 12)

Eu entendo que consulta pré – natal é um controle ... que a enfermeira e o médico faz, para a gente ter saúde durante a gravidez ... e assim evitar que o nenê possa nascer doente, com problema ... Deus me livre ter um nenê com problema ... (A 13)

É assim ... pré – natal a gente só pode fazer enquanto está grávida, se não estiver não faz ... e a gente faz ... que é para ver se está tudo bem com a gente, ... se ... o nenê também está bem ... (A 14)

Continuação

Discorrendo sobre a finalidade do pré-natal

Depoimentos

... e eu acho mesmo que é importante a gente saber se está tudo bem com a gente, e é bom fazer o pré – natal para isso ... (A 14)

... acho que ainda não falei direito ... acho que ... pré – natal é bom, porque lá no posto, as enfermeiras o médico ... cuida mesmo da gente, para a gente ter saúde enquanto está grávida e ... quando a gente precisa, eles fazem exames ... consulta ... (A 15)

Pré – natal é as consultas que a gente faz lá no posto ... a primeira vez que eu fui lá, foi diferente ... porque fiz o teste para ver se estava mesmo grávida ... depois que eu vi que estava mesmo ... (grávida), é diferente ... agora quando eu vou lá só faço consulta mesmo, aí o médico vê se está tudo bem comigo, com o nenê ... (A 16)

... a consulta que o médico faz, o jeito que a enfermeira atende a gente, que ela explica do nenê, ela fala ... coisas que a gente não pode fazer, isto tudo é consulta de pré – natal, porque eu estou grávida, então é assim ... (A 17)

... se eu tiver alguma coisa ... é só ir lá no posto, na consulta de pré – natal, que a enfermeira me ajuda ... o médico me atende, e é bom porque se precisar de remédio eles já me dão, também a enfermeira conversa comigo ... ela é muito, gente fina mesmo ... não precisei tomar remédio não mas a enfermeira me falou que se eu precisar ... ah! Eu estava esquecendo ... eu estou tomando um remédio sim, porque eu estou com anemia, é isso? (A 18)

É bom também porque o médico sempre vê, se está tudo bem com o nenê ... (A 18)

Realizando exames e procedimentos

Depoimentos

Olha a primeira vez que eu fui no "Posto", logo de cara que contei que a menstruação estava atrasada ... a primeira coisa que a enfermeira fez foi fazer o teste, para ver se eu tava grávida mesmo, sabe? (A 1)

... fez um monte de exame e então eu acho que fazer exame é importante ... (A 1)

... elas também me pesam, vê a pressão, tira medida da barriga ... acho que é para ver se o nenê está crescendo ... (A 1)

Lá no posto a enfermeira fez o teste de novo e aí ela disse que eu tinha que fazer exame de sangue, de urina, ah...estas coisas... (A 2)

Então eu fiz lá no posto um monte de exame (A 4)

A enfermeira conversa, pergunta se está tudo bem, vê a pressão...aí manda a gente pro médico... (A 5)

... mede a barriga...a enfermeira que faz isso, ela fica apertando a barriga da gente...pesa...aí fica brava falando que eu engordei muito...ela disse que eu já engordei 16 quilos... (A 6)

...quando eu voltei lá para saber o resultado, a enfermeira tirou sangue...é para fazer exame...não sei para que é...mas ela disse que era importante. (A6)

Ela também mede a minha pressão, me pesa...ela sempre fala que não pode engordar muito porque não é bom. Depois que a enfermeira conversa, vê a pressão, faz tudo ... (A 7)

...eu fiz exame de sangue e de urina também...mas não voltei lá para saber se deu alguma coisa... (A 8)

Continuação

Realizando exames e procedimentos

Depoimentos

Ah!...é assim...quando você vai lá a primeira vez...a enfermeira faz o teste de gravidez, faz exame...e marca o dia que a gente vai ter que voltar ... (A9)

Toda vez que eu vou lá a enfermeira vê minha pressão, me pesa... (A 9)

Oh! Elas marcam aqui, está vendo? ... o quanto estou pesando, quando eu vou lá, a enfermeira faz isso, também vê a pressão, mede a barriga ... (A10)

Eu não sei mais o que te falar... é só isso ... já te falei que eles conversam, assim, para saber se está tudo bem? Ah! Lembrei, ela me pesa também... (A10)

... então primeiro de tudo a enfermeira pediu exame e agora quando vou lá, ela vê a pressão, me pesa ainda não deu para ouvir o coração do nenê ... mas quando der o médico vai deixar eu ouvir (A 12)

... depois que a enfermeira conversa, antes do médico atender ... ela (enfermeira), pesa, vê a pressão ... (A 13)

... desta última vez que eu fui lá, a enfermeira falou que eu engordei muito e depois quando ela foi ver a pressão ela disse “olha lá se essa pressão estiver alta”... mas não estava não (A 13)

... precisei fazer exame e depois, quando eu voltei lá a enfermeira viu meu exame, depois conversou comigo ... me pesou, ... viu minha barriga, viu a pressão e depois disso tudo então, é que o médico fez a consulta ... a enfermeira, ela levou o exame para o médico também, e ele não disse nada (A 14)

Continuação

Realizando exames e procedimentos

Depoimentos

Eu acho que faço tudo certo, toda vez que ela me pesa ela não fica assim falando, que eu engordei...e os exames estava tudo bem ... (A 15)

... minha pressão é boa ... ela (enfermeira) sempre fala isso, toda vez que ela vê ... (A 15)

... não gostei de ter que fazer exame ... tenho medo de injeção e não gosto mesmo ... (A 16)

... também tem que ver toda vez que eu vou lá, assim ... quanto eu estou pesando ... tem que ver também a pressão ... é a enfermeira que sempre faz isso ... outro dia ... essa última vez que eu fui lá, o médico também viu a pressão ... (A 16)

... já vou direto para a balança ... a gente fica descalça, ela (enfermeira) pesa ... (A 17)

... como a pressão estava alta, dessa última vez que eu fui lá ... agora não posso comer assim ... lanche ... estas coisas que tem muito sal e elas também falaram que estas comidas engordam ... mas sempre que elas me pesam, elas falam que está normal. (A 18)

Discorrendo receber orientações

Depoimentos

Tudo, tudo que elas fazem elas anotam nesta carteirinha, aí o médico olha tudo ... pergunta se está tudo bem fala que eu tenho que me cuidar .. estas coisas assim ... e ... também fala que é para voltar no dia marcado ... (A 1)

elas lá é que marcam o dia, sabe? Aí ...a moça lá falou que eu tenho que comer direitinho, porque senão prejudica o nenê, falou que...tenho que prevenir doenças, estas assim...ah...estas que a gente pode pegar namorando, sabe? (A 2)

Elas também falaram que vão me ensinar como cuidar do nenê depois dele nascer...estas coisas... me ensinar ... (A 2)

Elas viram também que tem vacina que já era para eu ter tomado e que ainda não tomei...acho que é só uma que está faltando...mas eu vou tomar...(A2)

A enfermeira já está me ensinando como cuidar do nenê, mas minha mãe vai ajudar também... (A 3)

e elas conversaram comigo e ficaram falando que eu preciso comer direito para não engordar muito, porque não é bom. Falaram que tudo que eu quiser saber, elas vão explicar ... (A 3)

e toda vez que eu vou lá o médico também me consulta...e ele sempre fala que está tudo bem...também fala que agora eu preciso ter cuidado... que tenho que comer direito para ficar sempre forte ... para ter bastante leite para dar quando o nenê nascer ... porque o nenê que mama na mãe é mais forte... (A 3)

aí depois de falarem um “monte” para eu me cuidar...é...aí o médico me atendeu. O médico disse que os exames estavam tudo normal, que eu precisava me cuidar, para o nenê nascer com saúde...ah!...falou a mesma coisa que a enfermeira... (A 4)

Continuação

Discorrendo receber orientações

Depoimentos

...o médico encaminha, também pergunta se está tudo bem...e agora ele mandou eu por pouco sal na comida, disse...que a minha pressão está subindo e não pode, e explicou isso ... (A 5)

O médico também fez uma consulta...ele perguntou como eu estava passando ... mandou eu ter cuidado...comer direito...ah! estas coisas que minha mãe também vive falando ... (A 6)

...a enfermeira conversa...explica que a gente precisa se cuidar ... para não ficar doente e tem que comer bem, não pode comer porcaria porque senão o nenê não nasce assim...com saúde ... (A7)

A enfermeira este mês me explicou que depois que o nenê nascer, eu vou ter que levar ele no posto para tomar vacina, já pensou que dó...ela também falou que vai ser importante, eu dar mamar para o nenê, é que criança que mama no peito é mais forte...não fica doente ... (A7)

....a gente então passa pelo médico. Eu gosto do médico de lá ... ele é legal, ele pergunta como eu estou, aí ele olha na minha carteirinha o que a enfermeira escreve e fala que está tudo bem. Este mês deu para ouvir o coração do nenê...eu tive sorte (risos) o aparelho está sempre quebrado ... (A7)

... a enfermeira explica bastante coisa, assim ... que eu vou ter que fazer, depois que o nenê nascer, que nem por exemplo ... levar o nenê para tomar vacina ... (A10)

...lá no posto eles fazem exame ... o médico também consulta a gente e a enfermeira conversa...ela explicou que depois que o nenê nascer eu preciso prevenir para não ficar grávida de novo ... (A 10)

Continuação

Discorrendo receber orientações

Depoimentos

A enfermeira também disse que eu vou precisar ter cuidado sempre, agora vai ser comigo e depois vai ter o nenê ... (A12)

... e eu nem tive esse nenê ainda e a Enfermeira lá, já fica explicando que depois vou precisar tomar cuidado para não engravidar de novo ... que é perigoso doenças ... ela explica tudo ... (A13)

... primeiro a enfermeira vê a gente, conversa, pergunta alguma coisa e é só depois que agente passa pelo médico ... o médico faz consulta ... ele brincou comigo, ele disse que eu tenho 50% de chance de ter menino ou menina ... (risos) eu gosto dele ... (A 13)

A Enfermeira ficava explicando que eu tinha que ter cuidado, comer direito ... essas coisas ... (A14)

... assim ... a enfermeira é que conversa primeiro e só depois que o médico faz a consulta da gente, e depois que ele consulta ele fala para não esquecer que vou ter que voltar lá daqui um mês... (A 14)

O médico e a Enfermeira, conversa com a gente, explica alguma coisa que precisa ... fala assim ... de coisas que a gente não pode fazer, que tem que se alimentar direito, não ficar comendo coisas assim ... que só vai engordar ... (A 15)

...eles conversam com a gente ... depois o médico atende, ele vê se está tudo bem ... é assim ... (A 16)

A Enfermeira orientou que meu “seio” (mamas), ia aumentar mais um pouco de tamanho, porque depois que o nenê nascer eu vou amamentar, ela conversou bastante comigo, ... (A17)

... então a enfermeira explicou porque eu sentia tanta dor no “seio” (mamas), mas é ruim sabe? (A17)

Continuação

Discorrendo receber orientações

Depoimentos

Primeiro a enfermeira conversa, depois que ela faz tudo que precisa, ... haamm ... ela marca na carteirinha ... e o médico lê o que ela escreveu, pergunta se eu estou bem ... faz consulta ... é isso ... (A 17)

... é porque eu não tinha pressão alta e como agora ela subiu, então ela me explicou que jeito precisa ser minha comida, também falou que eu não como direito ... mas só como mesmo o que eu tenho vontade ... (A18)

... a enfermeira é que atende primeiro ... e é ela mesmo que fala para a gente ir consultar com o médico, e o médico faz consulta ... sabe não é?, que jeito é a consulta ... (A 18)

Sendo fiscalizadas

Depoimentos

Não gosto de ficar indo lá mas se eu não vou, a moça lá do posto quando me vê na rua já vem me enchendo, perguntando porque eu não fui, que precisa ir... às vezes eu estou com alguma amiga e fico até com vergonha.... então é melhor ir logo porque senão elas ficam atrás da gente que nem sarna (A1)

Mas acho muito chato ter que ficar indo lá todo mês, é sempre a mesma coisa sabe? (A 1)

A enfermeira pergunta se está tudo bem... se eu quero falar alguma coisa, se eu como direito, o que eu como ... quando o nenê nascer o que eu vou fazer ... sei lá isso enche um pouco...e sempre é a mesma coisa ... ah.... (A 1)

Mas se eu fiz todos os exames que são importantes, porque tenho que ir todo mês? O pior é que este mês, já me avisaram que no mês que quando eu estiver de oito meses vou ter que ir a cada quinze dias.... você acha que pode? isso não vira não.... (A 1)

Mais...eu não tenho nada não, eu estou boa ...mas a enfermeira lá me passou um sermão..ficou falando que eu tenho que ir lá todo mês, no dia que for marcado... (A 2)

A enfermeira de lá disse que se eu não voltar no dia marcado, ela vai vir aqui em casa... (A 2)

...sabe... as vezes eu atraso para ir na consulta, é que eu não vou no dia que está marcado porque as vezes não dá, e aí, vem uma moça aqui em casa e pergunta porque eu não fui...aí eu vou ... (A 3)

...tenho que tomar todo dia...às vezes eu esqueço, não vai falar nada lá, viu,? senão quando eu voltar lá elas vão passar o maior sermão... (A 3)

A .agente .de saúde começou a .vir aqui em casa falando que eu tinha que ir na consulta, que não podia faltar...passou um sermão de verdade ... (A 4)

Continuação

**Sendo fiscalizadas
Depoimentos**

Quando eu fui lá é tudo igual... (A 4)

Quando eu voltei lá é sempre igual, pergunta um monte de coisa...essas coisas ... (A 4)

Eles são muito chatos, porque se você não volta, eles vem atrás da gente mesmo aqui em casa e fica falando, falando...então tem que ir ... (A 5)

A enfermeira também disse que eu tenho que ir lá todo mês, porque é bom para o nenê, e se eu precisar de algum remédio, lá eles dão...mas tem de ir lá, senão... (A 5)

*Lá também é assim...se a gente não vai quando eles marcam, depois de um tempo a moça que é agente de saúde, vem aqui em casa e manda eu ir. (A6)
...a minha avó me falou que se eu não for lá, eles vem aqui em casa...outro dia eu estava vindo na rua e dei de cara com uma enfermeira de lá...mas eu me mandei...não deu tempo dela falar comigo...acho que vou ter que voltar lá logo... (A 8)*

Até agora eu só fui lá uma vez...eu não queria ir não, não gosto...as enfermeiras ficam perguntando um monte de coisa, é muito chato... (A 8)

Quando eu voltar lá, já sei que elas vão me pesar para ver se eu engordei muito ... mas se o nenê está crescendo ... é lógico que eu vou engordar... (A8)

Então a enfermeira disse que eu ia ter que ir lá todo mês ... (A 10)

... então ela já disse (enfermeira), que quando a gente falta da consulta, ela espera um pouco e se a gente não vier, ela manda alguém aqui em casa para me avisar que eu tenho que ir ... (A 12)

Continuação

Sendo fiscalizadas

Depoimentos

... o que é chato ... é que é sempre a mesma coisa, a mesma conversa ... até enjoa sabe? (A 12)

... eu não fui porque tinha ido ver minha avó, que mora em Oscar Bressane (cidade próxima a Marília), e a agente de saúde veio em casa e ficou perguntando porque eu não fui, que eu tinha que ir lá, que quando eu chegasse era para ir lá. E ela perguntou em que dia eu ia voltar ... (A 13)

... toda vez é aquilo ... de ficar perguntando, falando ... ela é boazinha, eu gosto dela (enfermeira) ... mas não gosto de ter que ir lá ... porque lá é que é chato, você entende? (A 13)

... aí já sei tudo que eles vão fazer, porque é sempre igual ... (A 13)

... se a gente não vai no dia marcado, pronto ... a moça (agente de saúde), já vem aqui para saber porque não fui ... e então é fogo ... (A 14)

... então minha mãe falou assim, o que é que eu queria que elas fizessem lá, se pré – natal é assim mesmo, e ... eu não sei ... mas o que é que tem se eu não gosto de ter que ir? (A 14)

... a agente de saúde vem em casa ver, porque a gente faltou da consulta, elas lá no posto disseram que adolescente é assim ... grávida de risco, então elas precisam cuidar para gente ir sempre e não faltar. (A 15)

... se tem mesmo que ir, vou fazer o quê, mas falar que eu gosto ... ahhh isso já não dá (A 15)

Sabe ... quero sarar logo desta gripe, porque senão vou ter que voltar lá no postinho (UBS) e não tenho vontade ... (A 15)

... é melhor assim ... já ir logo, porque senão elas vão vir aqui em casa para me falar que eu tenho que ir sempre que foi marcado ... (A 16)

Vou lá sempre que elas marcam, quer dizer ... quase sempre ... mas é porque cansa ir lá, não gosto muito assim ... (A 16)

Continuação

Sendo fiscalizadas

Depoimentos

... se a gente atrasa o dia que tem que ir na consulta, se a gente não vai no dia que está marcado, se ela (Auxiliar de Enfermagem da UBS), vê a gente na rua, logo pergunta porque eu não fui e o pior é que eu moro pertinho do posto, e não tem jeito ela acaba me vendo mesmo. (A 17)

... acho que é porque já estou no final da gravidez, e cansa muito ... por isso não gosto de ir lá ... (A 18)

... depois que a enfermeira explicou tudo, ela falou que se eu faltasse da consulta ela ia mandar alguém aqui em casa ... (A 18)
